



Prefeitura
Municipal de
Campinas



Secretaria Municipal de Saúde de Campinas



Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior 3º RDQA 2018 -

Relatório Anual de Gestão - RAG 2018

Campinas/SP

Conteúdo

Secretaria Municipal de Saúde de Campinas	1
Introdução	8
EIXO I– ACESSO AOS SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE	10
Diretriz 1. Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando apolítica de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso amedicamentos no âmbito do SUS.....	10
<i>Objetivo 1.i. Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica</i>	<i>10</i>
<i>Indicador 1.i.1. Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.....</i>	<i>10</i>
<i>Indicador 1.i.2. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família</i>	<i>14</i>
<i>Indicador 1.i.3. Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica.....</i>	<i>18</i>
<i>Indicador 1.i.4. Proporção de exodontia em relação aos procedimentos.....</i>	<i>22</i>
<i>Indicador 1.i.5. Percentual de Unidades Básicas de Saúde com, no mínimo, três tipos de práticas do programa da saúde integrativa.....</i>	<i>26</i>
<i>Indicador 1.i.6- Proporção de medicamentos padronizados disponibilizados para Atenção Básica, de forma humanizada e qualificada:</i>	<i>28</i>
<i>Indicador 1.i.7 - Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)</i>	<i>33</i>
<i>Objetivo 1.ii. Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção especializada, ambulatorial no âmbito do SUS.</i>	<i>37</i>
<i>Indicador 1.ii.1. - Razão de exames Citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população na mesma faixa etária:.....</i>	<i>37</i>
<i>Indicador 1.ii.2. Razão de exames de mamografia de rastreamento - mulheres de 50 a 69 anos:.....</i>	<i>40</i>
<i>Indicador 1.ii.3. Razão de exames de mamografia de rastreamento - mulheres de 40 a 69 anos:.....</i>	<i>44</i>
<i>Indicador 1.ii.4. Razão entre procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade para residentes e população de mesma residência.....</i>	<i>46</i>

Indicador 1.ii.5. Razão entre procedimentos ambulatoriais selecionados de alta complexidade para residentes e população de mesma residência.....56

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.....63

Indicador 1.iii.1. Razão entre internações clínico-cirúrgicas selecionadas de média complexidade de residentes e população de mesma residência.63

Indicador 1.iii.2. Razão entre internações clínico-cirúrgicas selecionadas de alta complexidade de residentes e população de mesma residência.66

EIXO II – INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO A SAÚDE E LINHAS DE CUIDADO.....69

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.....69

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.....69

Indicador 2.i.1. Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente.....69

Indicador 2.i.2. Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio.....73

Indicador 2.i.3. Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal.75

Indicador 2.i.4. Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos.....78

Indicador 2.i.5. Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar.....80

Indicador 2.i.6. Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida.....83

Indicador 2.i.7. Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.....85

Indicador 2.i.8. Ações de Matriciamento realizadas por Centros de Atenção Psicossocial - (CAPS) com equipes de APS.....86

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.....90

Indicador 2.ii.1.Taxa de Mortalidade infantil	90
Indicador 2.ii.2. Razão da Mortalidade Materna.....	94
Indicador 2.ii.3. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados	96
Indicador 2.ii.4. Proporção de óbitos maternos investigados.	98
Indicador 2.ii.5. Proporção de óbitos infantis e fetais investigados.....	99
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.	101

EIXO III – PROMOÇÃO E PREVENÇÃO108

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.108

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 naprevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doençaastransmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.108

Indicador 3.i.1.Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano.....108

Indicador 3.i.2. Número de testes de sífilis por gestante111

Indicador 3.i.3. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação114

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.....116

Indicador 3.i.5. Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial121

Indicador 3.i.6. Proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.....123

Indicador 3.i.7. Proporção de registro de óbitos com causa básica definida..125

Indicador3.i.8. Coeficiente de incidência de Câncer por sexo, no município de Campinas.127

Indicador 3.i.9. Número de publicações da análise da situação de saúde de Campinas129

Indicador3.i.10. Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.....131

Indicador 3.i.11. Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm3	133
Indicador 3.i.12. Número de testes sorológicos anti-HCV realizados	134
Indicador3.i.13. Número de testes sorológicos para HIV realizados.....	136
Indicador3.i.14. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	138
Indicador3.i.15.Proporção de contatos intra-domiciliares de casos novos de hanseníase examinados	140
Indicador3.i.16. Coeficiente de letalidade por dengue.....	142
Indicador 3.i.17. Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	143
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	145
Indicador3.i.19. Número de notificações dos agravos à Saúde do Trabalhador notificados no SINAN, no Município de Campinas	148
Indicador3.i.20. Proporção de acidentes de trabalho (AT) fatais notificados e investigados na área de abrangência do CERESTde Campinas, exceto os ocorridos no trânsito.	150
Indicador3.i.21. Proporção dos acidentes de trabalho graves notificados e investigados em Campinas, exceto os ocorridos no trânsito.....	152
Indicador3.i.22. Número de egressos do Curso de Especialização / Extensão em Saúde do Trabalhador, e Capacitações em Saúde do Trabalhador realizados em Campinas,sob responsabilidade do CEREST, segundo cada público alvo	153
Indicador3.i.23. Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	155
Indicador3.i.24. Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalhonotificadosna área de abrangência do CEREST	157
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 159	
Indicador 3.ii.1. Proporção deimplementação das ações de Vigilância Sanitária no município, considerando os sete grupos de ações necessárias a todos os municípios	159
Indicador3.ii.2. Proporção dos serviços de terapia renal substitutiva (TRS) com controle sanitário realizado no ano.....	161
Indicador 3.ii.3. Proporção dos serviços hemoterápicos inspecionados no ano, no município de Campinas.....	162
Indicador 3.ii.4. Proporção de Hospitais inspecionados ao ano, no município de Campinas.....	164
Indicador 3.ii.5.Proporção de indústrias de medicamentos e insumos inspecionadas pela Vigilância Sanitária ao ano.....	166

Indicador 3.ii.6. Proporção de indústrias de produtos para saúde classe III e IV inspecionadas pela Vigilância Sanitária ao ano.....	167
Indicador 3.ii.7. Proporção de indústrias de saneantes e cosméticos inspecionadas pela Vigilância Sanitária ao ano.....	169
Indicador3.ii.8.Número de reuniões técnicas realizadas com gerentes de lojas e gerentes regionais de hipermercados e supermercados ao ano.....	170
Indicador3.ii.9. Proporção de esterilizadora ETO (óxido de etileno) inspecionadas pela Vigilância Sanitária ao ano, em ações integradas pelas áreas de produtos e serviços de saúde.	172

EIXO IV –GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE - SUS FORMADOR175

Diretriz4. Fortalecer o papel do Estado na regulação do trabalho em saúde e ordenar, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho.175

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..... 175

Indicador 4.i.1. Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas no Município.....175

Indicador4.i.2.Proporção de serviços de saúde do SUS no Município SUS como campo de prática para atividades ensino serviço.....177

Objetivo 4.ii.Recomposição do quadro da Secretaria Municipal de Saúde, considerando parâmetros e procedimentos para avaliação das necessidades de cada local. 179

Indicador4.ii.1.Proporção de serviços de saúde do SUS no Município com estudo de dimensionamento da força de trabalho realizado e atualizado.....179

EIXO V – GESTÃO COMPARTILHADA E CONTROLE SOCIAL.....195

Diretriz5. Aprimorar a relação federativa no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde e com a revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e a concertação de responsabilidades dos municípios, estados e União, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral.195

Objetivo 5.i. Aprimorar a relação interfederativa e a atuação do Ministério da Saúde como gestor federal do SUS..... 195

Indicador5.i.1. Plano Municipal de Saúde enviado ao Conselho Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório Anual de Gestão e Relatórios Detalhado do Quadrimestre Anterior.195

Objetivo 5.ii. Alimentação de forma qualificada os dados (mensal e sistemática) dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas:.....198

Indicador 5.ii.1. Proporção de serviços de saúde sob gestão Municipal do SUS informatizados.....198

EIXO VI – APOIO LOGÍSTICO E FINANCEIRO205

Diretriz6. Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto equalificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos.205

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.....205

Indicador 6.i.1. Percentual de gastos em saúde no Município de Campinas ..205

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.....206

Indicador6.ii.1. Proporção de equipamentos adquiridos para Atenção Básica em Campinas.....206

Indicador6.ii.2. Proporção de equipamentos adquiridos para Atenção Especializada, Hospitalar e Centros de Referência em Campinas212

Indicador6.ii.3. Proporção de equipamentos para imunobiológicos adquiridos em Campinas (Câmaras fria e caixas térmicas para transporte de vacina).....214

Indicador6.ii.4. Proporção de obras (construções, reformas e/ou ampliações) concluídas e entregues para Atenção Básica216

Indicador6.ii.5. Proporção de obras (construções, reformas e/ou ampliações) concluídas e entregues para Atenção Especializada, Hospitalar e Centros de Referência.....222

Introdução

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Outro enorme desafio da SMS está nas interfaces e intersetorialidade 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.

EIXO I- ACESSO AOS SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE

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

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

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

Relevância do Indicador

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

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

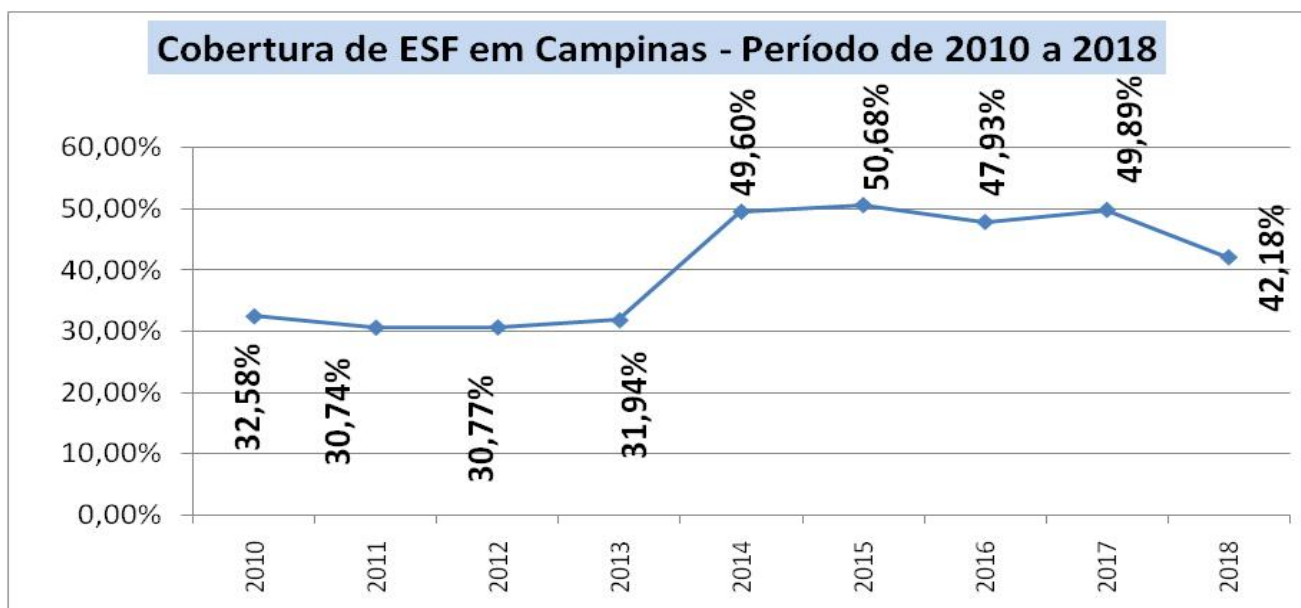
Série Histórica

EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA IMPLANTADAS EM CAMPINAS

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

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

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



Método de Cálculo

Numerador: N° de eSF(N° eAB + N° eSF equivalente) x 3.450
em determinado local e período

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	Gabinete da

	Saúde da Família da UNICAMP e EP via CETS, incluindo gestores.	SMS,DS, CETS.
1.i.1.e.	Apoiar os gestores para ampliar sua potência em relação à implementação da garantia do acesso (acolhimento e organização das agendas).	DS, Distritos
1.i.1.f.	Atualizar sistematicamente o dimensionamento de população e territórios	DS, Distritos
1.i.1.g.	Construir e ampliar unidades bem como adequar a estrutura física das unidades existentes.	Gabinete SMS, Sec. Obras, serv. Contr.
1.i.1.j.	Aumentar o número de usuários com no CadWeb -SUS e mantê-lo atualizado.	Distritos, CS
1.i.1.k.	Organizar e realizar matriciamento dos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Prefeitura de Campinas/CHPEO.	Distritos, CS, COREMU do CHPEO/DGDO
1.i.1.l.	Garantir a inclusão do profissional nutricionista nos NASFs, ou pelo menos nos distritos (1 por distrito de saúde),	Gabinete da SMS, DGETS, DS e Distritos
1.i.1.m.	Estabelecer parceria com a Secretaria de Educação para desenvolver ações de prevenção da obesidade nas escolas municipais.	Distritos, CS, COREMU do CHPEO/DGDO

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	46,10%	<p>Competência Abril de 2018: ESF - 66 + ESB I - 68 + ESB II - 5 + ESF 4 - 1 + ESF 4 SB-M1 - 2 + ESF Trans - 11 + EAB1 - 5 + EAB2 - 0: 158 OBS: *nãoconsideradas as equipes de EACS, que são 20 na competênciaabril/2018. Memória de Cálculo: $(158 \text{ EPSF} \times 3.450) / 1.182.282 \text{ Habx } 100 = 46,10\%$ Obs.: Port. Nº 2.027, 25.08.2011 MS Dados do Ministério da Saúde: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB Unidade Geográfica: Município - CAMPINAS/SP.</p> <p>Considerações:</p> <p>A cobertura de PSF tendeu a queda à medida que houve baixa de equipes por aposentadoria de servidores e desligamento de quatro “mais médicos” Manteve-se um decréscimo no total de ACS informados pela CII no Portal da Saúde passando de 710 para 703. Até a presente competência a avaliação externa do PMAQ não ocorreu, tendo como previsão para ocorrer em 11 de junho de 2018. A totalidade das 142 ESF homologadas no PMAQ cumpriu o componente de autoavaliação, o mesmo podendo-se dizer das equipes de gestão central e distritais, com formulação de matriz de intervenção. O processo de revisão do modelo de atenção da APS em Campinas, com maior aproximação do previsto pelo Ministério de Saúde, na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) está sendo revisto à luz da nova PNAB, Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017, que deverá facilitar a reabilitação de equipes, o que ainda não ocorre por descompasso entre DAB e gerência do CNES no MS. Será realizado, em 13 de junho de 2018, o Encontro de Gestores e Apoiadores preparatória para a Oficina Municipal da Atenção Primária, quando a Rede de Saúde estará avançando nos ajustes do modelo de atenção.</p>
2o	45,52%	Competência Agosto de 2018: ESF - 65 + ESB I - 65 + ESB II - 5 + ESF 4 - 2 + ESF 4 SB-M1 - 1 + ESF Trans - 14 + EAB1 - 2 + EAB2 - 2: 156 OBS: *não

		<p>consideradas as equipes de EACS, que são 20 na competência agosto/2018. Memória de Cálculo: $(156 \text{ EPSF} \times 3.450) / 1.182.282 \text{ Hab} \times 100 = 45,52\%$* Obs.: Port. Nº 2.027, 25.08.2011 MS Dados do Ministério da Saúde: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB Unidade Geográfica: Município - CAMPINAS/SP.</p> <p>Considerações: A cobertura de PSF manteve tendência a queda à medida que houve baixa de equipes por aposentadoria de servidores e suspensão de um “mais médicos” Houve acréscimo no total de ACS informados pela CII no Portal da Saúde passando de 703 para 704. Ocorreu, com êxito, toda a avaliação externa do PMAQ entre julho e agosto de 2018. A totalidade das 142 ESF homologadas no PMAQ foram avaliadas. O processo de revisão do modelo de atenção da APS em Campinas, com maior aproximação do previsto pelo Ministério de Saúde, na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) está sendo revisto à luz da nova PNAB, Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017, que deverá facilitar a reabilitação de equipes, o que ainda não ocorre por descompasso entre DAB e gerência do CNES no MS. Foi realizado, em 16 de junho de 2018, o Encontro de Gestores e Apoiadores preparatória para a Oficina Municipal da Atenção Primária, quando a Rede de Saúde estará avançando nos ajustes do modelo de atenção</p>
3o	42,18%	<p>Competência Dezembro de 2018: ESF - 59 + ESF M1 - 63 + ESF M2 - 4 + ESF 4 - 1 + ESF 4 SB-M1 - 1 + ESF Trans - 7 + ESF Trans SB M1 - 7 + EAB1 - 3 + EAB SB - 1: 146 OBS: *não consideradas as equipes de EACS, que são 27 na competência dezembro/2018. Memória de Cálculo: $(146 \text{ EPSF} \times 3.450) / 1.194.094 \text{ Hab} \times 100 = 42,18\%$* Obs.: Port. Nº 2.027, 25.08.2011 MS Dados do Ministério da Saúde: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB Unidade Geográfica: Município - CAMPINAS/SP.</p> <p>Considerações: A cobertura de PSF manteve tendência a queda à medida que houve baixa de equipes por aposentadoria de servidores e agravada pela suspensão da colaboração de Cuba no “Programa Mais Médicos” Houve queda no total de ACS informados pela CII no Portal da Saúde passando de 704 para 698. Foi realizado, em 16 de junho de 2018, o Encontro de Gestores e Apoiadores preparatória para a Oficina Municipal da Atenção Primária, quando a Rede de Saúde estará avançando nos ajustes do modelo de atenção</p>
RAG	42,18%	<p>Ocorreu, com êxito, toda a avaliação externa do PMAQ entre julho e agosto de 2018. A totalidade das 142 ESF homologadas no PMAQ foram avaliadas. O processo de revisão do modelo de atenção da APS em Campinas, com maior aproximação do previsto pelo Ministério de Saúde, na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) está sendo revisto à luz da nova PNAB, Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017, que deverá facilitar a reabilitação de equipes, o que ainda não ocorre por descompasso entre DAB e gerência do CNES no MS.</p> <p>Ocorreu, com êxito, o uso descentralizado pela Unidades Básicas de Saúde e CEO da verba PMAQ para melhoria da ambiência e de atendimento à situações emergenciais.</p> <p>Foi realizado, em 16 de junho de 2018, o Encontro de Gestores e Apoiadores preparatória para a Oficina Municipal da Atenção Primária,</p>

		quando a Rede de Saúde estará avançando nos ajustes do modelo de atenção.
PAS	58%	<p>Realização da Oficina Municipal da Atenção Primária, prevista para 20 de março de 2019</p> <p>Ocupação das vagas abertas pela suspensão da colaboração de Cuba no “Programa Mais Médicos” por meio dos editais publicados em novembro e dezembro de 2018 pelo MS e entrada de médicos brasileiros formados no Brasil e dois médicos brasileiros formados no exterior prevista para março de 2019.</p> <p>Autorizado concurso publico, em processo de licitação da empresa responsável pelo mesmo.</p>

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

Observações:

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

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

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

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

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

Método de Cálculo

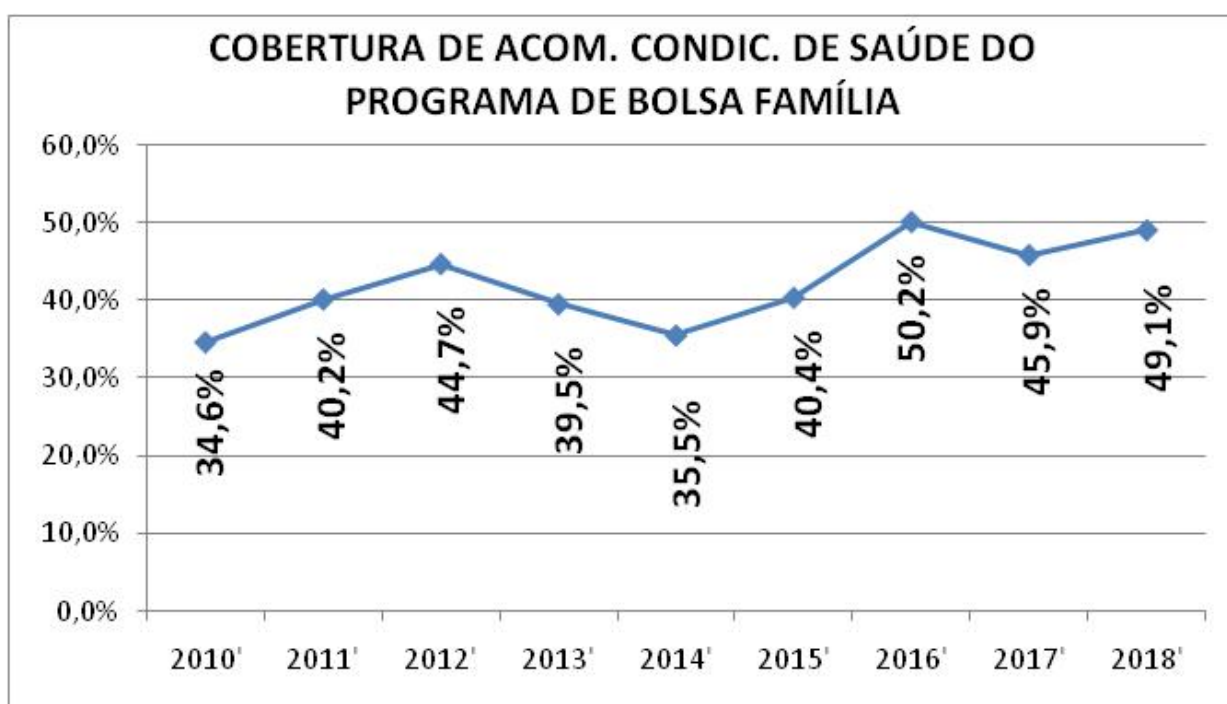
Numerador: Número de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhadas pela atenção básica na última vigência do ano.

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

Meta:

Aumentar em 5,5% em 4 anos até 2021

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



Ações:

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

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações																																							
1º		O indicador do Programa Bolsa Família é semestral (2 vigências – 1º fechamento em final de junho), realizadas reuniões junto aos distritos e em algumas unidades a fim de garantir o melhor acompanhamento, das crianças e gestantes beneficiárias. Temos um total de 28.254 famílias e 764 gestantes.																																							
2º	43,68%	<table><tr><td>Total de famílias beneficiárias:</td><td>28.254</td><td></td></tr><tr><td>Famílias totalmente acompanhadas:</td><td>12.341</td><td></td></tr><tr><td><u>Famílias que ainda não foram totalmente acompanhadas:</u></td><td>15.913</td><td></td></tr><tr><td>Percentual de cobertura:</td><td>43,68%</td><td></td></tr><tr><td><u>Relação dos integrantes acompanhados em outro Municípios:</u></td><td>100</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Total de Famílias Quilombolas:</td><td>2</td><td></td></tr><tr><td>Total de Famílias Quilombolas totalmente acompanhadas:</td><td>2</td><td></td></tr><tr><td>Percentual de Famílias Quilombolas:</td><td>100 %</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Gestantes Estimadas:</td><td>764</td><td></td></tr><tr><td>Gestantes localizadas:</td><td>645</td><td></td></tr><tr><td>Percentual de Gestantes localizadas:</td><td>84 %</td><td></td></tr></table> <p>Por ser um indicador semestral temos que a percentagem de acompanhamento ainda deve ser monitorado para atingir a meta. A proposta é retomar as discussões a nível local, com participação das equipes. Houve melhora do indicador de acompanhamento das gestantes - 84%, sendo que a meta é atingir 100% em 2018.</p>	Total de famílias beneficiárias:	28.254		Famílias totalmente acompanhadas:	12.341		<u>Famílias que ainda não foram totalmente acompanhadas:</u>	15.913		Percentual de cobertura:	43,68%		<u>Relação dos integrantes acompanhados em outro Municípios:</u>	100					Total de Famílias Quilombolas:	2		Total de Famílias Quilombolas totalmente acompanhadas:	2		Percentual de Famílias Quilombolas:	100 %					Gestantes Estimadas:	764		Gestantes localizadas:	645		Percentual de Gestantes localizadas:	84 %	
Total de famílias beneficiárias:	28.254																																								
Famílias totalmente acompanhadas:	12.341																																								
<u>Famílias que ainda não foram totalmente acompanhadas:</u>	15.913																																								
Percentual de cobertura:	43,68%																																								
<u>Relação dos integrantes acompanhados em outro Municípios:</u>	100																																								
Total de Famílias Quilombolas:	2																																								
Total de Famílias Quilombolas totalmente acompanhadas:	2																																								
Percentual de Famílias Quilombolas:	100 %																																								
Gestantes Estimadas:	764																																								
Gestantes localizadas:	645																																								
Percentual de Gestantes localizadas:	84 %																																								

3º	54,55%	<p>número de beneficiários 54275</p> <p>beneficiários acompanhados 29610</p> <p>percentual de acompanhamento 54,55%</p> <p>beneficiários não acompanhados 6059</p> <p>percentual de não acompanhados 11,16</p> <p>beneficiários sem informação 18606</p> <p>percentual de beneficiário sem informação 34,28</p> <p>crianças a serem acompanhadas 19888</p> <p>crianças acompanhadas 8505</p> <p>percentual de crianças em acompanhamento 42,76</p> <p>crianças com vacinação em dia 8462</p> <p>dados nutricionais de crianças 7842</p> <p>mulheres a serem acompanhadas 34387</p> <p>mulheres acompanhadas 21105</p> <p>percentual de mulheres acompanhadas 61,37</p> <p>estimativa de gestantes 764</p> <p>gestantes localizadas 794</p> <p>percentual de gestantes localizadas 103,92</p> <p>gestantes com pré natal em dia 793</p> <p>gestantes com dados nutricionais 412</p>
RAG	49,12%	<p>Considerações: A meta de 52,75% não foi atingida, o percentual anual foi de 49,12%. Em junho de 2018, houve uma mudança na base de dados do Programa Bolsa Família (PBF) referente à 2ª vigência de 2018, com mudança no modo de acompanhamento de número de famílias para número de beneficiários.</p> <p>Com isso dentro do percentual disponibilizado pelo CGAN - Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição que detem a base de dados, houve uma melhora nos acompanhamentos, principalmente das gestantes 2ª vigência 2019 - 103,92 % das gestantes estimadas, além do número de beneficiários acompanhados.</p> <p>Recomendações: devido ao fato dos Sistemas estarem interligados – E-SUS, SIS Pré natal e PBF, há a possibilidade de que ao realizar o cadastro da família e / ou o individual, termos a migração das informações em tempo real, ou seja, no atendimento do beneficiário (a); durante o período de vigência do programa com o acompanhamento pelo sistema, para todos os beneficiários, em especial as crianças e gestantes.</p> <p>OBS: na 2ª vigência de 2018 não foram disponibilizados os acompanhamentos por Unidade de Saúde, os dados utilizados pela UBS são referentes ao município (orientação obtida em fevereiro de 2019 pela CGAN).</p>
PAS	55,65%	<p>Realização de um Fórum Intersetorial Distrital para que haja um melhor acompanhamento das condicionalidades.</p> <p>Promover ações referentes a Alimentação e Nutrição, tendo como meta as famílias / beneficiários do PBF e outros.</p> <p>Avaliar junto ao território as famílias que ainda não estão vinculadas e/ou novos cadastramentos realizados pelo CAD-único da Assistencial Social.</p>

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

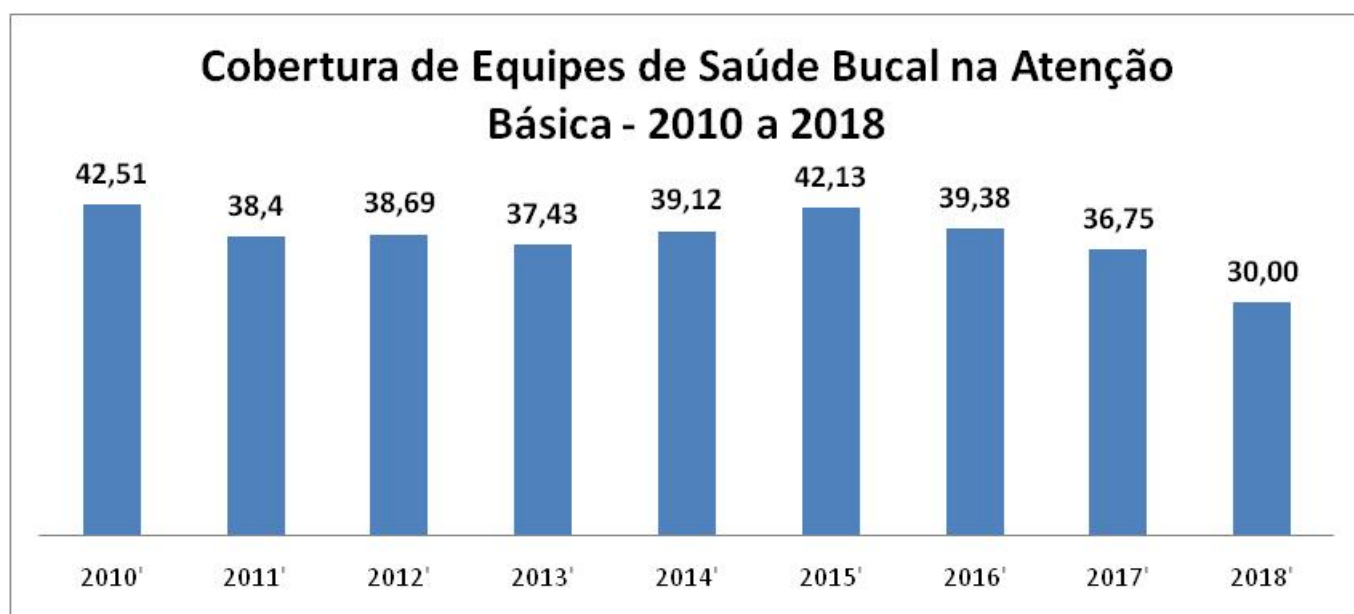
Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

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

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



Método de Cálculo

Numerador: $((n^{\circ} \text{ eSB} \times 3.450) + (n^{\circ} \text{ eSB equivalentes} \times 3.000))$
em determinado local e período.

_____ 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 ser atingida pelo RDQA e compra de insumos (escova, creme dental, fio dental e flúor tópico) suficientes para tais realizações.	DS, Distritos,CS DGTES,
1.i.3.t	Focar as ações de programas de saúde bucal nos escolares e principalmente nos pré-escolares e incluir a presença da ASB ou TSB nos grupos de puericultura e demais grupos existentes na UBS.	DS, Distritos,CS DGTES,
1.i.3.u	Buscar a implementação de parcerias com Universidades para a execução de projetos na área de prevenção em saúde bucal.	DS, Distritos,CS DGTES, Gab. SMS
1.i.3.v	Realizar readequações dos materiais educativos e de prevenção existentes através da aquisição sistemática de novos materiais , filmes , macro modelos e cartazes a serem disponibilizados para essas ações . Discutir as ações pedagógicas inerentes aos trabalhos preventivos.	DS, Distritos,CS,
1.i.3.w	Manter de maneira sistemática nos diversos grupos implantados nas UBSs ações de prevenção e educação em saúde bucal pelas equipes de referências e na rotina de visitas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde.	DS, Distritos,CS,
1.i.3.x	<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)</p>	DS, Distritos,CS, Gab. SMS

	também para famílias. o SUS (CNS) como documento obrigatório e que possa ser disponibilizado para as equipes odontológicas para a realização dos procedimentos coletivos.	
1.i.3y	Intensificar a participação das equipes de saúde bucal nos diversos grupos já em andamento nas unidades e criar estratégias de distribuição de insumos para prevenção em saúde bucal (escova e creme dental) também para famílias.	DS, Distritos,CS,

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º	27%	A meta para o quadrimestre não foi atingida e o total de equipes cadastradas ao MS chegou em Abril de 2018 em 88 equipes cadastradas. Existe solicitação para concurso para Dentistas e Técnicos de Saúde Bucal a fim de cadastrar mais equipes e aumentar a cobertura
2º	27%	A meta não foi atingida, pois as equipes profissionais estão em número inferior ao preconizado para atendimento no município, em virtude de ausência de concursos públicos e ou contratações, aumento de aposentadorias e aumento de profissionais com limitações de saúde, problemas com aquisição de insumos (falta de materiais), reformas de unidades básicas e possíveis perdas de informações no sistema.
3º	30%	A meta não foi atingida, pois as equipes profissionais estão em número inferior ao preconizado para atendimento no município, em virtude de ausência de concursos públicos e ou contratações, aumento de aposentadorias e aumento de profissionais com limitações de saúde, problemas com aquisição de insumos (falta de materiais), reformas de unidades básicas e perdas de informações no sistema.
RAG	30%	Realizado uma capacitação em infecções odontogênicas em parceria com o CETS para 130 dentistas e uma palestra para equipe de saúde bucal com 127 participantes em parceria com a PUCC sobre suporte básico de vida em consultório odontológico. Realizado duas capacitações por ano para equipe de saúde bucal, uma em cada semestre Efetivado o termo de parceria PUCC-PMC-SMS para o CEO Noroeste - por 1 ano Realizado visitas em 80 % das UBS (dimensionamento e reconhecimento do território).
PAS	42,7%	Realizar Cursos de capacitação aos profissionais em parceria com o CETS a cada semestre. Inserção de profissional da saúde bucal na comissão da SMS que está estudando o redimensionamento das equipes do PSF na atenção básica, apesar de ser diretriz existe uma ausência de representantes da bucal empobrecendo o trabalho e prejudicando o resultado final Recompôr as equipes de saúde bucal através do concurso, processos seletivos e remanejamentos.

		<p>Ampliação da oferta em Saúde Bucal: Criação do CEO Sul Leste Norte.</p> <p>Incrementar as ações da equipe de saúde bucal nos programas da SES.</p> <p>Promover acolhimento de 100% das urgências odontológicas durante todo o período de funcionamento da unidade;</p> <p>Ampliação da oferta de serviços com anestesia de óxido nitroso em parceria com a ACDC, documento de parceria no Jurídico. Realizar novo termo de parceria.</p> <p>Ampliação da oferta de serviços na área de Cirurgia, traumatologia e atendimento a pacientes especiais através da parceria com a rede Mario Gatti, idem PA.</p> <p>Montagem e adequação de serviço próprio de radiologia no Distrito Norte e Distrito Sul e Leste. Montado no CS Aurélia e Policlínica 3</p> <p>Colocar em operação o serviço de referência em radiologia.</p>
--	--	---

Observações:

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

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

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

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

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

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

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

Relevânciado Indicador

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

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

Série Histórica

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

Fonte: DRS 7 e Atenção a Saúde Bucal da SMS

Método de Cálculo:

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

x 100

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

Meta:

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

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

Ações:

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

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º	8%	A meta para o quadrimestre foi atingida, houve uma diminuição das atividades coletivas, preventivas individuais por parte das equipes das unidades básicas
2º	8%	A meta foi atingida ,porém ainda persiste a necessidade da ampliação na implantação de CEOs no município para podermos aumentar a capacidade de reabilitação de elementos dentários ,a fim de se reduzir cada vez mais as exodontias, vale ressaltar que as porcentagens permaneceram iguais porém o número de extrações proporcionalmente ao número de procedimentos no RDQA anterior foi menor em relação ao segundo RDQA.
3º	9%	A meta não foi atingida ,porque ainda persiste a necessidade da ampliação na implantação de CEOs no município para poder aumentar a capacidade de reabilitação de elementos dentários, a fim de se reduzir cada vez mais as exodontias.

		<p>Houve falta de insumos, falta de manutenção de equipamentos, diminuindo o numero de procedimentos restauradores e curativos</p> <p>E vale ressaltar que as porcentagens aumentaram pois o número de extrações proporcionalmente ao número de procedimentos no RDQA anterior foi menor.</p>
RAG	9%	<p>Liberação de empenho e alguns materiais que estão sendo entregues em fevereiro de 2019.</p> <p>O contrato de manutenção de equipamentos está sob a fiscalização da coordenadora de saúde bucal do município, levando a uma maior celeridade nos atendimentos.</p> <p>O Projeto Base de Prótese dentária foi elaborado.</p> <p>Foi formado uma comissão, realizado algumas reuniões e os descritivos dos materiais foram alterados e enviados ao DA - assistência farmacêutica.</p>
PAS	8,3%	<p>Acompanhar os RP 256 atenção básica e RP 086 especialidades Iniciar os processos um ano antes, pois sabemos dos nós, tempo de resposta e problemas em relação a fluxo de trabalho.</p> <p>Realizar Cursos de capacitação aos profissionais em parceria com o CETS a cada semestre.</p> <p>Elaborar projeto básico para contrato de manutenção de compressores e bombas à vácuo odontológicas.</p> <p>Elaborar projeto básico para compra de compressores e bombas à vácuo odontológicas.</p> <p>Realizar a aquisição de materiais de maior qualidade.</p> <p>Incrementar as ações da equipe de saúde bucal nos programas da SES.</p> <p>Ampliação da oferta de serviços com anestesia de oxido nitroso em parceria com a ACDC, documento de parceria no Jurídico. Realizar novo termo de parceria.</p> <p>Construção de sede própria para o CEO Noroeste ou adequação de um imóvel público para garantir o funcionamento adequado deste serviço, e caso necessário, negociar a prorrogação do Termo de Parceria entre PUCC, PMC, SMS até a conclusão da obra ou reforma.</p> <p>Garantir a efetivação do Processo de Licitação para Laboratório de Prótese.</p> <p>Ampliar acesso à especialidade endodontia e implantar CEO's nos Distritos Sul, Leste e Norte.</p> <p>Transformar o CEO Ouro Verde de tipo I para Tipo II (ampliar ofertas de endodontia e prótese)</p> <p>Que a incorporação de RH para os CEOs a serem implantados não implique na perda de RH pelas unidades básicas.</p>

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Passará a ser avaliada a partir de 2018

Método de Cálculo

Número de unidades básicas de saúde com três programas

x100

Número de unidades básicas de saúde no município

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

Meta:

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

Ações:

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

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º	53%	<p>O total de unidades Básicas de Saúde que realizaram no período três ou mais programas da Saúde Integrativa foram trinta e três Unidades em um Universo de sessenta e duas Unidades, sendo 12 no Distrito Sul, 08 no Distrito Sudoeste, 06 no Distrito Norte, 04 no Distrito Noroeste e 03 no Distrito Leste. Os atendimentos de todos os programas da Saúde Integrativa são em média mensal de 5.563 usuários, totalizando no quadrimestre 22.250 usuários. Os programas realizados são: Consciência Postural, Lian Gong, Grupos de Passeio, Meditação, Chikung, Tai Chi Chuan, Yoga, Acupuntura Sistêmica, Acupuntura de Microssistemas, Homeopatia, Fitoterapia, Dança Circular Shantala, Terapia Comunitária, Reike e outros. Comentário: Este número de atendimentos de usuários segundo os comentários deve estar subestimado, pois nos comentários das Unidades, informam que há produção mas não registro. Recomendação: Estimular o registro nas Unidades de qualquer produção dos programas da Saúde Integrativa.</p>
2º	40,6%	<p>O total de Unidades Básicas de Saúde são 64, sendo que 26 estão realizando três ou mais programas da Saúde Integrativa, sendo, por Distrito: Leste: 05 Unidades, Noroeste: 02 Unidades, Norte: 05 Unidades, Sudoeste: 06 Unidades e Sul: 08 Unidades.</p> <p>A queda em relação ao quadrimestre passado deve-se principalmente ao fechamento provisório da Botica da Família, que produzia medicamentos Fitoterápicos e às reformas nas Unidades Básicas de Saúde, que impediram a realização dos grupos da Saúde Integrativa.</p> <p>Programas desenvolvidos neste quadrimestre: Consciência Postural 1307 usuários; Práticas corporais em Medicina tradicional Chinesa (Lian Gong, Chikung, Tai chi Chuan) 6.387; Grupos de Passeio 3.039; Meditação 341; Acupuntura Sistêmica 763; Microssistemas 1.347; Yoga 334; Homeopatia 532; Movimento Vital Expressivo, Dança Circular e Biodança 1.877; Shantala 16; Terapia Comunitária Integrativa 79 e Reike 07.</p> <p>Não está inserido nos dados da atual planilha, a produção do Ambulatório Municipal de Acupuntura e as atividades do Espaço CR Academia.</p>
3º	43,75%	<p>O total de Unidades Básicas de Saúde são 64, sendo que 28 estão realizando três ou mais programas da Saúde Integrativa. com um aumento de 02 unidades em relação ao segundo quadrimestre, sendo, por Distrito: Leste: 04 Unidades, Noroeste: 03 Unidades, Norte: 04 Unidades, Sudoeste: 09 Unidades e Sul: 08 Unidades.</p> <p>Programas desenvolvidos neste quadrimestre: Consciência Postural 1976 usuários, Práticas corporais em Medicina tradicional Chinesa (Lian Gong, Chikung, Tai chi Chuan) 10.060, Grupos de Passeio</p>

		4.440, Meditação 214, Acupuntura Sistêmica 1.234, Microssistemas:1284, Yoga: 304, Homeopatia: 554, (Movimento Vital Expressivo, Dança Circular e Biodança): 3.779, Terapia Comunitária Integrativa: 33 e Reike: 279. Não estão inseridos nos dados da atual planilha, a produção do Ambulatório Municipal de Acupuntura e as atividades do Espaço CR Academia.
RAG	43,75%	Ultrapassada a meta anual (23%) em todos os quadrimestre de 2018, mesmo com o programa de fitoterapia suspenso temporariamente.
PAS	47,0%	Inserir os dados de produção do Ambulatório Municipal de Acupuntura e as atividades do Espaço Centro de Referência Academia, pois a mesma é a referência de academia da saúde para as condições crônicas não transmissíveis no município, além de acrescentar novo programa de hortas/farmácias vivas que está sendo realizado nos Centros de Saúde. Trabalhar com a Assistência Farmacêutica, Departamento de Saúde e UNICAMP, visando a reabertura da 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

Resultados

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

		<p>em processos licitatórios.</p> <p>Em relação as Unidades de Saúde, de acordo com os dados da Matriz de Monitoramento RDQA 1 da Atenção Básica 2018:</p> <p>81% Fizeram revisão neste quadrimestre para adequação das cotas de insumos, materiais e medicamentos, a partir do consumo médio no período;</p> <p>94% Monitoraram o estoque de medicamentos e materiais na Unidade;</p> <p>95% Alimentaram o sistema de movimentação de estoque (GEMM);</p> <p>94% Monitoraram o controle de validade e as condições de armazenamento dos insumos, materiais e medicamentos;</p> <p>90% Orientaram os funcionários da farmácia a estarem atentos para quantidade recebida do almoxarifado e a demanda da unidade e participar da sugestão de cotas, comunicando o Distrito o não recebimento de algum medicamento.</p> <p>O Programa de Farmacovigilância foi implantado em 55% dos serviços de saúde de forma plena, conforme dados da Matriz de Monitoramento RDQA 1 da Atenção Básica 2018.</p> <p>Recomendações:</p> <p>a) Ampliar o programa de farmacovigilância para todos serviços de saúde.</p> <p>b) Envolvimento de todas as áreas técnicas do DS e DEVISA para promoção e ampliação do programa de farmacovigilância.</p> <p>Farmacêuticos - Atualmente contamos com farmacêuticos em 24 Unidades de Saúde, sendo que 29 % desses profissionais estão desenvolvendo as ações essenciais e complementares integradas as Equipes de Saúde da Família.</p> <p>Agente de Apoio Farmácia - Atualmente contamos com Agente de Apoio Farmácia em todas Unidades de Saúde, sendo que 11 % desses profissionais estão desenvolvendo as ações de saúde integradas as Equipes de Saúde da Família.</p>
2º	86%	<p>Disponibilização de medicamentos - Licitações fracassadas, atraso nas entregas pelos fornecedores.</p> <p>Justificativa : Pode-se atribuir esse resultado a um conjunto de elementos que afetaram não apenas os procedimentos internos à administração municipal, mas também, fatores externos como atraso nas entregas por parte do fornecedor e itens desertos e fracassados em processos licitatórios.</p> <p>Em relação as Unidades de Saúde, de acordo com os dados da Matriz de Monitoramento RDQA 2 da Atenção Básica 2018:</p> <p>84% Fizeram revisão neste quadrimestre para adequação das cotas de insumos, materiais e medicamentos, a partir do consumo médio no período;</p> <p>94% Monitoraram o estoque de medicamentos e materiais na Unidade;</p> <p>92% Alimentaram o sistema de movimentação de estoque (GEMM);</p> <p>94% Monitoraram o controle de validade e as condições de armazenamento dos insumos, materiais e medicamentos;</p> <p>94% Orientaram os funcionários da farmácia a estarem atentos para quantidade recebida do almoxarifado e a demanda da unidade e</p>

		<p>participar da sugestão de cotas, comunicando o Distrito o não recebimento de algum medicamento.</p> <p>O Programa de Farmacovigilância foi implantado em 56% dos serviços de saúde de forma plena, conforme dados da Matriz de Monitoramento RDQA 2 da Atenção Básica 2018.</p> <p>Recomendações:</p> <p>a) Ampliar o programa de farmacovigilância para todos serviços de saúde.</p> <p>b) Envolvimento de todas as áreas técnicas do DS e DEVISA para promoção e ampliação do programa de farmacovigilância.</p> <p>Farmacêuticos - Atualmente contamos com farmacêuticos em 24 Unidades de Saúde, sendo que 29 % desses profissionais estão desenvolvendo as ações essenciais e complementares integradas as Equipes de Saúde da Família.</p> <p>Agente de Apoio Farmácia - Atualmente contamos com Agente de Apoio Farmácia em todas Unidades de Saúde, sendo que 13 % desses profissionais estão desenvolvendo as ações de saúde integradas as Equipes de Saúde da Família</p>
3º	82%	<p>Disponibilização de medicamentos - Licitações fracassadas, atraso nas entregas pelos fornecedores.</p> <p>Justificativa : Pode-se atribuir esse resultado a um conjunto de elementos que afetaram não apenas os procedimentos internos à administração municipal, mas também, fatores externos como atraso nas entregas por parte do fornecedor e itens desertos e fracassados em processos licitatórios.</p> <p>Em relação as Unidades de Saúde, de acordo com os dados da Matriz de Monitoramento RDQA 3 da Atenção Básica 2018:</p> <p>88% Fizeram revisão neste quadrimestre para adequação das cotas de insumos, materiais e medicamentos, a partir do consumo médio no período;</p> <p>95% Monitoraram o estoque de medicamentos e materiais na Unidade;</p> <p>95% Alimentaram o sistema de movimentação de estoque (GEMM);</p> <p>92% Monitoraram o controle de validade e as condições de armazenamento dos insumos, materiais e medicamentos;</p> <p>92% Orientaram os funcionários da farmácia a estarem atentos para quantidade recebida do almoxarifado e a demanda da unidade e participar da sugestão de cotas, comunicando o Distrito o não recebimento de algum medicamento.</p> <p>O Programa de Farmacovigilância foi implantado em 58% dos serviços de saúde de forma plena, conforme dados da Matriz de Monitoramento RDQA 2 da Atenção Básica 2018.</p> <p>Recomendações:</p> <p>a) Ampliar o programa de farmacovigilância para todos serviços de saúde.</p> <p>b) Envolvimento de toda a equipe de saúde das UBS para promoção e ampliação do programa de farmacovigilância.</p> <p>b) Envolvimento de todas as áreas técnicas do DS e DEVISA para promoção e ampliação do programa de farmacovigilância.</p>

		<p>Farmacêuticos - Atualmente contamos com farmacêuticos em 24 Unidades de Saúde, sendo que 11 % desses profissionais estão desenvolvendo as ações essenciais e complementares integradas as Equipes de Saúde da Família.</p> <p>Agente de Apoio Farmácia - Atualmente contamos com Agente de Apoio Farmácia em todas Unidades de Saúde, sendo que 13 % desses profissionais estão desenvolvendo as ações de saúde integradas às Equipes de Saúde da Família</p>
RAG	85%	<p>Meta atingida parcialmente.</p> <p>Recomendações:</p> <p>a) intensificar o empenho que já vem sendo desenvolvido pela SMS a fim de atingir a meta com os recursos existentes;</p> <p>b) Contratar e capacitar profissionais farmacêuticos e Agentes de Apoio à Saúde Farmácia para ampliar as ações de Cuidado Farmacêutico junto as equipes de saúde das UBS, bem como garantir abertura da farmácia em todo horário de funcionamento da Unidade;</p> <p>c) Ampliar a quantidade de viaturas para realização de visitas domiciliares;</p> <p>d) Garantir o monitoramento pelas Unidades de Saúde do controle de validade e as condições de armazenamento dos insumos, materiais e medicamentos, bem como estarem atentos para quantidade recebida do almoxarifado e a demanda da unidade e participar da sugestão de cotas, comunicando o Distrito o não recebimento de algum medicamento.</p>
PAS	90%	<p>Garantir junto aos Departamentos e Secretarias envolvidas o suprimento dos recursos necessários à prestação dos serviços farmacêuticos de forma qualificada, dentre outros: medicamentos, recursos humanos, sistemas informatizados e equipamentos de informática e demais materiais de expediente;</p> <p>Garantir que todas as Unidades de Saúde que tenham farmacêutico, integrem este profissional nas ações essenciais (Consulta Farmacêutica e Visita Domiciliar) de saúde da ESF e em pelo menos uma ação complementar (Atendimento Compartilhado, Matriciamento, Grupos Terapêuticos, Atividades de Educação em Saúde e Participação em Reunião de Equipe de Referência).</p> <p>Garantir que os Agente de Apoio - Farmácia integrem-se as ações essenciais da ESF e que atuem em no mínimo, duas ações de saúde (Visita Domiciliar, Grupos Terapêuticos, Atividades de Educação em Saúde e Participação em Reunião de equipe de Referência), em 100% das Unidades de Saúde.</p> <p>Manter manutenção contínua dos Sistemas Informatizados GEMM e SIG2M;</p> <p>Retomar o projeto de implantação do Business Intelligence (BI) Pentaho;</p> <p>Desenvolver um novo sistema de controle de estoque para o almoxarifado da Saúde;</p> <p>Garantir pela Secretaria Municipal de Recursos Humanos a realização de concurso público para Farmacêuticos e Agente de Apoio Farmácia para contratação de profissionais para as farmácias do município.</p>

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1 D evit p imun	35	76	134	110	118	138	173	116	134
2 GEI e complic	183	152	169	179	226	205	274	113	126
3 Anemia	14	9	9	16	16	10	14	23	15
4 Defnutric	32	39	32	27	35	33	43	58	36
5 Infec O N G	52	43	64	58	52	58	49	62	49
6 Pneumonias bac	718	534	447	589	643	635	552	471	398
7 Asma	400	403	465	558	329	549	366	484	434
8 Bronquites	494	637	702	488	382	549	520	525	454
9 Hipertensão	390	244	192	166	100	151	233	152	123
10 Angina	281	325	329	398	435	436	412	332	282
11 ICC	605	572	522	621	626	687	635	719	714
12 Diabetes	360	298	276	270	236	298	283	242	264
13 Epilepsias	130	174	143	204	219	189	200	151	182
14 ITU	571	524	556	640	893	1085	850	870	766
15 Infec pele e TSC	560	518	518	455	512	487	500	370	395
16 D inflpelv F	60	38	40	46	40	42	70	49	47
17 SRubéolacong	1	0	1	1	0	4	3	3	2
% ICSAP	25,34%	22,89%	23,82%	23,63%	23,62%	24,70%	23,36%	22,56%	21,03%
ICSAP: numerador	4.886	4.586	4.599	4.826	4.862	5.556	5.177	4.740	4.421
Total: denominador	19.279	20.034	19.304	20.423	20.581	22.493	22.160	21.014	21.024
Fonte: DATASUS/SIH RDSP 1401a 1712.DBC									
Referência: Caderno de Diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2013-2015									
Dados reprocessados na SMS/DGDO -DEAR/CAC									

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

INDICADOR 117 - INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA DE RESIDENTES DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS					
ICSAP	1º Quad 2018	2º Quad 2018	3º Quad 2018	Dados 2018	Tendência
1 D evit p imun	46	43	45	134	
2 GEI e complic	43	43	40	126	
3 Anemia	4	8	3	15	
4 Def nutric	7	15	14	36	
5 Infec O N G	13	20	16	49	
6 Pneumonias bac	140	144	114	398	
7 Asma	122	136	176	434	
8 Bronquites	124	177	153	454	
9 Hipertensão	25	36	62	123	
10 Angina	96	102	84	282	
11 ICC	231	227	256	714	
12 Diabetes	96	87	81	264	
13 Epilepsias	66	65	51	182	
14 ITU	278	225	263	766	
15 Infec pele e TSC	132	130	133	395	
16 D infl pelv F	15	16	16	47	
17 SRubéola cong	0	1	1	2	
Total ICSAP	1.438	1.475	1.508	4.421	
Total Geral	6.889	7.171	6.964	21.024	

Método de Cálculo

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

x 100

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

Meta:

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

Ações:

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

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

Observações:

Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) Critério de Seleção: Tabulação dos dados por município de residência do usuário Tipo de AIH = Normal; Complexidade do procedimento = Média complexidade; Motivo Saída/Permanência = Alta curado, Alta melhorado, Alta a pedido, Alta com previsão de retorno p/acompanhante do paciente, Alta por evasão, Alta por outros motivos, Transferência para internação domiciliar, Óbito com DO fornecida pelo médico assistente, Óbito com DO fornecida pelo IML, Óbito com DO fornecida pelo SVO, Alta da mãe/puérpera e do recém-nascido, Alta da mãe/puérpera e permanência do recém-nascido, Alta da mãe/puérpera e óbito do recém-nascido, Alta da mãe/puérpera com óbito fetal, Óbito da gestante e do 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 Infeciosas e complicações A00-A099; E86-E869.
3. Anemia D50-D509.
4. Deficiências nutricionais E40-E469; E50-E649.
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta H66-H669; J00-J009; J01-J019; J02-J029; J03-J039; J06-J069; J31-J319.
6. Pneumonias bacterianas J13-J139; J14-J149; J153-J154; J158-J159; J181.
7. Asma J45-j459.
8. Bronquites J20-J229; J40-J429.
9. Hipertensão I10-I109; I11-I119.
10. Angina I20-I209.
11. Insuficiência cardíaca I50-I509.
12. Diabetes mellitus E10-E149.
13. Epilepsias G40-G409.

14. Infecção no rim e trato urinário N30-N309; N34-N349; N390.

15. Infecção da pele e tecido subcutâneo A46-A469; L01-L019; L02-L029; L03-L039; L04-L049; L08-L089.

16. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos N70-N709; N71-N719; N72-N729; N73-N739; N75-N759; N76-N769.

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º	20,87* (anual/*parcial)	<ol style="list-style-type: none">1. Incentivar ações referentes ao recebimento e análise das altas hospitalares com relatórios dos pacientes egressos, para fortalecer as ações de promoção e prevenção à saúde desta população, assim como efetivar a implantação do protocolo de CCNT junto à rede para melhorar respectivamente os índices de 68% e 63% apurados nas unidades neste 1º Quadrimestre.2. Manter e incentivar o índice de 92% de atenção integral aos idosos acamados, aliado às ações de promoção de vida saudável desta população como alimentação, grupos de tabagismo e atividade física.3. Melhorar o banco de dados do registro e cadastro dos pacientes crônicos (atualmente em 68%), assim como o monitoramento desses riscos e agravos em saúde através de software em construção junto ao GT de crônicos da Secretaria de Saúde.
2º	20,71* (anual/*parcial)	<ol style="list-style-type: none">1) Através do GT-CCNT, aprimorar as ações voltadas às análises das altas hospitalares com relatórios dos egressos para aumentar o índice dos registros (67%), uma vez que as ações de promoção e prevenção à saúde da população tiveram um sensível aumento de 91%.2) Manter e aumentar o bom índice de 94% de assistência integral aos idosos acamados, aliado às ações de vida saudável desta população.3) Afirmer ações voltadas para importância do cadastro de crônicos, quer seja, de maneira manual ou eletrônica, sendo que o número passou de 68% no primeiro quadrimestre para 77% no segundo quadrimestre, também trabalhadas no GT-CCNT.
3º	21,03	<p>Apesar dos índices de acompanhamento a atenção integral aos idosos e acamados terem se mantido elevados, houve uma ligeira queda (94% para 91%) das ações voltadas para essa população.</p> <p>Outras ações voltadas à abordagem de alimentação saudável, alcoolismo e sedentarismo mantiveram o patamar de 91%.</p> <p>O projeto desenvolvido pela SMS (GT-CCNT) precisa ser fortalecido e incentivado com o intuito de melhorar o cadastro de crônicos, que reduziu em 2% (77% para 75%), assim como a sensibilização do uso do protocolo de CCNT como balizador ao cuidado em saúde a esta população alvo, a fim de aumentar o índice de 64% de aplicabilidade registrado neste quadrimestre.</p> <p>Melhora efetiva na análise e acompanhamento dos relatórios de</p>

		Alta Hospitalar de 67% para 70%, que deve receber um incremento nos próximos meses com o Decreto de Pactuação de Alta Hospitalar entre SMS/Rede Mario Gatti.
RAG	21,03 (anual)	Meta 2018: 21,07% → Realizado 2018: 21,03% Meta atingida em 2018, com ações efetivas, principalmente no acompanhamento do egresso hospitalar, assim como na assistência ao idoso acamado.
PAS	20,85%	Com a formalização do “Projeto Alta Compartilhada” entre SMS/Rede Mario Gatti, poderá ser acompanhada toda a linha de cuidado do egresso hospitalar com maior efetividade, na AP, AS e Hospitalar. Elaborar e publicar Resolução do Sr. Secretário Municipal de Saúde determinando o envio via sistema eletrônico do Sumário de Alta da totalidade de internações dos hospitais conveniados com o Município de Campinas. Atualização permanente de todos os equipamentos sociais (CRAS, CECO, CR) pelas equipes, para que a intersetorialidade atue com sincronismo.

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

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

Relevância do indicador:

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

Série histórica nacional:

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

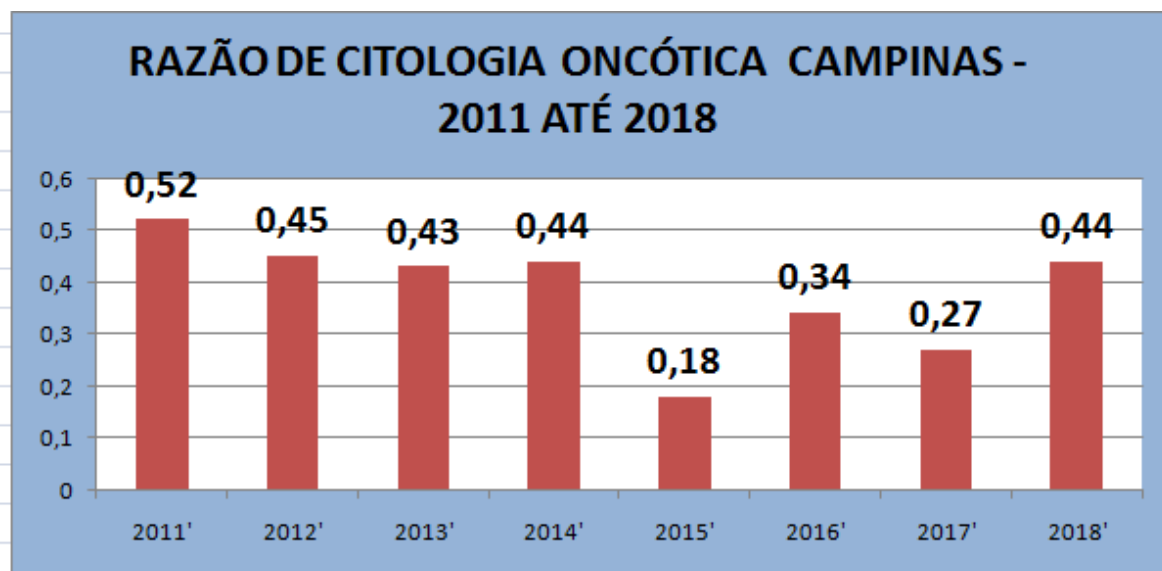
Série histórica região sudeste:

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

RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS

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

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



Método de Cálculo

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

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

Meta:

Meta de Campinas: 0,42

Meta Pactuada Regional 2019: 0,45

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

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

Ações:

Código	Ações	Responsáveis
1.ii.1.a.	Consolidar a execução de capacitação para médicos da saúde da família e equipe de enfermagem para aumentar a coleta qualificada das citologias oncóticas	DS, Distritos, CETS

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	0,21	Meta estipulada para avaliação anual, sendo que neste primeiro quadrimestre conseguimos elevar a razão de cobertura de rastreamento do câncer de colo uterino comparativamente ao mesmo período do ano anterior (0,08). Estamos próximos de concretizar a parceria com o Hospital de Câncer de Barretos – Hospital de Amor com perspectivas de então melhoramos ainda mais este indicador com medidas de rastreamento organizado. A participação dos profissionais de enfermagem capacitados para atuar em conjunto da equipe de saúde da família na consulta de rotina em ginecologia será de grande efeito em propiciar um aumento significativo deste indicador.
2o	0,35	Meta estipulada para avaliação anual, sendo que neste segundo quadrimestre houve elevação da razão de cobertura de rastreamento do câncer de colo uterino comparativamente ao mesmo período do ano anterior (0,09). Estamos próximos de concretizar a parceria com o Hospital de Câncer de Barretos - Hospital de Amor com perspectivas de então melhoramos ainda mais este indicador com medidas de rastreamento organizado. A participação dos profissionais de enfermagem capacitados para atuar em conjunto da equipe de saúde da família na consulta de rotina em ginecologia é sempre de grande efeito para propiciar o aumento deste indicador, bem como o constante de coleta deste exame durante as consulta médica ginecológica e seu respectivo processo de registro do atendimento.
3o	0,44	As UBS informaram possuem registro no e-SES AB de 18.368, somado a 63.181 colhidos em outros serviços do SUS Campinas – totalizando 81.549 CO/ 2018. A população de mulheres na faixa etária de 20-64 anos estimada é 325.856 (censo 2010 corrigido até 2018, dividida por 3 = 108.619 – assim a cobertura eestimada foi de

		75%.
RAG	0,44	A meta para o ano de 2018 foi superada atingindo inclusive a meta estipulada para o ano de 2019.
PAS	0,45	Meta numérica atingida. Mudança com alinhamento de meta de pactuação regional para 0,45 em 2019. Vemos que a parceria com o Hospital de Câncer de Barretos - Hospital de Amor tem trazido resultados positivos no que tange a prestação de recebimento dos resultados uma vez que a coleta dos exames está mantida dentro das unidade de saúde sendo importante considerar o trabalho das equipes em incrementar as coletas. Vale salientar que deve-se manter o projeto de rastreamento organizado.

Observações:

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

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

Relevância do indicador:

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

Série histórica nacional:

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

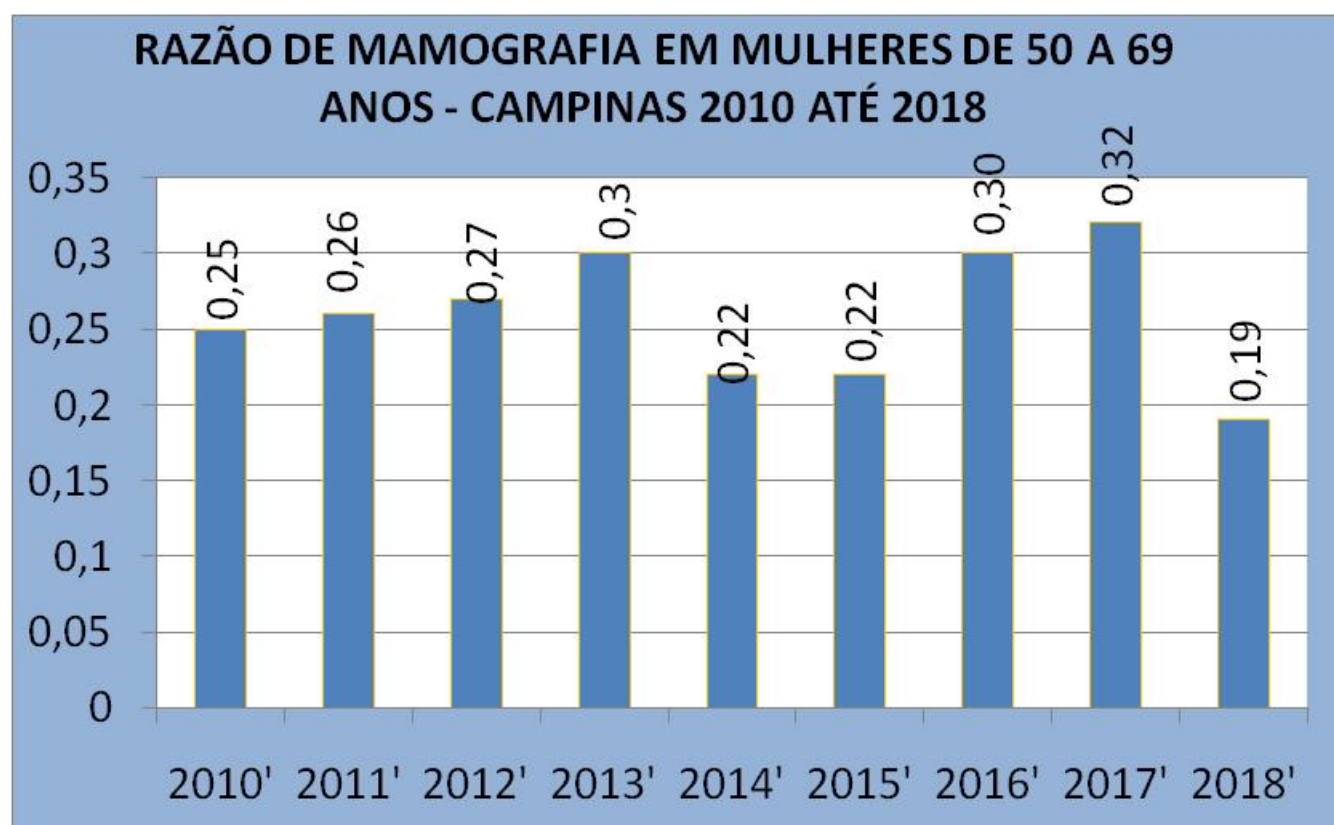
Série histórica região sudeste:

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

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

Série histórica em Campinas:

RAZÃO DE MAMOGRAFIA MULHERES DE 50 A 69 ANOS									
Ano	2010'	2011'	2012'	2013'	2014'	2015'	2016'	2017'	2018'
Proporção	0,25	0,26	0,27	0,3	0,22	0,22	0,30	0,32	0,19
Fonte: DATASUS/ SIA PASPO1801 A 1812. DBC - Dados reprocessados SMS/DEAR-SUS/CSCAPTA									



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

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

Fonte: DATASUS/SIA PASP1801 a 1812.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DEAR-SUS/CSAPTA

Método de Cálculo

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

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

Meta:

Meta de Campinas: 0,32

Meta Pactuada Regional: 0,34

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

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

Ações:

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

1.ii.2.e	Retomar o grupo condutor para implantar a linha de cuidado do câncer de mama e colo de útero	DGDO, DS e DRS7
1.ii.2.f	Agilizar consulta de retorno, principalmente, dos resultados dos exames alterados.	DGDO, DS, Distritos, CS
1.ii.2.g	Incentivar utilização do Programa Mulheres de Peito	DGDO, DS, Distritos, CS

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	0,10	Meta estipulada para avaliação anual, sendo que neste primeiro quadrimestre conseguimos elevar a razão de cobertura de rastreamento do câncer de mama comparativamente ao mesmo período do ano anterior (0,07). As ações de rastreamento organizado propostas com o apoio do Hospital de Câncer de Barretos – Hospital de Amor, assim como o aumento da oferta de exames de mamografia demonstram que estamos no caminho para alcançar a meta anual. A participação dos profissionais de enfermagem capacitados para atuar em conjunto da equipe de saúde da família na consulta de rotina em ginecologia será de grande efeito em propiciar um aumento significativo deste indicador.
2o	0,16	Meta estipulada para avaliação anual, sendo que neste segundo quadrimestre houve redução da razão de cobertura de rastreamento do câncer de mama comparativamente ao mesmo período do ano anterior (0,16). As ações de rastreamento organizado propostas com o apoio do Hospital de Câncer de Barretos - Hospital de Amor, assim como o aumento da oferta de exames de mamografia demonstram que estamos no caminho para alcançar a meta anual. A participação dos profissionais de enfermagem capacitados para atuar em conjunto da equipe de saúde da família na consulta de rotina em ginecologia será de grande efeito em propiciar um aumento significativo deste indicador.
3o	0,19	Este indicador não representa a totalidade dos exames realizados devido a equívoco no processamento da informação da produção do serviço de mamografia do Hospital de Câncer de Barretos - Hospital de Amor. Este dado deverá ser atualizado no momento da apresentação daquela produção.
RAG	0,19	Indicador pendente de coleta dados de produção do Hospital de Câncer de Barretos – Hospital de Amor.
PAS	0,35	Apesar da inconsistências dos dados temos observado grande diminuição da demanda reprimida para realização de exames de mamografia, não havendo espera para obtenção do mesmo. Para 2019 devemos intensificar as ações dos agentes de saúde para aumentar a razão de cobertura dentro das microáreas e promover o rastreamento organizado por unidade básica de saúde de prevenção do câncer de mama.

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

Relevância do indicador:

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

Série histórica nacional:

Não é monitorada nesta faixa etária

Série histórica em Campinas:

Passará a ser monitorado a partir de 2018

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

Fonte: DATASUS/SIA PASP1801 a 1812.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DEAR-SUS/CSAPTA

Método de Cálculo

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

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

Meta:

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

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

Ações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	0,09	Meta estipulada para avaliação anual, sendo este o primeiro ano de monitoramento deste indicador devido as medidas adotadas pela Secretaria de Saúde de ampliar a faixa etária de rastreamento para o câncer de mama. Estão sendo empenhados esforços para conscientização das mulheres quanto a importância do exame de detecção precoce do câncer de mama visando diminuir a morbimortalidade nesta população. A participação dos profissionais de enfermagem capacitados para atuar em conjunto da equipe de saúde da família na consulta de rotina em ginecologia será de grande efeito em propiciar um aumento significativo deste indicador.
2o	0,16	Meta estipulada para avaliação anual, sendo este o primeiro ano de monitoramento deste indicador devido as medidas adotadas pela Secretaria de Saúde de ampliar a faixa etária de rastreamento para o câncer de mama. Estão sendo empenhados esforços para conscientização das mulheres quanto a importância do exame de detecção precoce do câncer de mama visando diminuir a morbimortalidade nesta população.
3o	0,19	Indicador comprometido devido falha no processamento da informação da produção do Hospital de Câncer de Barretos – Hospital de Amor. Este dado deverá ser atualizado no momento da apresentação daquela produção.
RAG	0,19	Indicador pendente de coleta dados de produção do Hospital de Câncer de Barretos – Hospital de Amor
PAS	0,35	Este indicador apresenta uma ampliação da faixa de cobertura de exames de mamografia de rastreamento sendo que as ações são as mesmas do indicador anterior.

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

Série Histórica

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

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

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

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

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

Dados reprocessados na SMS/DEAR-SUS/CSCAPTA

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

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

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

Dados reprocessados na SMS/DEAR-SUS/CSAPTA

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

Método de Cálculo

Numerador: Total de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade.

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 encaminhamentos e utilizar racionalmente os recursos disponíveis;	DS, Distritos, DGDO, DEAR
1.ii.4.b.	Manter convênios e contratos de gestão em conformidade com capacidade instalada e habilitações junto ao Ministério	DS, Distritos, DGDO, DEAR

	da Saúde, visando garantir a oferta de serviços conforme Portaria de Contratualização nº 3410/2014 (Ministério da Saúde);	
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, DEAR
1.ii.4.d.	Implementar o processo de informatização das Unidades de Saúde (a imagem objetiva é a implantação do prontuário eletrônico e laudos online);	DS, Distritos, DGDO
1.ii.4.e.	Implementar os protocolos de acesso existentes e implantar novos, junto à Atenção Primária, a fim de reduzir o tempo de espera para acesso ao recurso especializado, de acordo com os princípios da integralidade e da equidade;	DS, Distritos, DGDO, DEAR
1.ii.4.f.	Efetivar a regulação, pela Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso/SMS Campinas, de ações e serviços de saúde elencados como prioritários, para garantir equidade e qualificar o acesso (por ex. cirurgias eletivas);	DS, Distritos, DGDO, DEAR
1.ii.4.g.	Implementar e pactuar as ações e serviços das linhas de cuidado prioritárias, visando articular os diversos pontos de atenção e qualificar o processo regulatório;	DS, Distritos, DGDO, DEAR
1.ii.4.h.	Adequar a estrutura física e ambiência das Unidades de Referência para a atenção humanizada aos usuários;	DS, Distritos, DGDO, DA
1.ii.4.i.	Implementar e pactuar as ações e serviços das linhas de cuidado prioritárias, visando articular os diversos pontos de atenção e qualificar o processo regulatório.	DS, Distritos, DGDO, DEAR
1.ii.4.j	Rediscutir o protocolo vigente das especialidades odontológicas com Ambulatório do HC da UNICAMP.	DS, Distritos, DGDO, Gabinete da Saúde
1.ii.4.k	Reforçar o sistema de Referência e Contra Referência das especialidades em odontologia implantadas, CEOs , Centro de Referência DST-AIDS, HMMG e Clínica de Diagnóstico Bucal da ACDC, garantindo a integralidade do cuidado.	DS, Distritos, DGDO
1.ii.4.l	Qualificar o fluxo institucional para tratamento de pacientes com necessidades especiais em centro cirúrgico no HMMG e CHOV . Recomendações : * Ofertar procedimentos nas áreas de dentística e endodontia além de cirurgia. * Que sejam contemplados atendimentos de pacientes crônicos vinculados ao SAD e garantidos o transporte para estes pacientes.	DS, Distritos, DGDO
1.i.i1.m	Garantir a inclusão do profissional nutricionista nos SAD e nos Ambulatórios de Atenção Especializada.	Gabinete da SMS, DGETS e DS

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	Avaliação anual	1) Foi efetivada a doação, pela Secretaria do Patrimônio da União (SPU) do Estado de São Paulo, de um prédio localizado na Av. Francisco Glicério nº 1477, destinado às novas instalações da Policlínica 2. Esta mudança impactará positivamente na oferta e

	0,56	<p>qualificará os serviços disponibilizados, atualmente, por esta Unidade.</p> <p>2) Foi disponibilizado, no Portal da Saúde, o manual de orientações para o apoio matricial da SMS de Campinas (1ª versão), que aponta diretrizes e atribuições das equipes assistenciais e de gestão na execução das ações.</p> <p>http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/programas/protocolos/apoio_matricial/Manual_orientacoes_apoio_matricial_04_2018.pdf</p> <p>Este material está em fase de implantação junto aos profissionais da rede pública de saúde do município de Campinas.</p> <p>3) Dando continuidade às atividades do Grupo de Trabalho de Acesso à Atenção Especializada (GTAAE), estão em revisão e integração os protocolos de acesso para encaminhamento às especialidades de ortopedia e reumatologia, com a proposta de qualificar o cuidado ao usuário com agravos osteomusculares.</p> <p>As atividades deste grupo, bem como da Câmara Técnica de Especialidades (CTE), buscam o alinhamento com as ações propostas no protocolo de CCNT e risco cardiovascular do Ministério da Saúde - 2017.</p> <p>4) Efetivada a aquisição do dióxido de cloro (produto utilizado para desinfecção de aparelhos endoscópicos das Policlínicas), em substituição ao ácido peracético, que visa aperfeiçoar o processo de desinfecção e minimizar danos aos equipamentos.</p> <p>5) Houve convocação de fonoaudiólogo do concurso público, que possibilitou implementar a oferta de atendimento da Policlínica 2 e complementar a referência de apoio matricial para todos os Distritos de Saúde</p> <p>6) Realizado planejamento integrado entre Departamento de Saúde e Departamento de Gestão e Desenvolvimento Organizacional (DGDO) para articulação e priorização das ações dos técnicos na implementação da assistência aos usuários e ajustes dos processos.</p> <p>7) Foi realizado treinamento sobre o teste do reflexo vermelho para a equipe de neonatologia da Maternidade de Campinas, em parceria entre as áreas técnicas de Especialidades e da Saúde da Mulher/Criança e Adolescente do Departamento de Saúde e equipe da Policlínica 2.</p> <p>8) Em abril de 2018, houve uma reunião geral com os gestores da SMS Campinas para discutir os estrangulamentos e perspectivas para área de Atenção Ambulatorial Especializada;</p> <p>9) Para prorrogação do convênio da PUCC, houve adequação do percentual de primeiras consultas/retornos para garantir a integralidade da assistência em respeito às linhas de cuidado e o retorno em tempo oportuno.</p> <p>10) O convênio com o Hospital de Amor de Campinas está em fase final para formalização. Atualmente, para garantir o acesso das pacientes com diagnóstico de câncer ao procedimento cirúrgico, o fluxo de agendamento está definido pelo sistema SOL.</p> <p>11) Em janeiro e fevereiro de 2018, foi realizada capacitação para profissionais dos demais municípios do DRS 7 sobre agendamento do sistema SOL (Saúde On Line), para otimizar a utilização do sistema e os recursos disponibilizados.</p> <p>Recomendações:</p> <p>a) Definir, em cada Distrito, a equipe responsável pela qualificação dos encaminhamentos, gestão do acesso e uso racional de</p>
--	------	--

		<p>recursos especializados.</p> <p>b) Em junho de 2018, está liberada agenda para realização de exames de ultrassonografia de tireóide e região cervical, para encaminhamento de pacientes a partir dos Centros de Saúde. Os exames serão complementados com biópsia, quando indicada, visando agilizar o diagnóstico e o acesso ao tratamento adequado.</p> <p>c) Está agendada para junho de 2018 a capacitação sobre as Alterações mais frequentes do hemograma: abordagem nos serviços básicos de saúde</p> <p>d) Realizar o Encontro de Matriciadores com profissionais das Unidades de Referência próprias e Instituições conveniadas, com a proposta de qualificar e ampliar as ações de apoio matricial</p> <p>e) Formalizar o termo de convênio com o Hospital de Amor - Campinas.</p> <p>f) Efetivar contratos de manutenção de equipamentos para as Policlínicas, bem como plano de reforma predial.</p> <p>g) Manter pesquisa de satisfação dos usuários nas Policlínicas, periodicamente, em parceria com os usuários do Conselho Local das Policlínicas.</p>
2o	<p>Avaliação anual</p> <p>1,16* *(valor acumulado de Jan a agos/2018)</p>	<p>1) Em junho de 2018, foi realizado evento no ambulatório do HMMG com disponibilização de 80 vagas de ultrassonografia de tireóide e região cervical, para agendamento pelas Unidades da rede pública de saúde do município de Campinas, e os exames foram complementados com biópsia, quando indicada, visando agilizar o diagnóstico de câncer e o acesso ao tratamento adequado.</p> <p>2) Em junho de 2018, foi realizado o segundo módulo do projeto de capacitação de profissionais da Atenção Primária para diagnóstico e uso racional de recursos na investigação de doenças hematológicas de alta prevalência, organizado em parceria com o Hemocentro da Unicamp, que teve como tema: As alterações mais frequentes do hemograma: abordagem nos serviços básicos de saúde.</p> <p>3) Em agosto de 2018, realizado o encontro de matriciadores com profissionais das Unidades de Referência próprias e apoiadores distritais, com a proposta de qualificar/ampliar as ações de apoio matricial e socializar as experiências.</p> <p>4) O grupo criado para discutir as demandas relacionadas às crianças e adolescentes nas áreas de Saúde Mental e Reabilitação, envolvendo técnicos do Departamento de Saúde e do DGDO, apoiadores distritais e coordenação das Unidades de Referência, elaborou um documento com o diagnóstico e propostas para superação das dificuldades no encaminhamento de crianças e adolescentes com necessidade de atendimento inter e multidisciplinar (SEI PMC.2018.00029332-02). Este documento foi enviado à Diretora do Departamento de Saúde.</p> <p>5) Retomada das reuniões das comissões gestoras dos convênios, contando com a participação dos técnicos do Departamento de Saúde e DGDO.</p> <p>6) Formalizado o termo de convênio com a Fundação Pio XII</p>

		<p>(Hospital de Amor de Campinas), em agosto de 2018, que tem por objeto instalar, manter e monitorar o programa de rastreamento e prevenção ao câncer de mama e colo de útero, tendo como população alvo as mulheres da cidade de Campinas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. O início do atendimento está previsto para setembro de 2018.</p> <p>7) A contratação de empresa para execução de exames de ultrassonografia está em fase de formalização, com início de atendimento em setembro de 2018.</p> <p>Recomendações:</p> <p>> Definir, em cada Distrito, a equipe responsável pela qualificação dos encaminhamentos, gestão do acesso e uso racional de recursos especializados.</p> <p>> Efetivar contratos de manutenção de equipamentos para as Policlínicas, bem como plano de reforma predial.</p> <p>> Ratificar a necessidade de recomposição das equipes das Unidades de Referência, visando a assistência qualificada e em tempo oportuno.</p> <p>> Retomar a pesquisa periódica de satisfação dos usuários nas Policlínicas, em parceria com os usuários do Conselho Local das Policlínicas.</p> <p>> Em dezembro de 2017, foi promulgada a Lei Municipal nº 15.528, que instituiu o Mês Outubro Brilhante, incluído no calendário oficial do município de Campinas com o objetivo de desenvolver ações de prevenção e conscientização acerca da saúde visual. Neste sentido, a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, em parceria com Clínicas de Oftalmologia e Instituições de Ensino (Fundação Penido Burnier e PUC-Campinas), está organizando algumas atividades para outubro de 2018.</p> <p>> Programado para setembro de 2018 o início das ofertas do convênio firmado com a Fundação Pio XII (Hospital de Amor) e da empresa contratada para realização de exames de ultrassonografia.</p>
3o	1,71	<p>1) Em setembro de 2018, por meio do convênio formalizado com a Fundação Pio XII, teve início o atendimento do Hospital de Amor, com a disponibilização de exames de mamografia, ultrassonografia mamária, biópsias de mama e de colo uterino. A partir de novembro de 2018, as unidades móveis foram instaladas nos Distritos de Saúde Norte (subprefeitura de Barão Geraldo) e Noroeste (UPA Campo Grande), para realização de exames de mamografia de rastreamento. Este serviço vem agregar agilidade no diagnóstico do câncer de mama e de colo uterino na rede pública de saúde do município de Campinas.</p> <p>2) Formalizada a contratação de empresa para realização de exames de ultrassonografia, com início de atendimento em setembro de 2018.</p>

		<p>3) Realizado evento sobre Epilepsia – importância do tema para a Saúde Pública, em setembro de 2018, com a divulgação do novo protocolo do Ministério da Saúde aos profissionais da rede. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_conduta_epilepsia_atencao_basica.pdf</p> <p>4) Em outubro de 2018, como parte do Mês Outubro Brilhante (Lei Municipal nº 15.528 de dezembro de 2017), foram disponibilizadas em torno de 1300 consultas oftalmológicas pela Policlínica 2, Instituições de Ensino (Fundação Penido Burnier e PUC-Campinas) e parceria com Clínicas de Oftalmologia, direcionadas para atendimento de crianças e adolescentes de 04 a 14 anos. Pois os vícios refracionais não corrigidos nesta faixa etária podem ocasionar dificuldades de aprendizado; além disso a intervenção em tempo oportuno previne a ambliopia, que pode levar à cegueira.</p> <p>5) Participação efetiva dos serviços de especialidades e centros de referência na implantação da alta articulada como uma das ações para aprimorar a integração e articulação da continuidade do cuidado dos usuários de maior risco/vulnerabilidade, priorizando pacientes com condições crônicas, entre as Equipes dos Centros de Saúde, Policlínicas, CRI, CRR, UPAs, SAD e Hospitais na lógica do Projeto ICSAP.</p> <p>6) Em parceria com a equipe do ambulatório do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti (HMMG), foram desenvolvidas as seguintes atividades:</p> <p>6.1) Em outubro/2018, foi ampliada a oferta de exames de espirometria para encaminhamento de pacientes a partir dos Centros de Saúde.</p> <p>6.2) Em dezembro/2018, as equipes do ambulatório do HMMG e da disciplina de Dermatologia da UNICAMP realizaram avaliação e triagem de lesões suspeitas de câncer de pele, com direcionamento para os serviços de referência. A Campanha Nacional do Câncer de Pele é uma ação desenvolvida pela Sociedade Brasileira de Dermatologia, como parte do Dezembro Laranja de Prevenção ao Câncer de Pele.</p>
RAG	1,71	<p>1) Foi efetivada a doação, pela Secretaria do Patrimônio da União (SPU) do Estado de São Paulo, de um prédio localizado na Av. Francisco Glicério nº 1477, destinado às novas instalações da Policlínica 2. Esta mudança impactará positivamente na oferta e qualificará os serviços disponibilizados, atualmente, por este ambulatório de especialidades.</p> <p>2) Foi disponibilizado, no Portal da Saúde, o manual de orientações para o apoio matricial da SMS de Campinas (1ª versão), que aponta diretrizes e atribuições das equipes assistenciais e de gestão na execução das ações. http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/programas/protocolos/apoio_matricial/Manual_orientacoes_apoio_matricial_04_2018.pdf Este material está em implantação junto aos profissionais da rede</p>

	<p>pública de saúde do município de Campinas.</p> <p>3) Em agosto de 2018, realizado o encontro de matriciadores com profissionais das Unidades de Referência próprias e apoiadores distritais, com a proposta de qualificar/ampliar as ações de apoio matricial e socializar as experiências.</p> <p>4) Houve convocação de fonoaudiólogo do concurso público, que possibilitou implementar a oferta de atendimento da Policlínica 2 e complementar a referência de apoio matricial para todos os Distritos de Saúde.</p> <p>5) Em abril de 2018, houve uma reunião geral com os gestores da SMS Campinas para discutir os estrangulamentos e perspectivas para área de Atenção Ambulatorial Especializada;</p> <p>6) Para prorrogação do convênio da PUCC, houve adequação do percentual de primeiras consultas/retornos para garantir a integralidade da assistência em respeito às linhas de cuidado e o retorno em tempo oportuno.</p> <p>7) O grupo criado para discutir as demandas relacionadas às crianças e adolescentes nas áreas de Saúde Mental e Reabilitação, envolvendo técnicos do Departamento de Saúde e do DGDO, apoiadores distritais e coordenação das Unidades de Referência, elaborou um documento com o diagnóstico e propostas para superação das dificuldades no encaminhamento de crianças e adolescentes com necessidade de atendimento inter e multidisciplinar. Este documento foi encaminhado à Diretora do Departamento de Saúde (SEI PMC.2018.00029332-02).</p> <p>8) Retomada das reuniões das comissões gestoras dos convênios, contando com a participação dos técnicos do Departamento de Saúde e DGDO.</p> <p>9) Formalizado o termo de convênio com a Fundação Pio XII (Hospital de Amor de Campinas) em agosto de 2018. Em setembro de 2018, teve início o atendimento do Hospital de Amor, com a disponibilização de exames de mamografia, ultrassonografia mamária, biópsias de mama e de colo uterino. A partir de novembro de 2018, as unidades móveis foram instaladas nos Distritos de Saúde Norte (subprefeitura de Barão Geraldo) e Noroeste (UPA Campo Grande), para realização de exames de mamografia de rastreamento. Este serviço vem agregar agilidade no diagnóstico do câncer de mama e de colo uterino na rede pública de saúde do município de Campinas.</p> <p>10) Formalizada a contratação de empresa para realização de exames de ultrassonografia, com início de atendimento em setembro de 2018.</p> <p>11) Em outubro de 2018, como parte do Mês Outubro Brilhante (Lei Municipal nº 15.528 de dezembro de 2017), foram disponibilizadas em torno de 1300 consultas oftalmológicas pela Policlínica 2,</p>
--	--

		<p>Instituições de Ensino (Fundação Penido Burnier e PUC-Campinas) e parceria com Clínicas de Oftalmologia, direcionadas para atendimento de crianças e adolescentes de 04 a 14 anos. Pois os vícios refracionais não corrigidos nesta faixa etária podem ocasionar dificuldades de aprendizado; além disso a intervenção em tempo oportuno previne a ambliopia, que pode levar à cegueira.</p> <p>12) Participação efetiva dos serviços de especialidades e centros de referência na implantação da alta articulada como uma das ações para aprimorar a integração e articulação da continuidade do cuidado dos usuários de maior risco/vulnerabilidade, priorizando pacientes com condições crônicas, entre as equipes dos Centros de Saúde, Policlínicas, CRI, CRR, UPAs, SAD e Hospitais na lógica semelhante ao Projeto ICSAP. A alta articulada é uma das estratégias para implantação do protocolo de condições crônicas não transmissíveis (CCNT) e risco cardiovascular do Ministério da Saúde - 2017.</p> <p>13) Em relação aos eventos e capacitações desenvolvidas:</p> <p>13.1) Em janeiro e fevereiro de 2018, foi realizada capacitação para profissionais dos demais municípios do DRS 7 sobre agendamento do sistema SOL (Saúde On Line), para otimizar a utilização do sistema e os recursos disponibilizados.</p> <p>13.2) Realizado treinamento sobre o teste do reflexo vermelho para a equipe de neonatologia da Maternidade de Campinas, em parceria entre as áreas técnicas de Especialidades e da Saúde da Mulher/Criança e Adolescente do Departamento de Saúde e equipe da Policlínica 2.</p> <p>13.3) Em junho de 2018, foi realizado o segundo módulo do projeto de capacitação de profissionais da Atenção Primária para diagnóstico e uso racional de recursos na investigação de doenças hematológicas de alta prevalência, organizado em parceria com o Hemocentro da Unicamp, que teve como tema - As alterações mais frequentes do hemograma: abordagem nos serviços básicos de saúde.</p> <p>13.4) Realizado evento sobre Epilepsia – importância do tema para a Saúde Pública, em setembro de 2018, com a divulgação do novo protocolo do Ministério da Saúde aos profissionais da rede. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_conduta_epilepsia_atencao_basica.pdf</p> <p>13.5) Em parceria com a equipe do ambulatório do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti (HMMG), foram desenvolvidas as seguintes atividades:</p> <p>13.5.1) Em junho de 2018, foi realizado evento no ambulatório do HMMG com disponibilização de 80 vagas de ultrassonografia de tireóide e região cervical, para agendamento pelas Unidades da rede pública de saúde do município de Campinas, e os exames foram complementados com biópsia, quando indicada, visando agilizar o diagnóstico de câncer e o acesso ao</p>
--	--	--

		<p>tratamento adequado.</p> <p>13.5.2) Em outubro/2018, foi ampliada a oferta de exames de espirometria para encaminhamento de pacientes a partir dos Centros de Saúde.</p> <p>13.5.3) Em dezembro/2018, as equipes do ambulatório do HMMG e da disciplina de Dermatologia da UNICAMP realizaram avaliação e triagem de lesões suspeitas de câncer de pele, com direcionamento para os serviços de referência. A Campanha Nacional do Câncer de Pele é uma ação desenvolvida pela Sociedade Brasileira de Dermatologia, como parte do Dezembro Laranja de Prevenção ao Câncer de Pele.</p>
PAS	2,51	<p>Manter as ações propostas no Plano Municipal de Saúde, e ainda:</p> <p>a) Ampliar e qualificar as ações de apoio matricial, em consonância com a implantação do protocolo de condições crônicas não transmissíveis (CCNT), otimizando os espaços de troca/compartilhamento do cuidado aos usuários;</p> <p>b) Ampliar a oferta de procedimentos especializados, visando a assistência integral e qualificada, em tempo oportuno, por meio da reestruturação das Unidades de Referência em relação à recomposição das equipes, aos equipamentos necessários e à adequação predial, bem como através da regularização da oferta do Hospital Ouro Verde, pactuada no novo convênio com a Rede Mário Gatti, e ajustes contínuos da programação físico-orçamentária (FPO) das demais instituições conveniadas; Ampliar a oferta do MHCP de procedimentos de média complexidade no termo convenial que será fevereiro/2019;</p> <p>c) Qualificar a regulação dos procedimentos de média complexidade e o fluxo das solicitações dos procedimentos de alta complexidade, tendo como uma das estratégias a definição de equipe, em cada Distrito, com a atribuição de gestão do acesso e uso racional de recursos especializados.</p> <p>d) Retomar a articulação da Rede de Reabilitação para dentro e fora do município de Campinas, junto a região metropolitana;</p> <p>e) Aprimorar a articulação da CRSA no projeto de Regulação Regional de Saúde – Sistema CROSS, para dentro e fora do município de Campinas, junto a região metropolitana e em parceria com a Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo.</p> <p>f) Aplicar a pesquisa de satisfação dos usuários nas Policlínicas, em parceria com os usuários do Conselho Local das Policlínicas;</p> <p>g) Inauguração do AME Regional da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo prevista para o segundo quadrimestre de 2019, com ampliação de oferta e redefinição de fluxos assistenciais.</p>

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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


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

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

Fonte: DATASUS/SIA PASP1801 a 1812.D8C

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

Dados reprocessados na SMS/DEAR-SUS/CSAPTA

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

Método de Cálculo

Numerador: Total de procedimentos ambulatoriais de Alta complexidade.

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	Avaliação anual 1,66	<p>1) Foram consolidados os protocolos da linha de cuidado da alta complexidade de Cardiologia, inclusive com a divulgação e trabalho conjunto com a Coordenação de Regulação do Departamento Regional de Saúde (DRS) VII Campinas. Também já foi consolidado o protocolo de acesso para Cardioversor Desfibrilador implantável (CDI), procedimento disponível somente através da regulação da SES de SP; o fluxo está oficializado e estruturado entre as equipes da Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso (CSRA) de Campinas e do DRS VII (SES -SP).</p> <p>2) Houve progressão na pactuação da Linha de Cuidado da</p>

		<p>Oncologia com o Hospital da PUC Campinas e HMMG, a partir da inserção de todas as solicitações de primeira consulta de Oncologia Clínica e Hemato Oncologia no sistema CROSS. Atualmente, é regulado tanto o acesso ao UNACON do HMMG quanto do Hospital da PUCC, ordenando uma fila única para o município. Também teve início a elaboração de protocolos únicos de acesso e classificação de risco para regulação de primeira consulta de Radioterapia, no sistema CROSS - módulo ambulatorial. Apresentamos avanços na integração das ações de regulação da oncologia com a Central de Regulação do DRSVII; teve início a construção de fluxo oficial entre UNACON e CACON, pensando nos casos oncológicos mais raros que precisam de serviços com recursos terapêuticos e medicamentosos específicos.</p> <p>3) A oferta de exames de ressonância nuclear magnética do Hospital da PUCC retornou ao quantitativo conveniado em fevereiro de 2018.</p> <p>4) Outro ponto positivo desse quadrimestre foi continuidade da integração e ações conjuntas com a área técnica de Especialidades do Departamento de Saúde, Distritos de Saúde e a Coordenadoria Setorial de Avaliação e Controle, permitindo ampliar a capacidade da Regulação, maior monitoramento das ações e continuidade dos processos desde a regulação, acesso, avaliação, controle e auditoria, além de ações junto aos prestadores conveniados e serviços próprios para estratégias que propiciem a qualificação do acesso.</p> <p>Recomendações:</p> <ol style="list-style-type: none"> Centralizar os processos regulatórios do Município de Campinas, trazendo os recursos da média complexidade para compor a CSRA; Implementar ações e processos no sentido de avançar na integração com a Central de Regulação do DRS-VII. Intensificar a agenda externa, com visita sistematizada aos serviços, monitoramento incisivo junto aos prestadores e atuação na dinâmica diária da oferta. Formalizar o termo de convênio com o Hospital de Amor - Unidade Campinas Instalar o novo tomógrafo no Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi (CHPEO). Efetivar contratos de manutenção de equipamentos para as Policlínicas, bem como plano de reforma predial.
2o	<p>Avaliação anual</p> <p>3,45</p>	<p>1) Em junho de 2018, foi realizado evento no ambulatório do HMMG com disponibilização de 80 vagas de ultrassonografia de tireóide e região cervical, para agendamento pelas Unidades da rede pública de saúde do município de Campinas, e os exames foram complementados com biópsia, quando indicada, visando agilizar o diagnóstico de câncer e o acesso ao tratamento adequado.</p> <p>2) Em junho de 2018, foi realizado o segundo módulo do projeto de capacitação de profissionais da Atenção Primária para diagnóstico e uso racional de recursos na investigação de doenças hematológicas de alta prevalência, organizado em parceria com o Hemocentro da Unicamp, que teve como tema: As alterações mais frequentes do hemograma: abordagem nos serviços básicos de saúde.</p> <p>3) Em agosto de 2018, realizado o encontro de matriciadores com profissionais das Unidades de Referência próprias e apoiadores</p>

	<p>distritais, com a proposta de qualificar/ampliar as ações de apoio matricial e socializar as experiências.</p> <p>4) O grupo criado para discutir as demandas relacionadas às crianças e adolescentes nas áreas de Saúde Mental e Reabilitação, envolvendo técnicos do Departamento de Saúde e do DGDO, apoiadores distritais e coordenação das Unidades de Referência, elaborou um documento com o diagnóstico e propostas para superação das dificuldades no encaminhamento de crianças e adolescentes com necessidade de atendimento inter e multidisciplinar (SEI PMC.2018.00029332-02). Este documento foi enviado à Diretora do Departamento de Saúde.</p> <p>5) Retomada das reuniões das comissões gestoras dos convênios, contando com a participação dos técnicos do Departamento de Saúde e DGDO.</p> <p>6) Formalizado o termo de convênio com a Fundação Pio XII (Hospital de Amor de Campinas), em agosto de 2018, que tem por objeto instalar, manter e monitorar o programa de rastreamento e prevenção ao câncer de mama e colo de útero, tendo como população alvo as mulheres da cidade de Campinas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. O início do atendimento está previsto para setembro de 2018.</p> <p>7) A contratação de empresa para execução de exames de ultrassonografia está em fase de formalização, com início de atendimento em setembro de 2018.</p> <p>Recomendações:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Definir, em cada Distrito, a equipe responsável pela qualificação dos encaminhamentos, gestão do acesso e uso racional de recursos especializados. > Efetivar contratos de manutenção de equipamentos para as Policlínicas, bem como plano de reforma predial. > Ratificar a necessidade de recomposição das equipes das Unidades de Referência, visando a assistência qualificada e em tempo oportuno. > Retomar a pesquisa periódica de satisfação dos usuários nas Policlínicas, em parceria com os usuários do Conselho Local das Policlínicas. > Em dezembro de 2017, foi promulgada a Lei Municipal nº 15.528, que instituiu o Mês Outubro Brilhante, incluído no calendário oficial do município de Campinas com o objetivo de desenvolver ações de prevenção e conscientização acerca da saúde visual. Neste sentido, a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, em parceria com Clínicas de Oftalmologia e Instituições de Ensino (Fundação Penido Burnier e PUC-Campinas), está organizando algumas atividades para outubro de 2018. > Programado para setembro de 2018 o início das ofertas do
--	--

		convênio firmado com a Fundação Pio XII (Hospital de Amor) e da empresa contratada para realização de exames de ultrassonografia.
3o	5,28	<p>1) Devido à necessidade de reforma da Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) do Hospital Municipal Dr Mário Gatti (HMMG), foi suspensa a realização de radioterapia no UNACON do HMMG e esta oferta foi substituída através do credenciamento do Centro Oncológico de Campinas (COC). Foram mantidas as ofertas do Centro Boldrini e Instituto Radium.</p> <p>2) Em relação à linha de cuidado da cardiologia, teve início a regulação dos pacientes egressos da PUCC, pós cirurgia cardíaca, sem vínculo prévio com ambulatório de cardiologia clínica, para vaga específica disponibilizada pela Policlínica 3 no sistema CROSS.</p> <p>3) Em setembro de 2018, por meio do convênio formalizado com a Fundação Pio XII, teve início o atendimento do Hospital de Amor, com a disponibilização de exames de mamografia, ultrassonografia mamária, biópsias de mama e de colo uterino. Este serviço vem agregar agilidade no diagnóstico do câncer de mama e de colo uterino na rede pública de saúde do município de Campinas.</p>
RAG	5,28	<p>Houve comprometimento significativo da oferta de procedimentos de alta complexidade no CHPEO.</p> <p>Ainda persiste um alto índice absenteísmo nos procedimentos de alta complexidade.</p> <p>1) Em relação à linha de cuidado da cardiologia:</p> <p>1.a) Foram consolidados os protocolos da linha de cuidado da alta complexidade de Cardiologia, inclusive com a divulgação e trabalho conjunto com a Coordenação de Regulação do Departamento Regional de Saúde (DRS) VII Campinas. Também já foi consolidado o protocolo de acesso para Cardioversor Desfibrilador implantável (CDI), procedimento disponível somente através da regulação da SES de SP; o fluxo está oficializado e estruturado entre as equipes da Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso (CSRA) de Campinas e do DRS VII (SES - SP);</p> <p>1.b) A partir do 2º quadrimestre de 2018, com a regulação de 100 % das vagas de ecocardiograma transesofágico, a lista de espera foi equacionada e, atualmente, os usuários são agendados dentro do mês da solicitação do procedimento;</p> <p>1.c) Teve início a regulação dos pacientes egressos da PUCC, pós cirurgia cardíaca, sem vínculo prévio com ambulatório de cardiologia clínica, para vaga específica disponibilizada pela Policlínica 3 no sistema CROSS;</p> <p>2) Em relação à linha de cuidado da oncologia, foi implantada a regulação de 100% da oferta de primeiras consultas de Oncologia Clínica, Hemato Oncologia e radioterapia, disponibilizadas pelas Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) da PUCC e do HMMG, no sistema CROSS – módulo ambulatorial e regulados pela equipe da CSRA de Campinas, ordenando uma fila única de</p>

		<p>acesso para o município.</p> <p>3) Devido à necessidade de reforma da Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) do Hospital Municipal Dr Mário Gatti (HMMG), foi suspensa a realização de radioterapia no UNACON do HMMG e esta oferta foi substituída através do credenciamento do Centro Oncológico de Campinas (COC). Foram mantidas as ofertas do Centro Boldrini e Instituto Radium.</p> <p>4) Formalizado o termo de convênio com a Fundação Pio XII (Hospital de Amor de Campinas) em agosto de 2018. Em setembro de 2018, teve início o atendimento do Hospital de Amor, com a disponibilização de exames de mamografia, ultrassonografia mamária, biópsias de mama e de colo uterino. Este serviço vem agregar agilidade no diagnóstico do câncer de mama e de colo uterino na rede pública de saúde do município de Campinas.</p> <p>5) Em junho de 2018, foram entregues 229 aparelhos auditivos na segunda fase do projeto em parceria com a Secretaria Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência e Cidadania, equipes do ambulatório de Otorrino do Instituto Penido Burnier e da Starkey Hearing Foundation.</p> <p>6) Com a ampliação das vagas de tomografia através do convênio com a PUCC, a partir do 2º quadrimestre de 2018, a lista de espera deste exame sem a necessidade de sedação foi equacionada.</p> <p>7) Retomada das reuniões das comissões gestoras dos convênios, contando com a participação dos técnicos do Departamento de Saúde e DGDO.</p>
PAS	5,88	<p>CHPEO retomada de oferta de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade.</p> <p>Faz-se imprescindível a interlocução entre o Disque Saúde e CSRA, visando a otimização dos recursos disponíveis com a redução do absenteísmo.</p> <p>1) Ampliar a oferta de exames de ressonância nuclear magnética (RNM), por meio do convênio firmado com a Fundação Pio XII (Hospital de Amor);</p> <p>2) Construir fluxo oficial entre UNACON e CACON, pela Rede Hebe Camargo de Combate ao Câncer, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde – SP, visando acesso aos recursos terapêuticos e medicamentosos específicos dos casos oncológicos mais raros;</p> <p>3) Implementar ações e processos no sentido de avançar na integração com a Central de Regulação do Departamento Regional de Saúde VII (DRS) de Campinas.</p> <p>4) Centralizar os processos regulatórios do Município de Campinas, trazendo os recursos da média complexidade para compor a CSRA;</p>

		<p>5) Intensificar a agenda externa, com visita sistematizada aos serviços, monitoramento incisivo junto aos prestadores e atuação na dinâmica diária da oferta.</p> <p>6) Garantir a regularização da oferta do Hospital Ouro Verde no novo convênio com a Rede Mário Gatti.</p> <p>h) Aprimorar a articulação da CRSA no projeto de Regulação Regional de Saúde – Sistema CROSS, para dentro e fora do município de Campinas, junto a região metropolitana e em parceria com a Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo;</p> <p>i) Inauguração do AME Regional da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo prevista para o segundo quadrimestre de 2019, com ampliação de oferta e redefinição de fluxos assistenciais.</p>
--	--	---

Observações

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

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

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

Relevância do Indicador

Analisa variações geográficas e temporais da produção de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribui na avaliação da adequação do acesso à atenção hospitalar clínico cirúrgica de média complexidade, segundo as necessidades da população atendida. 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	2017	2018
Internações Média Compl.	2,7	2,78	2,78	2,8	2,64	2,93	2,86	3,04	2,93	4,62	2,63
Fonte: DATASUS SIH/RDSP1801 a 1812.DPC Dados reprocessados SMS/DEAR-SUS/CSCAPTA											

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

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1801 a 1812.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DEAR-SUS/CSAPTA

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

Método de Cálculo

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

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, DEAR

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	0,87	<p>Considerações:</p> <p>Dado parcial, pois este indicador é de avaliação anual.</p> <p>Devido ao processo de transição do CHPEO, houve diminuição das ofertas para cirurgia de média complexidade.</p> <p>Foram realizadas reuniões no NAAS para construção de protocolos clínicos, classificação de risco e reavaliação das filas de espera.</p> <p>Recomendação: Otimizar ofertas em outros serviços próprios ou conveniados e capilarização dos protocolos clínicos..</p>
2o	1,75	<p>Dado parcial, pois este indicador é de avaliação anual.</p> <p>Devido ao processo de transição do CHPEO, houve diminuição das ofertas para cirurgia de média complexidade.</p> <p>Foram realizadas reuniões no NAAS para construção de protocolos clínicos, classificação de risco e reavaliação das filas de espera, que estão em processo de aviação.</p> <p>Recomendação: Otimizar ofertas em outros serviços próprios ou conveniados e capilarização dos protocolos clínicos.</p>
3o	2,63	<p>Está em processo de contratação serviço de cirurgia para o CHPEO o que aumentará a oferta municipal, com consequente redução do tempo de espera.</p> <p>Foram realizadas reuniões no NAAS e pactuado a reavaliação da demanda reprimida com classificação de risco.</p> <p>Recomendação: Otimizar ofertas em outros serviços próprios ou conveniados e capilarização dos protocolos clínicos.</p>
RAG	2,63	<p>A meta não foi alcançada em parte pela baixa produção de internações clínico cirúrgicas no CHPEO.</p> <p>Há que se ressaltar que houve redução no Convênio da meta pactuada com o HMCP (média complexidade) sendo priorizado procedimentos de alta complexidade em conformidade com a missão da instituição, entretanto a entidade manteve a produção alta.</p> <p>Em relação ao HMMG não houve redução da meta de média complexidade nos termos do Convênio, mas houve diminuição significativa na produção da entidade.</p>
PAS	2,99	Elaborar, implantar e monitorar protocolos entre atenção básica, especializada e atenção hospitalar, para qualificar as filas de

		<p>indicação cirúrgica, com inclusão da classificação de risco.</p> <p>Monitorar os casos de indicação cirúrgica, acompanhar as filas.</p> <p>Intensificar ações junto a Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso otimizando o acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos a partir da rede de saúde e formular protocolos de acesso aos serviços conveniados, visando otimizar a capacidade instalada.</p> <p>Atuar junto a Autarquia Pública Municipal Rede Municipal Dr. Mário Gatti de U/E e Hospitalar com a finalidade de efetivar a oferta dos procedimentos cirúrgias de média complexidade.</p> <p>Estudar a possibilidade de habilitação de leitos de longa permanência junto ao Ministério da Saúde, garantindo maior otimização dos leitos existentes. Ressalto que somente os leitos clínicos ficam com morador.</p> <p>Para atendimento às ações propostas faz-se necessária a recomposição da equipe da CSRA/DEAR.</p>
--	--	---

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

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO- CIRÚRGICAS DE ALTA COMPLEXIDADE											
Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Internações Alta Compl.	3,46	3,06	3,33	3,85	3,69	4,05	4,17	3,27	3,45	3,37	3,36
Fonte: DATASUS SIH/RDSP1801 a 1812.DPC Dados reprocessados SMS/DEAR-SUS/CSCAPTA											

Indicador 1iii2: Produção de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade de residentes e população de mesma residência

Sub-grupo de procedimentos	1º Quad 2018	2º Quad 2018	3º Quad 2018	Dados 2018	Tendência
Proced p/ diagnose	22	28	11	61	
Int. clínicas	130	127	128	385	
Int. Cirúrgicas	1.096	1.064	979	3.139	
Transplantes	28	23	25	76	
Interc. pós transpl	86	73	73	232	
Total	1.362	1.315	1.216	3.893	

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1801 a 1812.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DEAR-SUS/CSAPTA

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

Indicador 1iii2: Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente (por 1.000 hab)

	1º Quad 2018	2º Quad 2018	3º Quad 2018	Indicador 2018	Tendência
Indicador 1iii2	1,18	1,13	1,05	3,36	
Meta PMS	3,50				

Método de Cálculo

Numerador: Total de internações clínico-cirúrgicas realizadas de alta complexidade.
_____ x 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, DEAR
1.iii.2.b.	Manter a reavaliação da capacidade instalada sob gestão municipal de instituições para realização de procedimentos de cirurgias de alta complexidade.	DS, Distritos, DGDO, DEAR

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	1,18	Dado parcial, pois este indicador é de avaliação anual. Foram realizadas reuniões no NAAS para construção de protocolos

		clínicos, classificação de risco e reavaliação das filas de espera especialmente o HMCP. Recomendação: Otimizar ofertas em outros serviços próprios ou conveniados e capilarização dos protocolos clínicos..
2o	2,30	Dado parcial, indicador anualmente Houve uma melhora do indicador pelo fato dos prestadores conseguirem cumprir a oferta atuando dentro das suas missões especialmente o HMCP. Recomendação: Otimizar ofertas em outros serviços próprios ou conveniados e capilarização dos protocolos clínicos.
3o	3,36	Houve uma melhora do indicador pelo fato dos prestadores conseguirem cumprir a oferta atuando dentro das suas missões, especialmente o HMCP.
RAG	3,36	Recomendação: Otimizar ofertas em outros serviços próprios ou conveniados e capilarização dos protocolos clínicos.
PAS	3,55	Intensificar ações junto a Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso otimizando o acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos a partir da rede de saúde. Manter a reavaliação da capacidade instalada sob gestão municipal de instituições para realização de procedimentos de cirurgias de alta complexidade.

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

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

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

PROPORÇÃO DE ACESSO HOSPITALAR DOS ÓBITOS POR ACIDENTE																			
Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010'	2011'	2012'	2013'	2014'	2015'	2016'	2017'	2018'
Proporção	61,31	52,61	57,89	50,74	53,85	57,76	54,77	55,83	64,88	64,53	64,99	63,26	59,38	58,89	59,87	60,00	61,86	74,3	71,13
Fonte: DRS 7 SIH - DATASUS e SIM atualizado até 19.02.2019																			



Método de Cálculo

Numerador: Número de óbitos hospitalares por acidente.

x 100

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

Meta

Manter acima de 64,00%

Ações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações																								
1o	74,39%	<table><tr><th colspan="2">Causa de óbito CID 10 V01 - X59</th></tr><tr><td>Número TOTAL de residentes acidentados que foram a óbito, atendidos ou não em um hospital, em determinado território e período</td><td>82</td></tr><tr><td>Número de residentes acidentados atendidos e que foram a óbito em hospital</td><td>61</td></tr><tr><td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outros estab. saúde</td><td>0</td></tr><tr><td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em domicílio</td><td>5</td></tr><tr><td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em via pública</td><td>11</td></tr><tr><td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outro local</td><td>4</td></tr><tr><td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em aldeia indígena</td><td>0</td></tr><tr><td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em local ignorado</td><td>1</td></tr><tr><td>Total de óbito em local não hospitalar</td><td>21</td></tr><tr><td>Porcentagem de acesso hospitalar</td><td>74,39%</td></tr><tr><td>Porcentagem em local não hospitalar</td><td>25,61%</td></tr></table> <p>Comentários: Este indicador é de avaliação anual.</p>	Causa de óbito CID 10 V01 - X59		Número TOTAL de residentes acidentados que foram a óbito, atendidos ou não em um hospital, em determinado território e período	82	Número de residentes acidentados atendidos e que foram a óbito em hospital	61	Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outros estab. saúde	0	Número de residentes acidentados e que foram a óbito em domicílio	5	Número de residentes acidentados e que foram a óbito em via pública	11	Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outro local	4	Número de residentes acidentados e que foram a óbito em aldeia indígena	0	Número de residentes acidentados e que foram a óbito em local ignorado	1	Total de óbito em local não hospitalar	21	Porcentagem de acesso hospitalar	74,39%	Porcentagem em local não hospitalar	25,61%
Causa de óbito CID 10 V01 - X59																										
Número TOTAL de residentes acidentados que foram a óbito, atendidos ou não em um hospital, em determinado território e período	82																									
Número de residentes acidentados atendidos e que foram a óbito em hospital	61																									
Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outros estab. saúde	0																									
Número de residentes acidentados e que foram a óbito em domicílio	5																									
Número de residentes acidentados e que foram a óbito em via pública	11																									
Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outro local	4																									
Número de residentes acidentados e que foram a óbito em aldeia indígena	0																									
Número de residentes acidentados e que foram a óbito em local ignorado	1																									
Total de óbito em local não hospitalar	21																									
Porcentagem de acesso hospitalar	74,39%																									
Porcentagem em local não hospitalar	25,61%																									

		<p>Comparado com o resultado anual (2017 – 66,2%), observa-se uma melhora do encaminhamento dos pacientes graves aos hospitais.</p> <p>Recomendações: Manter as medidas de prevenção de acidentes de trânsito.</p>																									
2o	67,65%	<table><tr><th>Causa de óbito CID 10 V01 - X59</th><th></th></tr><tr><td>Número TOTAL de residentes acidentados que foram a óbito, atendidos ou não em um hospital, em determinado território e período</td><td>102</td></tr><tr><td>Número de residentes acidentados atendidos e que foram a óbito em hospital</td><td>69</td></tr><tr><td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outros estab. saúde</td><td>0</td></tr><tr><td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em domicílio</td><td>13</td></tr><tr><td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em via pública</td><td>19</td></tr><tr><td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outro local</td><td>0</td></tr><tr><td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em aldeia indígena</td><td>0</td></tr><tr><td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em local ignorado</td><td>1</td></tr><tr><td>Total de óbito em local não hospitalar</td><td>33</td></tr><tr><td>Porcentagem de acesso hospitalar</td><td>67,65%</td></tr><tr><td>Porcentagem em local não hospitalar</td><td>32,35%</td></tr></table>	Causa de óbito CID 10 V01 - X59		Número TOTAL de residentes acidentados que foram a óbito, atendidos ou não em um hospital, em determinado território e período	102	Número de residentes acidentados atendidos e que foram a óbito em hospital	69	Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outros estab. saúde	0	Número de residentes acidentados e que foram a óbito em domicílio	13	Número de residentes acidentados e que foram a óbito em via pública	19	Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outro local	0	Número de residentes acidentados e que foram a óbito em aldeia indígena	0	Número de residentes acidentados e que foram a óbito em local ignorado	1	Total de óbito em local não hospitalar	33	Porcentagem de acesso hospitalar	67,65%	Porcentagem em local não hospitalar	32,35%	
Causa de óbito CID 10 V01 - X59																											
Número TOTAL de residentes acidentados que foram a óbito, atendidos ou não em um hospital, em determinado território e período	102																										
Número de residentes acidentados atendidos e que foram a óbito em hospital	69																										
Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outros estab. saúde	0																										
Número de residentes acidentados e que foram a óbito em domicílio	13																										
Número de residentes acidentados e que foram a óbito em via pública	19																										
Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outro local	0																										
Número de residentes acidentados e que foram a óbito em aldeia indígena	0																										
Número de residentes acidentados e que foram a óbito em local ignorado	1																										
Total de óbito em local não hospitalar	33																										
Porcentagem de acesso hospitalar	67,65%																										
Porcentagem em local não hospitalar	32,35%																										
		<p>Comentários: Este indicador é de avaliação anual.</p> <p>Comparado com o resultado anual (2017 - 66,2%), observa-se uma melhora do encaminhamento dos pacientes graves aos hospitais, contudo houve uma piora em relação ao primeiro quadrimestre de 2018, o que pode indicar uma maior gravidade das ocorrências, e não necessariamente uma piora do acesso hospitalar, devendo ser somado a outros estudos para melhor elucidação da piora deste indicador.</p> <p>Recomendações: Manter as medidas de prevenção de acidentes de trânsito. Manter de 100% do município com cobertura do SAMU.</p>																									
3o	71,13%	<table><tr><th>Causa de óbito CID 10 V01 - X59</th><th></th></tr><tr><td>Número TOTAL de residentes acidentados que foram a óbito, atendidos ou não em um hospital, em determinado território e período</td><td>97</td></tr><tr><td>Número de residentes acidentados atendidos e que foram a óbito em hospital</td><td>69</td></tr><tr><td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outros estab. saúde</td><td>3</td></tr><tr><td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em domicílio</td><td>12</td></tr><tr><td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em via pública</td><td>12</td></tr></table>	Causa de óbito CID 10 V01 - X59		Número TOTAL de residentes acidentados que foram a óbito, atendidos ou não em um hospital, em determinado território e período	97	Número de residentes acidentados atendidos e que foram a óbito em hospital	69	Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outros estab. saúde	3	Número de residentes acidentados e que foram a óbito em domicílio	12	Número de residentes acidentados e que foram a óbito em via pública	12													
Causa de óbito CID 10 V01 - X59																											
Número TOTAL de residentes acidentados que foram a óbito, atendidos ou não em um hospital, em determinado território e período	97																										
Número de residentes acidentados atendidos e que foram a óbito em hospital	69																										
Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outros estab. saúde	3																										
Número de residentes acidentados e que foram a óbito em domicílio	12																										
Número de residentes acidentados e que foram a óbito em via pública	12																										

		Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outro local	1
		Número de residentes acidentados e que foram a óbito em aldeia indígena	0
		Número de residentes acidentados e que foram a óbito em local ignorado	0
		Total de óbito em local não hospitalar	28
		Porcentagem de acesso hospitalar	71,13%
		Porcentagem em local não hospitalar	28,87%
		Comentários: Este indicador é de avaliação anual.	
		Houve melhora do indicador, que pode ser creditada às campanhas educativas de prevenção de acidentes. Comparado com o resultado anual (2017 - 66,2%), observa-se uma melhora do encaminhamento dos pacientes graves aos hospitais.	
		Recomendações: Manter as medidas de prevenção de acidentes de trânsito. Manter de 100% do município com cobertura do SAMU.	
RAG	71,13%	Causa de óbito CID 10 V01 - X59	
		Número TOTAL de residentes acidentados que foram a óbito, atendidos ou não em um hospital, em determinado território e período	284
		Número de residentes acidentados atendidos e que foram a óbito em hospital	202
		Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outros estab. saúde	4
		Número de residentes acidentados e que foram a óbito em domicílio	29
		Número de residentes acidentados e que foram a óbito em via pública	44
		Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outro local	5
		Número de residentes acidentados e que foram a óbito em aldeia indígena	0
		Número de residentes acidentados e que foram a óbito em local ignorado	0
		Total de óbito em local não hospitalar	82
		Porcentagem de acesso hospitalar	71,13%
		Porcentagem em local não hospitalar	28,87%
		Comentários: Este indicador é de avaliação anual.	
		Houve melhora do indicador, que pode ser creditada às campanhas educativas de prevenção de acidentes. Comparado com o resultado anual (2017 - 66,2%), observa-se uma melhora do encaminhamento dos pacientes graves aos hospitais.	
		A meta para o ano de 2018 foi superada por causa da cobertura dos serviços Pré-hospitalares. A manutenção da cobertura 100% do Pré Hospitalar é fundamental para o melhor atendimento às vítimas de acidente.	

		Recomendações: Manter as medidas de prevenção de acidentes de trânsito.
PAS	>64%	<p>Manter a cobertura do SAMU em 100%;</p> <p>Aprimorar o serviço de Motolância;</p> <p>Aprimorar a linha de cuidado do trauma nos serviços de pronto atendimento fixo e nos serviços de referência;</p> <p>Monitorar plano de contingência para atendimento de múltiplas vítimas no pronto atendimento fixo e nos serviços de referência;</p> <p>Manter e incrementar as ações intersetoriais de prevenção junto à Secretaria de Educação (PARTY) e EMDEC (Maio Amarelo).</p>

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

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

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

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

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1801 a 1812.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DEAR-SUS/CSAPTA

Método de Cálculo

Numerador: Número de óbitos das internações por IAM.

x 100

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

Meta

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

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

Ações

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

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	13,66%	Dado parcial, pois este indicador é de avaliação anual. Recomendação: a) Manter protocolo de trombólise no SAMU b) Ampliar a oferta de procedimentos cardiológicos junto ao HMCP; c) Implantar a linha de cuidado do IAM em todo os serviços credenciados e pré-hospitalar móvel e fixo.
2o	13,67%	Melhora do indicador, manter o protocolo de trombólise no SAMU; Ampliar a oferta de procedimentos cardiológicos junto ao HMCP; Implantar a linha de cuidado do IAM em todo os serviços credenciados e pré-hospitalar móvel e fixo.
3o	13,86%	Dado parcial, pois este indicador é de avaliação anual. Recomendação: Manter protocolo de trombólise no SAMU; Ampliar a oferta de procedimentos cardiológicos junto ao HMCP; Implantar a linha de cuidado do IAM em todo os serviços credenciados e pré-hospitalar móvel e fixo.
RAG	13,86%	Meta: 12,61. Apesar de não atingir a meta foi mantido o protocolo de trombólise no SAMU e pactuado com HMCP a manutenção da oferta de procedimentos cardiológicos, durante todo o Ano de 2018 foi trabalhado a linha de cuidado da Cardiologia com a Câmara técnica de Especialidades, criado protocolos de priorização para acesso ao especialista para Atenção Básica, ampliação das ações de Matricimaneto da Policlínica III, através das ações da CSRA, agilização do procedimento de cateterismo realizado de resgate em até 12 horas e de 24 a 48 horas as outras solicitações.
PAS	12,48%	Ampliar a oferta de procedimentos cardiológicos junto ao HMCP, mediante formalização de termo de convênio à Secretaria de Estado de Saúde. Implantar a linha de cuidado do IAM em todo os serviços credenciados e a Autarquia Pública Municipal Rede Municipal Dr. Mário Gatti de U/E e Hospitalar para os sreviços pré-hospitalar móvel e fixo.

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.

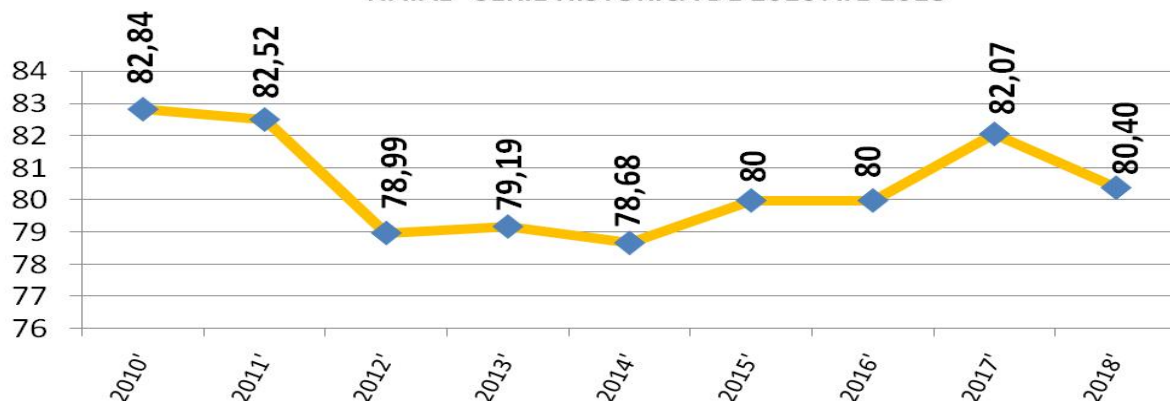
Série Histórica

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

Ano	2008 ¹	2009 ¹	2010 ¹	2011 ¹	2012 ¹	2013 ¹	2014 ¹	2015 ¹	2016 ¹	2017 ¹	2018 ¹
Proporção	83,34	82,41	82,84	82,52	78,99	79,19	78,68	80	80	82,07	80,40

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

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



Método de Cálculo

Numerador: Número de nascidos vivos de mães residentes

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

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

Resultados

RDQ A	Valores	Comentários e Recomendações																																										
1o	79,99%	Observa-se uma discreta queda em relação ao mesmo período do ano anterior (81,33%) o que reforça a necessidade de avançarmos na participação de toda a equipe de saúde da família na assistência pré-natal.																																										
2o	80,40%	<div>Em Campinas temos mantido o percentual acima de 80% de gestantes que passam por 7 ou mais consultas de pré-natal.</div> <table><tr><th colspan="7">PERCENTUAL DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL Jan- ago/2018</th></tr><tr><th>Convenio2010</th><th>Nenhuma</th><th>1-3 consul.</th><th>4-6 consul.</th><th>7 e + consul.</th><th>Ignorado</th><th>Total</th></tr><tr><td>Sus</td><td>20</td><td>266</td><td>935</td><td>4663</td><td>151</td><td>6035</td></tr><tr><td>Convenio</td><td>3</td><td>50</td><td>587</td><td>3661</td><td>17</td><td>4318</td></tr><tr><td>Total</td><td>23</td><td>316</td><td>1522</td><td>8324</td><td>168</td><td>10353</td></tr><tr><td>PERCENTUAL</td><td>0,22%</td><td>3,05%</td><td>14,70%</td><td>80,40%</td><td>1,62%</td><td></td></tr></table> <div>Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática. DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 17/09/2018, sujeitos à revisão.</div> <div>O pré-natal é uma área primordial de atenção na assistência. Avaliando-se os dados de 2018. A meta foi alcançada, considerando-se a proposta do Ministério da Saúde de avaliar o total de consultas do município somando-se rede pública com rede privada.</div> <div>Recomendações: Implementar a ação de intercalar os atendimentos de pré-natal entre médicos e enfermeiros(as) para otimizar as agendas nas equipes de saúde da família conforme o protocolo do Ministério da Saúde.</div>	PERCENTUAL DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL Jan- ago/2018							Convenio2010	Nenhuma	1-3 consul.	4-6 consul.	7 e + consul.	Ignorado	Total	Sus	20	266	935	4663	151	6035	Convenio	3	50	587	3661	17	4318	Total	23	316	1522	8324	168	10353	PERCENTUAL	0,22%	3,05%	14,70%	80,40%	1,62%	
PERCENTUAL DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL Jan- ago/2018																																												
Convenio2010	Nenhuma	1-3 consul.	4-6 consul.	7 e + consul.	Ignorado	Total																																						
Sus	20	266	935	4663	151	6035																																						
Convenio	3	50	587	3661	17	4318																																						
Total	23	316	1522	8324	168	10353																																						
PERCENTUAL	0,22%	3,05%	14,70%	80,40%	1,62%																																							
3o	80,63%	<table><tr><th colspan="7">PERCENTUAL DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL Jan- dez/2018</th></tr><tr><th>Convenio2010</th><th>Nenhuma</th><th>1-3 consul.</th><th>4-6 consul.</th><th>7 e + consul.</th><th>Ignorado</th><th>Total</th></tr><tr><td>Sus</td><td>25</td><td>381</td><td>1312</td><td>6606</td><td>216</td><td>8540</td></tr><tr><td>Convenio</td><td>4</td><td>68</td><td>806</td><td>5244</td><td>34</td><td>6156</td></tr><tr><td>Total</td><td>29</td><td>449</td><td>2118</td><td>11850</td><td>250</td><td>14696</td></tr><tr><td>PERCENTUAL</td><td>0,20%</td><td>3,06%</td><td>14,41%</td><td>80,63%</td><td>1,70%</td><td></td></tr></table> <div>Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática. DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 22/02/2019, sujeitos à revisão.</div> <div>O pré-natal é uma área primordial de atenção na assistência. Avaliando-se os dados de 2018. A meta foi alcançada, considerando-se a proposta do</div>	PERCENTUAL DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL Jan- dez/2018							Convenio2010	Nenhuma	1-3 consul.	4-6 consul.	7 e + consul.	Ignorado	Total	Sus	25	381	1312	6606	216	8540	Convenio	4	68	806	5244	34	6156	Total	29	449	2118	11850	250	14696	PERCENTUAL	0,20%	3,06%	14,41%	80,63%	1,70%	
PERCENTUAL DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL Jan- dez/2018																																												
Convenio2010	Nenhuma	1-3 consul.	4-6 consul.	7 e + consul.	Ignorado	Total																																						
Sus	25	381	1312	6606	216	8540																																						
Convenio	4	68	806	5244	34	6156																																						
Total	29	449	2118	11850	250	14696																																						
PERCENTUAL	0,20%	3,06%	14,41%	80,63%	1,70%																																							

		Ministério da Saúde de avaliar o total de consultas do município somando-se rede pública com rede privada.
RAG	80,63%	Mantivemos a meta anual de 80% considerando-se todos os atendimento de pré-natal no município.
PAS	80,00%	Para 2019 devemos ampliar este indicador envolvendo um maior número de profissionais realizando consultas de pré-natal através da qualificação de médicos generalistas e enfermeiros das equipes de estratégia da família.

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

Relevância do Indicador

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

Série histórica nacional:

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

Série Histórica do Município de Campinas

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

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

Método de Cálculo

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

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	9,47%	Indicador e avaliação anual. Tem-se mantido a meta abaixo de dois dígitos, bem abaixo da série histórica nacional e houve redução comparativamente ao ano anterior (9,95%). Deve-se manter constantes esforços de oferecer grupos de adolescentes e opções de métodos contraceptivos apropriados para esta população.
2o	9,66% (Parcial: 895 gestantes adolescentes)	Indicador e avaliação anual. Tem-se mantido a meta abaixo de dois dígitos, bem abaixo da série histórica nacional e mantendo-se redução comparativamente ao ano anterior (9,95%). Deve-se manter constantes esforços de oferecer grupos de adolescentes e opções de métodos contraceptivos apropriados para esta população. A prevenção de gravidez na adolescência é um trabalho contínuo e deve ser mantido por todos os serviços, a fim de manter e superar a meta, como ocorrido no ano de 2017 (atingido 9,95% para uma meta de 10,69%).
3o	8,97% (1.347 nascidos vivos de adolescentes entre 10 e 19 anos)	Indicador e avaliação anual. Tem-se mantido a meta abaixo de dois dígitos, bem abaixo da série histórica nacional e mantendo-se redução comparativamente ao ano anterior (9,95%). Deve-se manter constantes esforços de oferecer grupos de adolescentes e opções de métodos contraceptivos apropriados para esta população. A prevenção de gravidez na adolescência é um trabalho contínuo e deve ser mantido por todos os serviços, a fim de manter e superar a meta, como ocorrido no ano de 2017 (atingido 9,95% para uma meta de 10,69%).
RAG	8,97%	A meta de redução de 0,5 pontos percentuais ao ano (9,45% para 2018) foi superada e atingimos o menor índice de gravidez na adolescência de toda a série histórica desde 2010.
PAS	8,95%	Qualificar médicos generalistas, pediatras e enfermeiras para abordar questões relacionadas a contracepção. Intensificar o projeto Saúde na Escola em parceria com o Ministério da Educação para evitar gravidez não planejada em idade de maior risco para mulher tanto pelas questões socio-educacionais quanto por adventos de risco para saúde materna.

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.

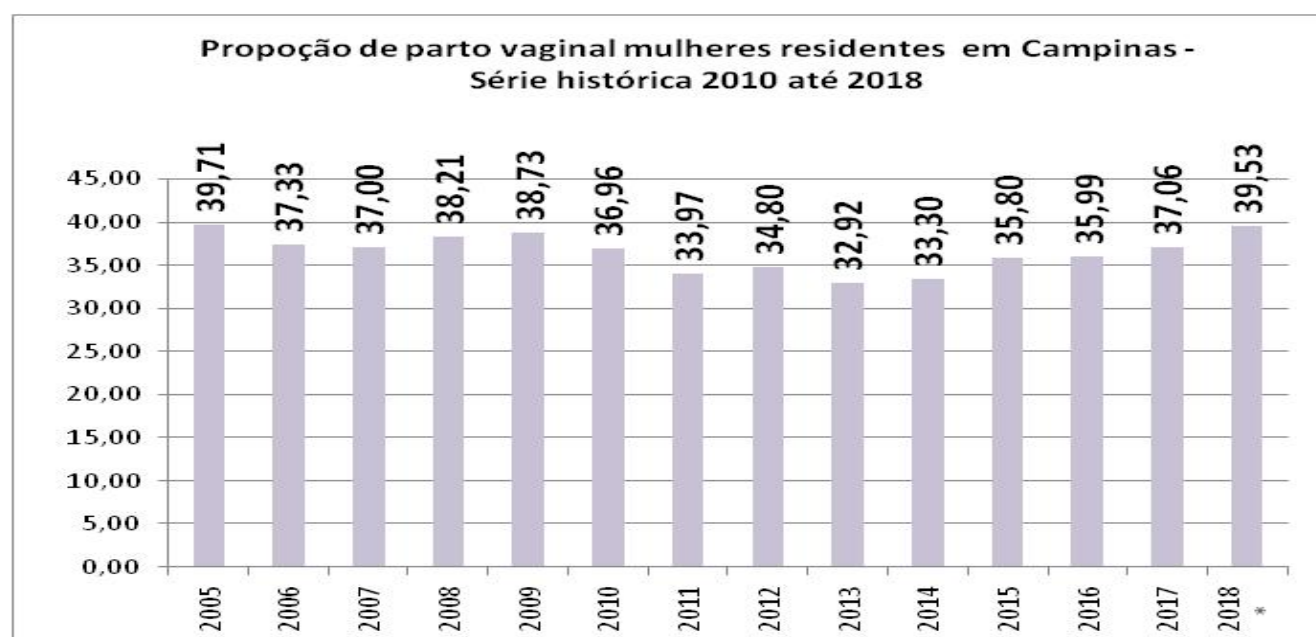
Parâmetro nacional de referência:

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	2017	2018*
vaginal	5.423	4.997	5.069	5.440	5.634	5.441	4.917	5.155	4.945	5.210	5.655	5.454	5.716	5.794
cesaria	8.224	8.373	8.602	8.788	8.902	9.271	9.547	9.657	10.073	10.421	10.136	9.699	9.701	8.862
ignorado	9	16	30	8	12	8	12	0	2	13	7	0	6	2
total	13.656	13.386	13.701	14.236	14.548	14.720	14.476	14.812	15.021	15.644	15.798	15.153	15.423	14.658
Proporção	39,71	37,33	37,00	38,21	38,73	36,96	33,97	34,80	32,92	33,30	35,80	35,99	37,06	39,53

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



Método de Cálculo

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

x 100

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

Meta

Aumentar 0,5% a proporção de parto vaginal.

Ações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações																																		
1o	39,67%	Observa-se um aumento do índice de parto vaginal em relação ao mesmo período do ano anterior (36,65%). As maternidades vêm implementando programas de parto humanizado e boas práticas em obstetrícia, tais como Projeto Ápice-ON (Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia) e Parto Adequado (iniciativa da ANS-Agência Nacional de Saúde Suplementar) com a participação de diversas áreas de profissionais na assistência a gestante e parturiente o que tem otimizado nossos índices de parto vaginal em conjunto com a conscientização das mulheres com relação aos benefícios do parto não cirúrgico.																																		
2o	39,28%	<table><tr><th colspan="6">TIPO DE PARTO - CAMPINAS - ANO 2018</th></tr><tr><th>Convenio</th><th>2010</th><th>Vaginal</th><th>Cesário</th><th>Não informado</th><th>Total</th><th>Perc. parto vaginal</th></tr><tr><td>Sus</td><td></td><td>3164</td><td>2869</td><td>2</td><td>6035</td><td>52,43%</td></tr><tr><td>Convenio</td><td></td><td>903</td><td>3415</td><td>0</td><td>4318</td><td>20,91%</td></tr><tr><td>Total</td><td></td><td>4067</td><td>6284</td><td>2</td><td>10353</td><td>39,28%</td></tr></table>	TIPO DE PARTO - CAMPINAS - ANO 2018						Convenio	2010	Vaginal	Cesário	Não informado	Total	Perc. parto vaginal	Sus		3164	2869	2	6035	52,43%	Convenio		903	3415	0	4318	20,91%	Total		4067	6284	2	10353	39,28%
TIPO DE PARTO - CAMPINAS - ANO 2018																																				
Convenio	2010	Vaginal	Cesário	Não informado	Total	Perc. parto vaginal																														
Sus		3164	2869	2	6035	52,43%																														
Convenio		903	3415	0	4318	20,91%																														
Total		4067	6284	2	10353	39,28%																														

		<p>Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática. DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 17/09/2018, sujeitos à revisão.</p> <p>Observa-se um aumento do índice de parto vaginal em relação ao ano anterior (37,06%). As maternidades vêm implementando programas de parto humanizado e boas práticas em obstetrícia, tais como Projeto Ápice-ON (Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia) e Parto Adequado (iniciativa da ANS-Agência Nacional de Saúde Suplementar) com a participação de diversas áreas de profissionais na assistência a gestante e parturiente o que tem otimizado nossos índices de parto vaginal em conjunto com a conscientização das mulheres com relação aos benefícios do parto não cirúrgico.</p> <p>Vale destacar que nos partos SUS, o parto via vaginal representou, nos dois primeiros quadrimestres deste ano, mais da metade dos partos (52,43%).</p>																																				
3o	39,26%	<table><tr><th colspan="6">TIPO DE PARTO - CAMPINAS - ANO 2018</th></tr><tr><th>Convenio2010</th><th>Vaginal</th><th>Cesário</th><th>Não informado</th><th>Total</th><th>Perc. parto vaginal</th></tr><tr><td>Sus</td><td>4524</td><td>4014</td><td>2</td><td>8540</td><td>52,97%</td></tr><tr><td>Convenio</td><td>1299</td><td>4857</td><td>0</td><td>6156</td><td>21,10%</td></tr><tr><td>Não informado</td><td>90</td><td>274</td><td>1</td><td>365</td><td>24,66%</td></tr><tr><td>Total</td><td>5913</td><td>9145</td><td>3</td><td>15061</td><td>39,26%</td></tr></table> <p>Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática. DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 22/02/2019, sujeitos à revisão.</p> <p>Observa-se um aumento do índice de parto vaginal em relação ao ano anterior (37,06%). As maternidades vêm implementando programas de parto humanizado e boas práticas em obstetrícia, tais como Projeto Ápice-ON (Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia) e Parto Adequado (iniciativa da ANS-Agência Nacional de Saúde Suplementar) com a participação de diversas áreas de profissionais na assistência a gestante e parturiente o que tem otimizado nossos índices de parto vaginal em conjunto com a conscientização das mulheres com relação aos benefícios do parto não cirúrgico.</p> <p>Vale destacar que nos partos SUS, o parto via vaginal representou, em2018, mais da metade dos partos (52,97%).</p> <p>A meta para 2018 (37,56%) foi superada. Elevamos em mais de 2 pontos percentuais a proporção de parto normal em residentes de Campinas em relação a 2017 (37,06%).</p>	TIPO DE PARTO - CAMPINAS - ANO 2018						Convenio2010	Vaginal	Cesário	Não informado	Total	Perc. parto vaginal	Sus	4524	4014	2	8540	52,97%	Convenio	1299	4857	0	6156	21,10%	Não informado	90	274	1	365	24,66%	Total	5913	9145	3	15061	39,26%
TIPO DE PARTO - CAMPINAS - ANO 2018																																						
Convenio2010	Vaginal	Cesário	Não informado	Total	Perc. parto vaginal																																	
Sus	4524	4014	2	8540	52,97%																																	
Convenio	1299	4857	0	6156	21,10%																																	
Não informado	90	274	1	365	24,66%																																	
Total	5913	9145	3	15061	39,26%																																	
RAG	39,26%	O esforço conjunto de qualificação do pré-natal, vínculo a maternidade de refefência e um excelente trabalho de humanização do parto normal da rede de saúde suplementar e conveniada ao SUS tem resultado em uma melhora do desfecho de parto normal no município.																																				
PAS	39,76%	Melhora das boas práticas em obstetrícia e neonatologia tem se mostrado o caminho para alcançarmos a meta mundial de parto normal no Brasil. Campinas tem demonstrado esforço de todos os atores																																				

		envolvidos na melhora deste indicador através de ações como Projeto Ápice-on do Ministério de Saúde e Programa Parto Adequado da Rede de Saúde Suplementar. A qualificação e humanização do pré-natal deve ser intensificada com trabalho em rede para mantermos o avanço anual da meta estipulada pela PMC de aumentar 0,5% ao ano.
--	--	--

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

Relevância do Indicador

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

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

Método de Cálculo

Numerador: Número de atendimentos a recém-nascidos na primeira semana de vida
_____ x 100

Denominador: Total de recém-nascidos a serem acompanhados

Meta:

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

Ações:

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

	cuidados com a saúde do bebê e de sua família.	
--	--	--

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	27%	Apesar da meta de 25% dos RN, atendidos no prazo pactuado, ter sido superada, por pequena margem, consideramos essencial a melhoria deste indicador. O DS está desenvolvendo projeto de apoio aos Distritos visando desencadear processo de trabalho nas UBS que permita alcançar meta muito mais ousada, de atendimento integral ao binômio Mãe e RN, de 3 a 5 dias de vida, de forma conjunta, por um único profissional, preferencialmente enfermeiro ou eventualmente médico. Com o avanço deste projeto, provavelmente teremos grande impacto na melhoria deste indicador do RDQA.
2o	52%	Apesar da meta está superada, temos que manter a vigilância e monitorar, pois ainda há unidades de saúde que não realizam os atendimentos, o que impacta no acompanhamento da Linha de cuidado, principalmente na primeira infância. Das 64 UBS 33 disponibilizam a oferta de consulta.
3o	20%	Trata-se do pior resultado do indicador no ano, ficando abaixo da nossa já pouco ousada meta, de 25% dos RN atendidos na 1ª semana. A justificativa para esta piora precisa ser buscada junto às UBS/ Distrito. Perceptível a grande heterogeneidade do resultado entre Distritos e entre UBS (5 acima de 85%, 2 com 100% e 27 com menos de 10%, e 6 destas com zero). Pouco mais da metade (37) das 64 UBS referem desenvolver estratégias para ampliar o número de binômios mãe-bebê atendidos entre o 3º ao 5º dia de vida. A média anual é de 33%, cumprindo a meta do PMS. Entretanto, mais importante do que esta média é a involução do indicador no 3º RDQA, que exige avaliação da situação junto aos Distritos e a cada UBS, com nova pactuação sobre a importância deste indicador.
RAG	33%	Considerações: retomar junto as ESF das UBS a necessidade de atualização por Distrito de Saúde, para o melhor atendimento e acompanhamento do binômio mãe - bebê. Recomendação: Que os Distritos, com apoio do Departamento de Saúde, analisem estes dados com os coordenadores de suas respectivas UBS e repactuem esforços para melhorá-lo.
PAS	25%	Retomar as ações distritais de atualização no atendimento da Linha de Cuidado Materno Infantil e no crescimento e desenvolvimento em parcerias com os serviços do território, incluindo as ações do PIC - Primeira Infância Campineira. Articular as ações de atendimento do binômio com o Projetos Entrelaços e de vivência em Aleitamento Materno na Maternidade de Campinas.

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

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

COBERTURA DE CENTROS DE APOIO PSICO-SOCIAL

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

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

Método de Cálculo

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

_____ x 100.000

Denominador:População residente no mesmo local e período.

Meta:

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

Ações:

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

Obs.:

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

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	1,49	Manter os serviços especializados em funcionamento (4 CAPSi, 3 CAPS AD III e 6 CAPS III) e monitorar a implantação do CAPS AD Sudoeste (previsão de entrega do prédio para sede em setembro de 2018)
2o	1,47	Manter os serviços especializados em funcionamento (4 CAPSi, 3 CAPS AD III e 6 CAPS III). Realizado visita técnica às obras da sede do CAPS AD Sudoeste (previsão de entrega do prédio para novembro de 2018). Obs: não há diminuição de equipamentos. A queda do indicador relaciona-se a diferença de base populacional. Anteriormente 1.173.370 (IBGE 2016) e hoje 1.182.282 (projeção).
3o	1,47	Manter os serviços especializados em funcionamento (4 CAPSi, 3 CAPS AD III e 6 CAPS III). Realizado visita técnica às obras da sede do CAPS AD Sudoeste. Previsão de entrega do prédio em março 2019. Obs: não há diminuição de equipamentos. A queda do indicador relaciona-se a diferença de base populacional. Anteriormente 1.173.370 (IBGE 2016) e hoje 1.194.094.
RAG	1,47	Manter os serviços especializados em funcionamento (4 CAPSi, 3 CAPS AD III e 6 CAPS III). Previsão de Implantação do CAPS AD III sudoeste em março de 2019. Obs: não há diminuição de equipamentos. A queda do indicador relaciona-se a diferença de base populacional. Anteriormente 1.173.370 (IBGE 2016) e hoje 1.194.094.
PAS	1,61	Manter os serviços especializados em funcionamento (4 CAPSi, 3 CAPS AD III e 6 CAPS III). Implantação do CAPS AD III sudoeste. Obs: não há diminuição de equipamentos. A queda do indicador relaciona-se a diferença de base populacional. Anteriormente 1.173.370 (IBGE 2016) e hoje 1.194.094.

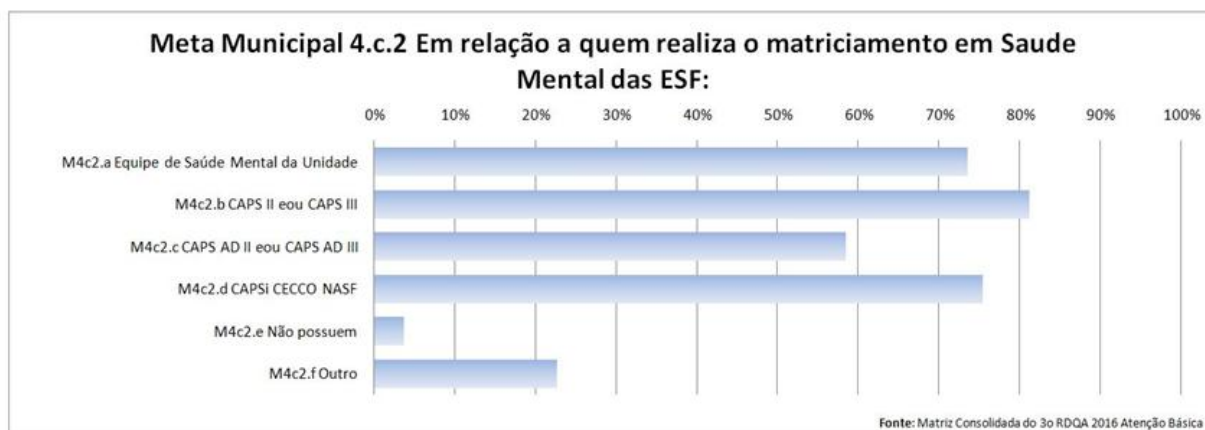
Indicador 2.i.8. Ações de Matriciamento realizadas por Centros de Atenção Psicossocial - (CAPS) com equipes de APS.

Relevânciado Indicador

A integração da Atenção Primária no cuidado em saúde mental constitui uma diretriz internacional para reorganização dos sistemas de saúde, além de constituir uma tarefa imprescindível para alcance de um dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (“Para 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por enfermidades não transmissíveis mediante a prevenção, tratamento e promoção da saúde mental e bem estar”). Na legislação brasileira vigente, a Atenção Básica em Saúde constitui um dos principais componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas

com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de forma compartilhada, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (Port. nº-3.088/ 2011). Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS-2013), a Atenção Básica já constitui o principal ponto de atenção utilizado pelas pessoas com transtornos mentais leves, como a depressão.

Série Histórica



Método de Cálculo

Número de UBS matriciadas por CAPS

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
---------	--	-----------------------

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	100	<p>Foi realizada capacitação do PA Anchieta em urgências e emergências em saúde mental, programado II Encontro de Políticas Públicas Municipal de Saúde Mental para junho de 2018.</p> <p>Recomendações</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Manter o matriciamento dos CAPS para atenção primária, mantido os fóruns de discussão distritais. b) Estimular a construção de instrumento de monitoramento dos casos de saúde mental na atenção primária; c) Realizar, no segundo semestre, capacitação em saúde mental para profissionais médicos e enfermeiros da Atenção Primária. Priorizar o processo de constituição de equipe do CECO Boa Vista.
2o	100	<p>Mantido o matriciamento dos CAPS para atenção primária, mantido os fóruns de discussão distritais. Estimular a construção de instrumento de monitoramento dos casos de saúde mental na atenção primária prioritariamente utilizando o e-SUS. Realizado o II Encontro de Políticas Públicas de Saúde Mental e Cuidado Integral em junho/2018 com a participação de 400 pessoas (gestores, trabalhadores, estudantes e controle social). Priorizar o processo de constituição de equipe do CECO Boa Vista.</p>
3o	100	<p>Mantido o matriciamento dos CAPS para atenção primária, mantido os fóruns de discussão distritais. Iniciado utilização dos dados do e-sus para monitoramento dos casos de saúde mental acompanhados na atenção primária. Foram acompanhados 47484 casos de saúde mental pela atenção primária, sendo a maioria por diagnóstico de transtorno de humor, seguido por Transtorno mental decorrente do uso de álcool e outras drogas. Dados compatíveis com a literatura científica. Das ações realizadas, nota-se o predomínio de atendimentos individuais e atendimentos compartilhado com equipes matriciadoras.</p>
RAG	100	<p>Mantido o matriciamento dos CAPS para atenção primária, mantido os fóruns de discussão distritais. Utilizado dados do e-sus para monitoramento dos casos de saúde mental acompanhados na atenção primária. Foram acompanhados 47484 casos de saúde mental pela atenção primária, sendo a maioria por diagnóstico de transtorno de humor, seguido por Transtorno mental decorrente do uso de álcool e outras drogas. Dados compatíveis com a literatura científica. Das ações assistenciais realizadas pelas equipes de atenção primária, nota-se o predomínio de atendimentos individuais e atendimentos compartilhado com equipes matriciadoras.</p>
PAS	100	<p>Priorizar o processo de constituição de equipe do CECO Boa Vista e reconstituição do RH do CECO Tear das Artes e Andorinhas.</p> <p>Aproximação com Ministério Público visando a diminuição de</p>

		<p>judicialização de tratamentos.</p> <p>Instituir espaço de construção assistencial conjunta com a Rede Mario Gatti.</p> <p>Manter o processo de produção de informação em saúde mental na atenção primária, através dos dados do e-sus.</p>
--	--	---

Observações:

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

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

Indicador 2.ii.1.Taxa de Mortalidade infantil

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

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

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

Método de Cálculo

Numerador: Nº de óbitos em menores de 1 ano.

_____ x 1.000

Denominador: Nº de nascidos vivos.

Meta

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

Ações

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

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	8,82/1000 NV	Ocorreram: 46 óbitos em menores de 1 ano e o número de Nascidos Vivos foi de 5.217 Este indicador é de avaliação anual. Ocorreram no 1º quadrimestre 46 óbitos em menores de 1 ano; destes 20 foram investigados, sendo 43,8% investigados. O prazo para investigação de óbitos é de até 120 dias a partir da data do óbito. Manter as discussões sobre as causas mais comuns e promover a qualificação dos acompanhamentos desde o pré natal.
2o	7,95/1000 NV	Ocorreram: 83 óbitos em menores de 1 ano e o número de Nascidos Vivos foi de 10.436. Este indicador é de avaliação anual. Ocorreram no 1º e 2º quadrimestre 83 óbitos em menores de 1 ano; destes 63 foram investigados, sendo 75,9% investigados. O prazo para investigação de óbitos é de até 120 dias a partir da data do óbito. Manter as discussões sobre as causas mais comuns e promover a qualificação dos acompanhamentos desde o pré natal.
3o	9,33/1000 NV	Ocorreram em 2018: 137 óbitos em menores de 1 ano e o número de Nascidos Vivos foi de 14.680. Foram 119 investigados, sendo 86,9% investigados. O prazo para investigação de óbitos é de até 120 dias a partir da data do óbito Os Comitês Regionais e Municipal apontaram ações que possam contribuir para qualificar assistência listadas na PAS (abaixo).
RAG	9,33/1000 NV	A meta municipal foi atingida, porém, faz-se necessário empreender esforços para qualificação da assistência, para não ocorrência de mortes evitáveis. Os Comitês Regionais e Municipal de Mortalidade Infantil e Materna são imprescindíveis para análises dos casos e contribuição na qualificação da atenção.

		<p>Considerações: Tendo em vista dos dados ainda preliminares, temos que as ações devem focar nas Equipes de Saúde da Família – ESF, as capacitações/ atualizações têm como finalidade implementar o referido Protocolo (a partir de março de 2019), e a interface com as ações do Comitê Municipal de Mortalidade Materno Infantil – CMMI, com foco nas causas evitáveis;</p> <p>Recomendações: Manter as ações de vigilância assim como, atualização dentro da Linha de Cuidado Materno Infantil, a fim de garantir Pré natal e parto adequado. Articular as ações de atendimento do binômio com o Projetos Entrelaços e de vivência em Aleitamento Materno na Maternidade de Campinas.</p>
PAS	Até 9,99	<p>Os Comitês Regionais e Municipal de Mortalidade Materna e Infantil após análise dos óbitos ocorridos no município apontam ações que ao serem implementadas contribuirão para qualificação da assistência, e que estão listadas abaixo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - Reavaliar e repactuar o protocolo da Assistência Pré Natal da Secretaria de Saúde (já publicado em Diário Oficial em 2017) com as Unidades de Saúde, Maternidades de Referência e Ambulatório de Pré Natal de Alto Risco da Poli 1, CAISM e PUCC, buscando a uniformidade de encaminhamentos e condutas clínico-assistenciais e que as mesmas se mantenham em consonância com as recomendações das sociedades e associações de especialidades médicas como a FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia e a SPB - Sociedade Brasileira de Pediatria. 2 - Criar um projeto de capacitação técnica dos profissionais de saúde de acordo com a categoria e local de atuação com relação ao Protocolo de Assistência Pré-Natal da Secretaria de Saúde com parceria com as universidades de referência. 3 - Qualificar as equipes de saúde local, inclusive os profissionais da recepção e agentes de saúde para busca ativa e o acolhimento de gestantes e puérperas evitando perdas de oportunidades de atendimentos e agendamentos, entendendo que estes pacientes são de extrema vulnerabilidade. 4 - Garantir a oferta adequada de insumos, exames laboratoriais, exames de ecografia e vagas nas especialidades e referências, reduzindo ao máximo as listas de espera; 5 - Garantir ter sempre a retaguarda de um médico ginecologista obstetra em todos pré-natais das unidades de saúde buscando a qualificação de risco constante das gestações durante todo o pré-natal e tendo o encaminhamento oportuno às referências. 6 - Garantir a oferta adequada de retornos em consultas de pré-natal respeitando as orientações de acordo com a idade gestacional, necessidade clínica e eventualidades. 7 - Garantir a vigilância: da coleta e resultados de exames de pré-natal; de gestantes faltosas e puérperas através da busca ativa no território garantindo a consulta pré-natal e da gestante encaminhada ao Pré Natal de Alto Risco.

	<p>8 - Garantir a classificação de risco no pré-natal em todas as unidades de saúde considerando também a vulnerabilidade social e customizando uma agenda de pré-natal que vincule a gestante ao serviço.</p> <p>9 - Estimular grupos de Gestante nas Unidades de Saúde com orientações e dentre elas sobre sinais de alerta para hipertensão, diabetes, trabalho de parto, vitalidade fetal, infecção urinária (sinais de alerta) entre outras informações que levam a prematuridade.</p> <p>10 - Garantir a consulta da enfermeira de todos Pré-natais da unidade buscando o vínculo com mais profissionais bem como favorecendo um olhar ampliado à gestante.</p> <p>11 - Criar estratégias para atendimento de gestantes USPA e moradoras de rua em todos os distritos de saúde.</p> <p>12 - Garantir a participação regular de todos os representantes das unidades de saúde e apoiadores distritais nas reuniões de Comitê de Mortalidade Materno Infantil dos distritos de saúde realizando a discussão de todos os óbitos maternos, infantis e fetais e buscando a qualificação da assistência e revendo fluxos internos e ações gerenciais dentro das unidades de saúde.</p> <p>Retaguarda diagnóstica:</p> <p>13 - Implantar na rotina de Pré-natal a realização de um exame de Ultrassonografia Morfológica no segundo Trimestre para cada gestante. Esta recomendação está em consonância com a FEBRASGO e com a Sociedade Brasileira de Cardiologia.</p> <p>14 - Implantar na rotina de Pré-natal a realização da cultura de Estreptococos do Grupo B em todas as gestantes.</p> <p>Retaguarda diagnóstica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Discutir e implantar na rotina de Pré-natal a realização de um exame de Ultrassonografia Morfológica no segundo Trimestre para cada gestante. Esta recomendação está em consonância com a FEBRASGO e com a Sociedade Brasileira de Cardiologia. ✓ Discutir e implantar na rotina de Pré-natal a realização da cultura de Estreptococos do Grupo B em todas as gestantes. <p>Planejamento familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ofertar ações de planejamento familiar, possibilitando que as mulheres escolham engravidar sabendo os riscos de uma gravidez de acordo com seu estado de saúde. Para tanto manter as equipes de saúde capacitadas e que tenham espaço para orientações em grupos e consultas da enfermagem e consultas médicas. <p>Todas ações sugeridas são decisões que envolvem a atuação conjunta dos diferentes departamentos da SMS, envolvendo vigilância em saúde, assistência ao paciente e gestão das unidades de saúde.</p> <p>Garantir e ampliar as discussões dos casos “sentinelas”, com foco em</p>
--	---

		diminuir os casos evitáveis.
--	--	------------------------------

Observações

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

Indicador 2.ii.2. Razão da Mortalidade Materna

Série Histórica

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

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

Método de Cálculo

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

x 100.000

Denominador: Número de nascidos vivos de mães residentes.

Meta

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

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

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

Monitoramento: quadrimestral (acompanhar número de óbitos maternos)

Avaliação: anual

Ações

	Ações	Responsáveis
2.ii.2.a	Fortalecer o pré-natal de alto risco.	DS, Distritos,

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	2 óbitos/5.217 NV = 38,34/100.000 NV	Os dois óbitos maternos foram investigados, sendo ao dois casos de mortalidade obstétrica materna direta evitável e de pacientes atendidas no SUS.
2o	3 óbitos/10.436 NV = 28,75/100.000 NV	Os três óbitos maternos foram investigados, sendo dois casos de mortalidade obstétrica materna direta evitável. e um caso de mortalidade obstétrica materna indireta evitável. Os três casos são do SUS.
3o	5 óbitos/14680 NV = 34,06 por 100.000 NV	Os cinco óbitos maternos foram investigados, sendo 2 casos de mortalidade obstétrica materna direta evitável, 2 casos de mortalidade obstétrica materna indireta evitável e 1 caso de mortalidade obstétrica materna indireta inevitável. Apenas o óbito de mortalidade obstétrica indireta inevitável que teve assistência em Convênio.
RAG	5 óbitos/14680 NV =	Considerações: Todos óbitos maternos foram discutidos

	34,06 por 100.000 NV	nos Comitês Regionais e Municipal e apontaram as mesmas ações que podem reduzir a Mortalidade Infantil e outras duas ações abaixo:
PAS	Até 40 mortes maternas/100.000 NV	<p>Recomendações: todas as ações descritas e ainda:</p> <p>1-Garantir a consulta puerperal oportuna para todo pré-natal realizado. Garantir a vigilância da puérpera faltosa.</p> <p>2-Garantir que toda gestante e puérpera quando regulada na urgência via SAMU seja encaminhada para Maternidade de referência/local de parto.</p> <p>Todas ações sugeridas são decisões que envolvem a atuação conjunta dos diferentes departamentos da SMS, envolvendo vigilância em saúde, assistência ao paciente e gestão das unidades de saúde.</p>

Observações

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

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

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

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

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

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

Relevância do indicador

Permite detectar casos de óbitos maternos não declarados ou descartar, após investigação, a possibilidade dos óbitos dessas mulheres terem sido maternos, independente da causa declarada no registro original. Possibilita, também, identificar fatores determinantes que originaram o óbito materno, com o objetivo de apoiar aos

gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver o problema, que possam evitar a ocorrência de eventos similares.

Série Histórica

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

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

Método de Cálculo

Numerador: total de óbitos de MIF investigados

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	33/81 40,7% investigados	Foram investigados 33 óbitos de um total de 81 óbitos de MIF registrados. O prazo para investigação de óbitos é de até 120 dias a partir da data do óbito.
2o	86/174 49,4% investigados	86/174 -> O prazo para investigação de óbitos é de até 120 dias a partir da data do óbito.
3o	222/256= 86,7% investigados	Das 34 investigações faltantes, 28 estão dentro do prazo de 120 dias para serem concluídas, o que poderá resultar na meta proposta.
RAG	222/256= 86,7% investigados	Foram investigados 222 óbitos em MIF de um total de 256. Das 34 investigações faltantes, 28 estão dentro do prazo de 120 dias para serem concluídas, o que poderá resultar na meta proposta.
PAS	90% dos óbitos MIF investigados	Manter as ações propostas e os Comitês Regionais e Municipal de Mortalidade Infantil e Materna são imprescindíveis para análises dos casos e contribuição na qualificação da atenção.

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

Relevância do indicador:

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

Série Histórica

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

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

Método de Cálculo

Numerador: total de óbitos maternos investigados.

x 100

Denominador: total de óbitos de maternos.

Meta:

100% dos óbitos maternos investigados

Ações:

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

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	100%	Os dois óbitos maternos foram investigados, sendo os dois casos de mortalidade obstétrica materna direta evitável, ambos ocorridos no SUS.
2o	100%	Os três óbitos maternos foram investigados, sendo dois casos de mortalidade obstétrica materna direta evitável. e um caso de mortalidade obstétrica materna indireta evitável. Os três casos são do SUS.
3o	100%	Garantir a participação regular de todos os representantes das unidades de saúde e apoiadores distritais nas reuniões de Comitê de Mortalidade materno Infantil dos distritos de saúde realizando a discussão de todos os óbitos maternos, infantis e fetais e buscando a qualificação da assistência e revendo fluxos internos e ações gerenciais dentro das unidades de saúde
RAG	100%	Comitês Regionais e Municipal de Mortalidade Infantil e Materna são imprescindíveis para análises dos casos e contribuição na qualificação da atenção.
PAS	100%	Garantir a participação regular de todos os representantes das unidades de saúde e apoiadores distritais nas reuniões de Comitê de Mortalidade materno Infantil dos distritos de saúde realizando a discussão de todos os óbitos maternos, infantis e fetais e buscando a qualificação da assistência e revendo fluxos internos e ações gerenciais dentro das unidades de saúde

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

Relevância do indicador:

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

Proporção de óbitos infantis e fetais investigados de residentes Campinas- Série Histórica 2014 a 2018						
Ano		2014	2015	2016	2017	2018
Nº Ob. Fetal		126	135	110	108	111
Nº de investigados		121	134	84	81	98
Per. Invest		96%	99%	76%	75%	88%
Ob.< 1 ano	< 1 dia	31	28	27	38	40
	1-6 dias	33	38	32	42	29
	7-27 dias	24	21	25	18	26
	28d-<1 ano	42	43	53	39	42
	Total	130	130	137	137	137
Nº de investigados		122	129	113	107	119
Per. Invest		94%	99%	82%	78%	87%
Nº total de óbitos Infantis e Fetais		248	264	223	215	248
Nº total óbitos Investigados		243	263	197	188	217
Perc. Óbitos invest.		97,98%	99,62%	88,34%	87,44%	87,50%
OBS.: Fonte: SIM. Atualizado até 19/02/2018						

Método de Cálculo

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

_____ x 1.000

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

Meta:

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

Ações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	Infantis:	Porcentagem de óbito infantil investigado por faixa etária: 0 - 6 dias = 11/29 = 37,9%

	<p>20/46 = 48,5%</p> <p>Fetais: 18/37 = 43,8%</p> <p>Total: 38/83 = 45,8%</p>	<p>7 – 27 dias = 2/4 = 50%</p> <p>28 – 364 dias = 7/13 = 53,8%</p> <p>O prazo para investigação de óbitos é de até 120 dias a partir da data do óbito. Garantir espaços para as discussões locais/ distritais e trabalhar casos sentinelas.</p>
2o	<p>Infantis: 63/83= 75,9%</p> <p>Fetais: 51/76=67,1%</p> <p>7 em atraso e 18 dentro do prazo</p> <p>Total: 114/159 = 71,7%</p>	<p>Porcentagem de óbito infantil investigado por faixa etária:</p> <p>0-6 dias=35 /46= 76,0% -faltam 11 sendo 8 em atraso e 3 dentro do prazo de investigação</p> <p>7 – 27 dias= 7/11= 63,6% -faltam 4 sendo 1 em atraso e 3 dentro do prazo de investigação</p> <p>28 – 364 dias= 21/26= 80,7% -faltam 5 sendo 1 em atraso e 4 dentro do prazo de investigação</p> <p>O prazo para investigação de óbitos é de até 120 dias a partir da data do óbito.</p>
3o	<p>Infantis 119/137=86,8%</p> <p>Fetais: 98/111= 88,3</p> <p>Total: 217/248= 87,5%*</p>	<p>% Óbito infantil investigado por faixa etária:</p> <p>0-6 dias=61 /69= 88,4,0% -faltam 8 sendo 3 em atraso e 5 dentro do prazo de investigação</p> <p>7 – 27 dias=21 /26= 80,8% -faltam 5 dentro do prazo de investigação</p> <p>28 – 364 dias= 37/42= 88,1% -faltam 5 sendo 2 em atraso e 3 dentro do prazo de investigação</p> <p>*Dados sujeitos a revisão até o período preconizado para investigação.</p>
RAG	87,5%*	<p>Considerações: Comitês Regionais e Municipal de Mortalidade Infantil e Materna foram/são imprescindíveis para análises dos casos e contribuição na qualificação da atenção.</p> <p>*Ainda existem óbitos em investigação conforme o período preconizado de até 120 dias, portanto estes dados estão sujeitos a revisão, podendo aumentar o percentual.</p>
PAS	92%	<p>Realizar ações dentro da Linha de Cuidado, Protocolos em vigência com os profissionais do ESF, além de fortalecer as ações já desenvolvidas.</p> <p>Garantir a participação regular de todos os representantes das unidades de saúde e apoiadores distritais nas reuniões de Comitê de Mortalidade materno Infantil dos distritos de saúde realizando a discussão de todos os óbitos maternos, infantis e fetais e buscando a qualificação da assistência e revendo fluxos internos e ações gerenciais dentro das unidades de saúde.</p>

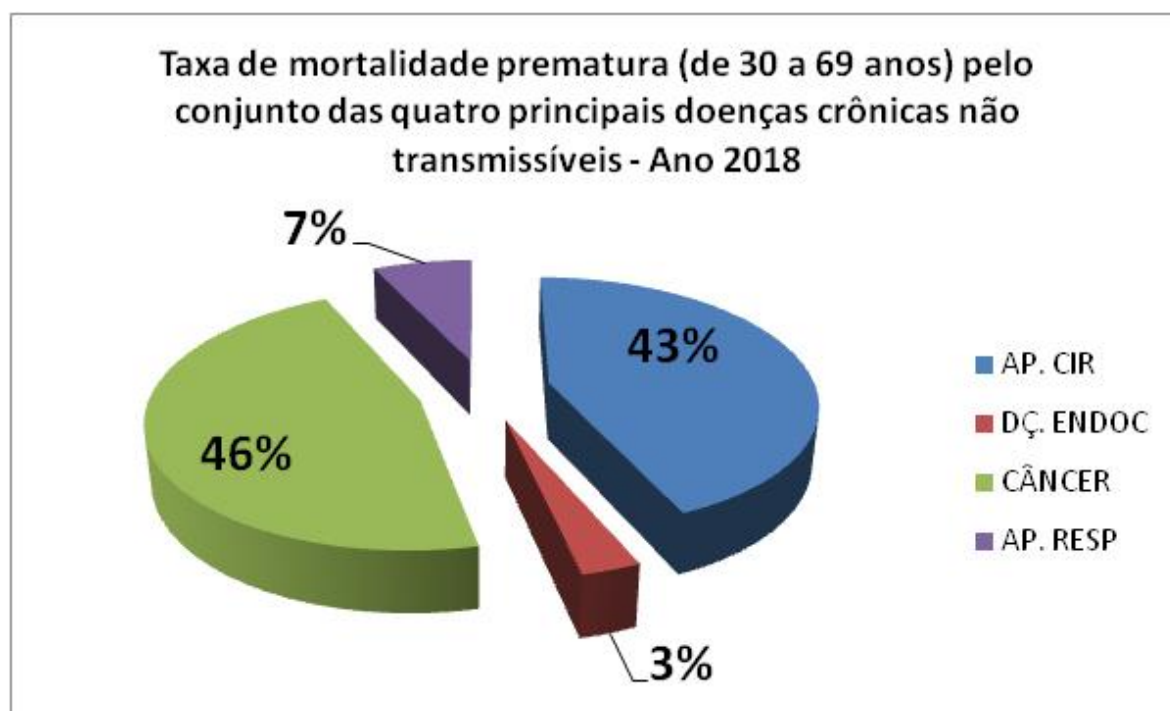
Indicador 2.ii.6. Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT - doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas.

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.

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

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



Método de Cálculo

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

_____ 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

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

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

Ações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	86,50	<p>a) Manter e incentivar as ações com alto índice de positividade como atividades de combate ao sedentarismo, cadastro e atendimento no domicílio de idoso e acamados (92%), e com um percentual menor, porém ainda bem expressivo (87%), a oferta do PTS em pacientes de maior vulnerabilidade e práticas integrativas que constituem uma tecnologia leve e de alta potência.</p> <p>b) Melhorar e potencializar ações voltadas à prática de alimentação saudável e acompanhamento de egressos hospitalares através de relatórios de alta (73%) para efetivar o trabalho de promoção e prevenção junto à Rede.</p> <p>c) Criação de instrumento mais efetivo de registro e monitoramento de risco para hipertensos e diabéticos, através de software leve em construção junto ao GT de crônicos em parceria com a C.I.I. para melhorar os índices de 66% desta ação apurado junto às unidades básicas de saúde.</p> <p>d) Incentivar a aplicação do protocolo de risco cardiovascular, desenvolvimento pelo Ministério da Saúde em parceria com o Hospital Sírio Libanês, para melhorar ações como entrevista motivacional, mudança de comportamento do usuário e também do trabalhador e ampliação do autocuidado, a fim de elevar os</p>

		<p>baixos índices da aplicabilidade registrados junto às unidades que variam entre 10 e 18%.</p> <p>e) Mantido as supervisões mensais de Lian Gong primeira, segunda e terceira parte. Início de curso de capacitação de doze profissionais da rede em Movimento Vital Expressivo no sistema Rio Abierto. Realizado em conjunto com a Fundação Movimento, Coordenação da Área da Saúde Integrativa e Secretaria do esportes e lazer, Encontro de Movimento Vital Expressivo, com participação das Unidades Básicas de Saúde que oferecem este programa do Corpo em Movimento. Criado Grupo de Trabalho da Saúde Integrativa, visando colaborar na execução do projeto das Condições Crônicas não transmissíveis. Mantido atendimento do Ambulatório Municipal de Acupuntura, visando tratamento de Condições Crônicas Não transmissíveis (CCNT) no Espaço C. R. Academia. Comentário: Ocorre subnotificação dos registros dos programas da Saúde Integrativa. Recomendação: Estimular o registro dos procedimentos dos Programas da Saúde Integrativa.</p> <p>f) Em conjunto com o CETS, início de planejamento para Capacitações no segundo semestre de 2018 para o programa de atendimento ao tabagismo. Desenvolvimento em conjunto com Assistência Farmacêutica de planilha para alimentar o FORMSUS. Realizado reunião com as equipes das U.B.S. atualizando-as quanto as alterações em relação ao Ministério da Saúde, DRS 7, controle dos medicamentos remanejados e o procedimento quanto aos medicamentos que vencerão nos próximos meses. Comentário: Formado 16 novas equipes do programa, porém nenhuma delas foi registrada na DRS 7. Recomendação: Estimular o registro destas equipes na DRS 7, para que possam realizar atendimento e receberam insumos.</p>																																										
2o	197,09	<p>Manter e incentivar as ações de alta positividade já desenvolvidas no primeiro quadrimestre e repetidas no segundo, como: cadastro domiciliar e atendimento de idosos acamados (92%) e imunização contra influenza (95%) desses mesmos pacientes.</p> <p>Mesmo tendo aumentado o índice no segundo quadrimestre (91%), continuar incentivando PTS para os pacientes mais vulneráveis.</p> <p>Diminuição no registro e acompanhamento dos relatórios de egressos hospitalares (66%) em relação ao quadrimestre anterior. Recomendação de monitorar mais efetivamente essas altas para aumentar o índice.</p> <p>Melhora significativa em ações de incentivo à alimentação saudável (84%) em relação ao primeiro RDQA (73%) e combate ao sedentarismo (89%), registrada também no segundo quadrimestre.</p> <table><tr><th colspan="6">ANO 2018* PARCIAL</th></tr><tr><th>Causa (CID 10 3C)</th><th>30-39</th><th>40-49</th><th>50-59</th><th>60-69</th><th>TOTAL</th></tr><tr><td>C00 -C97</td><td>18</td><td>62</td><td>147</td><td>274</td><td>501</td></tr><tr><td>E10-E14</td><td>2</td><td>5</td><td>14</td><td>18</td><td>39</td></tr><tr><td>I00-I99</td><td>26</td><td>68</td><td>162</td><td>266</td><td>522</td></tr><tr><td>J30-J98</td><td>2</td><td>10</td><td>14</td><td>49</td><td>75</td></tr><tr><td>TOTAL</td><td>48</td><td>145</td><td>337</td><td>607</td><td>1.137</td></tr></table> <p>memória de cálculo: (jan- ago2018) 1137/ pop. 576.876 (POP.2017) x 100.000</p> <p>Em conjunto com o CETS, Capacitação programada para 24 de</p>	ANO 2018* PARCIAL						Causa (CID 10 3C)	30-39	40-49	50-59	60-69	TOTAL	C00 -C97	18	62	147	274	501	E10-E14	2	5	14	18	39	I00-I99	26	68	162	266	522	J30-J98	2	10	14	49	75	TOTAL	48	145	337	607	1.137
ANO 2018* PARCIAL																																												
Causa (CID 10 3C)	30-39	40-49	50-59	60-69	TOTAL																																							
C00 -C97	18	62	147	274	501																																							
E10-E14	2	5	14	18	39																																							
I00-I99	26	68	162	266	522																																							
J30-J98	2	10	14	49	75																																							
TOTAL	48	145	337	607	1.137																																							

		<p>outubro de 2018 para o programa de atendimento ao tabagismo. Implementação em conjunto com Assistência Farmacêutica de planilha para alimentar o FORMSUS. Planejamento de reunião com as todas as 29 equipes das UBS. atualizando-as quanto as alterações em relação ao Ministério da Saúde, DRS 7, controle dos medicamentos remanejados e o procedimento quanto aos medicamentos que vencerão nos próximos meses. Cadastramento de 4 unidades básicas na DRS7 e Cratod. Visita nas unidades com equipes capacitadas. Comentário: Formado 12 novas equipes do programa, porém nenhuma delas foi registrada na DRS 7. Recomendação: Estimular o registro destas equipes na DRS 7, para que possam realizar atendimento e receberam insumos.</p> <p>Mantido as supervisões mensais de Lian Gong primeira, segunda e terceira parte. Manutenção de curso de capacitação de onze profissionais da rede em Movimento Vital Expressivo no sistema Rio Abierto, pois um profissional desistiu por problema de saúde (acidente com fratura de membro inferior). No Grupo de Trabalho da Saúde Integrativa, esperando levantamento da Secretarias de Esportes e Lazer e a Cultura dos eventos realizados nas respectivas Secretarias para elaboração de trabalho em conjunto, visando as ações de promoção e prevenção as Condições Crônicas não transmissíveis. Mantido atendimento do Ambulatório Municipal de Acupuntura, visando tratamento de Condições Crônicas Não transmissíveis (CCNT) no Espaço CR Academia.</p> <p>Negociação com a Fundação Movimento, visando a manutenção de bolsas para o curso de formação de Movimento Vital Expressivo, para funcionários da rede municipal de saúde, para o ano que vem.</p>										
3o	<p>279,28</p> <table><tr><td>C00-C97</td><td>706</td></tr><tr><td>E10-E14</td><td>53</td></tr><tr><td>I00-I99</td><td>756</td></tr><tr><td>J30-J98</td><td>111</td></tr><tr><td>Tota I</td><td>162 6</td></tr></table>	C00-C97	706	E10-E14	53	I00-I99	756	J30-J98	111	Tota I	162 6	<p>Na aferição deste 3º RDQA e acumulado de 2018, foi considerada a população de 2018 (atualizada - 1.194.094 habitantes), que ainda não constava nas medições do 1º e 2º quadrimestre.</p> <p>Os dados foram colhidos na fonte do TABNET com a última atualização em 06.02.2019, portanto nota-se um número maior de mortes registradas no período inteiro de 2018.</p> <p>Ações voltadas ao cadastro e atendimento domiciliar de acamados (92%), atividades de combate ao sedentarismo (92%) e oferta a práticas integrativas (94%) continuam com alto índice de positividade e devem ser mantidas e incentivadas.</p> <p>O programa de orientação a alimentação saudável reduziu 1% em relação ao quadrimestre anterior, mas ainda mantém um bom índice de 83% das UBS.</p> <p>Com o projeto de Alta Hospitalar compartilhada, formalizado entre SMS / Rede Mario Gatti, esperamos um incremento do acompanhamento dos egressos hospitalares que contabilizam 64%.</p> <p>Apesar da Ferramenta de Entrevista Motivacional (14%) ser pouco utilizada em nossa rede, ela deve ser incentivada e ampliada para promover um vínculo maior com a população adscrita.</p> <p>Mantido as supervisões mensais de Lian Gong primeira, segunda e terceira parte. Término do curso de capacitação de onze profissionais da rede em Movimento Vital Expressivo no sistema Rio Abierto. Após a inauguração por parte da Secretaria de esporte e Lazer do Espaço Esporte e Movimento, firmado diretriz que a Smel cuidará dos pacientes hígidos e o Espaço Centro de Referência Academia (Academia da Saúde) ficará com os pacientes com condições</p>
C00-C97	706											
E10-E14	53											
I00-I99	756											
J30-J98	111											
Tota I	162 6											

		<p>crônicas não transmissíveis). Mantido atendimento do Ambulatório Municipal de Acupuntura, visando tratamento de Condições Crônicas Não transmissíveis (CCNT) no Espaço CR Academia.</p> <p>Realizado negociação e fechamento de acordo para novo curso de formação de Movimento Vital Expressivo em 2019, com bolsas para funcionários da rede municipal de saúde, pela Fundação Movimento.</p> <p>Em conjunto com o CETS, Unicamp, DRS7 e Cratod realizado Capacitação em outubro de 2018 para a rede pública de Campinas e cidades vizinhas pertencentes a DRS7 para o programa de atendimento ao tabagismo. Em decorrência de mudanças na informação do Formsus estamos ajustando planilha desenvolvida em conjunto com Assistência Farmacêutica. Acompanhamento do estágio no ASPA tabagismo - Unicamp das equipes das unidades capacitadas. Comentário: Solicitado o credenciamento de 8 novas unidades de saúde da SMS - PMC. Acompanhado “in locu” a formação dos grupos de tratamento de tabagismo nas unidades de saúde.</p>
RAG	279,28	<p>Memória de cálculo: (jan- dez 2018) 1626 / pop. 582.209 (POP.2018) x 100.000</p> <p>A meta de 2018 (279,13) foi quase atingida, considerando a população de 2018 atualizada. O que não aconteceu nesta mesma mensuração em 2017, quando utilizamos a população de 2016, portanto defasada.</p> <p>Essa meta foi quase atingida mediante a intensificação de ações de promoção de vida saudável e prevenção de mortalidade precoce.</p> <p>Realizado as supervisões propostas de Lian Gong primeira, segunda e terceira parte.. Mantido o atendimento no Ambulatório de Acupuntura para atendimento dos cinco distritos de saúde, Espaço Centro de Referência Academia. Não foi realizado supervisão de microssistemas para os médicos da rede, devido a problemas com R.H.</p> <p>Cadastrado 50% das unidades de saúde previstas no início de 2018.</p>
PAS	277,13	<p>Para atingir a nova meta de 2019, recomenda-se incentivar e promover a utilização do Protocolo de CCNT, pelas equipes de saúde da família como norteador de ações de promoção, prevenção e cuidado em saúde.</p> <p>Realizar supervisão de Lian Gong, sendo dois encontros, um no primeiro e outro no segundo semestre. Realizar curso de meditação em conjunto com o CET S no segundo semestre. Realizar curso de formação de Movimento Vital Expressivo, além do apoio as ações para a prevenção e promoção as pessoas com Condições Crônicas não Transmissíveis.</p> <p>Capacitação periódica (semestral) formal (cratod, Unicamp e prefeitura municipal de campinas). Maior controle dos quantitativos recebidos e solicitados de medicação do Programa de Tabagismo; Controle de validade.</p> <p>Realização da abordagem mínima para tratamento do tabagismo em todas as unidades básicas de saúde. Completar as equipes das unidades para solicitar o credenciamento da unidade.</p> <p>Acompanhar todas as unidades durante a implantação do grupo de tabagismo.</p>

Observações:

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

EIXO III – PROMOÇÃO E PREVENÇÃO

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

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

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

Relevância do Indicador

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

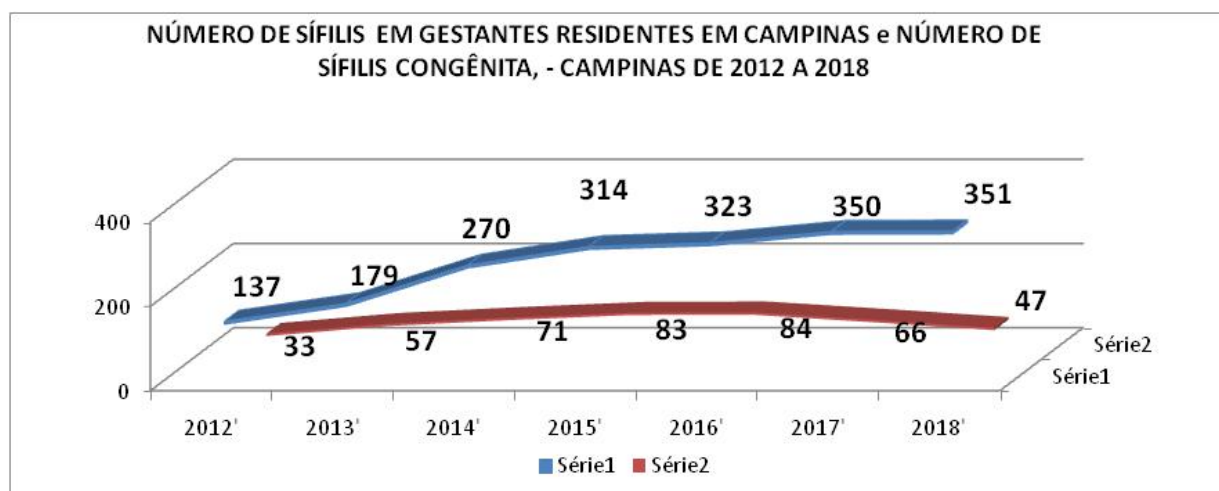
Série Histórica

NÚMERO DE CASOS DE SÍFILIS EM GESTANTES RESIDENTES EM CAMPINAS, DE SÍFILIS CONGÊNITA, TAXA DE DETECÇÃO E COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA*

ANO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Sífilis Gestantes	93	103	148	175	272	317	325	350	351
Sífilis congênita	37	35	57	57	72	83	84	66	47
Taxa de detecção de sífilis gestante	6,2	7,0	9,8	11,4	17,0	19,6	21,4	22,7	23,9
Coeficiente de incidência sífilis congênita	2,5	2,4	3,8	3,7	4,5	5,1	5,5	4,3	3,2

Fonte: SINAN/TABNET/DeVISA Campinas. Atualizado até 31.01.2019.

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



Método de Cálculo

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

Meta

Nº absoluto de casos:

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

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

Ações:

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

Resultados

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

		<p>melhor a adesão do parceiro ao tratamento.</p> <p>Garantir e realizar visitas e busca ativa das gestantes e seus parceiros a fim de garantir o tratamento.</p>
2o	40	<p>Nos dois primeiros quadrimestres de 2018, houve 135 notificações de sífilis congênita. Entre estas, 95 foram descartadas, após avaliação do tratamento da gestante, parceiro, exames laboratoriais e quadro clínico do recém nascido. Restaram 40 casos de sífilis congênita (34 crianças nascidas vivas, 3 abortos e 3 natimortos). Há aumento do número de casos entre a população em geral aumentando o número de casos de gestantes, inclusive se infectando durante a gestação o que torna a realização de dois testes durante o pré natal imprescindível. Este tema está sendo reforçado nas capacitações. Já houve duas capacitações com as Visas Sudoeste, Norte e Leste; para este quadrimestre está programada capacitação para os hospitais da rede privada e Visa Sul. Na Visa Sudoeste a sífilis será pauta da próxima reunião do Núcleo de Saúde Coletiva. Na Visa Sul os casos estão sendo discutidos no comitê de morte materna e infantil. Em 17 de outubro haverá o 1º Seminário de Sífilis de Campinas:“Sífilis Congênita -Porque e até quando?”com objetivo de abordar a situação epidemiológica, e compartilhar experiências exitosas na prevenção da sífilis congênita.No próximo mês será divulgada a segunda nota técnica de tratamento de sífilis em gestante, reforçando a realização dos dois testes rápidos no PN e mudanças no tratamento do parceiro.</p>
3o	47	<p>No ano de 2018, tivemos 47 casos de sífilis congênita , significando uma redução de 28,78% no número de casos em relação ao ano de 2017. É o segundo ano consecutivo que o município apresenta redução no número de casos de sífilis congênita. Cabe ressaltar que a nota técnica propondo mudanças no tratamento do parceiro <u>não foi</u> divulgada, sendo necessária articulação prévia com as maternidades do município.</p>
RAG	47	<p>No ano de 2018, tivemos 47 casos de sífilis congênita , conseguindo a significativa redução de 28,78% no número de casos em relação ao ano de 2017.A meta pactuada para 2018 no município de Campinas foi alcançada; porém, o objetivo é alcançar a meta pactuada pela OPAS, de 0,5 casos de sífilis/1000 NV, neste ano o resultado foi de 3,2 casos de sífilis/1000 NV.</p> <p>Considerações: Quanto à nova Nota Técnica, com mudanças no tratamento do parceiro, sua publicação ocorrerá após sua apresentação e discussão, junto as maternidades.</p> <p>Recomendações: divulgar a nota técnica referente a mudança de conduta de tratamento do parceiro. Manter, aprimorar e ampliar, se necessário, as ações do Plano Operativo de combate a sífilis congênita iniciadas no segundo semestre de 2014.</p>
PAS	38	<p>Manter e qualificar o Pré natal e garantir os exames e testes disponibilizados à população adscrita no Centro de Saúde, e garantir os tratamentos de forma adequada.</p> <p>Apresentar e discutir, junto as maternidades a nova Nota Técnica, com mudanças no tratamento do parceiro.</p> <p>Recomendações: divulgar a nota técnica referente a mudança de conduta de tratamento do parceiro. Manter, aprimorar e ampliar, se necessário, as ações do Plano Operativo de combate a sífilis</p>

		<p>congenita iniciadono segundo semestre de 2014.Publicar Nota Técnica, com mudanças no tratamento do parceiro.</p> <p>O meta a ser perseguida é o parâmetro preconizado pela OPAS de 0,5 caso de sífilis por 1.000 nascidos vivos; porém, considerando a alta incidência de sífilis nos últimos anos, a primeira etapa da meta é a redução de 20% ao ano o número de casos de sífilis congênita em Campinas.</p>
--	--	--

Observações:

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

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

Relevância do indicador:

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

Série Histórica

Nº DE TESTES DE SÍFILIS POR GESTANTE											
Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nº teste sífilis em gestante	0,26	1,18	1,19	1,26	2,84	2,78	2,75	2,07	2,54	2,06	1,86

SIA. - 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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	2,73	Até 31 de março de 2018 foram realizados 4.627 sorologias para

		<p>sífilis em gestante e 1.758 testes rápidos para sífilis em gestantes, utilizando os dados do SIA/SUS (CAC) e o consolidado Municipal extraído do e-SUS AB, totalizando 6.385 exames em gestantes. O número total de partos no período de jan-mar/2018 foi de 2.336 partos. Com a nota técnica 01/2016, a recomendação para o PN é a realização de 2 testes rápidos de sífilis, intercalado com as sorologias de sífilis preconizadas na rotina de PN. Portanto, para o município, esperamos que sejam realizados 4 testes de sífilis por gestante (2 sorológicos e 2 testes rápidos). Como no primeiro quadrimestre parte das parturientes realizaram os exames de sífilis no ano de 2017, a melhor análise se realiza ao final do ano. Destaca-se o pequeno número de testes rápidos realizados em gestantes, considerando a nota técnica 01/2016, que determina a realização de dois testes rápidos durante a gestação além dos dois perfis obstétrico. Pode-se questionar a não realização ou não preenchimento dos registros de produção. Os testes rápidos de sífilis em gestantes devem ser registrados com o código de faturamento: 0214010082 TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS EM GESTANTE. A CAC e o DATASUS só dispõem de dados até março de 2018..</p>
2o	2,32	<p>Até julho de 2018 foram realizados 9.434 exames de sífilis em gestantes (dados CAC), e 3155 testes rápidos para sífilis em gestantes (dados de TR de sífilis computados até o segundo quadrimestre), totalizando 12.589 exames. O número total de partos até julho foi de 5.424* (*este indicador é melhor avaliado no RAG devido a disponibilização da informação do total do nº de partos). A implantação dos testes rápidos foi discutido nas reuniões do NAAP e já foi observado impacto em algumas unidades.</p>
3o	1,86	<p>No ano de 2018 foram realizados 15.608 exames de sorologia de sífilis em gestantes (dados CAC) e 748 testes rápidos de sífilis em gestantes (dados do e-SUS) (OBS: as informações do primeiro e segundo quadrimestres foram fornecidas pelo DGDO e não correspondem ao relatório final do e-SUS 2018), dessa forma foram registrados 16.356 exames de sífilis em gestantes realizados em 2018 no município.</p> <p>O número total de partos realizados foi de 8.769 partos (Dados TABNET/ DATASUS), levando à 1,86 exames de sífilis por gestante.Cabe informar que houve interrupção na oferta de sorologias de sífilis pelo laboratório municipalno ano de 2018.</p>
RAG	1,86	<p>Recomendações: garantir a oferta de exames de sífilis para todas gestantes, utilizando-se o protocolo do Município.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Se faz necessário trabalhar junto as equipes a conscientização de não perder momento oportuno durante o seguimento dpré-natal para realização dos testes rápidos e atingirmos a meta de pelo menos dois testes de detecção de sífilis por gestação</p>

PAS	2	<p>O teste rápido para sífilis é disponibilizado pelo Ministério da Saúde; e as equipes foram capacitadas pelo Centro de Referência, sendo assim, há a necessidade de ampliar o acesso ao teste às gestantes, e monitorar o registro do procedimento executado, com padronização de extração de relatório do e-SUS, de forma a qualificar os dados.</p> <p>O projeto de qualificação e capacitação dos profissionais envolvidos na assistência pré-natal é determinante para melhorarmos este indicador. Deveremos realizar ações próximas aos distritos para difundir esta conscientização.</p>
------------	----------	--

Observações:

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

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

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

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

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

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

Método de Cálculo

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

x 100

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

*Relatório gerado automaticamente para esse fim no SINAN.

Meta

Meta de Campinas: 80%

Meta Regional Pactuada: 80%

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

Ações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	86,67%	Meta atingida
2o	84,67%	Meta atingida.
3o	82,17%	Meta atingida.
RAG	82,17%	Meta atingida. Recomendações: envidar esforços para manter o cumprimento da meta. Recomposição da equipe técnica da DEVISA
PAS	83%	Para alcançar esta meta faz-se necessário trabalho técnico e individual para cada caso de DCNI, a fim de buscar as informações para completude das fichas de notificação e adequada avaliação e encerramento dos casos oportunamente. As informações são coletadas com a rede assistencial e de apoio diagnóstico, sendo assim, o trabalho humano é ferramenta indispensável neste trabalho; por isto, a recomposição da equipe técnica das unidades de vigilância de agravos e doenças é fator preponderante nesta atividade. Este indicador traduz a capacidade técnica da vigilância epidemiológica em investigar, monitorar e encerrar oportunamente os casos de notificação imediata.

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

Relevânciado Indicador

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

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

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

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

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

Série Histórica

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

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

Método de Cálculo

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

Fonte: SIPNI

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

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

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

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	Pentavalente: 86,62; Pneumocócica 10-valente: 90,05;	A avaliação deste indicador é realizada anualmente. A avaliação da cobertura vacinal é realizada acumulativamente durante o ano, atingindo-se 100% ao final do ano avaliado. Para acompanhamento do indicador

	<p>Poliomielite: 89,77; Tríplice Viral: 87,35</p>	<p>foi realizado uma cobertura vacinal proporcional, no qual, foram avaliados os dados referentes do período de 01 de Janeiro a 30 de Abril de 2018, extraídos do sistema SIPNI WEB em 08/05/2018.</p> <p>No período citado acima as salas de vacinas estavam sendo informatizadas conforme determinação do Programa Nacional de Imunização (PNI), sendo realizada a transição do Sistema SIPNI Desktop para o Sistema SIPNI Web no município de Campinas.</p> <p>A cobertura vacinal foi prejudicada por diversos motivos dentre eles cita-se: dificuldade de acesso à vacina devido ao fechamento das salas de vacinas em diversos períodos do dia; abastecimento prejudicado de vacinas por parte do estado; câmaras frias quebrando com maior recorrência e demora no conserto das câmaras; e erros no sistema de informação (SI-PNI) que fazem com que diversas doses não sejam contabilizadas na cobertura vacinal. Esses erros são reportados rotineiramente ao GVE e dependem de correção por parte do DataSus. Foi realizado no final do mês de Abril uma atualização do Sistema SIPNI para corrigir alguns erros no sistema, mas ainda não foi possível visualizar todas as correções realizadas, pois a exportação foi realizada em 27/04/2018 e os dados só estarão disponíveis 15 dias após.</p>
2o	<p>Pentavalente: 91,52%;</p> <p>Pneumocócica 10-valente: 98,16%;</p> <p>Poliomielite: 93,50%</p> <p>Tríplice Viral: 108,26</p>	<p>A avaliação deste indicador é realizada anualmente. A avaliação da cobertura vacinal é realizada acumulativamente durante o ano, com o objetivo de alcançar a cobertura vacinal de 95% de cada uma das quatro vacinas selecionadas. Para acompanhamento do indicador foi realizado uma cobertura vacinal proporcional, no qual, foram avaliados os dados referentes do período de 01 de Janeiro a 30 de agosto de 2018, extraídos do sistema SIPNI WEB em 12/09/2018.</p> <p>Atualmente todas as salas de vacina já foram informatizadas conforme determinação do Programa Nacional de Imunização (PNI), e estão utilizando o Sistema SIPNI Web.</p> <p>Alguns fatores afetaram positivamente nas coberturas vacinais, a saber: atualização do Sistema SIPNI, realizada no final do mês de abril/18, pelo MS para corrigir alguns erros no sistema; houve melhora expressiva no conserto das câmaras frias, o que contribui na captação oportuna da criança para vacinação; ea Campanha Nacional contra Sarampo e Polio se estendeu de 04/08 a 14/09, contribuindo na ampliação do horário de atendimento das salas de vacina.</p> <p>No entanto, algumas situações ainda persistem na rede municipal de saúde, as quais precisam ser enfrentadas para que não haja impacto negativo neste indicador, tais como: dificuldade de acesso à vacina devido ao fechamento das salas de vacinas em diversos períodos do dia (em período fora da campanha); o abastecimento</p>

		<p>prejudicado de vacinas por parte do Estado; dificuldades operacionais com o sistema de informação (SI-PNI), as quais são rotineiramente reportadas ao GVE para envio aoDataSus.</p> <p>Segue cobertura acumulada de 01/Janeiro a 30/agosto:</p> <table><tr><td>Imunobiológico</td><td>Cob Acumulada –Ago/18</td></tr><tr><td>Pneumocóccica(<1 ano)</td><td>98,16%</td></tr><tr><td>Pentavalente (< 1 ano)</td><td>91,52%</td></tr><tr><td>Tríplice Viral - D1</td><td>108,26%</td></tr><tr><td>Tríplice Viral - D2</td><td>100,65%</td></tr><tr><td>Poliomielite(< 1 ano)</td><td>93,5%</td></tr></table>	Imunobiológico	Cob Acumulada –Ago/18	Pneumocóccica(<1 ano)	98,16%	Pentavalente (< 1 ano)	91,52%	Tríplice Viral - D1	108,26%	Tríplice Viral - D2	100,65%	Poliomielite(< 1 ano)	93,5%																												
Imunobiológico	Cob Acumulada –Ago/18																																									
Pneumocóccica(<1 ano)	98,16%																																									
Pentavalente (< 1 ano)	91,52%																																									
Tríplice Viral - D1	108,26%																																									
Tríplice Viral - D2	100,65%																																									
Poliomielite(< 1 ano)	93,5%																																									
3o	<p>50%</p> <table><tr><td>Imunobiológico</td><td>Cobertura Vacinal 2018</td></tr><tr><td>Pneumocócica(<1 ano)</td><td>98,13%</td></tr><tr><td>Pentavalente (< 1 ano)</td><td>91,61%</td></tr><tr><td>Tríplice Viral - D1</td><td>98,15%</td></tr><tr><td>Poliomielite(< 1 ano)</td><td>93,19%</td></tr></table>	Imunobiológico	Cobertura Vacinal 2018	Pneumocócica(<1 ano)	98,13%	Pentavalente (< 1 ano)	91,61%	Tríplice Viral - D1	98,15%	Poliomielite(< 1 ano)	93,19%	<p>A avaliação da cobertura vacinal é realizada acumulativamente durante o ano, com o objetivo de alcançar a cobertura vacinal de 95% de cada uma das quatro vacinas selecionadas ao final do ano avaliado.</p> <p>Para o ano de 2018, foi alcançada a meta de cobertura vacinal para as vacinas Pneumocócica e Tríplice Viral, portanto, para fins de avaliação deste indicador conseguimos 50%, não atingindo a meta pactuada de 75%.</p> <table><tr><td colspan="5">Coberturas vacinais de Pentavalente, Pneumocócica, Polio eTrípliceviral referentes ao ano de 2018 segundo distritos d</td></tr><tr><td>Imunobiológico</td><td>Sudoeste</td><td>Noroeste</td><td>Norte</td><td>Sul</td></tr><tr><td>Pneumocóccica (<1 ano)</td><td>96,70%</td><td>92,00%</td><td>87,30%</td><td>86,50%</td></tr><tr><td>Pentavalente (< 1 ano)</td><td>95,60%</td><td>90,20%</td><td>87,30%</td><td>86,00%</td></tr><tr><td>Poliomielite (< 1 ano)</td><td>95,40%</td><td>89,10%</td><td>86,70%</td><td>85,10%</td></tr><tr><td>Tríplice Viral - D1</td><td>105,50%</td><td>97,60%</td><td>92,90%</td><td>104,00%</td></tr></table> <p>As coberturas vacinais são bastante heterogêneas nos cinco distritos de saúde, refletindo diferenças quanto ao horário de funcionamento das salas de vacinas, sendo algumas bastante restritas, ocasionando dificuldade de acesso da população a vacinação; falta de recursos humanos para manter as salas de vacinas abertas em todo período de abertura da Unidade; Unidades em reforma no ano de 2018; dificuldade de acompanhamento das coberturas vacinais do território pelas equipes de saúde, visando propor ações no território e uma melhor avaliação de bolsões de suscetíveis, garantindo a cobertura vacinal adequada e a não reintrodução de agravos imunopreveníveis.</p> <p>Alguns fatores afetaram positivamente as coberturas vacinais, a saber: implantação do Sistema SIPNI Web em todas as salas de vacinas do município de Campinas, com dados em tempo real, contribuindo para a redução de erros e uma melhor avaliação da cobertura vacinal:</p>	Coberturas vacinais de Pentavalente, Pneumocócica, Polio eTrípliceviral referentes ao ano de 2018 segundo distritos d					Imunobiológico	Sudoeste	Noroeste	Norte	Sul	Pneumocóccica (<1 ano)	96,70%	92,00%	87,30%	86,50%	Pentavalente (< 1 ano)	95,60%	90,20%	87,30%	86,00%	Poliomielite (< 1 ano)	95,40%	89,10%	86,70%	85,10%	Tríplice Viral - D1	105,50%	97,60%	92,90%	104,00%
Imunobiológico	Cobertura Vacinal 2018																																									
Pneumocócica(<1 ano)	98,13%																																									
Pentavalente (< 1 ano)	91,61%																																									
Tríplice Viral - D1	98,15%																																									
Poliomielite(< 1 ano)	93,19%																																									
Coberturas vacinais de Pentavalente, Pneumocócica, Polio eTrípliceviral referentes ao ano de 2018 segundo distritos d																																										
Imunobiológico	Sudoeste	Noroeste	Norte	Sul																																						
Pneumocóccica (<1 ano)	96,70%	92,00%	87,30%	86,50%																																						
Pentavalente (< 1 ano)	95,60%	90,20%	87,30%	86,00%																																						
Poliomielite (< 1 ano)	95,40%	89,10%	86,70%	85,10%																																						
Tríplice Viral - D1	105,50%	97,60%	92,90%	104,00%																																						

		<p>atualização do Sistema SIPNI, realizada no final do mês de abril/18, pelo MS para corrigir alguns erros no sistema; e a Campanha Nacional contra Sarampo e Polio que se estendeu de 04/08 a 14/09, contribuindo na ampliação do horário de atendimento das salas de vacina e grande mobilização das equipes de saúde para a sensibilização da população da importância da vacinação.</p> <p>No entanto, algumas situações ainda persistem na rede municipal de saúde, as quais precisam ser enfrentadas para a melhoria deste indicador, tais como: dificuldade de acesso à vacina devido ao fechamento das salas de vacinas em diversos períodos do dia (em períodos fora de campanha); dificuldade na manutenção das câmaras frias levando ao fechamento de salas de vacina durante alguns períodos ou à sobrecarga das equipes para manter a vacinação semas mesmas, o abastecimento prejudicado de vacinas por parte do Estado; dificuldades operacionais com o sistema de informação (SI-PNI), as quais são rotineiramente reportadas ao GVE para envio ao DataSus.</p>
RAG	50%	<p>Considerações: algumas situações ainda persistem na rede municipal de saúde, as quais precisam ser enfrentadas para a melhoria deste indicador, tais como: dificuldade de acesso à vacina devido ao fechamento das salas de vacinas em diversos períodos do dia (em períodos fora de campanha); dificuldade na manutenção das câmaras frias levando ao fechamento de salas de vacina durante alguns períodos ou à sobrecarga das equipes para manter a vacinação semas mesmas, o abastecimento prejudicado de vacinas por parte do Estado; dificuldades operacionais com o sistema de informação (SI-PNI), as quais são rotineiramente reportadas ao GVE para envio ao DataSus.</p>
PAS	75%	<p>Para se cumprir esta meta é necessário:</p> <ol style="list-style-type: none"> Readequar horário de funcionamento das salas de vacinas com recomposição da equipe de profissionais da enfermagem; garantir manutenção da rede de frio; Apontar as falhas do SI-PNI junto ao Ministério da Saúde, para melhoria do sistema; Reportar ao CVE_SP o impacto do desabastecimento da Rede Campinas com a insuficiência na quantidade de imunobiológicos. Adequar a logística da SMS a necessidade de distribuição de vacinas para a rede municipal, de forma a não existir falta do insumo nas unidades, quando há disponibilidade de estoque.

Observações:

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

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

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

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

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

*Tuberculose formas pulmonares e extrapulmonares

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

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

*Tuberculose formas pulmonares e extrapulmonares

PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR COM CONFIRMAÇÃO LABORATORIAL, RESIDENTES EM CAMPINAS, NO PERÍODO DE 2007 A 2018												
ano	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
casos novos	183	186	170	141	144	177	172	173	193	220	198	184
Percentual Cura	76,5	76,88	75,29	79,66	81,35	80,79	80,81	80,92	79,79	76,81	77,27	74,45

Fontes: Sistema TB Web - DEVISA. Dados atualizados até 11.02.2019

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

Obs₂: Excluídos casos transferidos para outros estados e óbito NTB

Método de Cálculo

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

x 100

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

Fonte: TBWeb

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

Meta

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

Ações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	49,74%	<p>Foram analisados casos de novos pulmonares bacilíferos com início de tratamento em 2017, nesta coorte analisada encontramos um total de 193 casos: sendo que até o momento, 96 evoluíram para cura, 28 abandonaram o tratamento (14,5%), e 52 encontram-se ainda em tratamento.</p> <p>Dos 28 casos de abandonos, 18 deles tinham história de etilismo e/ou drogadição.</p> <p>Reitera-se a recomendação de fortalecimento do tratamento supervisionado, e o estabelecimento de parcerias com a assistência social e saúde mental para diminuição dos casos de abandono de tratamento.</p> <p>Esse indicador é acumulativo, e espera-se atingir até o final do ano</p>

		uma taxa de cura de 85%.
2o	72,13%	Foram analisados casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial com início de tratamento em 2017, nesta coorte analisada encontramos um total de 183 casos, sendo que até o momento, 132 evoluíram para cura, 32 abandonaram o tratamento, houveram 10 óbitos por tuberculose e 9 encontram-se ainda em tratamento. À que se considerar, que mesmo que os 9 casos, que estão em tratamento, alcancem a cura, não atingiremos a meta para este indicador. O desafio de alcançar a cura dos pacientes de tuberculose, passa por enfrentar a coexistência de situações e agravos que dificultam a adesão ao tratamento. Entre os 32 abandonos de tratamento observa-se que 11 tem história de alcoolismo e drogadição, 6 tem história de alcoolismo apenas, 6 com história de drogadição apenas, 1 ex-presidiário e 9 sem informação de cofatores que contribuam para o abandono. Na região leste 06 abandonos foram de pessoas em situação de rua, que não foram mais localizados. Aponta-se a necessidade de reforçar ações conjuntas entre as UBS, serviços de saúde mental e o consultório na rua, além de equipamentos da assistência social com o objetivo de diminuir os casos de abandono.
3o	74,45%	Foram analisados casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial com início de tratamento em 2017, nesta coorte analisada encontramos um total de 184 casos, sendo que 137 evoluíram para cura, 34 abandonos de tratamento, houve 10 óbitos por tuberculose e 3 encontram-se ainda em tratamento. À que se considerar, que mesmo que os 3 casos, que estão em tratamento, alcancem a cura, não atingiremos a meta para este indicador.
RAG	74,45%	Considerações: O desafio de alcançar a cura dos pacientes de tuberculose, passa por enfrentar a coexistência de situações e agravos que dificultam a adesão ao tratamento. Entre os 34 abandonos de tratamento observa-se que 12 são moradores de rua, com história de alcoolismo e drogadição, 11 tem história de alcoolismo e/ou drogadição, 4 são ex-presidiários, 2 têm depressão, 3 têm paradeiro desconhecido e há 2 causas sociais.
PAS	85%	Necessidade de reforçar as ações conjuntas entre as UBS, serviços de saúde mental e o Consultório na Rua, além de equipamentos da assistência social com o objetivo de diminuir os casos de abandono.

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.

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

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

Método de Cálculo

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

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

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

Fonte: TBWeb

Meta

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

Ações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	89,24	O período avaliado é de casos novos de tuberculose com início de tratamento de 01 de janeiro a 30 de abril de 2018. Todas as unidades de saúde foram capacitadas para realizar o teste rápido de HIV e, é necessário incentivar a testagem para atingir a meta, promover o cuidado aos pacientes com o diagnóstico da coinfeção TB/HIV e a precocidade da oferta da TARV a estes pacientes com vulnerabilidade acrescida.
2o	86,82	O período avaliativo e de casos novos de tuberculose foram os de início de tratamento de 01 de janeiro a 31 de agosto de 2018.

		Houve uma redução no percentual de pacientes de tuberculose com exame de HIV realizado. Todas as unidades de saúde foram capacitadas para realizar o teste rápido de HIV e é necessário incentivar a testagem para atingir a meta e promover o cuidado aos pacientes com o diagnóstico da coinfeção TB/HIV e a precocidade da oferta da TARV a estes pacientes com vulnerabilidade acrescida.
3o	93,65	O período avaliativo e de casos novos de tuberculose foram os de início de tratamento de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2018. Percentual de HIV realizado entre os casos novos de tuberculose por distrito: Norte: 98% Sul: 95,45% Leste: 91,3% Sudoeste: 100% Noroeste: 92%
RAG	93,65	Considerações: Houve aumento do percentual de exames de HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.
PAS	95%	Enviar esforços para se garantir o cumprimento da meta em 2019. A disponibilidade do teste rápido nas unidades trouxe avanços neste indicador, e quanto mais a execução e o registro do procedimento estiverem incorporados na rotina de avaliação do paciente com diagnóstico de tuberculose, efetivamente será possível atingir a meta preconizada.

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

Proporção de Óbitos com Causa Básica Definida, no município de Campinas							
Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017*	2018*
% óbitos c/ causa básica definida	97,92%	98,18%	98,26%	98,93%	98,21%	98,46%	98,50%
Fonte: SESSP/CCD - Sistema de Mortalidade (SIM); *2017 e 2018 - SIM municipal							
Atualizado em fev/2019							

Método de Cálculo

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

x 100

Denominador: Total de óbitos não fetais.

Fonte: SIM/TABNET

Meta

Meta Campinas: 98%

Meta Regional Pactuada: 90%

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

Ações::

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	98,48%	O resultado deste indicador demonstra o grau de qualificação dos dados do SIM sob gestão municipal, decorrentes do aperfeiçoamento do processo de trabalho ao longo dos anos.
2o	98,46%	4152/4217*100 O resultado deste indicador demonstra o grau de qualificação dos dados do SIM sob gestão municipal, decorrentes do aperfeiçoamento do processo de trabalho ao longo dos anos.
3o	98,50%	7036/7143*100 Existe um processo de qualificação das causas básicas de óbito, com o objetivo de possibilitar análises epidemiológicas o mais próxima realidade possível. Este processo vai desde a qualificação do preenchimento feito pelos médicos até a busca ativa nos prontuários para melhor esclarecimento da causa básica. Este ano foi feito investimento em capacitação de duas profissionais no Curso de Formação de Codificadores, sendo que uma delas, foi alocada para trabalhar especificamente no SIM. Também neste ano (agosto) a gestão do SIM passou a ser do DEvisa e este e outros sistemas de informação (SInasc e Sisnov/Sinan) passaram a compor a Coordenadoria de DACNTs e Informações Epidemiológicas.
RAG	98,50%	Considerações: envidar esforços para se manter o cumprimento da meta em 2019.
PAS	98%	O alcance dos ótimos resultados deste indicador demonstram o grau de qualificação dos dados do SIM sob gestão municipal, decorrentes do aperfeiçoamento do processo de trabalho ao longo dos anos, o qual precisamos envidar esforços para mantê-lo.

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

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

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

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

Método de Cálculo

Numerador: Nº de casos novos de câncer no ano

_____ x 100.000

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

Fonte: RCBP – INCA basepop web

Meta

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

Ações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	Meta anual	Não avaliada por quadrimestre
2o	Meta anual	Não avaliada por quadrimestre.
3o	Homens=315,78* Mulheres=245,88* *por 100 mil habitantes do referido sexo e padronizada pela população brasileira de 2010	No período de 2010 a 2013 tivemos 7032 neoplasias invasivas em homens e 6896 em mulheres. Os números de câncer de pele não melanoma e lesões in situ estão na tabela acima. Fechamento dos dados de incidência dos anos de 2012 e 2013. As neoplasias mais prevalentes nos homens são: próstata, cólon/reto e pulmões e nas mulheres são: mama, cólon/reto e glândula tireóide. Os resultados detalhados estão em anexo. Os dados também estão disponíveis no Tabnet-Campinas.

RAG	Homens=315,78* Mulheres=245,88* *por 100 mil habitantes do referido sexo e padronizada pela população brasileira de 2010	Considerações: As neoplasias mais prevalentes nos homens são: próstata, cólon/reto e pulmões e nas mulheres são: mama, cólon/reto e glândula tireóide. Os resultados detalhados estão em anexo. Os dados também estão disponíveis no Tabnet-Campinas.
PAS	Divulgação dos coeficientes de incidência de 2014 e 2015	Recomendações: Implementar o rastreamento organizado para câncer de mama, colo de útero e cólon, considerando a vulnerabilidade das regiões da cidade com maior dificuldade aos serviços de saúde.

Observações:

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

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

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

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

*Indicador novo

Método de Cálculo

Número de publicações/ ano

Fonte: Coordenadoria de Informações Epidemiológica/DEVISA

Meta

Ano	2018	2019	2020	2021
Meta	Análise da situação de saúde do município de Campinas, divulgada na	Análise da situação de saúde do município de Campinas, divulgada na	Análise da situação de saúde do município de Campinas, divulgada na	Análise da situação de saúde do município de Campinas, divulgada na página da SMS,

página da SMS, anualmente, no máximo do ano anterior ao ano calendário.	página da SMS, anualmente, no máximo do ano anterior ao ano calendário.	página da SMS, anualmente, no máximo do ano anterior ao ano calendário.	anualmente, no máximo do ano anterior ao ano calendário.
---	---	---	--

Ações

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	Meta anual	Não avaliada por quadrimestre
2o	Meta anual	Não avaliada por quadrimestre.
3o	2 Boletins	<p>Produzidos e divulgados: Boletim de Mortalidade nº 56 – Mortalidade por neoplasias Boletim de Câncer nº 1 – Panorama do Câncer em Campinas</p> <p>Em produção: Outros dois estão em processo de finalização e a meta é estar disponível em março para divulgação. Vejamos: Boletim de Mortalidade nº 57 – Mortalidade por suicídio Boletim de Situação de Saúde: Boletim IsaCamp nº 1 – Perfil epidemiológico da Hipertensão Os boletins são feitos em parceria com a área de epidemiologia do Departamento de Saúde Coletiva – FCM/UNICAMP.</p>
RAG	2 Boletins	Recomendações: elaborar e divulgar 2 Boletins em 2019.
PAS	2 Boletins	Recomendações: elaborar e divulgar 2 Boletins em 2019. Estão em produção:

		Boletim de Mortalidade nº 57 – Mortalidade por suicídio; Boletim de Situação de Saúde: Boletim IsaCamp nº 1 – Perfil epidemiológico da Hipertensão
--	--	---

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	2017	2018
Nº AIDS < 5 anos	4	4	5	1	4	0	0	1	1	0	1	0

Fonte: SINAN-DEVISA
Dados até 31.01.2019

Método de Cálculo

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

Meta

Meta Campinas: 01 caso

Meta pactuação Regional: 01 caso

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

Ações:

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

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	0	Sem ocorrências de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.
2o	0	Sem ocorrências de casos novos de AIDS em menores de 5 anos
3o	0	Sem ocorrências de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.
RAG	0	Sem ocorrências de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.
PAS	No máximo 1 notificação em <5	Recomendações: Manter a disponibilidade de exames e acompanhamento das gestantes, a fim de evitar a AIDS em crianças.

	anos/ano	
--	-----------------	--

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

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

PROPORÇÃO DE PACIENTES HIV COM O 1º CD4 INFERIOR A 200CEL/mm³						
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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	N/A	Indicador anual. As informações necessárias para cálculo desta meta são fornecidas pelo Ministério da Saúde, que não as disponibilizou.
2o	N/A	Indicador anual. As informações necessárias para cálculo desta meta são fornecidas pelo Ministério da Saúde, que não as disponibilizou.
3o	S/ informação	Indicador anual. As informações necessárias para cálculo desta meta são fornecidas pelo Ministério da Saúde, que não as disponibiliza por quadrimestre. O Ministério não disponibilizou até o momento.(02/2019)
RAG	S/ informação	Indicador anual. As informações necessárias para cálculo desta meta são fornecidas pelo Ministério da Saúde, que não as disponibiliza por quadrimestre. O Ministério não disponibilizou até o momento.(02/2019)
PAS	Reduzir 10% a cada ano, pacientes HIV+ maiores de 15 anos com o resultado de 1º CD4 inferior a 200cel/mm³	Evitar esforços para alcançar a meta preconizada. Até o momento não é possível realizar maiores análises por indisponibilidade dos dados PELO Ministério da Saúde.

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

Relevância Indicador

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

Série Histórica

NÚMERO DE TESTES SOROLÓGICOS ANTI-HEPATITE C REALIZADOS						
Ano	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Número de exames de hepatite C (CTAs e LMC)	43.764	52.611	52.106	63.937	38.875	37.493
Fonte: DEVISA Campinas						
Dados até 31.01.2019						

Método de Cálculo

Somatório do número de testes sorológicos anti-HCV realizados.

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

Meta

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

Ações:

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

Resultados

RDQ A	Valores	Comentários e Recomendações
1o	8.810	Sorologias para hepatite C realizadas até março de 2018. No ano de 2017, até março, foram realizadas 9.031 sorologias. O resultado atual representa uma diminuição de 2,4% nos exames realizados no mesmo período de 2017, e uma diminuição de 44% em relação ao mesmo período de 2016. Em 2017, a meta não foi atingida. Para este ano espera-se uma meta de pelo menos 70.000 exames (↑ de 10% em relação ao ano de 2016)
2o	22.200	Em relação à meta de realizar 70.000 exames (↑ de 10% em relação ao ano de 2016), atingimos até agora 31,71% da meta. Os dados referem-se apenas à produção da CAC, (sem informações do consolidado do e-SUS dos dois primeiros quadrimestres) disponíveis até o momento.
3o	37.493	Meta não atingida . Houve redução de 0,9% dos exames realizados

		em relação ao ano anterior. Foram realizadas 35.467 sorologias para hepatite C (dados CAC) e 2026 testes rápidos para hepatite C (dados e-SUS), totalizando 37.493 exames. Cabe informar que houve interrupção na realização de exames pelo Laboratório Municipal durante o ano de 2018 além da instituição de restrição no número de exames permitidos por paciente.
RAG	37.493	Meta não atingida .Totalizando 37.493 exames. Cabe informar que houve interrupção na realização de exames pelo Laboratório Municipal durante o ano de 2018 além da instituição de restrição no número de exames permitidos por paciente. Recomendações: garantir a oferta de exames durante todo o ano de 2019.
PAS	Aumentar em 10% em relação ao ano anterior o número de exames realizados, ampliando o diagnóstico	Recomendações: garantir a oferta de exames durante todo o ano de 2019.

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

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

Método de Cálculo

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

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

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

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

0202031020 PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA;

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	238	Segundo dados da CAC-Faturamento, foram realizados 13.844 de HIV nos 3 primeiros meses de 2018. Os dados referem-se ao quantitativo de exames apontados no registro de produção aprovados para o período, uma melhor análise pode ser feita ao longo do ano. No entanto, os dados do SIA/SUS apontam a realização de apenas 238 exames
2o	645	Segundo dados da CAC-Faturamento, foram realizados 29.219 de HIV nos 7 primeiros meses de 2018. Os dados referem-se ao quantitativo de exames apontados no registro de produção aprovados para o período, uma melhor análise pode ser feita ao longo do ano. No entanto, os dados do SIA/SUS apontam a realização de apenas 645 exames.
3o	1135	Segundo dados da CAC-Faturamento, foram realizados 41.370 teste de HIV no ano de 2018 no município de Campinas pelos estabelecimentos de atenção ambulatorial e hospitalar, destes 36.777 foram executados pelo Laboratório Municipal. Esses dados referem-se ao quantitativo de exames apontados no registro de produção aprovados para o período registrados como BPA-c e incluem moradores de outros municípios. O Ministério da Saúde para

		avaliação da qualidade do município neste quesito, utiliza apenas os dados de residentes de Campinas, que foram registrados como BPA-i que são apenas 1135 exames - dados do SIA/SUS.
RAG	1135	O Ministério da Saúde para avaliação da qualidade do município neste quesito, utiliza apenas os dados de residentes de Campinas, que foram registrados como BPA-i que são apenas 1135 exames - dados do SIA/SUS.
PAS	Aumentar em 15% o número de testes de HIV realizados em relação ao ano anterior	Recomendações: Este indicador está preconizado dentro do PQA-VS (Programa de Qualificação das Ações de Vigilância a Saúde) e o registro de forma distinta do preconizado traz uma perda anual de 10% do valor do recurso; além de não propiciar a avaliação da ampliação do acesso do teste HIV entre os residentes de Campinas. Faz-se necessário realizar uma análise conjunta se há viabilidade de alteração do registro deste procedimento.

Indicador3.i.14. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS DE HANSENÍASE NAS COORTES DE PAUCIBACILARES E MULTIBACILARES, RESIDENTES EM CAMPINAS DE 2010 A 2018

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
% Cura	88,73	83,05	94,23	100	95,91	89,58	81,39	75	93,33

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

Método de Cálculo

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

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	68,42%	As coortes analisadas foram dos casos novos Paucibacilares (PB) diagnosticados em 2017 e dos casos novos Multibacilares (MB) diagnosticados em 2016. Nestes períodos, identificamos 19 casos no total, sendo 15 multibacilares e um 4 paucibacilares. Quanto ao desfecho, 13 evoluíram para cura, houve um óbito, 3 estão sob tratamento e 2 abandonos de tratamento. Esta meta é acumulativa, e deverá atingir 90% no terceiro quadrimestre
2o	68,42%	Quanto ao desfecho, 13 evoluíram para cura, houve um óbito, 2 estão em tratamento, 2 transferiram para outro estado e um abandonou tratamento.
3o	93,33	Neste período foram identificados 15 multibacilares e 3 paucibacilares. Quanto ao desfecho: 14 curas, 1 óbito, um com paradeiro desconhecido e 2 em tratamento.
RAG	93,33	Neste período foram identificados 15 multibacilares e 3 paucibacilares. Quanto ao desfecho: 14 curas, 1 óbito, um com paradeiro desconhecido e 2 em tratamento.

PAS	90%	Considerações: Conseguir manter a adesão e monitoramento dos paciente com este diagnóstico.
------------	------------	--

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

PROPORÇÃO DE CONTATOS INTRADOMICILIARES DE HANSENÍASE DE CASOS NOVOS EXAMINADOS*, RESIDENTES EM CAMPINAS DE 2010 A 2018									
Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018**
% Contatos exam.	89,92	90,95	89,3	90,71	82,57	83,09	92,31	97,22	43,7

Fonte: SINAN NET- atualizado em 11.02.2019

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

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

Método de Cálculo

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

_____ 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

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	0%	<p>Meta não atingida no período se avaliados os contatos de casos novos Paucibacilares (PB) e Multibacilares (MB) do primeiro quadrimestre de 2018. Neste período foram diagnosticados 04 casos novos de Hanseníase, que totalizaram 12 contatos (05 pessoas do distrito sul, 05 pessoas do distrito sudoeste, e 02 pessoas do distrito noroeste); porém, até o momento, os contatos ainda não foram examinados; este indicador no âmbito municipal foi analisado na coorte atual a fim de estimular a precocidade da avaliação dos contatos e interromper a cadeia de transmissão e intervir na fase inicial da doença.</p> <p>Analizando a última coorte de tratamento(2016/2017) 92,72% dos contatos de Hanseníase foram avaliados.</p>
2o	8,82	<p>Meta não atingida no período se avaliados os contatos de casos novos Paucibacilares (PB) e Multibacilares (MB) dos dois primeiros quadrimestres de 2018. Neste período foram diagnosticados 12 casos novos de Hanseníase, que totalizaram 33 contatos (14 pessoas do distrito sul, 07 pessoas do distrito sudoeste, e 12 pessoas do distrito noroeste); porém, até o momento, apenas 8,82% dos contatos foram examinados; este indicador no âmbito municipal foi analisado na coorte atual a fim de estimular a precocidade da avaliação dos contatos e interromper a cadeia de transmissão e intervir na fase inicial da doença.</p> <p>Analizando a última coorte de tratamento(2016/2017) 92,72% dos contatos de Hanseníase foram avaliados.ESSES DADOS FORAM EM COORTES ANTERIORES</p>
3o	43,75	<p>Meta não atingida no período se avaliados os contatos de casos novos Paucibacilares (PB) e Multibacilares (MB) do ano de 2018. No ano de 2018 foram diagnosticados 22 casos novos de Hanseníase no município, que totalizaram 48 contatos (11 pessoas do distrito sul, 1 pessoa do distrito norte, 3 pessoas do distrito leste, 9 pessoas do distrito sudoeste e 24 pessoas do distrito noroeste). Até o momento 43,75% (21 pessoas) dos contatos foram examinados.</p>
RAG	43,75*	<p>Como estamos avaliando a precocidade da avaliação dos contatos, temos ainda diagnósticos recentes cujos os contatos estão sendo agendados para avaliação.</p> <p>*Dados sujeitos a atualização.</p>
PAS	80%	<p>A precocidade na avaliação dos contatos ainda é um desafio; os pacientes são assintomáticos e muitas vezes não querem ser avaliados, sendo que a avaliação precoce continua necessitando de estratégias facilitadoras.</p> <p>Ao longo do tempo de tratamento dos pacientes, consegue-se avaliar 92,72% dos contatos, porém, este tempo é longo, pensando em possível cadeia de transmissão e no tempo para o impacto para a educação em saúde.</p>

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

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

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

Método de Cálculo

Numerador: Óbitos por dengue

x 1.000

Denominador: total de casos de dengue notificados no ano

Fonte: SINAN

Meta

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

Ações

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	0	Não houve óbitos por dengue no período.
2o	0	Não houve óbitos por dengue no período.
3o	0	Não houve óbitos por dengue no período.
RAG	0	Recomendações: implementar o Plano Regional de Arboviroses; Manter a Sala de Situação de combate as Arboviroses
PAS	Igual ou menor que 0,30/1000.	A prevenção e o combate ao vetor ainda é a estratégia de maior eficiência para evitar mortes por dengue; o trabalho é coletivo, braçal e oneroso, necessita de uma contínua análise epidemiológica para que os recursos sejam utilizados com eficiência, faz-se necessário o trabalho ininterrupto e articulado entre todos os atores. A comunicação com a sociedade é também um importante ferramenta de alerta e educação. Manter a rede pública e privada capacitada e organizada para o enfrentamento de possíveis epidemias também se demonstra como estratégia acertada para impactar na letalidade por dengue em casos de epidemias.

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

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

*Indicador de pactuação 2017.

Método de Cálculo

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

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

Fonte: Relatório específico no SISAWEB.

Meta

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

Valor	4 ciclos/ano	4 ciclos/ano	4 ciclos/ano	4 ciclos/ano
-------	--------------	--------------	--------------	--------------

Ações

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

Observações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	0	O município não atingiu a meta de visitas por domicílio e trabalha a prevenção e controle das Arboviroses baseado em mapa de risco, priorizando áreas com maior vulnerabilidade, selecionadas por critérios demográficos, epidemiológicos e entomológicos. No período foram visitados 75.732 domicílios, 2.321 vistorias em pontos estratégicos e 52.716 visitas a domicílios para avaliação de densidade larvária.
2o	0	O município não trabalha na lógica de ciclos de visitas, e sim, na prevenção e controle das arboviroses baseado em mapa de risco priorizando áreas com maior vulnerabilidade selecionadas por critérios demográficos, epidemiológicos e entomológicos. No período foram visitados 68.268 domicílios (acumulado: 144.000), 1.482 vistorias em pontos estratégicos (acumulado: 3.803) e 29.175 visitas a domicílios para avaliação de densidade larvária (acumulado: 81.891). Este total de domicílios visitados (225.891) equivale a 47% dos imóveis cadastrados no município.
3o	Sem informação	Sistema SISAWEB com problemas, não permitindo a exportação dos relatórios referentes a esse indicador
RAG	4 ciclos/ano*	Considerações: Neste ano será atualizado o Plano de Contingência para o Enfrentamento das Arboviroses; e devemos manter o trabalho contínuo de prevenção, controle e promoção a saúde. *A meta é padronizada em âmbito nacional. No momento, há indisponibilidade de dados do SISAWEB.
PAS	4	Considerações: Neste ano será atualizado o Plano de Contingência para o Enfrentamento das Arboviroses; e devemos manter o trabalho

	ciclos/ano*	contínuo de prevenção, controle e promoção a saúde. *A meta é padronizada em âmbito nacional.
--	--------------------	--

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

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

Proporção de análises de água para consumo humano quanto a: coliformes totais, CI residual livre e turbidez							
Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
% de análises realizadas em água de consumo humano	16,56	19,15%	19,56%	12,90%	5,93%	18,83%	41,38%*
Fonte: SESSP/CCD/CVS - Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano/SISAgua - *RAG (alcançando a meta estadual).							
**Esta série histórica tem como denominador a meta nacional para o programa em Campinas (696 coletas).							

Método de Cálculo

Numerador: Nº de amostras analisadas no ano

x 100

Denominador: Nº de amostras previstas no ano

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

Meta

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

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

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

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

Ações

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

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

Observações:

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

Resultados

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

	<p>CloroRes. Combinado = 100%</p>	<p>residual combinado, conforme pactuado na Diretriz Estadual (3.i.18.a/ 3.i.18.b/ 3.i.18.c).</p> <p>Desta forma, considerando o acumulado dos dois quadrimestres, foram realizadas 192 análises dos parâmetros coliformes totais e turbidez através do IAL Campinas, bem como 192 análises em campo de cloro residual combinado.</p> <p>De maneira geral, os resultados das análises de água atendem aos padrões de potabilidade de água para consumo humano, estabelecidos pela Portaria de Consolidação nº 5/2017 - Anexo XX (3.i.18.e). De modo que as desconformidades, foram alvo de notificação do Sistema de Abastecimento de Água para adoção de medidas corretivas, as quais também foram compartilhadas com a Coordenadoria de Vigilância Sanitária/ Núcleo Ambiental para ciência dos encaminhamentos, haja vista sua competência de regularização sanitária e controle do Sistema de Abastecimento de Água (3.i.18.g).</p> <p>Além disso, todos os dados de análises microbiológicas, físico-químicas e organolépticas constantes nos laudos emitidos pelo GAL- Ambiental foram validados no SISAGUA pelo Devisa Central (3.i.18.d/ 3.i.18.f).</p> <p>Quanto a análise e avaliação de informações do Proágua nas Vigilâncias em Saúde Regionais, o Devisa Central elabora boletim mensal com informações a respeito do plano de amostragem, resultados das análises e encaminhamentos, no intuito de subsidiar a análise territorial (3.i.18.e/ 3.i.18.g).</p>
3o	<p>Colif. totais = 100%</p> <p>Turbidez = 100%</p> <p>Cloro Res. Combinado = 100%</p>	<p>No quadrimestre, foram realizadas 96 análises dos parâmetros coliformes totais e turbidez através do IAL Campinas, bem como 96 análises em campo de cloro residual combinado, conforme pactuado na Diretriz Estadual (3.i.18.a/ 3.i.18.b/ 3.i.18.c).</p> <p>Desta forma, considerando o acumulado do ano de 2018, foram realizadas 288 análises dos parâmetros coliformes totais e turbidez através do IAL Campinas, bem como 288 análises em campo de cloro residual combinado.</p> <p>De maneira geral, os resultados das análises de água atendem aos padrões de potabilidade de água para consumo humano, estabelecidos pela Portaria de Consolidação nº 5/2017 - Anexo XX (3.i.18.e). De modo que as desconformidades, foram alvo de notificação do Sistema de Abastecimento de Água para adoção de medidas corretivas, as quais também foram compartilhadas com a Coordenadoria de Vigilância Sanitária/ Núcleo Ambiental para ciência dos encaminhamentos, haja vista sua competência de regularização sanitária e controle do Sistema de Abastecimento de Água (3.i.18.g).</p> <p>Além disso, todos os dados de análises microbiológicas, físico-químicas e organolépticas constantes nos laudos emitidos pelo GAL- Ambiental foram validados no SISAGUA pelo Devisa Central (3.i.18.d/ 3.i.18.f).</p> <p>Quanto a análise e avaliação de informações do Proágua nas Vigilâncias em Saúde Regionais, o Devisa Central elabora</p>

		boletim mensal com informações a respeito do plano de amostragem, resultados das análises e encaminhamentos, no intuito de subsidiar a análise territorial (3.i.18.e/ 3.i.18.g) .
RAG	288 análises	O fluxo de coleta e análise da água está bem sistematizado no município, com o apoio laboratorial do IAL; a meta nacional não é alcançada pela limitação da capacidade estadual de retaguarda laboratorial; no entanto, as análises realizadas demonstram a qualidade da água para consumo humano no município, e em caso de qualquer alteração nos padrões preconizados, existe uma interface rápida e direta com a SANASA para a correção imediata, o que tem produzido um trabalho bem sincronizado.
PAS	276 análises/ano	Considerações: Manutenção do processo de coleta no município e apoio laboratorial do IAL, além do trabalho sincronizado com a SANASA para manutenção dos padrões da água de consumo humano.

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

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

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

Método de Cálculo

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

Fonte: SINAN

Meta

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

Ações

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

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

Observações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	184	<p>Total de notificações (2017): 768 Total de notificações (2017 / 1º quadrimestre): 195</p> <p>Total de notificações (Meta 2018): 787 Total de notificações (Meta 2018 / 1º quadrimestre): 184</p> <p>Dados obtidos no SINAN em 10/05/2018. Frequência por Município segundo ano de notificação.</p> <p>Comparando os dados de 2017 e 2018 no mesmo quadrimestre (1º), verifica-se diminuição das notificações. Não há como avaliar o que levou a esta diminuição, mas ressalta a importância de realizar ações de sensibilização dos profissionais de saúde, além de capacitação técnica para que estes profissionais qualifiquem a anamnese do trabalhador.</p>
2o	424	<p>Total de notificações (2017): 768 Total de notificações (2017 / 2º quadrimestre): 507</p> <p>Total de notificações (Meta 2018): 787 Total de notificações (Meta 2018 / 2º quadrimestre): 424</p> <p>Dados obtidos no SINAN em 05/09/2018. Frequência por Município segundo ano de notificação.</p> <p>Comparando os dados de 2017 e 2018 no mesmo quadrimestre (2º), verifica-se diminuição das notificações. Não há como avaliar o que levou a esta diminuição, mas ressalta a importância de realizar ações</p>

		de sensibilização dos profissionais de saúde, além de capacitação técnica para que estes profissionais qualifiquem a anamnese do trabalhador.
3o	800	Meta atingida. Total de notificações (2017): 768 Total de notificações (2017 / 3º quadrimestre): 768 Total de notificações (Meta 2018): 787 Total de notificações (Meta 2018 / 3º quadrimestre): 800 Dados obtidos no SINAN em 01/02/2019. Frequência por Município segundo ano de notificação.
RAG	800	O número de notificações tem se mantido estável; porém, observa-se por alguns vazios de notificação, que os números estão aquém aos de ocorrência.
PAS	820	Para 2019 está firmado um projeto com Ministério Público do Trabalho para sensibilização de toda a população para os números de acidentes de trabalho, sensibilização e capacitação de profissionais, tendo como objetivo a ampliação de notificações de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, assim como, o atendimento de saúde dos trabalhadores.

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Proporção de Acidentes de Trabalho fatais notificados e investigados CEREST					
Ano	2014	2015	2016	2017	2018
% de Acidente de Trabalho fatais investigados	100%	100%	100%	100%	100%
Fonte: SINAN/CEREST. Atualizado fev/2019					

Método de Cálculo

Numerador: Número de Acidentes de Trabalho fatais investigados

_____ x 100

Denominador: Número total de Acidentes de Trabalho fatais notificados

Fonte: SINAN

Meta

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

Ações

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

Observações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	100%	Meta atingida. Registro de ocorrência de 02 (dois) acidentes de trabalho fatais típicos no município de Campinas e nenhum na região. Dados obtidos no SINAN em 10/05/2018 - agravos segundo ano de notificação. Todos os AT foram investigados.
2o	100%	Meta atingida. Registro de ocorrência de 03 (três) acidentes de trabalho fatais típicos no município de Campinas, sendo um no trânsito. Nenhum acidente de trabalho fatal típico nos municípios da região. Dados obtidos no SINAN em 05/09/2018 - agravos segundo ano de notificação. Todos os AT foram investigados, exceto os ocorridos em trânsito, pois são objeto do programa de violência no município.
3o	100%	Meta atingida. Registro de ocorrência de 04 (quatro) acidentes de trabalho fatais típicos no município de Campinas, sendo dois no trânsito. 01 (um) acidente de trabalho fatal típico nos municípios da região. Dados obtidos no SINAN em 01/02/2019 - agravos segundo ano de notificação. Todos os AT foram investigados, exceto os ocorridos em trânsito, pois são objeto do programa de violência no município.
RAG	100%	Todos os acidentes fatais são investigados, a fim de analisar no processo de trabalho os pontos vulneráveis e evitar a ocorrência de novos acidentes.

PAS	100%	Manter junto aos parceiros que atuam no momento da ocorrência a rápida comunicação/notificação destes casos ao CEREST para atuação rápida e prevenção de novos acidentes.
------------	-------------	---

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

Método de Cálculo

Numerador: Número de AT Graves investigados

_____ x 100

Denominador: Número total de AT Graves notificados em Campinas

Meta

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

Ações

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

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	24 %	Meta atingida. Foram notificados 42 (quarenta e dois) acidentes de trabalho típicos graves (AT), sendo 10 (dez) acidentes graves em Campinas investigados. Os demais acidentes continuarão sendo investigados no próximo quadrimestre.
2o	18%	Meta atingida. Foram notificados 102 (cento e dois) acidentes de trabalho típicos graves (AT), sendo 18 (dezoito) acidentes graves em Campinas investigados. Os demais acidentes continuarão sendo investigados no próximo quadrimestre.
3o	12%	Meta atingida. Foram notificados 163 (cento e sessenta e três) acidentes de trabalho típicos graves (AT), sendo 20 (vinte) acidentes graves em Campinas investigados. Os demais acidentes continuarão sendo investigados no próximo ano.
RAG	12%	As investigações dos acidentes de trabalho graves demandam investigações a longo prazo, envolvendo vários pontos de investigação, sendo assim, dentre os casos graves são priorizados aqueles de maior gravidade e de alto risco, a fim de se evitar novos casos.
PAS	No mínimo 10%	As investigações dos acidentes de trabalho graves e fatais servem de subsídio para a divulgação e sensibilização de informações sobre o tema para profissionais e sociedade; assim como direciona para o próximo ano o trabalho do CEREST na prevenção e orientação dos segmentos de maior ocorrência.

Observações:

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

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

Relevância do Indicador

As ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador devem ser desenvolvidas por profissionais da Vigilância em Saúde, dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, articulados com a Atenção Primária, Urgências e Emergências, Serviços Hospitalares e de Especialidades, sendo assim, faz-se necessário promover ações de formação continuada para os técnicos e trabalhadores envolvidos nas ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, assim como, realizar atividades de educação continuada para formação de profissionais da saúde, áreas afins e trabalhadores no que diz respeito a Vigilância em Saúde do Trabalhador. Diante desta atribuição

inerente a Vigilância em Saúde do Trabalhador, mensurar o alcance dos processos formativos desencadeados pela Coordenadoria em Saúde do Trabalhador permite mapear a qualificação da rede municipal nesta área.

Série Histórica

Indicador novo/reformulado.

Método de Cálculo

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

Meta

Ano	2018	2019	2020	2021
Nº egressos	30	30	60	60

Ações

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	0	Está sendo elaborado projeto básico para contratação de instituição que ofereça essa capacitação.
2o	29	O CEREST, com apoio do DEvisa, CETS e Depto Administrativa/SMS estão concluindo a elaboração do Projeto Básico para o programa de Especialização. Está planejado para que no 3º quadrimestre o CEREST abra processo administrativo para solicitar a compra. As capacitações técnicas com os municípios da área de abrangência do CEREST são realizadas 1x/mês, na primeira 4ªfeira do mês, no período da manhã; totalizando 12 participantes da área de abrangência do CEREST não compareceram os municípios de Cosmópolis, Artur Nogueira e Nova Odessa. O gestor do CEREST tem estabelecido contato com os municípios da sua área de abrangência, a fim de facilitar a liberação dos profissionais para a participação. 17 profissionais do CEREST receberam capacitação de qualificação de sua prática.
3o	59	A Coordenação da Área de Saúde do Trabalhador/DEvisa e

		<p>CEREST, avaliaram o impactos e os desdobramentos da proposta da Projeto Básico para o Programa de Especialização em ST, juntamente com o contexto político e administrativo do município e concluíram pelo mudança na execução do projeto de especialização.</p> <p>As capacitações técnicas com os municípios da área de abrangência do CEREST se mantem 1vez/mês, na primeira 4ªfeira do mês, no período da manhã; totalizando 12 participantes da área de abrangência do CEREST. Não compareceram os municípios de Cosmópolis, Artur Nogueira e Nova Odessa. O gestor do CEREST tem estabelecido contato com os municípios da sua área de abrangência, a fim de facilitar a liberação dos profissionais para a participação.</p> <p>18 profissionais do CEREST receberam capacitação de qualificação de sua prática neste período.</p>
RAG	59	<p>As capacitações técnicas com os municípios da área de abrangência do CEREST são realizadas 1vez/mês, na primeira 4ªfeira do mês, no período da manhã; totalizandono ano de 2018, 24 participações de profissionais dos municípiosda área de abrangência do CEREST e 35 profissionais do CEREST receberam capacitação de qualificação de sua prática.</p>
PAS	30	<p>Diante da parceria com o MPT para realização de uma Campanha de Prevenção de Doenças Ocupacionais no município de Campinas, o programa de especialização que estava previsto anteriormente será reformulado, objetivando-se ampliar e dar celeridade ao eixo de capacitações do CEREST.</p>

Observações:

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações ST no SINAN					
Ano	2014	2015	2016	2017	2018*
% de campo "ocupação" preenchido notificação SINAN	99,20%	99,81%	99,29%	94,46%	94,32%
Fonte: Sistema de Informação de Notificação - SINAN/TABNet SESSP e *RAG					

Método de Cálculo

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

x 100

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

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

Meta

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

Ações

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	92,8% (Cps) 91,5% (região)	Meta não atingida: Neste indicador são monitorados os acidentes com exposição a material biológico relacionado ao trabalho, acidentes de trabalho Grave (graves, fatais e em crianças e adolescentes) e intoxicação exógena relacionada ao trabalho, sendo este último

		não obrigatório. Além disso não estão incluídas as identificações de “ignorado” e “em branco”.
2o	93% (Cps) 85% (região)	Meta não atingida: As considerações são as mesmas do 1º quadrimestre e como recomendação para melhoria dos resultados, o CEREST irá estudar uma maneira de sensibilizar, orientar e monitorar este indicador junto a Atenção Básica.
3o	94,32% (Cps) 88,52% (região)	Meta não atingida: Neste indicador são monitorados os acidentes com exposição a material biológico relacionado ao trabalho, acidentes de trabalho Grave (graves, fatais e em crianças e adolescentes) e intoxicação exógena relacionada ao trabalho, para este último agravo o campo ocupação não é de preenchimento obrigatório no sistema, o que caracteriza como um desafio a completude dos dados. Além disso não estão incluídas na análise as identificações de “ignorado” e “em branco”.
RAG	94,32% (Cps) 88,52% (região)	A meta não foi atingida; sendo necessário um trabalho mais intenso com os municípios da área de abrangência do CEREST.
PAS	97%	Para alcançar esta meta, faz-se necessário um trabalho de cruzamento de dados do paciente notificado com outros sistemas ou fontes de informações, a fim de melhorar a completude dos dados; além de dar devolutiva aos locais notificadores sobre o impacto negativo sobre a análise que isto acarreta, para sensibilizá-los para a questão.

Observações:

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

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Proporção de municípios da área do CEREST com notificação de doenças ou agravos em Saúde Trabalhador							
Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
% de municípios da área de abrangência CEREST com notificação em ST	88,89%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Fonte: SINAN/CEREST. Atualizado fev/2019							

Método de Cálculo

Numerador: 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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	100%	Todos os municípios da área de abrangência do CEREST (*) notificaram agravos de Saúde do Trabalhador. Apesar da meta cumprida, identificamos grande heterogeneidade na sensibilidade dos municípios quando na notificação de casos. Recomendação: manter estratégias de qualificação e apoio técnico aos municípios. Utilizar estratégia de aproximação e sensibilização nos municípios que notificaram menos agravos de ST.
2o	100%	Meta atingida. Todos os municípios da área de abrangência do CEREST(*) notificaram agravos de Saúde do Trabalhador. (*) Campinas, Valinhos, Paulínia, Cosmópolis, Artur Nogueira, Sumaré, Hortolândia, Americana e Nova Odessa. Recomendação: manter estratégias de orientação e qualificação às referências dos municípios, orientando a Vigilância Epidemiológica e

		solicitando a Secretaria de Saúde à capacitarem seus profissionais.
3o	100%	Todos os municípios da área de abrangência do CEREST (*) notificaram agravos de Saúde do Trabalhador. Apesar da meta cumprida, identificamos grande heterogeneidade dos municípios na notificação de casos.
RAG	100%	Todos os municípios da área de abrangência do CEREST (*) notificaram agravos de Saúde do Trabalhador.
PAS	100%	Recomendação: manter estratégias de qualificação e apoio técnico aos municípios. Utilizar estratégia de aproximação e sensibilização nos municípios que notificaram menos agravos de ST. (*) Campinas, Valinhos, Paulínia, Cosmópolis, Artur Nogueira, Sumaré, Hortolândia, Americana e Nova Odessa.

Observações:

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

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Proporção de implementação das ações de Vigilância Sanitária em Campinas					
Ano	2014	2015	2016	2017	2018
% de implementação das ações de vigilância sanitária no município	100%	100%	100%	100%	100%
Fonte: DEVISA/CVS. Atualizado em fev/2019					

Método de Cálculo

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

_____ x 100

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

MetaManter 100% dos grupos das ações implementadas

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

Ações

	Ações	Responsáveis
3.ii.1.a.	Cadastrar e inspecionar estabelecimentos sujeitos à 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 Perminente junto aos profissionais da VISA	DEVISA e CETS

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	100%	Todas ações dos 7 grupos pertinentes à Vigilância Sanitária previstas no indicador nacional foram realizadas.
2o	100%	Todas ações dos 7 grupos pertinentes à Vigilância Sanitária previstas no indicador nacional foram realizadas.
3o	100%	Todas ações dos 7 grupos pertinentes à Vigilância Sanitária previstas no indicador nacional foram realizadas. No entanto, foram muito prejudicadas pela falta de recursos materiais, de transporte e humano.
RAG	100%	Considerações: algumas ações da VISA foram prejudicadas pela falta de recursos materiais, de transporte e humano.

PAS	100%	A Vigilância Sanitária de Campinas tem seu processo de trabalho bem estruturado, então, consegue realizar pelo menos 1 ação de cada grupo; porém, faz-se necessário adequar o tamanho da equipe da Vigilância Sanitária, com o tamanho do setor regulado e com as condições de trabalho necessárias, para que as ações possam ser realizadas em tempo oportuno e com ampliação do enfoque preventivo.
------------	-------------	---

Observações:

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

Método de Cálculo

Numerador: Número de serviços de TRS inspecionados

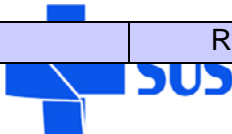
x 100

Denominador: Total de estabelecimentos que realizam TRS

Meta

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

Ações

	Ações	Responsáveis
161		 Único de Saúde Municipal de Campinas

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	16,7%	As inspeções sanitárias dos serviços de TRS finalizaram no último trimestre de 2017, com um total de 100% de TRS inspecionadas e licenciadas. No primeiro trimestre de 2018 realizamos a inspeção mediante denúncia em 02 serviços que estavam em acompanhamento. Foi priorizado neste primeiro trimestre a inspeção sanitária em hospitais. Há um cronograma de inspeção nos serviços de TRS, que prevê inspeções nos próximos trimestres.
2o	36,6%	As inspeções em serviços de TRS serão priorizadas no terceiro trimestre. A insuficiência de técnicos e de transporte tem impactado negativamente no cumprimento da meta. Foram realizadas 2 inspeções.
3o	100%	Conforme priorização do Setor de Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde, foram realizadas inspeções em 7 estabelecimentos, totalizando 11 serviços (100%) de terapia renal substitutiva inspecionados.
RAG	100%	Conforme priorização do Setor de Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde, foram realizadas inspeções em 7 estabelecimentos, totalizando 11 serviços (100%) de terapia renal substitutiva inspecionados.
PAS	100%	Este setor apresenta-se como de alto risco, sendo priorizado a realização de todas as inspeções dentro do ano.

Observações:

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

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

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

Relevância do Indicador

Os serviços hemoterápicos são extrema importância para a saúde pública, seja pela complexidade do serviço como pela alta e importante demanda de pacientes que necessitam de sangue, hemoderivados e hemocomponentes. São considerados de

alto risco sanitário e de alta complexidade requerendo da Vigilância Sanitária atuação presente e constante, nas diversas ações realizadas pela mesma. Contribuem na proteção à saúde da população.

Série Histórica

Proporção de serviços hemoterápicos inspecionados no ano, em Campinas					
Ano	2014	2015	2016	2017	2018
% Serviços hemoterápicos inspecionados	100%	61%	72%	100%	68,75%
Fonte: DEVISA/CVS. Atualizado em fev/2019.					

Método de Cálculo

Numerador: Número de serviços hemoterápicos inspecionados

x 100

Denominador: Total de estabelecimentos com serviços hemoterápicos

Meta

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

Ações

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	12,5%	As inspeções sanitárias dos serviços de Hemoterapia finalizaram no ultimo quadrimestre de 2017, com um total de 100% de Hemoterapia inspecionadas e licenciadas. No primeiro quadrimestre de 2018 realizamos a inspeção mediante denuncia em 02 serviços de hemoterapia, que estavam em acompanhamento. Foi priorizado neste primeiro quadrimestre a inspeção sanitária em hospitais. Assim como em serviços de TRS, há um cronograma de inspeções a serem realizadas em serviços hemoterápicos, nos próximos quadrimestres.

2o	25,0%	As inspeções sanitárias em serviços hemoterápicos serão priorizadas no terceiro quadrimestre, uma vez que os técnicos responsáveis por estas inspeções são os mesmos que realizam as inspeções nos serviços hospitalares, os quais foram priorizados nos dois últimos quadrimestres. Inspeccionados 02 serviços.
3o	68,75%	Foram realizadas 7 inspeções em serviços de Hemoterapia, de um total de 16 serviços. A meta não foi atingida. Restaram 5 serviços, inclusive um hemocentro, que apesar de terem sido monitorados pelo setor de Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde durante o ano de 2018, não foram inspecionados. Como dificuldade principal apontamos o agravamento da falta de infra estrutura e recursos humanos.
RAG	68,75%	A meta não foi atingida. Do total de 16 serviços de hemoterapia, foi possível realizar a inspeção obrigatória em 11 serviços.
PAS	100%	Os serviços de hemoterapia exigem equipe altamente especializada para realização da inspeção, com um intenso trabalho in loco, sendo assim, faz-se necessário adequar os recursos necessários ao trabalho para o contingente a ser inspecionado.

Observações:

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

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Proporção de hospitais inspecionados ao ano, no município de Campinas					
Ano	2014	2015	2016	2017	2018
% hospitais inspecionados	100%	80%	95,60%	95,80%	70,83%
Fonte: DEVISA/CVS. Atualizado em fev/2019.					

Método de Cálculo

Numerador: Número de estabelecimentos inspecionados

x 100

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

Meta

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

Ações

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	21,87%	Para este PPA foi reavaliado o critério de inclusão de serviços hospitalares a serem considerados no presente indicador, com a inclusão de hospital-dia. Com isso, totalizam 32 serviços. No primeiro quadrimestre foi realizada inspeção sanitária em 07 dos 32 hospitais cadastrados.
2o	28,13%	Foram 02 hospitais inspecionados neste quadrimestre, totalizando 9 inspeções. A insuficiência de técnicos e transportes, bem como o grande volume de processos e solicitações junto à equipe de serviços tem impactado no cumprimento da meta.
3o	70,83%	Foram inspecionados 08 hospitais. De um total de 24 hospitais, apenas 17 foram inspecionados devido a insuficiência de recursos materiais, de transporte e, sobretudo, humanos. O denominador deste indicador foi corrigido para 24 estabelecimentos, devido a uma correção conceitual; no município existem 24 hospitais; os 08 estabelecimentos anteriormente apontados, tratam-se de Hospitais-Dia, que apesar de tratar-se de estabelecimentos de relevância para o risco a saúde, não se inserem no escopo deste indicador.
RAG	70,83%	Os hospitais são estabelecimentos de alto risco, que tem intensa interface com o trabalho da Vigilância em Saúde; no entanto, é preconizado inspeção sanitária anual para estes estabelecimentos. No ano de 2018 não foi possível de cumprir a meta devido as dificuldades encontradas pelo setor.
PAS	100%	Por tratar-se de estabelecimentos de alto risco, mantemos a meta preconizada.

Observações:

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

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

Método de Cálculo

Numerador: Número de estabelecimentos inspecionados

x 100

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

Meta

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

Ações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	16,7%	Uma empresa inspecionada de um total de 6 existentes. Neste primeiro quadrimestre houve uma intercorrência administrativa que demandou muito tempo da equipe técnica de produtos, prejudicando a realização das inspeções sanitárias.
2o	16,7%	A equipe está conseguindo atualizar o cronograma das inspeções e a meta deverá ser atingida no próximo quadrimestre.
3o	67%	De um total de 6 empresas, 4 foram inspecionadas. Por insuficiência de técnicos e de veículos para inspeção não foi possível inspecionar as empresas a Air Liquide e Medley no ano de 2018.
RAG	67%	Considerações: a meta não foi atingida, pois no primeiro quadrimestre a equipe especializada em inspeções deste segmento precisou focar seu trabalho em investigação de denúncias, prejudicando o cronograma de inspeção regular.
PAS	100%	Priorização deste segmento no cronograma de inspeção regular, a fim de suprir a descontinuidade ocorrida em 2018. Faz-se necessário manter a meta de inspeção preconizada.

Observações:

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

O indicador foi reformulado, não dispondo de série histórica.

Método de Cálculo

Numerador: Número de estabelecimentos inspecionados

x 100

Denominador: Total de estabelecimentos que realizam atividade fabril em questão

Meta

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

Ações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	33 %	Foram inspecionadas 2 empresas de um total de 6 existentes.
2o	45%	O cronograma de inspeção está atualizado e a meta será alcançada no próximo quadrimestre.
3o	45%	De 11 empresas que produzem produtos para a saúde classe III e IV, apenas 5 foram inspecionadas. Por insuficiência de técnicos e de veículos para o transporte não foi possível realiza-las, uma vez que este recurso foi utilizado para investigação e inspeções necessárias devido à identificação de falsificação de relatórios da Vigilância para obtenção de AFE junto à ANVISA por empresas do município.
RAG	45%	Considerações: Este segmento demanda inspeções muito especializadas, em empresas de alto risco, a meta não foi atingida, devido a incompatibilidade de recursos para realização das inspeções e por necessidade de priorização de atendimento de denúncias.
PAS	50%	Como este segmento é de alto risco, mantém-se a meta estabelecida, com ajuste no cronograma para atingir a meta.

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.	

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	8,33%	Foi inspecionada 1 empresa de um total de 12 existentes. Neste primeiro quadrimestre houve uma intercorrência administrativa que demandou muito tempo da equipe técnica de produtos, prejudicando a realização das inspeções sanitárias.
2o	25%	As inspeções estão programadas para o próximo quadrimestre.
3o	33%	De 12 empresas, apenas 4 foram inspecionadas, por insuficiência de técnicos e de veículos para inspeção.
RAG	33%	Considerações: O segmento de indústrias são de grande importância e abrangência, haja visto que os produtos são comercializados para além do município de Campinas; faz-se necessário prover os recursos necessários para que se possa cumprir a inspeção em todos os estabelecimentos a cada 2 anos.
PAS	50%	Faz-se necessário adequação de cronograma e recursos para o cumprimento da meta.

Observações:

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Este indicador foi inserido somente na PAS 2016.

Número reuniões técnicas com hipermercados e supermercados no ano			
Ano	2016	2017	2018
Nº de reuniões técnicas com hipermercados e supermercados	8	8	6
Fonte: DEVISA/CVS. Atualizado fev/2019.			

Método de Cálculo

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

Meta

	2018	2019	2020	2021
Valor	06	06	06	06

Ações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	02	Meta atingida.
2o	04	<p>Foram realizadas reuniões com representantes (gerentes e equipe) das redes Galassi, Carrefour, Dia % e Oba.</p> <p>Além disso, representantes de supermercados participaram das ações educativas que estão acontecendo paralelamente voltadas para outros grupos (Projeto Educação), como por exemplo no caso de reclamações voltadas para as padarias e açougues dos supermercados.</p> <p>Como dificuldade principal, apontamos a necessidade de equipamentos e materiais: Data Show (o da Casa está com defeito), Notebook (Só há 1 para toda a equipe da Sanitária), pincéis atômicos, canetas, lápis, papéis, papel para Flip Chart, café (estes materiais foram comprados e levados pela Equipe de Alimentos).</p> <p>Como ponto positivo, destacou-se a viabilização da Cartilha Cinco Chaves Para a Segurança dos Alimentos, que também serve para as reuniões com redes de supermercados.</p> <p>Para os próximos meses, pretende-se abordar redes que ainda não foram trabalhadas, especialmente localizadas em bairros mais afastados e que têm reclamações no 156.</p>
3o	06	<p>Meta atingida. Foram realizadas reuniões com representantes (gerentes e equipe) das redes: Galassi, Carrefour, Dia %, Oba, Dia a Dia e Pague Menos. O foco da ação foi a orientação sobre boas práticas, considerando as denúncias recebidas sobre os estabelecimentos através do Sistema 156.</p> <p>Além disso, representantes de supermercados pertencentes a estas e outras redes participaram das ações educativas que estão acontecendo paralelamente voltadas para outros grupos (Projeto</p>

		<p>Educação), como por exemplo no caso de reclamações voltadas especificamente para as padarias e açougues dos supermercados. Como dificuldade principal, apontamos a necessidade de equipamentos e materiais: Data Show (o da Casa está com defeito), Notebook (Só há 1 para toda a equipe da Sanitária), pincéis atômicos, canetas, lápis, papéis, papel para Flip Chart, café (estes materiais foram comprados e levados pela Equipe de Alimentos). Como pontos positivos, destacaram-se:</p> <p>A viabilização da Cartilha Cinco Chaves Para a Segurança dos Alimentos, que também serve para as reuniões com redes de supermercados;</p> <p>O acréscimo de duas redes de supermercados que ainda não haviam sido incluídas em ações anteriores. Uma, em especial, com 6 lojas em bairros mais distantes do município e com diversas denúncias, que consideramos de grande importância para este trabalho, cumprindo assim o que havia sido proposto no 2º quadrimestre.</p>
RAG	06	<p>Considerações: Há 3 anos que ocorre o monitoramento deste indicador, relacionado ao programa educativo/corretivo realizado com os estabelecimentos de alimentos. O programa vem se aprimorando e expandindo para estabelecimentos menores, e tem aproximado a vigilância sanitária de alimentos dos representantes deste segmento, que podem tirar dúvidas e adequar suas instalações e fluxos para práticas seguras, que qualificam seus locais de trabalho e minimizam riscos.</p> <p>O número de estabelecimentos que trabalha com alimentos é crescente e flutuante, faz-se necessário que a vigilância sanitária inove e atue de diferentes formas, a fim de promover a saúde e prevenção de riscos a coletividade.</p>
PAS	06	<p>A meta está mantida, tendo como base o número de hipermercados e supermercados de Campinas; porém, o programa não se limita nestes e tem tendência a contínua ampliação. Considerando o sucesso do programa, faz-se necessário providenciar o apoio a equipe com os recursos solicitados, a fim de garantir a continuidade do mesmo.</p>

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.

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

Método de Cálculo

Numerador: Número de estabelecimentos inspecionados

_____ x 100

Denominador: Total de esterilizadoras a ETO no município

Meta

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

Ações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	0%	Meta não atingida. Neste primeiro quadrimestre houve uma intercorrência administrativa que demandou muito tempo da equipe técnica de produtos, prejudicando a realização das inspeções sanitárias.
2o	0%	O cronograma de inspeções foi atualizado e a meta deverá ser atingida no próximo quadrimestre.
3o	67%	De 3 empresas, 2 foram inspecionadas, por insuficiência de técnicos e de veículos para inspeção.
RAG	67%	A meta não foi atingida. Este segmento é de grande risco a saúde do trabalhador e nos processos de execução, o que demandam grandes inspeções, sendo assim, faz-se necessário o ajuste do cronograma para cumprimento da meta.
PAS	100%	A meta necessita ser mantida, considerando o risco da atividade.

Observações:

O estabelecimento será considerado inspecionado quando for realizada, no mínimo, uma inspeção que contemple os riscos sanitários envolvidos na atividade em questão,

no ano vigente. Portanto, não será computada a quantidade de inspeções adicionais no mesmo estabelecimento no ano vigente.

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

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

Objetivo 4.i. Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a 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, Distritos e CS
4.i.1.g.	Adotar política de educação permanente, estabelecendo parcerias com instituições de ensino odontológico (ACDC, PUCC, UNICAMP , F.O São Leopoldo Mandic e outras) para a realização de capacitações técnicas em saúde bucal para profissionais da rede.	DS, DGDO, DGTES/CETS, Distritos e CS
4.i.1.h.	Criar espaços de troca de conhecimentos entre os profissionais das equipes (reuniões periódicas) nos diversos Distritos visando o compartilhamento dos processos de trabalho, articulado com o processo de educação permanente.	DS, DGTES/CETS, Distritos e CS
4.i.1.i.	Adotar política de educação permanente, estabelecendo parcerias com as coordenações das residências multiprofissionais das instituições de ensino (CHPEO, M. Gatti, PUCC e UNICAMP) para a realização de capacitações técnicas e educação permanente em alimentação e nutrição para profissionais da rede, com base no Guia Alimentar para a População Brasileira do Ministério da Saúde	DS, DGTES/CETS, DGDO, Distritos e CS

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º	15	No total participaram de ações de EPS realizadas e/ou apoiadas pelo CETS 1127 profissionais . Fonte: Lista de presença das ações realizadas no 1º quadrimestre de 2018 Conforme relatório consolidado das unidades, as mesmas relatam realização de 381 ações, com participação de 1689 profissionais. Pelos comentários descritos pelas unidades, avalio que precisamos qualificar o registro deste indicador.
2º	12	Ocorreram 12 ações educativas, realizadas e/ou apoiadas pelo CETS, com a participação de 1237 profissionais . Fonte: Lista de presença das ações realizadas no 2º quadrimestre de 2018 Conforme relatório consolidado das unidades, as mesmas relatam realização de 60 ações de EPS. Pela descrição, observamos que ainda aparece descrita a participação nas ações de EPS organizadas por outros níveis e não efetiva realização na

		Unidade., apontando para a necessidade de ajustes no registro deste indicador.
3º	18	Ocorreram 18 ações educativas, realizadas e/ou apoiadas pelo CETS, com a participação de 1074 profissionais . Fonte: Lista de presença das ações realizadas no 3º quadrimestre de 2018 Observamos que muitas destas ações foram demandadas pelas Áreas Técnicas, a partir do monitoramento realizado.
RAG	45	Avaliamos que neste ano, foi possível a realização de ações de Educação Permanente (mesmo sendo a maioria em formato de eventos) com impacto positivo no processo de trabalho das unidades. Foi possível ainda em eventos propiciar espaços de valorização do que as equipes locais vêm desenvolvendo de relevante para o cuidado aos usuários.
PAS	30	

Observações:

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Indicador novo

Método de Cálculo

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

_____ x 100

Denominador = serviços de saúde do SUS Campinas sob gestão municipal

Fontes: Todos serviços de gestão municipal do SUS e CETS

Meta

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

Ações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º	<p>58 serviços</p> <p>Fonte: Planilha de Estágios monitoradas pelo CETS, 1º semestre 2018</p>	<p>Dentre os 58 serviços que foram campo de prática de formação no período, 47 são de Atenção Básica, 04 de Urgência e Emergência, 06 de Atenção Especializada e 01 de Vigilância em Saúde.</p> <p>Para que estas ações se realizassem durante o período ocorreram 66 fóruns de avaliação e pactuação, sendo 16 com Cursos de Graduação, 10 com Programas de Residência Médica, 22 com Programas de Residências Multiprofissionais, 04 com Cursos Técnicos de Enfermagem e 14 ações internas (CETS, Distritos e Unidades).</p> <p>O CETS realizou a capacitação de 21 profissionais para atuarem como articuladores de ensino serviço nas unidades e está prevista a realização de mais 03 turmas ainda no ano de 2018.</p> <p>Além disso, o CETS realizou um estágio de vivência introdutório aos estágios no SUS para os residentes multiprofissionais do HMMG e CHPEO que iniciaram o programa de residência em 2018.</p> <p>Conforme relatório apontado pelas unidades de saúde, observa-se que o número de serviços (184) está além do número de unidades existentes no município. Desta forma, há indicação de qualificar esta informação.</p>
2º	<p>60 serviços</p> <p>Fonte: Planilhas de Estágios monitoradas pelo CETS, 1º e 2º semestres 2018</p>	<p>Neste quadrimestre, 60 serviços foi campo de prática de formação de estudantes de graduação, residência e cursos técnicos, sendo 49 de Atenção Básica, 09 de Atenção Especializada, 01 de Vigilância em Saúde e 01 de Apoio Diagnóstico.</p> <p>Para que as ações formativas em serviço se realizassem durante o período ocorreram 40 fóruns de pactuação e avaliação, sendo 20 com Cursos de Graduação, 03 com Programas de Residência Médica, 07 com Programas de Residências Multiprofissionais, 10 com Cursos Técnicos de Enfermagem e 04 ações internas (CETS, Distritos e Unidades).</p> <p>O CETS realizou a capacitação de 13 profissionais para atuarem como articuladores de ensino serviço nas unidades e</p>

		<p>está prevista a realização de mais 02 turmas ainda no ano de 2018.</p> <p>Conforme relatório apontado pelas unidades de saúde, observa-se que o número de serviços (184) está além do número de unidades existentes no município. Desta forma, há indicação de qualificar esta informação.</p>
3º	<p>64 serviços</p> <p>Fonte: Planilha de Estágios monitoradas pelo CETS, 3º semestre 2018</p>	<p>Neste quadrimestre, 64 serviços receberam estagiários, sendo campo de prática de formação de estudantes de graduação, residência e cursos técnicos, sendo 49 de Atenção Básica, 12 de Atenção Especializada, 02 de Vigilância em Saúde e 01 de Apoio Diagnóstico.</p> <p>Para que as ações formativas em serviço se realizassem durante o período ocorreram 57 fóruns de pactuação e avaliação, junto aos Cursos de Graduação, Programas de Residência Médica, Programas de Residências Multiprofissionais, Cursos Técnicos de Enfermagem e Ações internas (CETS, Distritos e Unidades).</p> <p>O CETS realizou ainda a capacitação de 14 profissionais para atuarem como articuladores de ensino serviço nas unidades, em duas turmas.</p>
RAG	76%	<p>Ano total do ano 79 serviços (64 UBS; 05 VISA; 09 Serv. Especialidade e 01 Serviço Diagnóstico) 64 serviços foram campos de formação. Avaliamos que estamos cumprindo a missão de sermos SUS Escola, pois o envolvimento dos serviços no trabalho de formação de novos profissionais vem se ampliando. Iniciamos o ano com 58 serviços recebendo estagiários e no último quadrimestre, tivemos 64. Acreditamos que a formação de articuladores tem sido muito importante para este processo de reconhecimento e assunção de compromisso frente a esta atribuição constitucional.</p>
PAS	100%	<p>Manter a oferta de serviços do SUS Campinas como campo de prática para atividades de ensino-serviço. Envidar esforços para realização de todas ações propostas.</p>

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

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

Relevânciado 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 pactuarmetas 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	Gab. Do SMS, DGTES,

	de ASBs, em unidades com esta necessidade e de TSBs garantindo a contratação de pelo menos 1 (uma) TSB em cada unidade.	DEVISA, DS/ Distritos e CS
4.ii.1.h	Desenvolver junto ao DGTES da SMS ações sobre as necessidades da realização do concurso para CDs, e propor a realização de concursos para CDs especialistas para as diferentes especialidades. Recomendações : * Garantir o processo seletivo para os profissionais CDs da rede que já são especialistas para ocupação de vagas em serviços de referências. * Discutir quais as especialidades odontológicas que deverão ter concurso próprio.	Gab. Do SMS, DGTES, DEVISA, DS/ Distritos e CS

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1º	100% da AB	Considerações: O Projeto de Dimensionamento no eixo Atenção Básica foi finalizado, sendo realizada a revisão e adequação ao novo Modelo de Saúde do município de Campinas. Recomendações: Apresentação em Oficina da Atenção Básica no município de Campinas, prevista para ocorrer em 13 de junho de 2018.
2º	56% VISA	Considerações: O Projeto de Dimensionamento no eixo Atenção Básica foi finalizado, sendo realizada a revisão e adequação ao novo Modelo de Saúde do município de Campinas. Criado Grupo de Trabalho para revisão do Projeto de Dimensionamento no eixo Vigilância em Saúde, com início previsto para o 3º quadrimestre de 2018. Atualizado quadro demonstrativo dos serviços de dimensionamento por eixo, com a exclusão da Urgência/Emergência (PA's e SAMU) pertencentes à Rede Mario Gatti. Recomendações: Realizada Oficina da Atenção Básica onde foi apresentado o Projeto de Dimensionamento no novo Modelo de Saúde do município de Campinas, sendo constituído Grupo de Trabalho com representantes dos níveis Central, Distrital e Local. Ocorreram 2 encontros onde ficou decidida a proposta de apresentação ao Colegiado Gestor no 1º quadrimestre de 2019.
3º	83%	Considerações: O Projeto de Dimensionamento no eixo Atenção Básica foi finalizado, sendo realizada a revisão e adequação ao novo Modelo de Saúde do município de Campinas. Criado Grupo de Trabalho para revisão do Projeto de Dimensionamento no eixo Vigilância Sanitária, teve seu início em outubro de 2018 com reuniões mensais com participação dos gestores da área.
RAG	83%	Recomendações: O Projeto de Dimensionamento no eixo Atenção Básica foi apresentado ao Colegiado Gestor da SMS em dezembro de 2018, estando em fase de implementação e adequação as alterações e novas propostas.
PAS	85%	Serviços de saúde SUS Campinas com dimensionamento realizado e atualizado

EIXO	Atenção Primária (AB)	Urg./Emer		Vigilância em Saúde	Especialidades e Referências		Outros	
SERVIÇOS	Centro de Saúde	Pronto Atendimento	SAMU	Serv. VISA	CAPS e TEAR	POLI e CR	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%

Fonte: Atualizado em fevereiro. 2019 DGTES

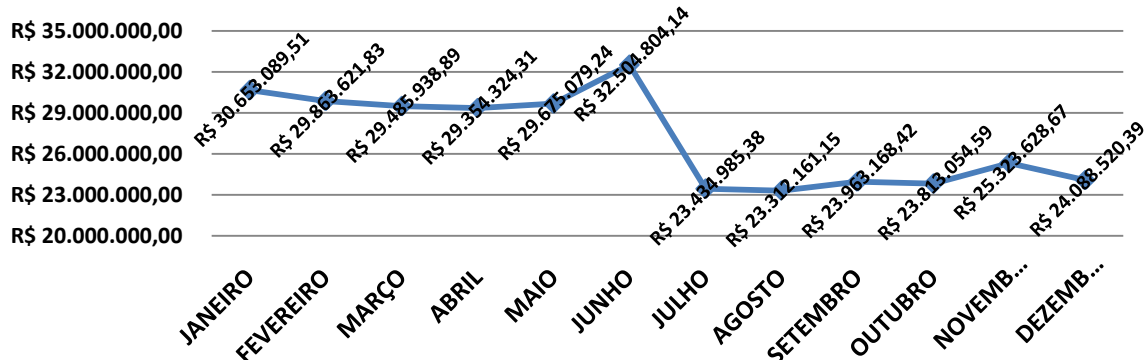
Observações:

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

CUSTO FOLHA DE PAGAMENTO - SMS 2018		
MÊS	QUADRO	VALOR
JANEIRO	4967	R\$ 30.653.089,51
FEVEREIRO	4938	R\$ 29.863.621,83
MARÇO	4909	R\$ 29.485.938,89
ABRIL	4890	R\$ 29.354.324,31
MAIO	4872	R\$ 29.675.079,24
JUNHO	4860	R\$ 32.504.804,14
JULHO	4136	R\$ 23.434.985,38
AGOSTO	4131	R\$ 23.312.161,15
SETEMBRO	4119	R\$ 23.963.168,42
OUTUBRO	4101	R\$ 23.813.054,59
NOVEMBRO	4079	R\$ 25.323.628,67
DEZEMBRO	4063	R\$ 24.088.520,39
	54065	R\$ 325.472.376,52

CUSTO FOLHA DE PAGAMENTO - SMS 2018

3º QUADRIMESTRE



Fonte: Folha Consist

INGRESSO QUALIFICADO

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

MOVIMENTAÇÃO DE SERVIDORES

No terceiro quadrimestre de 2018, não houve autorização de novas admissões de servidores, inviabilizando a realização de processos seletivos internos específicos ou de remanejamento.

PROGRAMA PERMUTA QUALIFICADA

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

PROGRAMA PERMUTA QUALIFICADA		
Categoria Profissional	Nº de Permutas	Nº Profissionais Envolvidos
Agente Apoio Saúde Farmácia	1	3
Auxiliar/Técnico em Enfermagem	1	2
Enfermeiro	1	2
Psicologia	4	8
Agente Administrativo	1	2
Médico – Clínica	1	2
TOTAL	9	19

*Não computadas tentativas não efetivadas

INGRESSO DE PROFISSIONAIS

CONCURSO PÚBLICO

No terceiro quadrimestre houve admissão de 01 Fonoaudiólogo e 01 Farmacêutico, totalizando 02 profissionais.

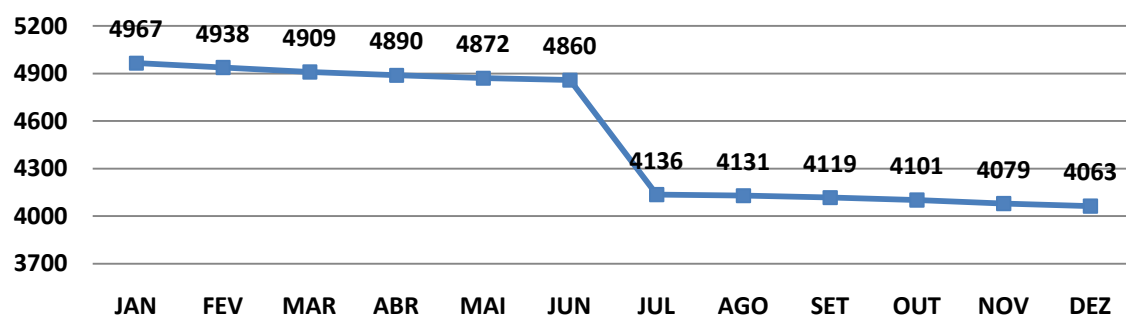
Foi autorizada pelo Senhor Prefeito a solicitação de convocação de 99 vagas diversos cargos da saúde (02 Agentes Operacionais – Geral, 02 Condutores de Veículo e Máquinas – Empilhadeira, 60 Técnicos em Enfermagem, 02 Médico – Radiologia e Diagnóstico por Imagem, 03 Médicos – Cardiologia, 20 Médicos – Clínica Médica, 01 Médico – Gastroenterologia, 01 Médico – Hematologia e Hemoterapia, 02 Médicos – Infectologia, 03 Médicos – Neurologia, 02 Médicos – Oftalmologia e 01 Médicos – Pneumologia).

A Secretaria Municipal de Saúde solicitou a abertura de novos editais de concurso público para **107** vagas de **15** cargos sem edital válido ou candidatos remanescentes por meio de protocolados em tramitação na SMRH e SMF.

EVOLUÇÃO DO QUADRO DE SERVIDORES - SMS 2018												
CARGO AGRUPADO	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
ADMINISTRATIVO	255	253	252	252	251	250	223	223	223	223	222	221
AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE	709	706	704	702	700	699	698	696	695	695	694	694
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	816	811	803	798	793	789	681	679	676	671	662	660
AUXILIAR DE SAUDE PUBLICA	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
DENTISTA	199	199	198	198	197	195	191	191	189	188	188	187
ENFERMEIRO	499	494	492	491	492	491	400	399	399	397	393	389
EQUIPE COMBATE ENDEMIAS	113	113	113	112	110	110	109	109	108	107	107	106
EQUIPE FARMACIA	166	165	165	165	165	165	157	158	158	156	155	155
EQUIPE SAUDE BUCAL	141	141	139	139	139	139	137	137	137	137	136	135
ESTAGIARIO	28	31	29	32	28	30	31	33	32	31	36	38
FARMACEUTICO	59	57	57	57	56	56	54	55	55	56	56	56
MEDICO	828	819	814	806	805	800	598	596	594	592	584	581
MOTORISTA DE AMBULANCIA	96	96	95	94	94	94	2	2	2	2	2	2
OPERACIONAL	198	197	195	195	194	194	174	173	172	170	169	168
OUTROS NIVEL MEDIO	17	17	17	17	17	17	16	16	16	16	16	16
OUTROS NIVEL TECNICO	81	80	77	76	76	75	75	75	75	73	72	71
OUTROS UNIVERSITARIOS	289	287	287	284	283	284	280	280	279	278	277	275
TECNICO EM RADIOLOGIA	53	53	53	53	53	53	10	10	10	10	10	10
TECNICO ENFERMAGEM	416	415	415	415	415	415	296	295	295	295	296	295
Total geral	4967	4938	4909	4890	4872	4860	4136	4131	4119	4101	4079	4063

QUADRO DE SERVIDORES - SMS 2018

3º QUADRIMESTRE



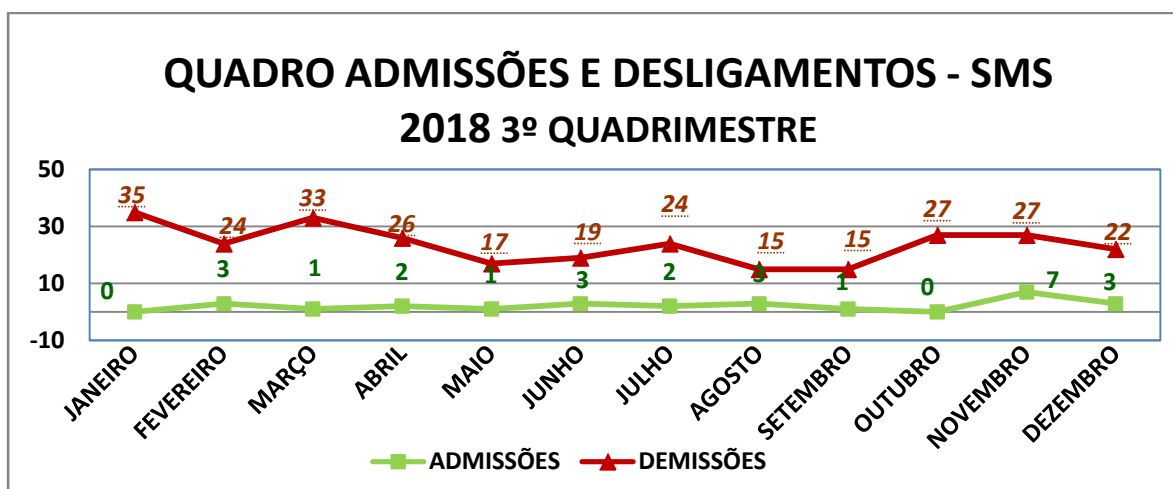
Fonte: Folha Consist/RH Gestão

EVOLUÇÃO DO QUADRO DAS ADMISSÕES - SMS 2018

CARGO AGRUPADO	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
ENFERMEIRO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
FARMACEUTICO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
OUTROS UNIVERSITARIOS	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ESTAGIARIO	0	3	0	2	1	3	2	3	0	0	6	3
Total	0	3	1	2	1	3	2	3	1	0	7	3

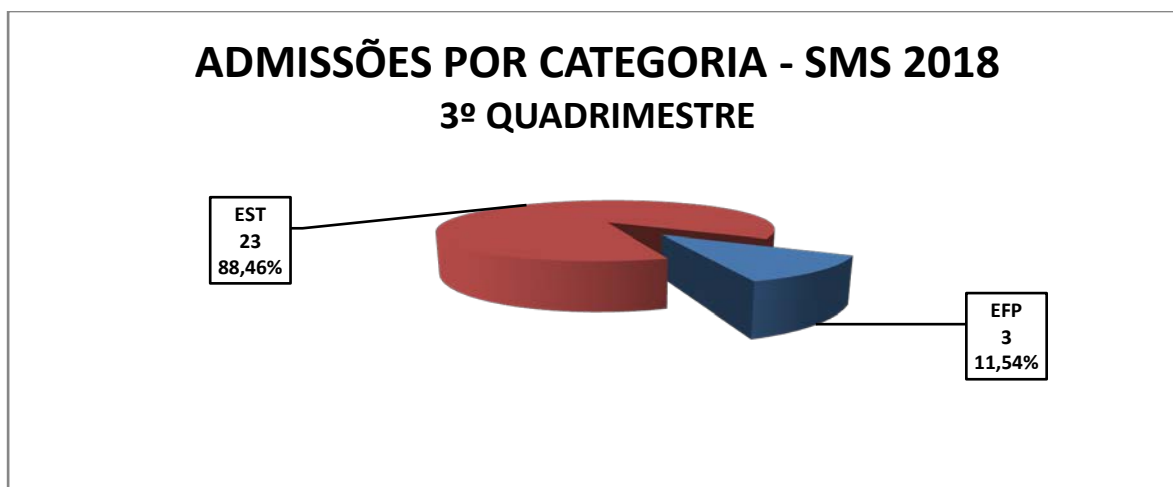
EVOLUÇÃO DO QUADRO DOS DESLIGAMENTOS - SMS 2018

CARGO AGRUPADO	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
ADMINISTRATIVO	2	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1
AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE	2	2	2	3	1	2	1	1	1	0	1	0
DENTISTA	0	1	0	0	1	2	1	0	2	1	0	1
ENFERMEIRO	3	3	2	1	0	1	3	1	1	5	4	2
EQUIPE COMBATE ENDEMIAS	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1
EQUIPE ENFERMAGEM	13	4	8	7	5	4	6	3	3	6	9	4
EQUIPE FARMACIA	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0
EQUIPE RADIOLOGIA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
EQUIPE SAUDE BUCAL	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1
FARMACEUTICO	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
MEDICO	10	7	8	5	4	6	6	6	4	6	7	4
MOTORISTA	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0
MOTORISTA DE AMBULANCIA	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0
OPERACIONAL	1	0	2	0	1	0	1	1	0	2	1	0
OUTROS NIVEL TECNICO	0	1	3	1	0	1	0	0	0	2	0	0
OUTROS UNIVERSITARIOS	0	3	2	3	1	0	2	0	2	0	1	2
VETERINARIO	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
ESTAGIARIO	0	0	1	3	2	2	1	2	0	1	1	6
Total geral	35	24	33	26	17	19	24	15	15	27	27	22



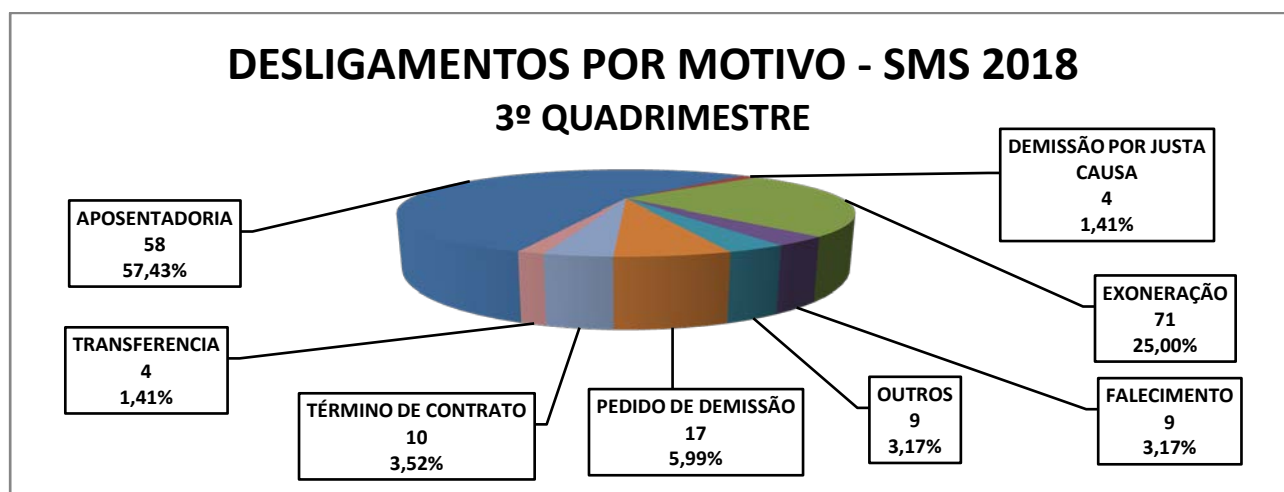
Fonte: Folha Consist/RH Gestão

ADMISSÕES POR CATEGORIA - SMS 2018												
CATEGORIA	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
EFP	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0
EST	0	3	0	2	1	3	2	3	0	0	6	3
Total geral	0	3	1	2	1	3	2	3	1	0	7	3



Fonte: Folha Consist/RH Gestão

DESLIGAMENTOS POR MOTIVO - SMS 2018												
CARGO AGRUPADO	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
Aposentadoria	16	14	16	12	10	9	14	8	10	20	21	10
Demissão por justa causa	0	0	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0
Exoneração	14	7	8	4	3	6	7	3	3	6	4	6
Falecimento	1	0	3	2	0	0	1	1	1	0	0	0
Outros	1	2	0	1	3	0	0	1	0	0	1	0
Pedido de Demissão	2	1	1	3	1	3	1	2	0	1	1	1
Término de Contrato	0	0	1	2	0	1	1	0	0	0	0	5
Transferencia	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Total geral	35	24	33	26	17	19	24	15	15	27	27	22



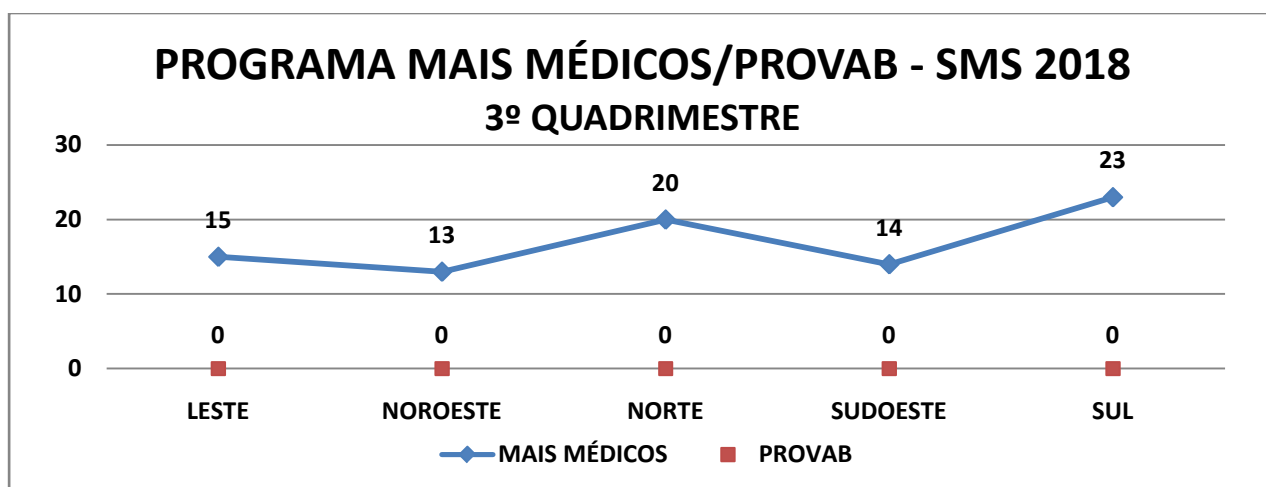
Fonte: Folha Consist/RH Gestão

CONVÊNIOS & PROGRAMAS

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

PROGRAMA MAIS MÉDICOS/PROVAB - SMS 2018	
DISTRITO	LOCAL DE TRABALHO
LESTE	CENTRO DE SAUDE ANTONIO DA COSTA SANTOS (CONCEICAO)
	CENTRO DE SAUDE CONEGO MILTON SANTANA (TAQUARAL)
	CENTRO DE SAUDE COSTA E SILVA
	CENTRO DE SAUDE IGOR CARLOS C D GUERCIO (31 DE MARÇO)
	CENTRO DE SAUDE SAO QUIRINO
	CENTRO DE SAUDE SOUSAS
NOROESTE	CENTRO DE SAUDE DR. PEDRO AGAPIO A NETTO(BALAO DO LARANJA)
	CENTRO DE SAUDE INTEGRACAO
	CENTRO DE SAUDE ITAJAI
	CENTRO DE SAUDE JARDIM FLORENCE
	CENTRO DE SAUDE LAURA SIMOES C AMICUCCI (PERSEU)
	CENTRO DE SAUDE LISA
	CENTRO DE SAUDE MARGARIDA SANTOS SILVA (FLORESTA)
	CENTRO DE SAUDE PARQUE VALENCA
	CENTRO DE SAUDE ROSSIM
	CENTRO DE SAUDE SANTA ROSA
	CENTRO DE SAUDE SATELITE IRIS
NORTE	CENTRO DE SAUDE ANCHIETA
	CENTRO DE SAUDE ATILLIO VICENTIN (BARAO GERALDO)
	CENTRO DE SAUDE BOA VISTA
	CENTRO DE SAUDE JARDIM AURELIA
	CENTRO DE SAUDE JARDIM EULINA
	CENTRO DE SAUDE ROSALIA
	CENTRO DE SAUDE SAN MARTIN
	CENTRO DE SAUDE SANTA BARBARA
	CENTRO DE SAUDE SAO MARCOS
	CENTRO DE SAUDE VILLAGE
SUDOESTE	CENTRO DE SAUDE AEROPORTO
	CENTRO DE SAUDE CAMPOS ELISEOS
	CENTRO DE SAUDE DIC I
	CENTRO DE SAUDE SANTA LUCIA
	CENTRO DE SAUDE SAO CRISTOVAO
	CENTRO DE SAUDE UNIAO DE BAIRROS
	CENTRO DE SAUDE VILA UNIAO/CAIC
	CENTRO DE SAUDE VISTA ALEGRE

SUL	CENTRO DE SAUDE ANTONIO MONETA JUNIOR (OZIEL/M.CRISTO)	
	CENTRO DE SAUDE CAMPO BELO	
	CENTRO DE SAUDE DR. MANOEL RIOS MURARO (PARANAPANEMA)	
	CENTRO DE SAUDE ESMERALDINA	
	CENTRO DE SAUDE FERNANDA	
	CENTRO DE SAUDE FIGUEIRA	
	CENTRO DE SAUDE OROSIMBO MAIA	
	CENTRO DE SAUDE SAO DOMINGOS	
	CENTRO DE SAUDE SAO JOSE	
	CENTRO DE SAUDE VILA RICA	
	CENTRO DE SAUDE VILA YPE	
	CENTRO DE SAUDE SAN DIEGO	
	CENTRO DE SAUDE ZIZI CINTRA JUNQUEIRA (SAO BERNARDO)	
DISTRITOS	QUADRO "MAIS MÉDICOS"	QUADRO "PROVAB"
LESTE	15	0
NOROESTE	13	0
NORTE	20	0
SUDOESTE	14	0
SUL	23	0
Total geral	85	0



Fonte: Folha Consist/RH Gestão

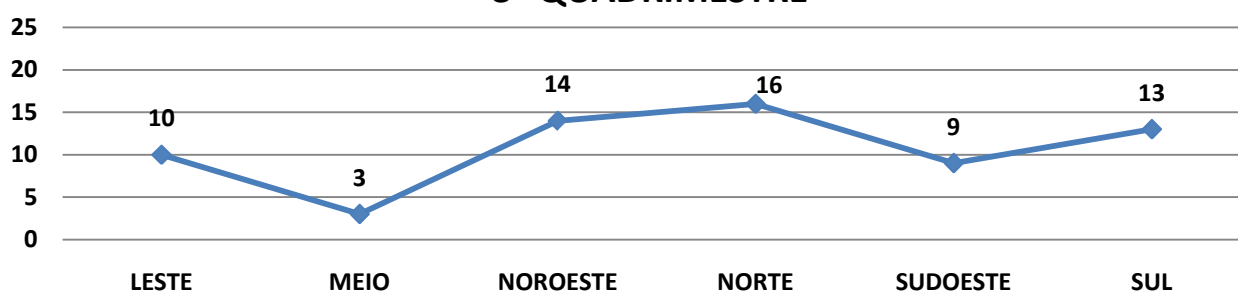
Referente ao Projeto Mais Médicos Brasil, das **98** vagas autorizadas pelo Ministério da Saúde, o município de Campinas possui **85** profissionais em atividade.

Após a saída da OPAS no Programa Mais Médicos, as reposições são disponibilizadas pelo Ministério da Saúde por meio de Edital de Adesão, sendo que o município de Campinas está aguardando a reposição de **13** profissionais para completar o quadro, em virtude dos desligamentos ocasionados por término de contrato/encerramento de missão ou desistência/abandono do programa.

PONTOS DE ATENDIMENTO IMA (RECEPÇÃO) - SMS 2018	
DISTRITO	LOCAL DE TRABALHO
LESTE	CENTRO DE SAUDE BOA ESPERANCA
	CENTRO DE SAUDE CONEGO MILTON SANTANA (TAQUARAL)
	CENTRO DE SAUDE COSTA E SILVA
	CENTRO DE SAUDE DR. MARIO DE C BUENO JR (CENTRO)
	CENTRO DE SAUDE IGOR CARLOS C D GUERCIO (31 DE MARÇO)
	CENTRO DE SAUDE JOAQUIM EGIDIO
	CENTRO DE SAUDE SAO QUIRINO
	CENTRO DE SAUDE SOUSAS
MEIO	AMBULATORIO DE DOENCAS SEXUAL. TRANSMIS.
	CENTRO DE REAB. FISICA E DOENCAS REUMAT.
	CENTRO DE REFERENCIA A SAUDE DO IDOSO
NOROESTE	CENTRO DE SAUDE DR. PEDRO AGAPIO A NETTO(BALAO DO LARANJA)
	CENTRO DE SAUDE INTEGRACAO
	CENTRO DE SAUDE IPAUSSURAMA
	CENTRO DE SAUDE ITAJAI
	CENTRO DE SAUDE JARDIM FLORENCE
	CENTRO DE SAUDE LAURA SIMOES C AMICUCCI (PERSEU)
	CENTRO DE SAUDE LISA
	CENTRO DE SAUDE MARGARIDA SANTOS SILVA (FLORESTA)
	CENTRO DE SAUDE PARQUE VALENCA
	CENTRO DE SAUDE SANTA ROSA
	CENTRO DE SAUDE SATELITE IRIS
	PRONTO SOCORRO DR. SERGIO AROUCA
NORTE	CENTRO DE SAUDE ANCHIETA
	CENTRO DE SAUDE ATILLIO VICENTIN (BARAO GERALDO)
	CENTRO DE SAUDE BOA VISTA
	CENTRO DE SAUDE CASSIO RAPOSO AMARAL
	CENTRO DE SAUDE JARDIM AURELIA
	CENTRO DE SAUDE JARDIM EULINA
	CENTRO DE SAUDE ROSALIA
	CENTRO DE SAUDE SAN MARTIN
	CENTRO DE SAUDE SANTA BARBARA
	CENTRO DE SAUDE SAO MARCOS
	PRONTO ATENDIMENTO PADRE ANCHIETA
SUDOESTE	CENTRO DE SAUDE CAMPOS ELISEOS
	CENTRO DE SAUDE DR. MOISES LIBERMAN (SANTO ANTONIO)
	CENTRO DE SAUDE SANTA LUCIA
	CENTRO DE SAUDE SAO CRISTOVAO
	CENTRO DE SAUDE UNIAO DE BAIROS
	CENTRO DE SAUDE VISTA ALEGRE
	LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

SUL	CENTRO DE SAUDE CAMPO BELO
	CENTRO DE SAUDE DR. MANOEL RIOS MURARO (PARANAPANEMA)
	CENTRO DE SAUDE FERNANDA
	CENTRO DE SAUDE OROSIMBO MAIA
	CENTRO DE SAUDE SANTA ODILA
	CENTRO DE SAUDE SAO JOSE
	CENTRO DE SAUDE VILA RICA
	POLICLINICA II
	POLICLINICA III
	PRONTO ATENDIMENTO SAO JOSE
	CENTRO DE SAUDE SAN DIEGO
	CENTRO DE SAUDE ZIZI CINTRA JUNQUEIRA (SAO BERNARDO)
DISTRITOS	IMA
LESTE	10
MEIO	3
NOROESTE	14
NORTE	16
SUDOESTE	9
SUL	13
Total geral	65

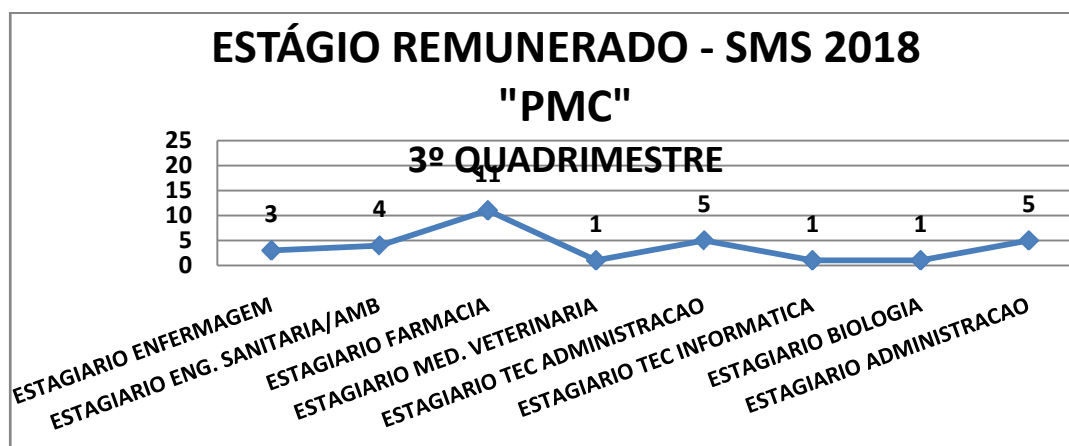
PONTOS DE ATENDIMENTO IMA (RECEPÇÃO) - SMS 2018 3º QUADRIMESTRE



Fonte: Folha Consist/RH Gestão

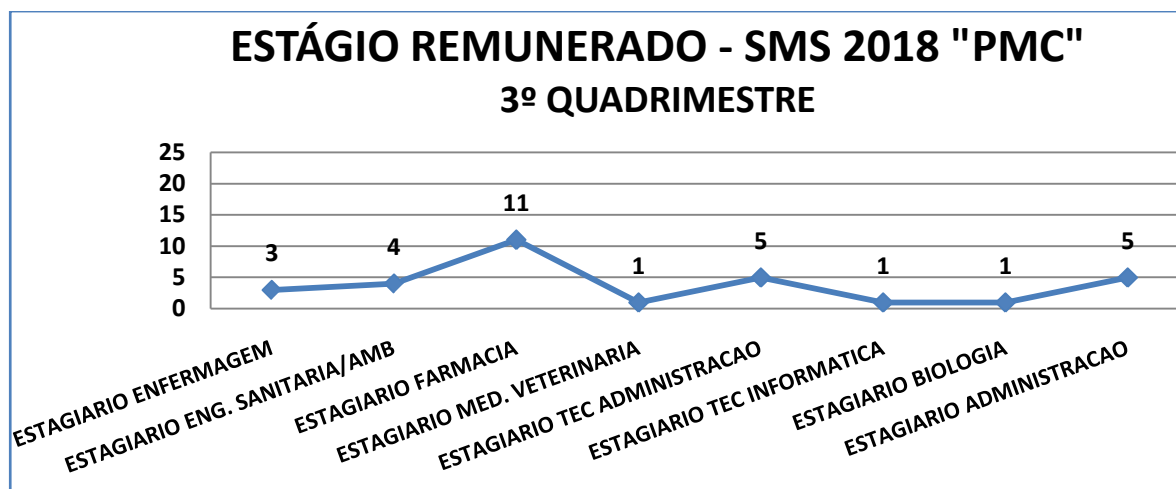
Apesar da grande rotatividade de funcionários, ocasionando ausência em algumas unidades, e também considerando a no novo contrato de prestação de serviços (Posições de Atendimento Recepção – IMA), o município encerrou este quadrimestre com **65** posições de atendimento contratadas preenchidas e em atividade, aguardando reposição na unidade CS São Domingos.

ESTAGIO REMUNERADO - SMS 2018 "PMC"	
CURSOS	QUADRO
ESTAGIARIO ENFERMAGEM	3
ESTAGIARIO ENG. SANITARIA/AMB	4
ESTAGIARIO FARMACIA	11
ESTAGIARIO MED. VETERINARIA	1
ESTAGIARIO TEC ADMINISTRACAO	5
ESTAGIARIO TEC INFORMATICA	1
ESTAGIARIO BIOLOGIA	1
ESTAGIARIO ADMINISTRAÇÃO	5
TOTAL GERAL	31



Fonte: Folha Consist/RH Gestão

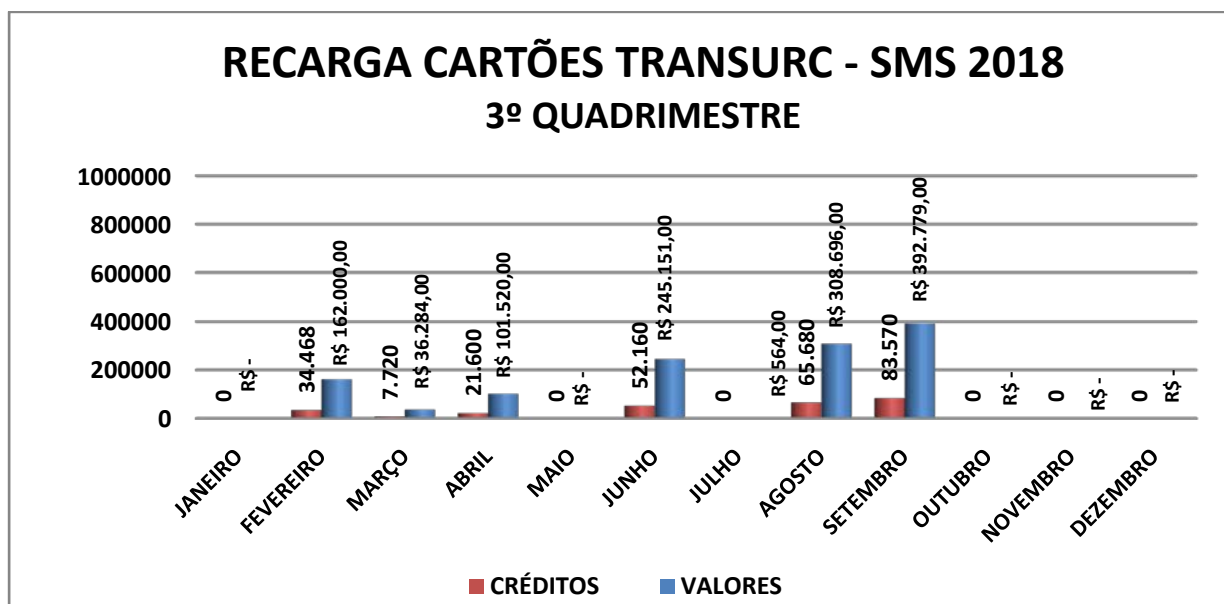
ESTAGIO REMUNERADO - SMS 2018 "HMMG"	
CURSOS	QUADRO
ESTAGIARIO ADMINISTRACAO	1
ESTAGIARIO TEC ADMINISTRACAO	1
ESTAGIARIO TEC INFORMATICA	1
TOTAL GERAL	3



Fonte: Folha Consist/HMMG Gestão

Neste quadrimestre de 2018, ingressaram **09** estagiários na Rede PMC e há **03** estagiários na Rede Mario Gatti, no aguardo da finalização de seus respectivos contratos.

RECARGA CARTÕES TRANSURC - SMS 2018		
MÊS	CRÉDITOS	VALOR
JANEIRO	0	R\$ -
FEVEREIRO	34.468	R\$ 162.000,00
MARÇO	7.720	R\$ 36.284,00
ABRIL	21.600	R\$ 101.520,00
MAIO	0	R\$ -
JUNHO	52.160	R\$ 245.151,00
JULHO	0	R\$ 564,00
AGOSTO	65.680	R\$ 308.696,00
SETEMBRO	83.570	R\$ 392.779,00
OUTUBRO	0	R\$ -
NOVEMBRO	0	R\$ -
DEZEMBRO	0	R\$ -
	265.198	R\$ 1.246.994,00



Fonte: Convênios & Programas

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

EIXO V – GESTÃO COMPARTILHADA E CONTROLE SOCIAL

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

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

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

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

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

Método de Cálculo

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

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

Meta

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

Ações:

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

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

Resultados

RDQA	Valor	Comentários e Recomendações																					
1o	01	<p>O Plano Municipal de Saúde 2018-2021 foi enviado ao Conselho Municipal de Saúde em dezembro de 2017.</p> <p>Foi pactuado junto ao CMS a realização de uma Oficina no segundo semestre de 2018 para análise, avaliação e votação do PMS 2018-2021.</p> <p>Foram realizadas Reuniões dialogadas em 4 Conselhos Distritais de Saúde (Noroeste, Sul, Sudoeste e Leste). A Reunião do Conselho Distrital de Saúde Norte estava agendada para 28/maio/2018.</p> <p>Nas reuniões junto aos Conselhos Distritais de Saúde o PMS foi apresentado, dialogado e no Distrito Sul houve uma organização distrital para propor alguns aprimoramentos.</p> <p>Para os Centros de Saúde neste indicador é solicitado que se apresente o RDQA junto ao Conselho Local de cada serviço e conforme quadro abaixo 25 CS apresentaram o RDQA anterior junto ao CLS, representando 40% dos serviços.</p> <p>Recomendações: Trabalhar e apoiar de forma matricial os CS a fim de que apresentem seus Planos de Saúde, bem como seus respectivos RDQA junto aos CLS de cada local, visando a integração e controle social participativo.</p>																					
2o	01	<p>No primeiro e segundo quadrimestre deste ano foram realizadas reuniões nos 5 Conselhos Distritais de Saúde e no 5 Colegiados Gestores Distritais que tiveram por finalidade apresentar e dialogar sobre o PMS 2018-2021, bem como apresentar propostas de correções, caso se fizessem necessárias. As reuniões acontecem conforma as datas abaixo:</p> <table> <tr> <th>DATA</th><th>LOCAL</th><th>HORÁRIO</th></tr> <tr> <td>28/03</td><td>Distrito Sul</td><td>08:00</td></tr> <tr> <td>03/04</td><td>Distrito Noroeste</td><td>08:00</td></tr> <tr> <td>04/04</td><td>Distrito Sudoeste</td><td>08:00</td></tr> <tr> <td>04/04</td><td>Conselho de Saúde Distrito Noroeste</td><td>16:00</td></tr> <tr> <td>10/04</td><td>Conselho de Saúde Distrito Sul</td><td>18:00</td></tr> <tr> <td>17/04</td><td>Conselho de Saúde Distrito Sudoeste</td><td>19:00</td></tr> </table>	DATA	LOCAL	HORÁRIO	28/03	Distrito Sul	08:00	03/04	Distrito Noroeste	08:00	04/04	Distrito Sudoeste	08:00	04/04	Conselho de Saúde Distrito Noroeste	16:00	10/04	Conselho de Saúde Distrito Sul	18:00	17/04	Conselho de Saúde Distrito Sudoeste	19:00
DATA	LOCAL	HORÁRIO																					
28/03	Distrito Sul	08:00																					
03/04	Distrito Noroeste	08:00																					
04/04	Distrito Sudoeste	08:00																					
04/04	Conselho de Saúde Distrito Noroeste	16:00																					
10/04	Conselho de Saúde Distrito Sul	18:00																					
17/04	Conselho de Saúde Distrito Sudoeste	19:00																					

		18/04	Distrito Leste	08:00	4ª fe
		25/04	Distrito Norte	08:00	4ª fe
		08/05	Conselho de Saúde Distrito Norte	17:00	2ª fe
		28/05	Conselho de Saúde Distrito Leste	19:00	3ª fe
		<p>Após estas reuniões foram realizadas três reuniões com a Comissão executiva do CMS afim de apresentação do PMS na reunião do Pleno que ocorreu em 08/08/2018.</p> <p>Entregue e apresentado o 1º RDQA em reunião do Pleno no dia 08/08/2018, na mesma data foi apresentado e aprovado com ressalvas o PMS 2018-2021.</p> <p>No segundo quadrimestre ocorreram reuniões nos 5 Distritos de Saúde, com o Colegiado gestor Distrital, visando o monitoramento da PAS 2018 tendo como enfoque o 1º RDQA.</p>			
3o	1	<p>Plano Municipal de Saúde 2018-2021 e respectivas Programações Anuais de Saúde apresentadas e aprovadas.</p> <p>Houve uma excelente aproximação e trabalho conjunto com os Conselhos Distritais de Saúde para conhecimento do PMS 2018-2021, bem como melhor entendimento das prestações de contas (RDQA) das ações, metas e resultados dos indicadores e condições de saúde do Município de Campinas.</p>			
RAG	1	<p>Plano Municipal de Saúde 2018-2021 e respectivas Programações Anuais de Saúde apresentadas e aprovadas.</p> <p>Realizadas 5 reuniões Distritais com os Colegiados Gestores a fim de dialogar sobre o PMS 2018-2021, bem como realizadas reuniões com os 5 Conselhos Distritais de Saúde.</p> <p>Mais da metade dos Coordenadores de CS ainda não apresenta o RDQA no Conselho Local de Saúde todo quadrimestre, ou seja, só 47% dos gestores realizam esta ação; e 16% informaram que nunca apresentaram o RDQA ao CLS (veja quadro abaixo em Observações).</p>			
PAS		<p>Manter as apresentações dos RDQA quadrimestralmente e do RAG/PAS Anual.</p> <p>Envidar esforços para os Coordenadores de Serviços apresentarem, periodicamente, seus respectivos RDQA para os Conselhos de Saúde, a fim de aprimorarem as ações, análises e resultados das questões de saúde de cada território.</p> <p>Realizar reuniões com o Colegiado Gestor, por Distrito de Saúde, a fim de aprimorar as análises, considerações e recomendações dos Realitórios. Estas reuniões estão previstas (agendadas) para os meses de junho, julho e agosto de 2019 (DSNorte: 17.06.19; DS Noroeste: 26.06.2019; DS Sudoeste: 03.07.2019; DS Sul: 31.7.2019; e DS Leste 07.08.2019)</p> <p>Manter e aprimorar as reuniões com os 5 Conselhos Distritais de Saúde.</p> <p>Alinhar as pactuações com as deliberações da Conferência Municipal de Saúde.</p>			

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.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							
Ações:	Consolidado Municipal		Leste	Noroeste	Norte	Sudoeste	Sul
5.i.1.a. Selecione as ações que a unidade realiza em relação ao processo de planejamento:	Resp. Posit.	%					
5.i.1.a.2. Organiza junto com controle social oficinas para maior participação do controle social nas ações de planejamento e monitoramento da unidade.	36	56%	5	9	7	8	7
5.i.1.a.3. Reune a equipe e discute a matriz do RDQA quadrimestralmente.	44	69%	5	9	9	9	12

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							
Ações:	Consolidado Municipal		Leste	Noroeste	Norte	Sudoeste	Sul
5.i.1.a.4. Apresenta o RDQA no Conselho Local de Saúde todo quadrimestre	30	47%	5	4	7	5	9
5.i.1.a.5. Apresentou o RDQA no CLS no quadrimestre anterior.	26	41%	4	4	5	4	9
5.i.1.a.6. Apresenta o RDQA no Conselho Local de Saúde uma vez ao ano	36	56%	4	9	8	6	9
5.i.1.a.7. Não apresenta o RDQA no Conselho Local de Saúde	10	16%	2	1	3	0	4
5.i.1.a.8. Outro:	3	5%	0	2	1	0	0

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 saúde sob gestão Municipal do SUS informatizados.

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

Método de Cálculo

Numerador: Nº de Unidades de saúde da SMS informatizadas

x 100

Denominador: Total Nº de Unidades de saúde da SMS

Meta:

Informatizar 100% das Unidades de Saúde da SMS até 2021

Ações:

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

<p>o município tenha parâmetros confiáveis; Dialogar para que a nova tabela do Ministério seja implantada, divulgar amplamente os procedimentos .</p> <p>* Apontar a necessidade de estabelecimento de metas e avaliação dos indicadores e sua socialização para cada profissional da equipe.</p> <p>* Construir indicadores de qualidade para sua utilização efetiva nos diferentes níveis da SMS.</p> <p>* Apontar , solicitar junto à SMS e monitorar a aquisição de computadores para digitação on line e a necessidade urgente de completa informatização dos serviços de saúde (salas odontológicas), com estrutura adequada de equipamentos e conexão de internet de qualidade e estável.</p> <p>* Reforçar a importância do registro das planilhas de produção nos sistemas. E-SUS para a Atenção Básica e SIGA para as Especialidades.</p> <p>* Discutir e propor o desenvolvimento de indicadores de avaliação para os serviços de especialidade (CEO).</p>	
---	--

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações										
1o	18,35 (total de serviços de saúde) e 26,56 (UBS)	<p>Unidades totalmente informatizadas: CS Boa Esperança, CS Capivari, CS Carlos Gomes, CS Centro, CS Orozimbo Maia, CS Rosália, CS San Martin, CS Santo Antônio, CS São Marcos, CS Oziel/Monte Cristo, CS Rossin, CS São Cristovão, CS São Quirino, CS São Vicente, CS Tancredo Neves, CS União dos Bairros, CS Vila União, Policlínica I, VISA Noroeste e VISA Sul.</p> <table><tr><th>Indicador</th><th>1º <u>Quadrim.</u></th></tr><tr><td>1. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde Informatizadas</td><td>$\frac{17}{64} \times 100 = 26,56$</td></tr><tr><td>2. Porcentagem de Serviços de Saúde Informatizados</td><td>$\frac{23}{95} \times 100 = 24,21$</td></tr><tr><td>3. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde <u>Cabeadas</u></td><td>$\frac{41}{64} \times 100 = 64,06$</td></tr><tr><td>4. Porcentagem de Serviços de Saúde <u>Cabeadas</u></td><td>$\frac{44}{95} \times 100 = 46,31$</td></tr></table> <p>Unidades totalmente cabeadas: CS 31 de Março, CS Aurélia, CS Barão Geraldo, CS Campina Grande, CS Campo Belo, CS Carvalho de Moura, CS Cássio Raposo do Amaral, CS Costa e Silva, CS DIC I, CS DIC III, CS Eulina, CS Fernanda, CS Figueira, CS Florence, CS Ipaussurama, CS Itajaí, CS Joaquim Egídio, CS Paranapanema, CS Santa Mônica, CS Santa Odila, CS Santa Rosa, CS São Domingos, CS Sousas, CS Vila União, CS Vila Ipê, CS Vila Rica.</p> <p>As demais unidades de saúde se encontram parcialmente cabeadas.</p>	Indicador	1º <u>Quadrim.</u>	1. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde Informatizadas	$\frac{17}{64} \times 100 = 26,56$	2. Porcentagem de Serviços de Saúde Informatizados	$\frac{23}{95} \times 100 = 24,21$	3. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde <u>Cabeadas</u>	$\frac{41}{64} \times 100 = 64,06$	4. Porcentagem de Serviços de Saúde <u>Cabeadas</u>	$\frac{44}{95} \times 100 = 46,31$
Indicador	1º <u>Quadrim.</u>											
1. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde Informatizadas	$\frac{17}{64} \times 100 = 26,56$											
2. Porcentagem de Serviços de Saúde Informatizados	$\frac{23}{95} \times 100 = 24,21$											
3. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde <u>Cabeadas</u>	$\frac{41}{64} \times 100 = 64,06$											
4. Porcentagem de Serviços de Saúde <u>Cabeadas</u>	$\frac{44}{95} \times 100 = 46,31$											
2o	22,94	<p>Unidades totalmente informatizadas: CS Boa Esperança, CS Capivari, CS Carlos Gomes, CS Centro, CS DIC III, CS Orozimbo Maia, CS Oziel, CS Rossin, CS Rosália, CS San Diego, CS San Martin, CS Santo Antônio, CS São Cristovão, CS São Domingos, CS São Marcos, CS São</p>										

	<p>(total de serviços de saúde)</p> <p>e</p> <p>34,88 (UBS)</p>	<p>Quirino, CS São Vicente, CS Tancredo Neves, CS União dos Bairros, , CS Vila Rica, CS Vila União, CS Village, Policlínica I, VISA Noroeste e VISA Sul.</p> <table><tr><th>Indicador</th><th>1º <u>Quadrim.</u></th><th>2º <u>Quadrim.</u></th></tr><tr><td>1. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde Informatizadas</td><td>$\frac{17}{64} \times 100 = 26,56$</td><td>$\frac{22}{64} \times 100 = 34,38$</td></tr><tr><td>2. Porcentagem de Serviços de Saúde Informatizados</td><td>$\frac{23}{95} \times 100 = 24,21$</td><td>$\frac{28}{95} \times 100 = 29,47$</td></tr><tr><td>3. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde <u>Cabeadas</u></td><td>$\frac{41}{64} \times 100 = 64,06$</td><td>$\frac{45}{64} \times 100 = 70,31$</td></tr><tr><td>4. Porcentagem de Serviços de Saúde <u>Cabeadas</u></td><td>$\frac{44}{95} \times 100 = 46,31$</td><td>$\frac{48}{95} \times 100 = 50,52$</td></tr></table> <p>Unidades totalmente cabeadas: CS 31 de Março, CS Aurélia, CS Barão Geraldo, CS Campina Grande, CS Campo Belo, CS Carvalho de Moura, CS Cássio Raposo do Amaral, CS Costa e Silva, CS DIC I, CS Eulina, CS Fernanda, CS Figueira, CS Florence, CS Ipaussurama, CS Itajaí, CS Joaquim Egídio, CS Paranapanema, CS Santa Mônica, CS Santa Odila, CS Santa Rosa, CS Sousas, CS Vila União, CS Vila Ipê.</p> <p>As demais unidades de saúde se encontram parcialmente cabeadas.</p> <p>É importante ressaltar que metade da população de Campinas foi cadastrada pelo Sistema SIGA. Os números supracitados referem-se apenas ao Sistema e-SUS AB. Neste, é possível que haja cadastros repetidos. No entanto, com base nos treinamentos, espera-se uma redução dos procedimentos repetidos, até porque o Sistema e-SUS AB proporciona uma busca dos cidadãos.</p>	Indicador	1º <u>Quadrim.</u>	2º <u>Quadrim.</u>	1. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde Informatizadas	$\frac{17}{64} \times 100 = 26,56$	$\frac{22}{64} \times 100 = 34,38$	2. Porcentagem de Serviços de Saúde Informatizados	$\frac{23}{95} \times 100 = 24,21$	$\frac{28}{95} \times 100 = 29,47$	3. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde <u>Cabeadas</u>	$\frac{41}{64} \times 100 = 64,06$	$\frac{45}{64} \times 100 = 70,31$	4. Porcentagem de Serviços de Saúde <u>Cabeadas</u>	$\frac{44}{95} \times 100 = 46,31$	$\frac{48}{95} \times 100 = 50,52$					
Indicador	1º <u>Quadrim.</u>	2º <u>Quadrim.</u>																				
1. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde Informatizadas	$\frac{17}{64} \times 100 = 26,56$	$\frac{22}{64} \times 100 = 34,38$																				
2. Porcentagem de Serviços de Saúde Informatizados	$\frac{23}{95} \times 100 = 24,21$	$\frac{28}{95} \times 100 = 29,47$																				
3. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde <u>Cabeadas</u>	$\frac{41}{64} \times 100 = 64,06$	$\frac{45}{64} \times 100 = 70,31$																				
4. Porcentagem de Serviços de Saúde <u>Cabeadas</u>	$\frac{44}{95} \times 100 = 46,31$	$\frac{48}{95} \times 100 = 50,52$																				
3o	<p>32,63</p> <p>(total de serviços de saúde)</p> <p>e</p> <p>39,06 (UBS)</p>	<p>Unidades totalmente informatizadas: CS Boa Esperança, CS Campo Belo, CS Capivari, CS Carlos Gomes, CS Centro, CS DIC III, CS Orozimbo Maia, CS Oziel, CS Perseu, CS Rossin, CS Rosália, CS San Diego, CS San Martin, CS Santo Antônio, CS São Cristovão, CS São Domingos, CS São Marcos, CS São Quirino, CS São Vicente, CS Satélite Iris I, CS Tancredo Neves, CS União dos Bairros, CS Vila Rica, CS Vila União, CS Village, Policlínica I, VISA Noroeste e VISA Sul.</p> <table><tr><th>Indicador</th><th>1º <u>Quadrim.</u></th><th>2º <u>Quadrim.</u></th><th>3º <u>Quadrim.</u></th></tr><tr><td>1. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde Informatizadas</td><td>$\frac{17}{64} \times 100 = 26,56$</td><td>$\frac{22}{64} \times 100 = 34,38$</td><td>$\frac{25}{64} \times 100 = 39,06$</td></tr><tr><td>2. Porcentagem de Serviços de Saúde Informatizados</td><td>$\frac{23}{95} \times 100 = 24,21$</td><td>$\frac{28}{95} \times 100 = 29,47$</td><td>$\frac{31}{95} \times 100 = 32,63$</td></tr><tr><td>3. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde <u>Cabeadas</u></td><td>$\frac{41}{64} \times 100 = 64,06$</td><td>$\frac{45}{64} \times 100 = 70,31$</td><td>$\frac{47}{64} \times 100 = 73,44$</td></tr><tr><td>4. Porcentagem de Serviços de Saúde <u>Cabeadas</u></td><td>$\frac{44}{95} \times 100 = 46,31$</td><td>$\frac{48}{95} \times 100 = 50,52$</td><td>$\frac{48}{95} \times 100 = 50,52$</td></tr></table> <p>Unidades totalmente cabeadas: CS 31 de Março, CS Aurélia, CS Barão Geraldo, CS Campina Grande, CS Carvalho de Moura, CS Cássio</p>	Indicador	1º <u>Quadrim.</u>	2º <u>Quadrim.</u>	3º <u>Quadrim.</u>	1. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde Informatizadas	$\frac{17}{64} \times 100 = 26,56$	$\frac{22}{64} \times 100 = 34,38$	$\frac{25}{64} \times 100 = 39,06$	2. Porcentagem de Serviços de Saúde Informatizados	$\frac{23}{95} \times 100 = 24,21$	$\frac{28}{95} \times 100 = 29,47$	$\frac{31}{95} \times 100 = 32,63$	3. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde <u>Cabeadas</u>	$\frac{41}{64} \times 100 = 64,06$	$\frac{45}{64} \times 100 = 70,31$	$\frac{47}{64} \times 100 = 73,44$	4. Porcentagem de Serviços de Saúde <u>Cabeadas</u>	$\frac{44}{95} \times 100 = 46,31$	$\frac{48}{95} \times 100 = 50,52$	$\frac{48}{95} \times 100 = 50,52$
Indicador	1º <u>Quadrim.</u>	2º <u>Quadrim.</u>	3º <u>Quadrim.</u>																			
1. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde Informatizadas	$\frac{17}{64} \times 100 = 26,56$	$\frac{22}{64} \times 100 = 34,38$	$\frac{25}{64} \times 100 = 39,06$																			
2. Porcentagem de Serviços de Saúde Informatizados	$\frac{23}{95} \times 100 = 24,21$	$\frac{28}{95} \times 100 = 29,47$	$\frac{31}{95} \times 100 = 32,63$																			
3. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde <u>Cabeadas</u>	$\frac{41}{64} \times 100 = 64,06$	$\frac{45}{64} \times 100 = 70,31$	$\frac{47}{64} \times 100 = 73,44$																			
4. Porcentagem de Serviços de Saúde <u>Cabeadas</u>	$\frac{44}{95} \times 100 = 46,31$	$\frac{48}{95} \times 100 = 50,52$	$\frac{48}{95} \times 100 = 50,52$																			

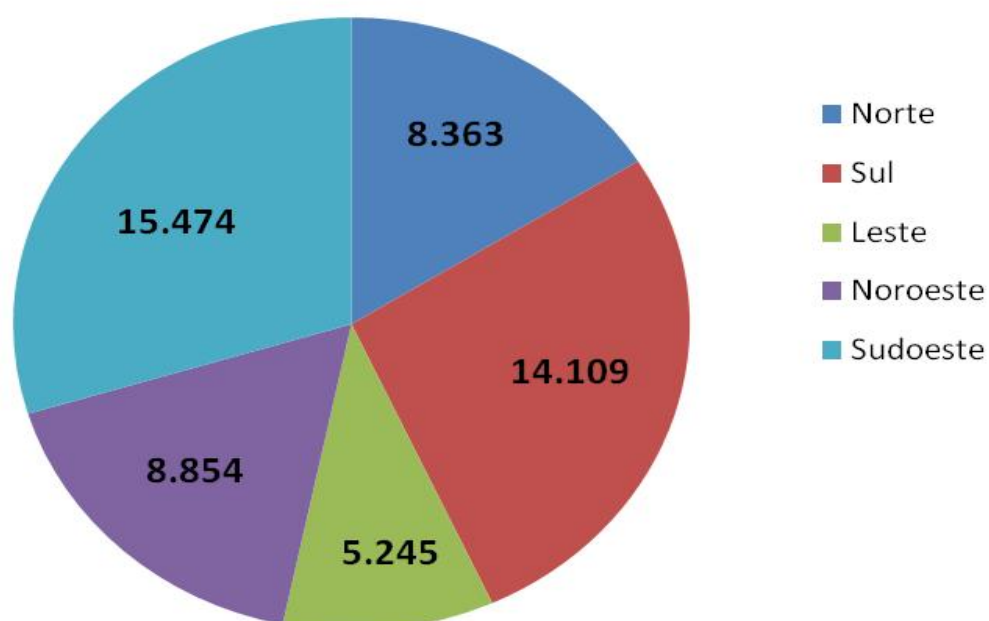
		<p>Raposo do Amaral, CS Costa e Silva, CS DIC I, CS Eulina, CS Fernanda, CS Figueira, CS Florence, CS Ipaussurama, CS Itajaí, CS Joaquim Egídio, CS Paranapanema, CS Santa Mônica, CS Santa Odila, CS Santa Rosa, CS Sousas, CS Vila Ipê.</p> <p>As demais unidades de saúde se encontram parcialmente cabeadas.</p>
RAG	<p>32,63 (total de serviços de saúde) e 39,06 (CS)</p>	<p>Com o Projeto Saúde em Ação houve expressivo aumento de informatização das UBS.</p> <p>E as emendas parlamentares que forma objeto de licitação para aquisição de computadores permitirão o aumento das UBS informatizadas, quando da implementação das máquinas nas unidades, com as capacitações para utilização do PEC no e-SUSAB.</p> <p>Ademais, conforme aconteceu a implementação do PEC nas UBS demonstrou-se o aumento expressivo na comprovação das ações destes serviços, tais como consultas médicas, de enfermeiros, produção de saúde bucal, dentre outros.</p>
PAS	<p>52,63% (total de serviços de saúde) e 70% das UBS (44 CS informatizados</p>	<p>Conclusão do Projeto Saúde em Ação prevista para o ano de 2019.</p> <p>Para 2019 serão realizadas as seguintes ações:</p> <ol style="list-style-type: none"> Recebimento dos equipamentos da licitação encerrada em dezembro de 2018, com aquisição de Convenios: 114002 (23 desktop); 114008 (27 desktop); 114009 (64 desktop e 08 Notebook); 114013 (97 desktop e 07 Notebook); 114015 (89 desktop e 13 Notebook); recurso próprio DEVISA (60 desktop) e do Projeto Saúde em Ação totalizando 350 computadores; Preparação dos computadores para implantação do PEC do e-SUS, com cronograma por CS; Capacitação das equipes para implantar o módulo PEC nos CS; Realizar processo licitatório para cabeamento das Unidades de Saúde faltantes; Realizar uma oficina de avaliação de implantação do PEC no 1º Quadrimestre de 2019.

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%

Gráfico. Apresentação gráfica do aumento no número absoluto de cadastros registrados no Sistema e-SUS AB, de 01/05/2018 a 31/12/2018.

Distrito sanitário	População estimada para 2017*	Número de pessoas cadastradas até 31/12/2018	Percentual (%) de cadastrados até 31/12/2018, relativo à população adscrita
Norte	223.029	65.005	29,15%
Sul	323.134	50.961	15,77%
Leste	256.948	41.303	16,07%
Noroeste	169.216	45.319	26,78%
Sudoeste	214.955	88.398	41,12%

NÚMERO DE PESSOAS CADASTRADAS POR DISTRITO DE SAÚDE - EM 31.12.2018



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

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

EIXO VI – APOIO LOGÍSTICO E FINANCEIRO

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

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

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

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

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

Método de Cálculo

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

_____ x 100

Denominador: Total de RDQA elaborados para cada ano

Meta:

Manter 100% nos próximos 4 anos

Ações:

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

Resultados

RELATÓRIOS DE PRESTAÇÃO DE CONTAS APRESENTADOS PELO FMS

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Indicador novo Ação 23 (301) do PPA

Método de Cálculo

Número absoluto de equipamentos adquiridos para Atenção Básica

Fonte: Departamento Administrativo e DS

Meta:

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

Ações:

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

	* Garantir a participação de profissionais da ponta, incluindo algum profissional da equipe de saúdebucal 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 instrumentaisodontológicos. * Garantir a realização de testes biológicos nas UBSs. * Garantir a participação de profissionais da ponta, incluindo algum profissional da equipe de saúdebucal 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 centralquando da necessidade de realizar análises de padronizações de novos materiais e instrumentais. * Divulgar sistematicamente para toda a rede as alterações em relação as padronizações e retirada da lista de novos materiais e equipamentos. 	DA, DS, Distritos
6.ii.1.l	<p>Manter a política de revisão periódica das listas oficiais padronizadas e suas respectivas cotas nasunidades 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 eequipamentos odontológicos. 	DA, DS, Distritos
6.ii.1.m	<p>Contribuir para a garantia de um suporte técnico resolutivo e também da política de manutençãopreventiva dos equipamentos odontológicos, propor a ampliação do quadro de técnicos de manutençãocom 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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	0%	Esta em processo licitatório sob nº 2017.00017839-24, a aquisição de equipamentos para a Rede Municipal de Saúde, em fase de elaboração do Edital para abertura da licitação.
2o	0%	Esta em processo licitatório sob nº 2017.00017839-24, a aquisição de equipamentos para a Rede Municipal de Saúde, em fase de respostas às

		impugnações das empresas quanto ao Edital 150/2018.
3o	0%	Os processos licitatórios foram desencadeados, mas houve morosidade administrativa para finalização das aquisições. Esta em processo licitatório sob nº 2017.00017839-24, a aquisição de equipamentos para a Rede Municipal de Saúde, em fase de respostas às impugnações das empresas quanto ao Edital 150/2018. Também estão em andamento processos para aquisição de mobiliário administrativo, mobiliário hospitalar, eletroeletrônicos e outros equipamentos médicos: SEI 2017.00021123-31, 2018.00015180-15, 2018.00014354-97, 2018.00015489-33
RAG	0%	Esta em processo licitatório sob nº 2017.00017839-24, a aquisição de equipamentos para a Rede Municipal de Saúde, em fase de respostas às impugnações das empresas quanto ao Edital 150/2018. Também estão em andamento processos para aquisição de mobiliário administrativo, mobiliário hospitalar, eletroeletrônicos e outros equipamentos médicos: SEI 2017.00021123-31, 2018.00015180-15, 2018.00014354-97, 2018.00015489-33. Planilha abaixo: Prestação de contas de emendas parlamentares.
PAS	100%	Manter processos licitatórios visando agilidade e economicidade nas aquisições 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 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.

AÇÃO PPA : 23 - Adquirir bens para móveis para saúde: equipamentos, máquinas, e veículos e equip operacionais para saúde SUB FUNÇÃO : 301 - Atenção Básica -Equipamentos adquiridos META FIXADA: 2.700 META ADQUIRIDA:0						
INDICADOR matriz RDQA: 6.ii.1 - Percentual de equipamentos adquiridos para Atenção Básica em Campinas META : 2738 META ALCANÇADA: 0						
PROCESSO SEI	PROPOSTA, EMENDA	VALOR PROPOSTA DA EMENDA	Valor empenhado ou da indicado da dotação orçamentária	Valor total empenhado ou adquirido	Nº ITENS empenhados ou a adquirir	Nº itens adquiridos
SEI 2017.00017839-24	13704.311000/1150-03,	Total da proposta R\$ 600.000,00	R\$ 644.505,73	xx	9 itens a adquirir	xxx
	13704.311000/1150-18,	Total da proposta R\$ 225.600,00	R\$ 242.491,15	xx	42 itens a adquirir	xxx
	13704.311000/1160-03,	Total da proposta R\$1.398.700,00	R\$ 1.073.754,76	xxx	130 itens a adquirir	xxx
	13704.311000/1160-06,	Total da proposta R\$ 201.600,00	R\$ 82.716,36	xx	15 itens a adquirir	xxx
	13704.311000/1160-10,	Total da proposta R\$ 2.150.000,00	R\$ 2.223.613,36	xx	28 itens a adquirir	xxx
SEI 2017.00021123-31	13704.311000/1140-13	R\$2.000,00 do total de R\$ 499.380,00	R\$ 1.052,65	xx	1 item a adquirir	xxx
	13704.311000/1140-15	R\$4.000,00 do total proposta R\$444.820,00	R\$ 2.090,69	xx	2 itens a adquirir	xxx
SEI 2016.00003124-21	13704.311000/1140-02,	Total da proposta R\$159.530,00	R\$ 13.904,91	xx	71 itens a adquirir	xxx
	13704.311000/1140-09,	R\$285.760,00 do total da proposta R\$285.760,00	R\$ 89.726,44	xx	367 itens a adquirir	xxx
	13704.311000/1140-11	Total da proposta R\$51.290,00	R\$ 38.399,99	xxx	121 itens a adquirir	xxx
	13704.311000/1140-13,	R\$17.250,00 do total da proposta de R\$ 499.380,00	R\$ 18.519,99	xx	60 itens a adquirir	xxx
	13704.311000/1140-15,	R\$26.860,00 do total da proposta R\$ 444.820,00	R\$ 29.138,70	xx	103 itens a adquirir	xxx
SEI 2016.00002641-92	13704.311000/1140-13	R\$20.430,00 do Total da Proposta R\$499.380,00	R\$ 20.300,03	xxx	20 itens a adquirir	xxx
	13704.311000/1140-15	R\$43.760,00 do total da proposta R\$ 444.820,00	R\$ 43.523,11	xxx	41 itens a adquirir	xxx
SEI 2017.00021060-12	3704.311000/1160-03	Total da Proposta R\$ 1.398.700,00	sem indicação da dotação	xxx	130 itens a adquirir	xxx
	3704.311000/1160-06	Total da Proposta R\$201.600,00	sem indicação da dotação	xxx	15 itens a adquirir	xxx
SEI 2016.0002653-26	3704.311000/1140-15	fechou o protocolo e está inacessível				
SEI 2018.0008432-14	13704311000/1140-15	R\$ 69.717,25	R\$ 69.717,25	xxx	02 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1177-19	R\$ 91251,6 do total da proposta de R\$ 126.570,00	R\$ 91.251,60	xxx	2 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1177-16	R\$45.625,80 do total R\$ 230.000,00	R\$ 45.625,80	xxx	01 item a adquirir	xxx
	13704311000/1177-15	R\$ 457.005,18 do total da proposta de R\$ 676.000,00	R\$ 457.005,18	xxx	15 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1177-05	R\$ 45.625,80 do total da proposta de R\$ 400.000,00	R\$ 45.625,80	xx	01 item a adquirir	xxx
SEI 2018.00015180-15	13704311000/1140-13	R\$ 210.450,15	R\$ 210.450,05	xx	06 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1177-03,	R\$ 61.800,00Total de R\$ 200.000,00	sem indicação dotação	xxx	37itens a adquirir	xxx
	13704311000/1170-04	R\$ 284.700,00Total de R\$299.500,00	sem indicação dotação	xxx	14 itens a adquiri	xxx
	13704311000/1177-05	R\$349.000,00 Total de R\$ 400.000,00	sem indicação dotação	xxx	5 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1177-12	R\$ 247.499,00 Total de R\$ 249.999,00	sem indicação dotação	xxx	13 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1177-11	R\$ 117.500,00Total de R\$ 123.410,00	sem indicação dotação	xx	2 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1177-16	R\$61.790,00Total de R\$ 230.000,00	sem indicação dotação	xx	32 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1170-02	R\$ 145.620,00Total de R\$ 400.000,00	sem indicação dotação	xxx	63 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1177-19	R\$15.600,00 Total da proposta R\$ 126.570,00	sem indicação dotação	xx	06 itens a adquirir	xxx
SEI 2018.00015344-79	13704311000/1177-06	R\$ 14.000,00 Total de R\$ 24.000,00	sem indicação dotação	xx	2 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1177-20	R\$700,00 Total de R\$9.750,00	sem indicação dotação	xxx	02 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1170- 02	Total da proposta R\$400.000,00	sem indicação dotação	xxx	597 itens totais da	xxx
	13704311000/1177- 03	Total da proposta R\$200.000,00	sem indicação dotação	xxx	308 itens Totais da	xxx
	13704311000/1170- 04	Total de R\$299.500,00	sem indicação dotação	xx	21 itens totais d a	xxx
	13704311000/1177- 05	Total da proposta R\$400.000,00	sem indicação dotação	xxx	16 itens Totais da	xxx
	13704311000/1177- 06	Total da proposta R\$24.000,00	sem indicação dotação	xxx	21 itens Totais da	xxx
	13704311000/1177- 16	Total da proposta R\$230.000,00	sem indicação dotação	xxx	315 itens Totais da	xxx
	13704311000/1177- 11	Total da proposta R\$2123.410,00	sem indicação dotação	xxx	12 itens Totais da	xxx
SEI 2018.00015489-33	13704311000/1177- 20	Total de R\$ 9.750,00	sem indicação dotação	xxx	13 itens Totais da	xxx
	13704311000/1177- 15	Total da proposta R\$676.000,00	sem indicação dotação	xxx	17 itens Totais da	xxx
	13704311000/1177- 19	Total da proposta R\$126.570,00	sem indicação dotação	xxx	21 itens Totais da	xxx
	13704311000/1177- 19	R\$90.000,00 do total de R\$ 126.570,00	sem indicação dotação	xxx	2 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1177- 16	R\$45.000,00 do total de Porposta R\$230.000,00	sem indicação dotação	xxx	1 item a adquirir	xxx
SEI 2018.00015475-38	13704311000/1177- 15	R\$675.000,00 do Total de R\$ 676.000,00	sem indicação dotação	xxx	15 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1177- 05	R\$45.000,00 do total de Porposta R\$400.000,00	sem indicação dotação	xxx	1 item dde total de 19	xxx
	13704311000/1177-20	R\$ 6.150,00	sem indicação dotação	xxx	03 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1177-11	R\$ 5.150,00	sem indicação dotação	xxx	7 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1177-16	R\$ 55.820,00	sem indicação dotação	xxx	59 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1177-06	R\$ 5.230,00	sem indicação dotação	xxx	07 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1177-05	R\$ 5.070,00	sem indicação dotação	xxx	07 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1177-03	R\$ 70.890,00	sem indicação dotação	xxx	63 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1170-02	R\$ 73.610,00	sem indicação dotação	xxx	106 itens a adquirir	xxx
SEI 2018.00014354-97	13704311000/1177-12	R\$ 1.700,00	sem indicação dotação	xxx	1 item a adquirir	xxx
	13704311000/1177-19	R\$ 11.420,00	sem indicação dotação	xxx	5 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1177-03	R\$ 30.380,00	sem indicação dotação	xxx	52 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1177-06	R\$ 2.130,00	sem indicação dotação	xxx	4 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1177-05	R\$ 280,00	sem indicação dotação	xxx	1 item a adquirir	xxx
SEI 2018.00014354-97	13704311000/1177-19	R\$ 8.350,00	sem indicação dotação	xxx	5 itens a adquirir	xxx
	13704311000/1177-20	R\$ 1.450,00	sem indicação dotação	xxx	1 item a adquirir	xxx

Fonte: Relatório dos Convênios Governamentais (Anexo)

INDICADOR 6.ii.1		SUB-FUNÇÃO 301		ATENÇÃO BÁSICA	
Nº PROPOSTA	NOME PARLAMENTAR	Nº EMENDA	VALOR	DESTINAÇÃO	OBJETO
13704.3110001/18-004	ANA PERUGINI	30440005	R\$ 650.000,00	ATENÇÃO BÁSICA – Centros de Saúde: Barão Geraldo, Campina Grande, Campo Belo, Campos Elíseos, Cássio Raposo do Amaral, Centro, Costa e Silva, DIC I, DIC III, Orozimbo Maia, Fernanda, Jardim Aurélio, Jardim Capivari, Jardim Conceição, Jardim Eulina, Jardim Ipaussurama, Jardim Rossin, Jardim Santa Mônica, Jardim São Marcos, Joaquim Egídio, Lisa, Oziel, Parapanema, Parque Figueira, Parque Itajaí, Santa Bárbara, Parque Valença, Vista Alegre, Vila 31 de Março, Vila União, Vila Rica, Vila Pe. Anchieta, Vila Ipê, União de Bairros, Taquaral, Satélite Iris I, São Quirino, São José, São Domingos, São Bernardo	Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes.
	RENATA ABREU	37460004	R\$ 100.000,00	Santo Antônio, Santa Rosa, Santa Odila, Santa Lucia	
	ANTONIO CARLOS MENDES THAME	10660001	R\$ 200.000,00	San Martin, San Diego Rosália, Perseu Leite Barros, Pedro Aquino.	
36000.1828472/01-800	CARLOS SAMPAIO	15270011	R\$ 400.000,00	ATENÇÃO BÁSICA – INCREMENTO PAB	Manutenção De Unidades De Saúde
36000.1828942/01-800	CARLOS SAMPAIO	15270010	R\$ 400.000,00	ATENÇÃO BÁSICA – INCREMENTO PAB	Manutenção De Unidades De Saúde
13704.3110001/18-006	PROGRAMA ATENÇÃO BÁSICA - SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ	XXXXXX	R\$ 250.000,00	ATENÇÃO BÁSICA: Barão Geraldo; Campina Grande; Campo Belo; Campos Elíseos; Carvalho De Moura; Centro; Costa e Silva; Dic I; Dic III; Orozimbo Maia; Fernanda; Jardim Aurélio; Jardim Capivari; Jardim Conceição; Jardim Eulina; Jardim Rossin; Jardim Santa Mônica; Jardim São Marcos; Joaquim Egídio; Lisa; Parapanema; Parque Itajaí; Santa Bárbara; Parque Valença; Rosália; San Diego; Santa Lucia; Santa Rosa; Santo Antônio; São Bernardo; São Quirino; Sousas; Taquaral; União De Bairros; Vila Ipê; Vila Padre Anchieta; Vila Rica; Vila União; Vila 31 De Março; Village; Vista Alegre.	Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes.
13704.3110001/18-007	PROGRAMA ATENÇÃO BÁSICA - SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ	XXXXXX	300.000,00	ATENÇÃO BÁSICA –Centros de Saúde: Boa Esperança; Campina Grande; Campo Belo; Campos Elíseos Tancredo Neves; Carlos Gomes; Carvalho De Moura; Cássio Raposo Do Amaral; Centro; Dic I; Dic III; Orozimbo Maia; Fernanda; Jardim Capivari; Jardim Rossin; Jardim São Marcos; Joaquim Egídio; Lisa Parapanema; Parque De Figueira; Parque Itajaí; Parque Valença; Pedro De Aquino Neto; Rosália; San Martin; Santa Lucia; Santa Odila; Santa Rosa; Santo Antonio; Santos Dumont; São Bernardo; São Domingos; São Vicente; Sousas; Taquaral Padre Milton Santana; União Dos Bairros; Vila Ipê; Vila Padre Anchieta; Vila Rica; Vila União; Vila 31 De Marco; Vista Alegre.	Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes.
13704.3110001/18-008	Atenção à Saúde das Mulheres com Deficiência e Mobilidade	XXXXXX	54.000,00	ATENÇÃO BÁSICA - Centros de Saúde: Jardim Aurélio; Jardim Ipaussurama e Jardim Rossin	Mesa Ginecológica Acessível
TOTAL DE RECURSOS FEDERAIS:			R\$ 2.354.000,00		

INDICADOR 6.ii.1		SUB-FUNÇÃO 301		ATENÇÃO BÁSICA
PROPOSTAS	OBJETO	SETOR	VALOR	EXECUÇÃO
13704.311000/1170-02 13704.311000/1170-04 13704.311000/1177-03 13704.311000/1177-05 13704.311000/1177-06 13704.311000/1177-11 13704.311000/1177-15 13704.311000/1177-16 13704.311000/1177-19 13704.311000/1177-20	AQUISIÇÃO DE MOBILIÁRIO ADMINISTRATIVO	REDE MUNICIPAL DE SAÚDE	R\$ 162.520,00	PMC.2018.00015344-79
13704.311000/1170-02 13704.311000/1177-03 13704.311000/1177-05 13704.311000/1177-06 13704.311000/1177-16 13704.311000/1177-19 13704.311000/1177-20	AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS ELETRONICOS	REDE MUNICIPAL DE SAÚDE	R\$ 164.460,00	PMC.2018.00014354-97
13704.311000/1177-12	EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA.	REDE MUNICIPAL DE SAÚDE	R\$ 800,00	PMC.2018.00015488-52
13704.311000/1170-02 13704.311000/1170-04 13704.311000/1177-03 13704.311000/1177-05 13704.311000/1177-06 13704.311000/1177-11 13704.311000/1177-12 13704.311000/1177-16 13704.311000/1177-19 13704.311000/1177-20	AQUISIÇÃO DE MOBILIÁRIO HOSPITALAR	REDE MUNICIPAL DE SAÚDE	R\$ 249.740,00	PMC.2018.00015475-38
13704.311000/1170-02 13704.311000/1170-04 13704.311000/1177-03 13704.311000/1177-05 13704.311000/1177-06 13704.311000/1177-11 13704.311000/1177-12 13704.311000/1177-16 13704.311000/1177-19 13704.311000/1177-20	AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO HOSPITALAR	REDE MUNICIPAL DE SAÚDE	R\$ 1.298.209,00	PMC.2018.00015180-15
13704.311000/1177-05 13704.311000/1177-15 13704.311000/1177-16 13704.311000/1177-19	AQUISIÇÃO DE VEÍCULOS DE PEQUENO PORTE	REDE MUNICIPAL DE SAÚDE	R\$ 855.000,00	PMC.2018.00015489-33
13704.311000/1177-16	AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS ODONTOLÓGICOS	REDE MUNICIPAL DE SAÚDE	R\$ 8.500,00	PMC.2018.00015486-91
36000.1828472/01-800 36000.1828942/01-800	INCREMENTO PAB	CUSTEIO DA REDE BÁSICA DE SAÚDE	800.000,00	Não Informado.
13704.311000/1177-17 13704.311000/1177-18	AQUISIÇÃO DE VEÍCULO PARA TRANSPORTE SANITÁRIO	REDE MUNICIPAL DE SAÚDE	R\$ 760.000,00	PMC.2018.00014820-61
TOTAL DE RECURSOS ENCAMINHADOS PARA EXECUÇÃO A.B.:			R\$ 4.299.229,00	

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Indicador novo Ação 23 (302) do PPA

Método de Cálculo

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

Meta:

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

Ações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	0%	Esta em processo licitatório sob nº 2017.00017839-24, a aquisição de equipamentos para a Rede Municipal de Saúde, em fase de elaboração do Edital para abertura da licitação.
2o	0%	Esta em processo licitatório sob nº 2017.00017839-24, a aquisição de equipamentos para a Rede Municipal de Saúde, em fase de

		respostas às impugnações das empresas quanto ao Edital 150/2018.
3o	8,88%	Foram adquiridos 21 equipamentos para o CHPEO.
RAG	8,88%	Foram adquiridos 35 equipamentos para CHPEO SEI PMC 2016.00004926-59, verba do Convênio 2855/2007 no valor de R\$ 614.311,00. Em janeiro de 2018 foi adquirido um tomógrafo para CHPEO - R\$1.639.000,00 - verba Convênio 2855/2007 - processo SEI PMC 2016.00003578-75. Totalizando R\$ 2.253.311,00. Está em processo licitatório sob nº 2017.00017839-24, a aquisição de equipamentos para a Rede Municipal de Saúde, em fase de respostas às impugnações das empresas quanto ao Edital 150/2018. Encontra-se em andamento aquisições de mobiliários administrativos, hospitalares, equipamentos eletrônicos e outros equipamentos hospitalares: SEI 2017.00021123-31, 2018.00015180-15, 2018.00014354-97, 2018.00015489-33 Planilha abaixo: Prestação de contas de emendas parlamentares
PAS	100%	Informar periodicamente (quadrimestralmente) os equipamentos adquiridos e entregues no Almoxarifado Manter processos licitatórios visando agilidade e economicidade nas aquisições

INDICADOR 6.ii.2		SUB-FUNÇÃO 302		ATENÇÃO ESPECIALIZADA	
Nº PROPOSTA	NOME PARLAMENTAR	Nº EMENDA	VALOR	DESTINAÇÃO	OBJETO
13704.3110001/18-005	JOSÉ SERRA	22950023	R\$ 200.000,00	ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE: Policlínicas I, II e II.	Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes.

TOTAL DE RECURSOS FEDERAIS:	R\$ 200.000,00
-----------------------------	----------------

1.2 - Recursos de Emenda Parlamentar Estadual.

INDICADOR 6.ii.2		SUB-FUNÇÃO 302		ATENÇÃO ESPECIALIZADA	
Nº PROCESSO SANI	NOME PARLAMENTAR	EMENDA	VALOR	DESTINAÇÃO	OBJETO
2018SES0990	CELIA LEÃO	2018.017.005-0	R\$ 120.000,00	Hospital Municipal DR. Mario Gatti	AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS
2018SES0989	CELIA LEÃO	2018.017.003-5	R\$ 500.000,00	Laboratório Municipal	CUSTEIO
TOTAL DE RECURSOS ESTADUAIS:			R\$ 620.000,00		

<p>AÇÃO PPA : 23 - Adquirir bens móveis para saúde: equipamentos, máquinas, e veículos e equip operacionais para saúde</p> <p>SUB FUNÇÃO : 302 - Especialidades - equipamentos adquiridos</p> <p>META: 405 META ATINGIDA:36</p>						
<p>INDICADOR matriz RDQA : 6.ii.2 - Percentual de equipamentos adquiridos para Atenção Especializada, Hospitalar e Centros de Referência em Campinas</p> <p>META FIXADA: 405 META ATINGIDA: 35 - 8,88%</p>						
PROCESSO SEI	PROPOSTA, EMENDA	VALOR PROPOSTA DA EMENDA	Valor empenhado ou da indicado da dotação orçamentária	Valor total empenhado ou adquirido	Nº ITENS empenhados ou a adquirir	Nº itens adquiridos
SEI 2017.00017839-24	13704.311000/1150-01	R\$395.500,00 do total da proposta de R\$ 395.500,00	R\$ 425.147,13	xxx	26 itens a adquirir	xxx
	13704.311000/1160-07	R\$39.870,00 do total da proposta de R\$39.870,00	R\$ 35.461,21	xxx	7 itens a adquirir	xxx
SEI 2017.00021123-31	13704.311000/1160-09	R\$11.330,00 do total da proposta de R\$49.730,00	R\$ 11.364,56	xxx	16 itens a adquirir	xxx
SEI 2018.00015180-15	137043110001177-12	R\$247.499,00 do total da proposta de R\$ 249.999,00	sem indicação de dotação orçamentária	xxx	13 itens a adquirir	xxx
	137043110001170-04	R\$284.700,00 do total da proposta de R\$299.500,00 - ainda sem indicação da dotação	sem indicação de dotação orçamentária	xxx	14 itens a adquirir	xxx
SEI 2018.00015488-52	137043110001177-12	R\$ 249.199,00 do total da proposta R\$ 249.999,00	sem indicação de dotação orçamentária	xxx	14 itens a adquirir	xxx
SEI 2018.00015344-79	137043110001170-04	R\$100,00 de R\$ 299.500,00	sem indicação de dotação orçamentária	xxx	1 item a adquirir	xxx
SEI 2018.00015475-38	137043110001177-12	R\$1.700,00 do total de R\$249.999,00	sem indicação de dotação orçamentária	xxx	1 item a adquirir	xxx
	137043110001170-04	R\$14.700,00 do total da proposta de R\$299.500,00	sem indicação de dotação orçamentária	xxx	6 itens a adquirir	xxx
SEI 2017.00021060-12	3704.311000/1160-07	total da proposta de R\$39.870,00	sem indicação de dotação orçamentária	xxx	7 itens a adquirir	xxx
	3704.311000/1160-09	total da proposta R\$49.730,00	sem indicação de dotação orçamentária	xxx	119 itens a adquirir	xxx
SEI 2016.00003578-75 - tomografo para CHPEO	ConVênio 2855/2007	R\$ 1.787.475,80	R\$ 1.848.840,00	R\$ 1.639.000,00	1 item	1 item
SEI 2016.0004926-59	ConVênio 2855/2007	R\$ 614.311,00 da contrapartida do Convênio 2855/2007(R\$972.305,66)	R\$ 614.311,00	R\$ 614.311,00	35 itens	35 itens

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

Relevância do Indicador

Permite monitorar a incorporação de equipamentos para imunobiológicos, na SMS

Série Histórica

Indicador novo Ação 23 (305) do PPA

Método de Cálculo

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

Meta:

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

Ações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	0%	Esta em processo licitatório sob nº 2017.00017839-24, a aquisição de equipamentos para imunobiológicos para a Rede Municipal de Saúde, em fase de elaboração do Edital para abertura da licitação.
2o	0%	Esta em processo licitatório sob nº 2017.00017839-24, a aquisição de equipamentos para a Rede Municipal de Saúde, em fase de respostas às impugnações das empresas quanto ao Edital 150/2018.
3o	0%	Os processos licitatórios foram desencadeados, mas houve morosidade administrativa para finalização das aquisições. Esta em processo licitatório sob nº 2017.00017839-24, a aquisição de 64 câmaras de vacina para a Rede Municipal de Saúde, em fase de respostas às impugnações das empresas quanto ao Edital 150/2018.
RAG	0%	Esta em processo licitatório sob nº 2017.00017839-24, a aquisição de 64 câmaras de vacina para a Rede Municipal de Saúde, em fase de respostas às impugnações das empresas quanto ao Edital 150/2018. Planilha abaixo: Prestação de contas de emendas parlamentares
PAS	100%	Manter processos licitatórios visando agilidade e economicidade nas aquisições Informar periodicamente (quadrimestralmente) os equipamentos adquiridos e entregues no Almoxarifado

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Indicador novo Ação 24 (301) do PPA

Método de Cálculo

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

Meta:

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

Ações:

	Ações	Responsáveis
6.ii.4.a.	Realizar previsão e solicitação de construção, reforma e ampliação Unidades de Saúde junto ao DA	Gabinete do Secretário, DS e Distritos
6.ii.4.b.	Manter processos licitatórios visando agilidade e economicidade nas licitações	DA e SMA
6.ii.4.c.	Informar ao DA e DS o efetivo repasse financeiro por meio das portarias ministeriais	NCG/ DGDO, e FMS
6.ii.4.d.	Manter ações do Núcleo de Convênios Governamentais (NCG) – DGDO para buscar parcerias federais e estaduais	NCG/ DGDO e DS
6.ii.4.e.	Apresentar prestações de contas e buscar parcerias dos convênios governamentais para captação de recursos para aquisições	NCG/ DGDO e FMS, DS e DA
6.ii.4.f.	Informar periodicamente (quadrimestralmente) as construções entregues	NCG/ DGDO e DS e DA
6.ii.4.g.	Realizar readequações na infraestrutura dos consultórios atuais, considerando normas estabelecidas pela vigilância Sanitária, condutas de biossegurança, princípios de ergonomia e manutenção de privacidade dos pacientes e propor que em novas unidades ou após reformas, os consultórios estejam dentro dessas normas. Recomendações: * Sanar de forma efetiva os problemas encontrados nos atuais consultórios odontológicos das UBSs. * Readequar o número de cadeiras odontológicas por unidades.	Gabinete do Secretário, DS e Distritos, NCG/ DGDO e DA
6.ii.4.h.	Efetivar grupo técnico interdepartamental da SMS para discussões, levantamento de necessidades e planejamento das ações de adequação das unidades próprias, de acordo com as normas sanitárias vigentes. Recomendações: * Realizar seminários e capacitações pela VISA(s) destinado a rede sobre biossegurança e vigilância sanitária. * Estabelecer protocolo claro e realizar divulgação efetiva sobre as ações com os resíduos sólidos das UBSs e apontar o local de destinação destes resíduos. * Solicitar que as VISA(s) realizem vistoria sanitária uma vez por ano em todos os consultórios odontológicos das UBS e que aponte as adequações quando necessárias. * Garantir a participação de profissionais da área de saúde bucal nas discussões sobre Vigilância dos próprios.	Gabinete do Secretário, DS e Distritos e CS, NCG/ DGDO, DEVISA e DA

Resultados

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

		as construções: CS Boa Vista, CS Nova América, CS Bassoli, CS Esmeraldina, CS São Cristóvão, estão em fase final de licitação da obra.
2o	16,66%	Os processos estão em diversas fases, conforme planilha 1 abaixo. As obras do Projeto Saúde em Ação, com recursos do BID e sob gestão da Secretaria de Estado da Saúde, conforme planilha 2 abaixo.
3o	22,22%	Foram entregues as seguintes obras: CS Santos Dumont (04.05. 2018), CS Satélite Iris I (17.08.2018) e CS Perseu (13.11.2018) pelo Programa Saúde em Ação em parceria com a Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo , e a reforma do CS Vila Ipê.
RAG	22,22%	<p>Foram entregues as seguintes obras: CS Santos Dumont (04.05. 2018), CS Satélite Iris I (17.08.2018) e CS Perseu (13.11.2018) pelo Programa Saúde em Ação em parceria com a Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo, e a reforma do CS Vila Ipê.</p> <p style="text-align: center;">Projeto Saúde em Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inaugurado: CS Santos Dumont, CS Satélite Iris I e CS Perseu. • Construção: CS Satélite Iris II, CS DIC VI, CS Florence - obra em execução, com previsão de conclusão em Fevereiro de 2019. • Construção: CS São Cristóvão e CS Esmeraldina - obra em execução, com previsão de conclusão no segundo semestre de 2019. • Construção: CS Boa Vista e CS Nova América - obra em execução, com previsão de conclusão no primeiro semestre de 2019. • Obras de reforma: CS São Quirino, CS Jardim Aeroporto, CS São José, CS Integração, CS Parque Floresta, CS Jardim Conceição, CS Costa e Silva, CS Ipaussurama - obras em execução, com previsão de conclusão no segundo semestre de 2019. • Em processo de licitação: CS Bassoli. <p>Planilha : Prestação de contas de emendas parlamentares</p>
PAS	100%	<p>Manter processos licitatórios visando agilidade e economicidade nas licitações</p> <p>Informar periodicamente (quadrimestralmente) as construções entregues Apresentar prestações de contas e buscar parcerias dos convênios governamentais para captação de recursos para aquisições</p>

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

PROGRAMA SAÚDE EM AÇÃO			
OBRA	UNIDADE	PORTE	PREVISÃO DE ENTREGA DA OBRA
NOVA	CS PERSEU	UBS 2	Inaugurado: 13/11/2018
NOVA	CS ST. DUMOUNT	UBS 2 E	Inaugurado: 03/05/2018
NOVA	CS SATÉLITE ÍRIS I	UBS 2	Inaugurado: 17/08/2018

PROGRAMA SAÚDE EM AÇÃO			
OBRA	UNIDADE	PORTE	PREVISÃO DE ENTREGA DA OBRA
NOVA	CS SATÉLITE ÍRIS II	UBS 2	Fev/2019
NOVA	CS DIC VI	UBS 2	Fev/2019
NOVA	CS SAÚDE FLORENCE	UBS 2	Fev/2019
NOVA	CS NOVA AMÉRICA	UBS 2	Mai/2019
NOVA	CS ESMERALDINA	UBS 2	Jul/2019
NOVA	CS BOA VISTA	UBS 2	Mai/2019
REFORMA	CS SÃO QUIRINO	UBS	Jul/2019
REFORMA	CS JARDIM AEROPORTO	UBS	Jul/2019
REFORMA	CS SÃO JOSÉ	UBS	Jul/2019
REFORMA	CS INTEGRAÇÃO	UBS	Jul/2019
REFORMA	CS PARQUE FLORESTA	UBS	Jul/2019
REFORMA	CS JARDIM CONCEIÇÃO	UBS	Jul/2019
REFORMA	CS COSTA E SILVA	UBS	Jul/2019
NOVA	CS SÃO CRISTÓVÃO	UBS 2	Jul/2019
REFORMA	CS IPAUSSURAMA	UBS	Jul/2019
NOVA	CS BASSOLI	UBS 2	Em processo Licitatório

AÇÃO PPA : 24 - Construir, reformar e/ou ampliar unidades de saúde FUNÇÃO: 301 - AB - Obras entregues					
Meta: 18			Meta cumprida: 04		
INDICADOR matriz RDQA - 6.ii.4 :Percentual de obras (construções, reformas e/ou ampliações) concluídas e entregues para Atenção Básica					
Meta: 18 unidades			Meta atingida: 4 unidades - 22,22%		
OBRAS	PROCESSO	CONVÊNIO	VALOR CONVÊNIO PARA 2018	VALOR EMPENHADO	VALOR PAGO
CS Capivari - Obras em andamento	Prot. 2017/10/09106	FEDERAL/CEF	R\$ 484.144,00	xxxxxx	xxxxxx
Santa odila - Obras em andamento	Prot. 2013/10/29694	FEDERAL/CEF	R\$ 206.064,00	R\$ 277.794,20	R\$ 277.794,20
CS Vila Ipê OBRA ENTREGUE	Prot. 2015/10/38166	FEDERAL/FNS	R\$ 350.000,00	R\$ 267.385,43	R\$ 267.385,43
CS Rosalia - Obras em andamento	Prot. 2015/10/38465	FEDERAL/FNS	R\$ 300.864,00	R\$ 143.034,98	R\$ 143.034,98
CS Lisa - Obras em andamento	Prot. 2013/10/29693	FEDERAL	R\$ 733.000,00	R\$ 44.477,57	Empenho cancelado
C S Campina grande - Obras em andamento	Prot. 2013/10/32538	FEDERAL	R\$ 618.000,00	Projeto arquitetônico concluído; na SMI para atualização do orçamento Previsão para licitação: 2019	xxxxxx
CS Santo Antônio - Obras em andamento	Prot. 2013/10/51390	FEDERAL/CEF	R\$ 320.000,00	R\$ 287.187,99	R\$ 287.187,99
CS Santa Rosa - não iniciado	Prot. 2015/10/38164	FEDERAL/FNS	R\$ 350.000,00	xxxxxx	xxxxxx

Formalização de Termos de Acordo e Compromisso (TAC)

EMPRESA	EMPREENDIMENTO	VALOR	BENEFICIÁRIO
MRV	PARQUE DAS CACHOEIRAS E PARQUE DOS CANTOS	R\$1.598.715,20	C.S. SÃO VICENTE
NOBRES EMPREENDIMENTOS IMOBILIÁRIOS LTDA.	DIRECIONAL SÃO GABRIEL	R\$ 816.382,7	POLICLÍNICA II

Unidade	Tipo de obra	1º RDQA - 2018	2º RDQA - 2018	3º RDQA - 2018
CS Capivari	Ampliação	Prot. 2014/10/18109 Na SEINFRA para as correções solicitadas pela Caixa, atualização do orçamento e reencaminhamento	Prot. 2014/10/18109 Na SMA para conhecimento e parecer. Prot. 2017/10/09106 na SMA para conhecimento, análise e encaminhamento para licitação do remanescente.	Prot. 2017/10/9106 Obra licitada; empresa vencedora: R&K Construções, Reformas e Arquitetura Ltda. aguardando emissão de O. S. Previsão de início e de conclusão: 2019
CS Santo Antônio	Ampliação	Prot. 2013/10/51390 Após a revisão do orçamento pela SEINFRA, na Comissão Permanente de Licitação; em análise a proposta documental para habilitação da empresa vencedora da Licitação Previsão de início da execução em 2018.	Obra iniciada - empresa: CONSTRUTORA EDIZA INCORPORAÇÃO E COMÉRCIO LTDA.	Prot. 2013/10/51390 Obra em andamento; empresa: Construtora Ediza Incorporação e Comércio Ltda. - EPP Previsão de conclusão: 2019
CS Santa Odila	Ampliação	PROT. 2013/10/29694 Após a revisão do orçamento pela SEINFRA, na Comissão Permanente de Licitação; em análise a proposta documental para habilitação da empresa vencedora da Licitação Previsão de início da execução em 2018.	Obra iniciada - empresa: ENGTECH CONSTRUÇÕES E COMÉRCIO LTDA. ME	Prot. 2013/10/29694 Obra em andamento; empresa: Engetech Construções e Comércio Ltda. Previsão de conclusão: 2019
CS Vila Ipê	Reforma	Prot. 2015/10/38166 Após a revisão do orçamento pela SEINFRA, na Comissão Permanente de Licitação; habilitada a proposta da empresa vencedora da Licitação. Previsão de início da execução em 2018.	Obra iniciada - empresa: R&K CONSTRUÇÕES, REFORMAS E ARQUITETURA LTDA.-ME	Prot. 2015/10/38166 Obra Concluída; empresa: R&K Construções, Reformas e Arquitetura Ltda. - ME Previsão de conclusão : 2019
CS Rosália	Reforma	Prot. 2015/10/38465 Após a revisão do orçamento, na Comissão Permanente de Licitação; obra licitada e em análise da documentação. Previsão de início da execução em 2018.	Obra iniciada - empresa: R&K CONSTRUÇÕES, REFORMAS E ARQUITETURA LTDA.-ME	Prot. 2015/10/38465 Obra em andamento; empresa: R&K Construções, Reformas e Arquitetura Ltda. Previsão de conclusão: 2019
CS Santa Rosa	Reforma	Prot. 2015/10/38164 Na SEINFRA para revisão e atualização do orçamento.	Na SEINFRA para atualização de orçamento.	Prot. 2015/10/38164 Obra licitada; empresa vencedora: R&K Construções, Reformas e Arquitetura Ltda. Aguardando emissão de O. S. Previsão de início e de conclusão: 2019
CS Lisa	Construção	Prot. 2013/10/29693 Após a revisão do orçamento, na Comissão Permanente de Licitação para análise e providências. Previsão de início da execução em 2018.	Na SMA para análise e providências; em licitação Previsão de início da execução em 2018.	Prot. 2013/10/29693 Obra licitada e em andamento; empresa: Construtora Ediza Incorporação e Comércio Ltda. - EPP Previsão de conclusão: 2019
CS Village	Construção	Em projeto na SEINFRA. MS solicitou a devolução do recurso	em projeto na SEINFRA.	Projeto elaborado, aguardando previsão orçamentária e execução de rede de esgotos no local
CS Campina Grande	Construção	Prot. 2013/10/32538 No DA-SMS, aguardando autorização para reencaminhamento. Projeto arquitetônico concluído.	Projeto arquitetônico concluído. Aguardando recurso.	Prot. 2013/10/32538 Projeto arquitetônico concluído; na SMI para atualização do orçamento Previsão para licitação: 2019
CS São Vicente	Ampliação			Segundo informação da SEINFRA, há empecilhos técnicos para execução da ampliação prevista no T.A.C.

Devolução de Recursos

INDICADOR 6.ii.4	SUB-FUNÇÃO 301		ATENÇÃO BÁSICA	
Objeto	Proposta	Portaria	Data da Devolução	Valor Devolvido
Construção CS Vila Rica	51885242000111005	Portaria 1.663/2015	25/07/2018	163.385,29
Construção CS Campina Grande	51885242000111006	Portaria 1.663/2015	25/07/2018	142.962,14
Construção CS Bassoli	51885242000112008	Portaria 1.663/2015	25/07/2018	113.872,00
Construção CS Sirius/Cosmo	51885242000112013	Portaria 1.663/2015	25/07/2018	94.326,67
Construção CS Cosmo/Bassoli	51885242000112016	Portaria 1.663/2015	25/07/2018	37.957,34
Reforma CS Aurélia	13704311000112001	Portaria 1.663/2015	25/07/2018	54.314,65
Reforma CS Eulina	13704311000112221	Portaria 1.663/2015	25/07/2018	35.638,69
Reforma CS Barão Geraldo	13704311000112224	Portaria 1.663/2015	25/07/2018	49.183,20
Reforma CS Joaquim Egidio	13704311000112225	Portaria 1.663/2015	25/07/2018	34.452,83
Reforma CS 31 de Março	13704311000112229	Portaria 1.663/2015	25/07/2018	35.073,09
Reforma CS DIC I	13704311000112231	Portaria 1.663/2015	25/07/2018	51.456,56
Reforma CS Satélite Iris	13704311000112235	Portaria 1.663/2015	25/07/2018	18.203,25
Reforma CS Figueira	13704311000112238	Portaria 1.663/2015	25/07/2018	23.146,16
Reforma CS Pedro Aquino	13704311000112239	Portaria 1.663/2015	25/07/2018	49.506,99
Reforma CS Orozimbo Maia	13704311000112240	Portaria 1.663/2015	25/07/2018	49.688,69
Reforma CS Santa Bárbara	13704311000112242	Portaria 1.663/2015	25/07/2018	49.297,96
Reforma CS São Cristovão	13704311000112243	Portaria 1.663/2015	25/07/2018	44.076,34
Reforma CS Padre Anchieta	137043110001201103	Portaria 1.663/2015	25/07/2018	39.529,96
Reforma CS São Marcos	137043110001201104	Portaria 1.663/2015	25/07/2018	43.187,29
Reforma CS Perseu Leite de Barros	13704311000183201105	Portaria 1.663/2015	25/07/2018	22.615,45
Reforma CS Florence	13704311000183201106	Portaria 1.663/2015	25/07/2018	33.492,18
Reforma CS Valença	13704311000183201107	Portaria 1.663/2015	25/07/2018	31.564,16
Reforma CS Santo Antonio	13704311000183201114	Portaria 1.663/2015	25/07/2018	16.068,72
Reforma CS Vista Alegre	13704311000183201116	Portaria 1.663/2015	25/07/2018	35.843,89
Construção CS Campina Grande	13704311000114014	Portaria 2.133/2018	22/11/2018	191.749,32
Construção CS Village	13704311000114004	Portaria 2.133/2018	22/11/2018	191.749,32
Academia de Saúde Sousas	51885242000111010	Portaria 2.940/2016	25/07/2018	53.233,51
Academia de Saúde Capivari	51885242000111013	Portaria 2.940/2016	25/07/2018	53.233,51
Academia de Saúde Figueira	51885242000111014	Portaria 2.940/2016	25/07/2018	53.233,51
Academia de Saúde S. Cristovão	51885242000112005	Portaria 2.940/2016	25/07/2018	51.239,43

Total	1.863.282,10
-------	--------------

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Indicador novo Ação 24 (302) do PPA

Método de Cálculo

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

Meta:

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

Ações:

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

Resultados

RDQA	Valores	Comentários e Recomendações
1o	0	Os processos estão em fase de licitação conforme quadro abaixo.
2o	0	Os processos estão em fase de licitação, conforme planilha 1, abaixo. As obras do Projeto Saúde em Ação, com recursos do BID e sob gestão da Secretaria de Estado da Saúde, conforme planilha 2, abaixo.
3o	5,55%	Foi entregue a obra do PA Suleste Carlos Lourenço (01.2018). Obra foi recebida, mas ainda não está em funcionamento
RAG	5,55%	Em janeiro de 2018 foi lavrado Termo Definitivo de conclusão da obra de construção do PS Suleste.

		Projeto Saúde em Ação: <ul style="list-style-type: none"> • Construção: CAPS AD III Sudoeste - obra em execução, com previsão de conclusão em Março de 2019. • Construção: AME - Obra em andamento, com previsão de Conclusão no primeiro semestre de 2019. • CAPS Noroeste Integração - aguardando adequação de projeto. <p>Planilha: Prestação de contas de emendas parlamentares</p>
PAS	100%	Manter processos licitatórios visando agilidade e economicidade nas licitações Informar periodicamente (quadrimestralmente) as construções entregues Apresentar prestações de contas e buscar parcerias dos convênios governamentais para captação de recursos para aquisições

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

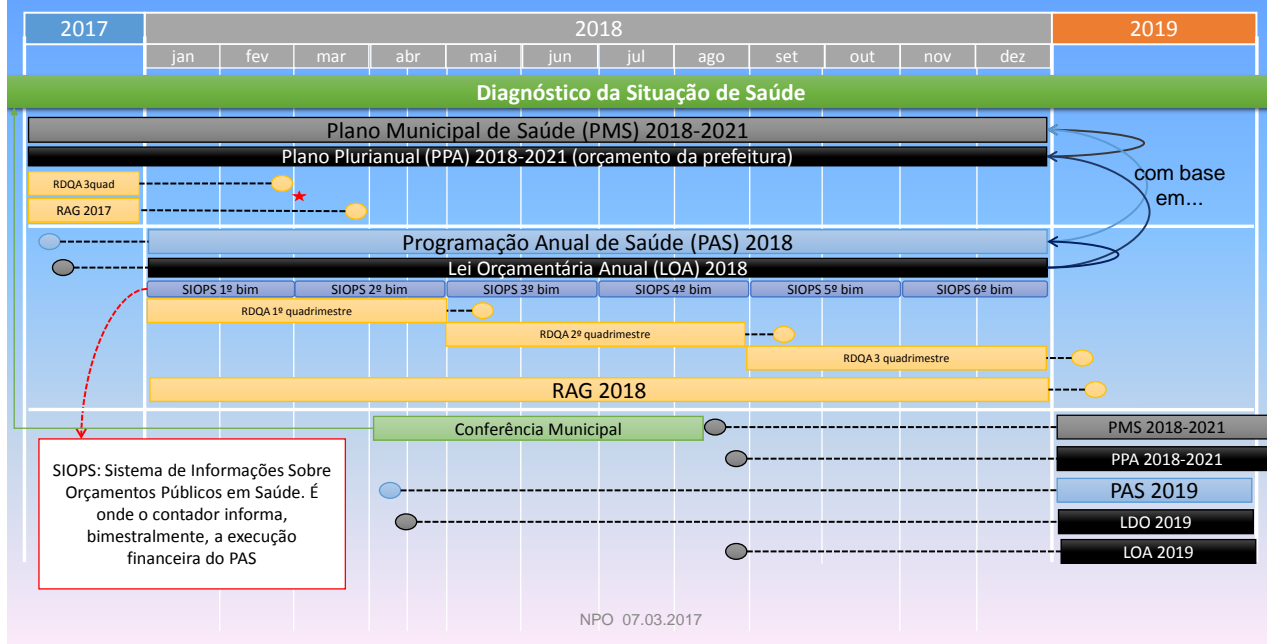
Unidade	Tipo obra	1º RDQA - 2018	2º RDQA - 2018	3º RDQA - 2018
P.S Ouro Verde	Reforma	Prot. 2018/10/01058		Prot. 2018/10/01058
		Após a revisão do orçamento, na Comissão Permanente de Licitação; publicado o edital para Licitação.	Obra licitada.	Obra em andamento; empresa: Referma Engenharia e Construção Ltda.
		Previsão de início da execução em 2018.	Previsão de início da execução em 2018	Previsão de conclusão: 2019
P.S Metropolitano	Construção	Prot. 2016/10/36657		Prot. 2016/10/36657
		Na Comissão Permanente de Licitação para encaminhamento.	Obra iniciada - empresa: CONSTRUTORA ALPHA VITÓRIA LTDA EPP	Obra em andamento; empresa: Construtora Alpha Vitória Ltda. - EPP
		Previsão de início da execução em 2018.		Previsão de conclusão: 2020
CRAIM	Construção	Na SEINFRA para as correções solicitadas pela Caixa, atualização do orçamento e reencaminhamento	Em andamento a adequação do projeto arquitetônico, em razão de novo escopo de serviços de atendimento.	Em andamento a adequação do projeto original às novas necessidades
Jardim dos Sentidos	Construção			Prot. 2013/10/49454 Projeto arquitetônico concluído; Obra licitada e em andamento; empresa: América Latina Construção Civil Eireli - EPP Previsão de conclusão: 2019

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

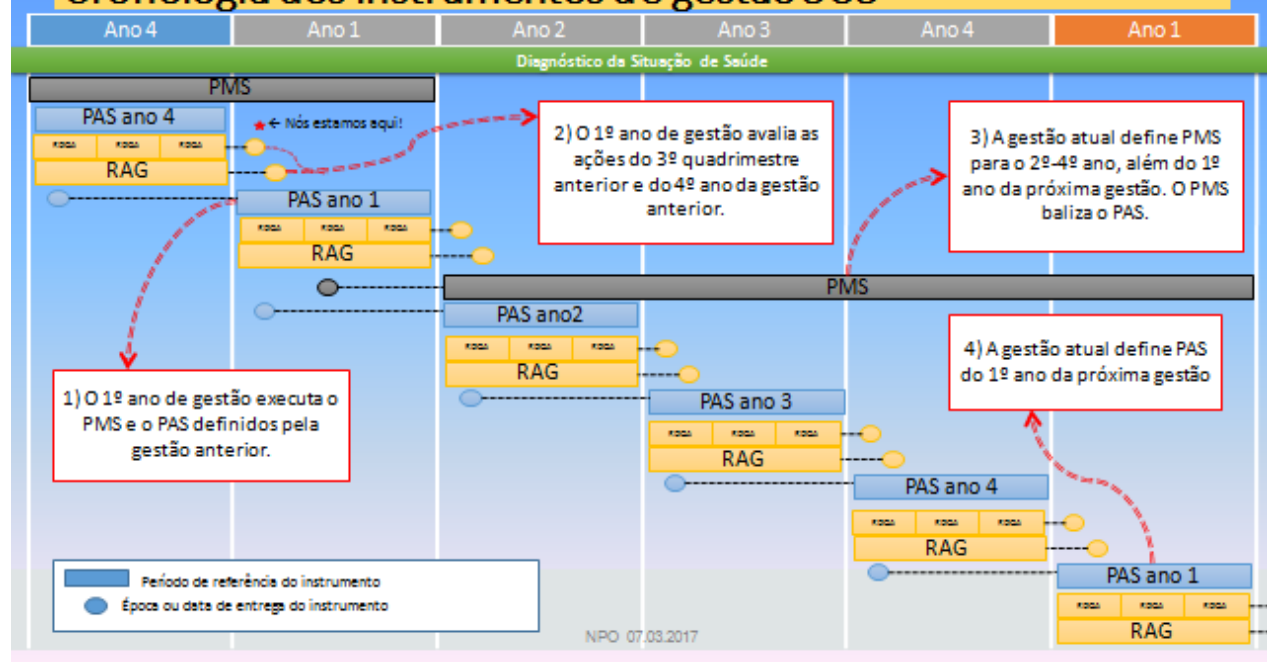
DEVOLUÇÃO DE RECURSOS

INDICADOR 6.ii.5	SUB-FUNÇÃO 302		ATENÇÃO ESPECIALIZADA	
Objeto	Proposta	Portaria	Data da Devolução	Valor Devolvido
Construção UPA Leste	13704311000113007	Portaria 2.941/2016	24/04/2018	553.759,05
			Total	553.759,05

Cronologia dos instrumentos de gestão SUS + orçamentários



































































Cronologia dos instrumentos de gestão SUS











ANEXOS:

RELATÓRIOS ATENÇÃO BÁSICA




















-  Relatório SUL - CENTRO DE SAUDE PARQUE DA FIGUEIRA (1246370).pdf
-  Relatório SUL CENTRO DE SAUDE OROZIMBO MAIA (1244611).pdf
-  Relatório SUL - CENTRO DE SAUDE VILA RICA - 2022834 (1242719).pdf
-  Relatório SUL - CENTRO DE SAUDE VILA IPE - 2023202 (1246339).pdf
-  Relatório SUL - CENTRO DE SAUDE SAO VICENTE - 2022915 (1234104).pdf
-  Relatório SUL - CENTRO DE SAUDE SAO JOSE - 2023628 1228045.pdf
-  Relatório SUL - CENTRO DE SAUDE SAO DOMINGOS (1247770).pdf
-  Relatório SUL - CENTRO DE SAUDE SAO BERNARDO - 2022656 (1238115).pdf
-  Relatório SUL - CENTRO DE SAUDE SANTA ODILA.pdf
-  Relatório SUL - CENTRO DE SAUDE SAN DIEGO GERALDO ELIAS (1239320).pdf
-  Relatório SUL - CENTRO DE SAUDE PARANAPANEMA - 2022869 (1244212).pdf
-  Relatório SUL - CENTRO DE SAUDE OZIEL - 6032419 (1238767).pdf
-  Relatório SUL - CENTRO DE SAUDE NOVA AMERICA - 6032397 (1245789).pdf
-  Relatório SUL - CENTRO DE SAUDE JARDIM ESMERALDINA - 2022796 (1245897).pdf
-  Relatório SUL - CENTRO DE SAUDE FERNANDA (1247815).pdf
-  Relatório SUL - CENTRO DE SAUDE CARVALHO DE MOURA - 2023083 1230822.pdf
-  Relatório SUL - CENTRO DE SAUDE CAMPO BELO - 6032605 (1239442).pdf
-  Relatório SUDOESTE - CENTRO DE SAUDE VISTA ALEGRE - 2039656 (1245791).pdf
-  Relatório SUDOESTE - CENTRO DE SAUDE VILA UNIAO - 3385116 (1239731).pdf
-  Relatório SUDOESTE - CENTRO DE SAÚDE UNIÃO DE BAIROS (1241694).pdf
-  Relatório SUDOESTE - CENTRO DE SAUDE SAO CRISTOVAO - 2034263 (1239751).pdf
-  Relatório SUDOESTE - CENTRO DE SAUDE SANTOS DUMONT (1247844).pdf
-  Relatório SUDOESTE - CENTRO DE SAÚDE SANTO ANTONIO (1241366).pdf
-  Relatório SUDOESTE - CENTRO DE SAUDE SANTA LUCIA - 2033941 (1244231).pdf
-  Relatório SUDOESTE - CENTRO DE SAUDE JARDIM CAPIVARI (1170580).pdf
-  Relatório SUDOESTE - CENTRO DE SAUDE JARDIM AEROPORTO (1246405).pdf
-  Relatório SUDOESTE - CENTRO DE SAUDE DIC III - 2046318 (1246372).pdf
-  Relatório SUDOESTE - CENTRO DE SAUDE DIC I - 2032643 (1245548).pdf
-  Relatório SUDOESTE - CENTRO DE SAUDE CAMPOS ELISEOS TANCREDO (1246289).pdf
-  Relatório NORTE - CENTRO DE SAUDE VILLAGE - 6032443 (1233349).pdf

-  Relatório NORTE - CENTRO DE SAUDE VILA PADRE ANCHIETA 1212717.pdf
-  Relatório NORTE - CENTRO DE SAUDE SAN MARTIN - 7520433_.pdf
-  Relatório NORTE - CENTRO DE SAUDE ROSALIA - 6032427 (1243588).pdf
-  Relatório NORTE - CENTRO DE SAUDE PARQUE SANTA BARBARA (1230518).pdf
-  Relatório NORTE - CENTRO DE SAUDE JARDIM SAO MARCOS (1246519).pdf
-  Relatório NORTE - CENTRO DE SAUDE JARDIM SANTA MONICA 1209642.pdf
-  Relatório NORTE - CENTRO DE SAUDE JARDIM EULINA - 2023156 1230506.pdf
-  Relatório NORTE - CENTRO DE SAUDE JARDIM AURELIA (1247718).pdf
-  Relatório NORTE - CENTRO DE SAUDE CASSIO RAPOSO DO AMARAL (1243419).pdf
-  Relatório NORTE - CENTRO DE SAUDE BOA VISTA (1247727).pdf
-  Relatório NORTE - CENTRO DE SAUDE BARAO GERALDO - 2022664 (1237615).pdf
-  Relatório NOROESTE - CENTRO DE SAUDE SATELITE IRIS I (1247967).pdf
-  Relatório NOROESTE - CENTRO DE SAUDE SANTA ROSA (1247791).pdf
-  Relatório NOROESTE - CENTRO DE SAUDE PERSEU LEITE DE BARROS (1239657).pdf
-  Relatório NOROESTE - CENTRO DE SAUDE PEDRO DE AQUINO NETO (1244706).pdf
-  Relatório NOROESTE - CENTRO DE SAUDE PARQUE VALENCA (1248171).pdf
-  Relatório NOROESTE - CENTRO DE SAUDE PARQUE ITAJAI - 3190188 (1244010).pdf
-  Relatório NOROESTE - CENTRO DE SAUDE PARQUE FLORESTA (1240345).pdf
-  Relatório NOROESTE - CENTRO DE SAUDE LISA - 6032362 (1239376).pdf
-  Relatório NOROESTE - CENTRO DE SAUDE JARDIM ROSSIN - 2023067 (1234207).pdf
-  Relatório NOROESTE - CENTRO DE SAUDE JARDIM IPAUSSURAMA (1246234).pdf
-  Relatório NOROESTE - CENTRO DE SAUDE JARDIM FLORENCE (1239689).pdf
-  Relatório NOROESTE - CENTRO DE SAUDE INTEGRACAO - 2022842 (1245800).pdf
-  Relatório NOROESTE - CENTRO DE SAUDE CAMPINA GRANDE 1231393.pdf
-  Relatório LESTE - CENTRO DE SAUDE VILA 31 DE MARCO (1245123).pdf
-  Relatório LESTE - CENTRO DE SAUDE TAQUARAL (1243141).pdf
-  Relatório LESTE - CENTRO DE SAUDE SOUSAS - 2022702 (1243416).pdf
-  Relatório LESTE - CENTRO DE SAUDE SAO QUIRINO - 2040670 (1242171).pdf
-  Relatório LESTE - CENTRO DE SAUDE JOAQUIM EGIDIO - 2023210 (1238422).pdf
-  Relatório LESTE - CENTRO DE SAUDE JARDIM CONCEICAO - 2023164 (1241931).pdf
-  Relatório LESTE - CENTRO DE SAUDE CENTRO - 2022729 (1246389).pdf
-  Relatório LESTE - CENTRO DE SAUDE CARLOS GOMES - 6028195 (1234619).pdf
-  Relatório LESTE - CENTRO DE SAUDE BOA ESPERANCA - 6028179 1230539.pdf
-  Documento Padrão LESTE - CENTRO DE SAUDE COSTA E SILVA - 2023199 (1244005).pdf

RELATÓRIOS SERVIÇOS DE ESPECIALIDADES:

-  Relatório Centro de Referência ao Idoso 1222395.pdf
-  Relatório Centro de Referência em Reabilitação (1251590).pdf
-  Relatório CEO NOROESTE 1213986.pdf
-  Relatório CEO SUDOESTE 1219829.pdf
-  Relatório CTA OURO VERDE (1170738).pdf
-  Relatório DSS-POLICLINICA II (1233895).pdf
-  Relatório POLICLINICA I (1240543).pdf
-  Relatório POLICLINICA III (1251545).pdf

RELATÓRIOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL:

-  Documento Padrão CENTRO DE CONVIVÊNCIA ROSA DOS VENTOS (1246398).pdf
-  Relatório 2023407- Caps Integração (1244844).pdf
-  Relatório 3905608 - CAPS III DAVID CAPISTRANO DA COSTA FILHO (1245929).pdf
-  Relatório 5549051 - CASA DAS OFICINAS (1244653).pdf
-  Relatório APS INFANTO JUVENIL RODA VIVA 1218389.pdf
-  Relatório CAPS AD SUDOESTE 1219191.pdf
-  Relatório CAPS ESTACAO III NORTE (1250890).pdf
-  Relatório CAPS I CARRETEL (1238420).pdf
-  Relatório CAPS I ESPACO CRIATIVO (1250963).pdf
-  Relatório CAPS I TRAVESSIA (1244538).pdf
-  Relatório CAPS I TRAVESSIA (1248034).pdf
-  Relatório CAPS III AD INDEPENDENCIA 1221461.pdf
-  Relatório Caps III Novo TEMPO - SUDOESTE - 2039672 (1242466).pdf
-  Relatório CAPS III SUL ANTONIO DA COSTA SANTOS 1221462.pdf
-  Relatório CASA DAS OFICINAS (1244616).pdf
-  Relatório CENTRO DE CONVIVÊNCIA CASA DOS SONHOS (1250940).pdf
-  Relatório Centro de Convivência e Cooperativa toninha (1244729).pdf
-  Relatório CONSULTÓRIO NA RUA - CS CENTRO 1224771.pdf
-  Relatório ESPAÇO DE CONVIVÊNCIA PORTAL DAS ARTES (1243898).pdf

RELATÓRIOS

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO, CII, CONVÊNIOS HOSPITALARES E OUTROS

-  Relatório 3º RDQA - 2018 DA.pdf
-  Relatório 3º RDQA - 2018 DGDO CII.pdf
-  Relatório 3º RDQA - 2018 DGDO NPO.pdf
-  Relatório 3º RDQA - 2018 DGDO Relações Interfederativas.pdf
-  Relatório 3º RDQA - 2018 DEVISA - Registro de Câncer de Base Populacional de Campinas (RCBP-Campinas) 2010 a 2013.pdf
-  Relatório 3º RDQA - 2018 DEVISA.pdf
-  Relatório 3º RDQA - 2018 DGDO Associação de Pais e Amigos de Surdos de Campinas - APASCAMP.pdf
-  Relatório 3º RDQA - 2018 DGDO Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Campinas - APAE.pdf
-  Relatório 3º RDQA - 2018 DGDO Casa da Criança Paralítica (CCP).pdf
-  Relatório 3º RDQA - 2018 DGDO Complexo Hospitalar Edvaldo Orsi - Rede Mario Gatti.pdf
-  Relatório 3º RDQA - 2018 DGDO Fundação Pio XII - Hospital de Amor.pdf
-  Relatório 3º RDQA - 2018 DGDO Fundação Síndrome de Down (FSD).pdf
-  Relatório 3º RDQA - 2018 DGDO Hospital e Maternidade Celso Pierro PUCC.pdf
-  Relatório 3º RDQA - 2018 DGDO Instituto Penido.pdf
-  Relatório 3º RDQA - 2018 DGDO Irmandade de Misericórdia de Campinas.pdf
-  Relatório 3º RDQA - 2018 DGDO Maternidade de Campinas.pdf
-  Relatório 3º RDQA - 2018 DGDO Núcleo de Convenios Governamentais.pdf
-  Relatório 3º RDQA - 2018 DGDO Nucleo de Ensino.pdf
-  Relatório 3º RDQA - 2018 DGDO Real Sociedade Portuguesa de Beneficência.pdf
-  Relatório 3º RDQA - 2018 DGDO Serviço de Assistência aos Enfermos - Grupo Vida.pdf