



MONITORAMENTO DA PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE 2017

Dados da identificação

*UF: SP *Município: CAMPINAS
*Ano a que se refere o relatório de gestão: 2017
*Quadrimestre a que se refere o relatório: 1º/2017 (janeiro - abril) 2º/2017 (maio - agosto) 3º/2017 (setembro - dezembro)

Secretaria de Saúde

*Razão Social da Secretaria de Saúde: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DI *CNPJ: 51.885.242/0001-40 *Endereço da secretaria de saúde (logradouro nº): Av. Anchieta, nº 200, 11º andar - Paço Municipal -
*CEP: 13015-904 *Telefone: (19) 2116-0290 *Fax: (19) 2116-0180 *E-mail: saude.gabinete@campinas.sp.gov.br
Site da Secretaria (URL se houver): www.campinas.sp.gov.br/saude

Secretário(a) de Saúde que Elaborou o Relatório

*Nome: Camino Antonio de Souza *Data da posse: 11/01/2013

Plano de saúde


*O Estado/Município tem plano de saúde? ☒ Sim ☐ Não *Período a que se refere o plano: 2014 2017 *Status: ☒ Aprovado ☐ Em análise
*Data da entrega no Conselho de Saúde: 30/03/2014

Diretriz 1 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada.

Objetivo 1.1 - Utilização de mecanismos que propiciem à ampliação de acesso a atenção básica

Indicador 1. Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica

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,

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



mas também pode ser utilizado para avaliação da atenção especializada ambulatorial, da regulação das internações e da gestão hospitalar.

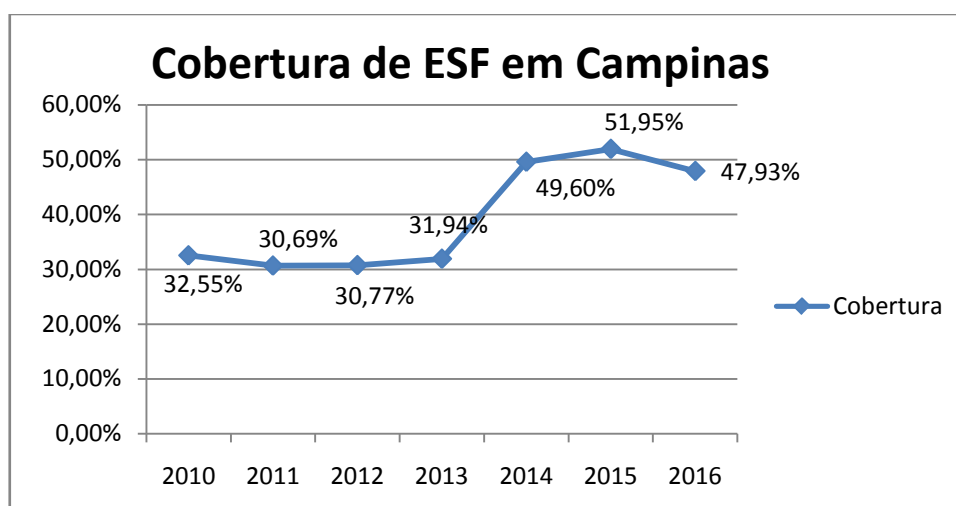
Meta: Aumentar em 1,47 % por ano a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica, a partir de 2014.**PS. Meta revista conforme a mudança de cálculo de cobertura do Ministério da Saúde que considera uma equipe para 3.450 pop.**

EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA IMPLANTADAS EM CAMPINAS

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
População	1.080.999	1.090.386	1.098.630	1.144.862	1.154.617	1.135.623	1.173.370	1.173.370
Nº ESF	102	97	98	106	166	171	163	163
Cobertura	32,55%	30,69%	30,77%	31,94%	49,60%	51,95%	47,93%	47,93%



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

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



Meta para 2017: 58,0%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	47,93%	<p>Competência: Abril de 2017 ESF – 77 + ESB I – 65 + ESB II – 8 + ESF 4 – 4 + ESF Trans – 9: 163 OBS: *não consideradas as equipes de EACS e EAB, que são 20 na competência abril/2017. Memória de Cálculo: $(163 \text{ EPSF} \times 3.450) / 1.173.370 \text{ Hab} \times 100 = 47,93\%$* 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 tende a se recuperar a medida que o Ministério da Saúde</p>

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



		<p>vem repondo os médicos do Programa Mais Médicos que estão tendo seu “contrato” de 3 anos vencido, ou que abandonaram o programa ou, ainda, que tiveram afastamento por inadequação ao trabalho. Houve também decréscimo de 733 para 729 no total de ACS informados pela CII no Portal da Saúde. Foi publicado e encontra-se em execução com êxito a implantação com manual, cartões de banco e instruções, do Decreto Municipal nº 19.165 de 03 de junho de 2016 que “Dispõe sobre a regulamentação da utilização de recursos provenientes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) do Ministério da Saúde e dá outras providências”. A Portaria MS nº 1.658/2016, que institucionaliza o 3º ciclo PMAQ, e reconstrutualiza com Campinas 45 ESF com SB e 30 ESF sem SB do 2º ciclo PMAQ, e habilita 32 ESF com SB e 35 ESF sem SB, elevando de 75 equipes no 2º para um total 142 no 3º ciclo do PMAQ em Campinas, está em execução. A quase totalidade destas 142 ESF homologadas já cumpriu o componente de auto avaliação, com formulação de matriz de intervenção, através de apoio distrital. Está previsto, pelo MS, que o componente do PMAQ de Avaliação Externa das ESF ocorrerá a partir de setembro/2017. A SMS também está desenvolvendo processo 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).</p>
--	--	---

Indicador 2. 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. Por isso além do cálculo do indicador 02 por residentes em Campinas desagregamos as informações por ocorrência e prestador (indicador 02')o que facilita monitoramento e intervenção por prestador. Acrescentamos ainda a informação de que a ausência de relatório do Serviço de Saúde Cândido Ferreira deve-se ao fato que não teve internações selecionadas para o cálculo desse indicador, conforme o Caderno de Diretrizes, seja para o numerador ou denominador.

PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA										
Ano	2008'	2009'	2010'	2011'	2012'	2013'	2014'	2015'	2016'	2017'
ICSAP	18,83	20,1	20,71	18,45	19,14	20,53	23,62	24,7	23,36	22,12

Fonte: DATASUS SIH/RDSP1401 a 1612DPC.Dados Reprocessados:
SMS/DGDO/CAC

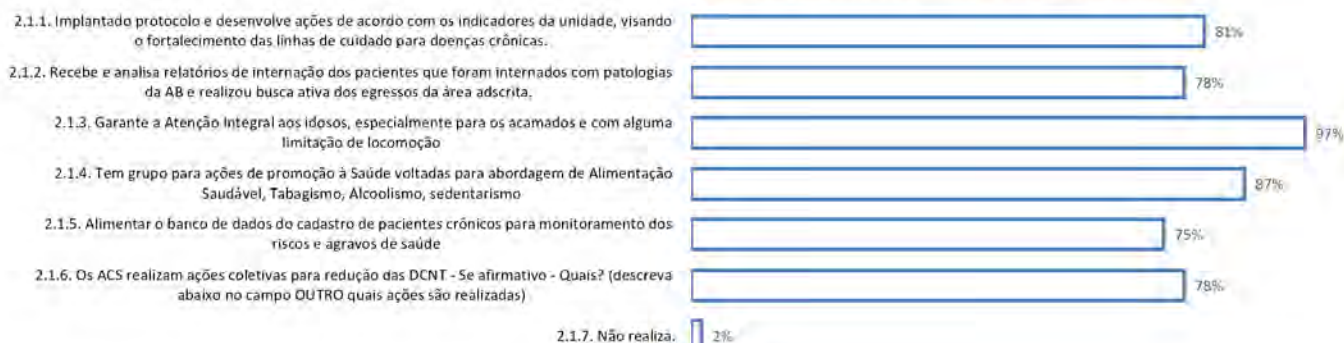
OBS.:



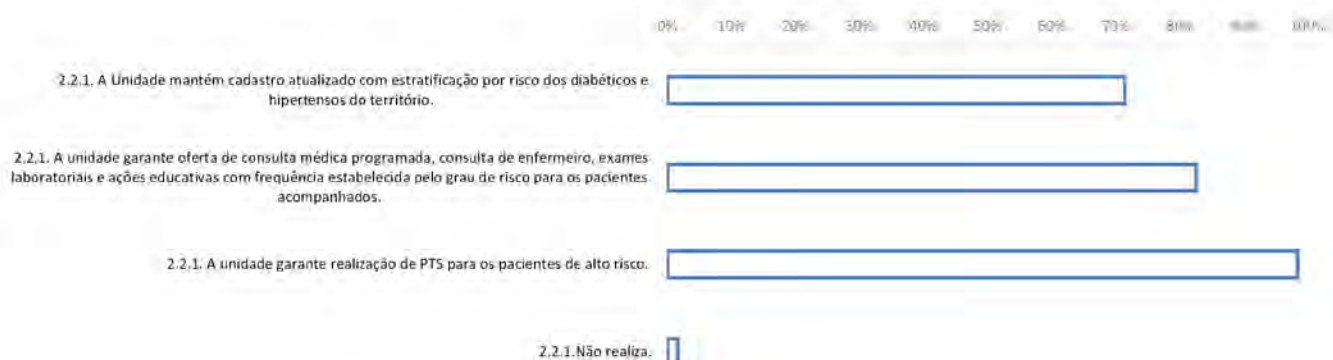
a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



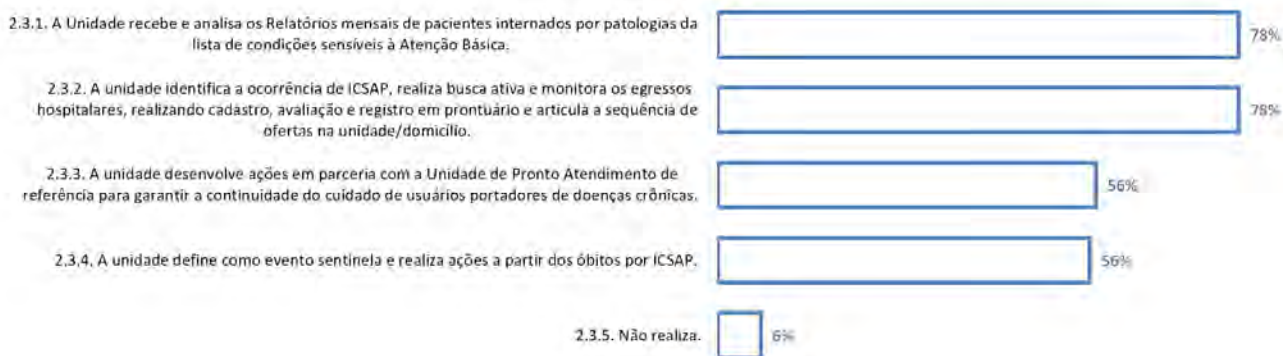
2.1 As UBS em relação ao fortalecimento de linhas de cuidado para doenças crônicas:



2.2 As UBS em relação a Avaliação de Riscos e Vulnerabilidade:



2.3 As UBS em relação as Estratégias utilizadas pela unidade para Gestão de egressos de internações hospitalares por condições sensíveis a Atenção Básica



OBS.:



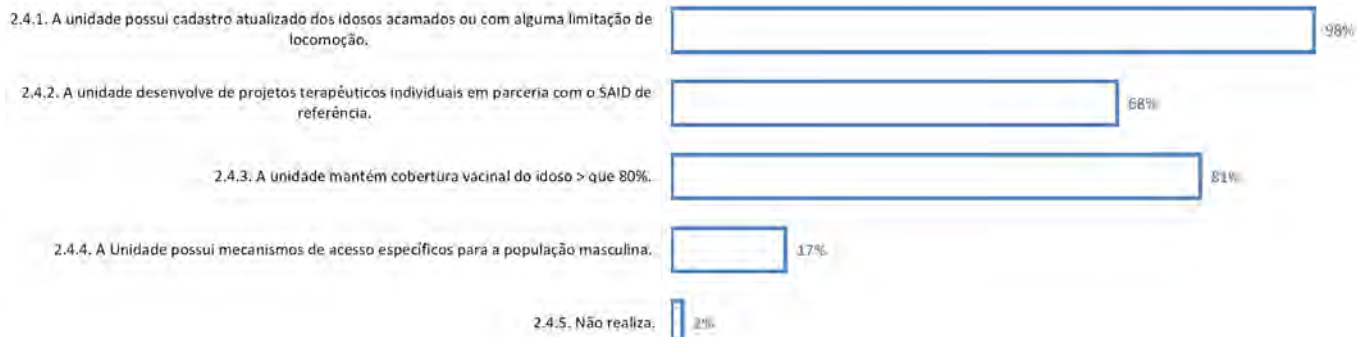
a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



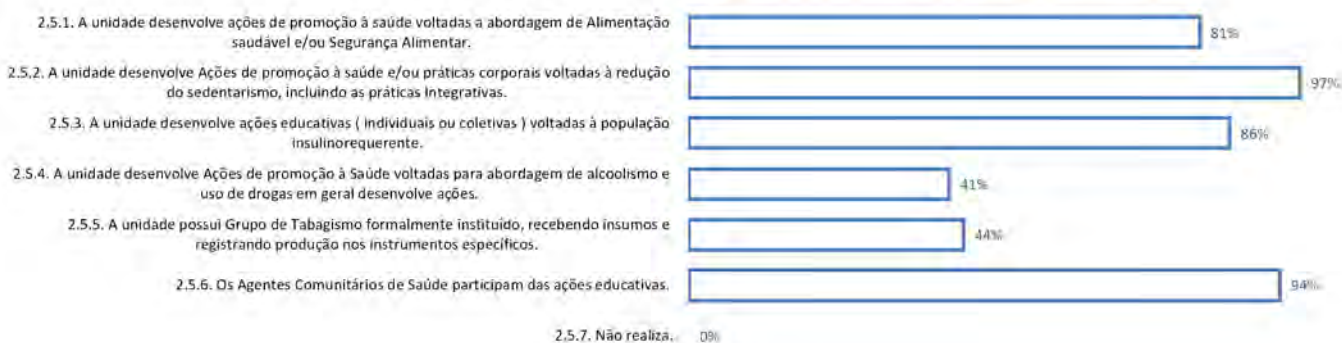
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



2.4 As UBS em relação as Estratégias utilizadas pela unidade para Atenção Integral ao idoso e gestão da Atenção domiciliar.



2.5 As UBS em relação as Estratégias utilizadas pela unidade para Ações educativas.



INDICADOR 2 - INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA DE RESIDENTES DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS

ICSAP	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	1º Quad 2017	Indicador 2017	Tendência 2014 a 2017
1 D evit p imun	36	58	42	136	52	38	48	138	65	73	35	173	23	23	
2 GEI e complic	84	70	72	226	87	44	74	205	117	79	78	274	35	35	
3 Anemia	3	7	6	16	1	3	6	10	1	8	5	14	4	4	
4 Def nutric	13	16	6	35	13	7	13	33	19	19	5	43	20	20	
5 Infec O N G	17	17	18	52	26	17	15	58	16	17	16	49	15	15	
6 Pneumonias bac	103	275	265	643	194	254	187	635	175	253	125	553	84	84	
7 Asma	77	147	105	329	177	222	150	549	75	152	139	366	93	93	
8 Bronquites	72	192	118	382	117	289	143	549	85	304	131	520	60	60	
9 Hipertensão	30	26	44	100	49	57	45	151	64	85	84	233	38	38	
10 Angina	132	175	128	435	134	136	166	436	158	138	116	412	108	108	
11 ICC	152	209	265	626	220	251	216	687	205	244	186	635	153	153	
12 Diabetes	67	88	81	236	105	90	103	298	89	100	94	283	63	63	
13 Epilepsias	60	91	68	219	60	66	63	189	75	69	56	200	38	38	
14 ITU	315	268	310	893	365	371	349	1.085	311	257	282	850	238	238	
15 Infec pele e TSC	182	144	186	512	199	161	127	487	175	180	147	502	107	107	
16 D infl pelv F	14	14	12	40	14	11	17	42	28	24	18	70	7	7	
17 SRubéola cong	0	0	0	0	0	0	4	4	0	2	1	3	1	1	
Total ICSAP	1.357	1.797	1.726	4.880	1.813	2.017	1.726	5.556	1.658	2.004	1.518	5.180	1.087	1.087	
Total Geral	6.853	7.742	7.605	22.200	7.616	7.839	7.038	22.493	6.907	8.467	6.793	22.167	4.914	4.914	

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



ICSAP	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	1º Quad 2017	Indicador 2017	Tendência 2014 a 2017
1 D evit p imun	0,53%	0,75%	0,55%	0,61%	0,68%	0,48%	0,68%	0,61%	0,94%	0,86%	0,52%	0,78%	0,47%	0,47%	
2 GEI e complic	1,23%	0,90%	0,95%	1,02%	1,14%	0,56%	1,05%	0,91%	1,69%	0,93%	1,15%	1,24%	0,71%	0,71%	
3 Anemia	0,04%	0,09%	0,08%	0,07%	0,01%	0,04%	0,09%	0,04%	0,01%	0,09%	0,07%	0,06%	0,08%	0,08%	
4 Def nutric	0,19%	0,21%	0,08%	0,16%	0,17%	0,09%	0,18%	0,15%	0,28%	0,22%	0,07%	0,19%	0,41%	0,41%	
5 Infec O N G	0,25%	0,22%	0,24%	0,23%	0,34%	0,22%	0,21%	0,26%	0,23%	0,20%	0,24%	0,22%	0,31%	0,31%	
6 Pneumonias bac	1,50%	3,55%	3,48%	2,90%	2,55%	3,24%	2,66%	2,82%	2,53%	2,99%	1,84%	2,49%	1,71%	1,71%	
7 Asma	1,12%	1,90%	1,38%	1,48%	2,32%	2,83%	2,13%	2,44%	1,09%	1,80%	2,05%	1,65%	1,89%	1,89%	
8 Bronquites	1,05%	2,48%	1,55%	1,72%	1,54%	3,69%	2,03%	2,44%	1,23%	3,59%	1,93%	2,35%	1,22%	1,22%	
9 Hipertensão	0,44%	0,34%	0,58%	0,45%	0,64%	0,73%	0,64%	0,67%	0,93%	1,00%	1,24%	1,05%	0,77%	0,77%	
10 Angina	1,93%	2,26%	1,68%	1,96%	1,76%	1,73%	2,36%	1,94%	2,29%	1,63%	1,71%	1,86%	2,20%	2,20%	
11 ICC	2,22%	2,70%	3,48%	2,82%	2,89%	3,20%	3,07%	3,05%	2,97%	2,88%	2,74%	2,86%	3,11%	3,11%	
12 Diabetes	0,98%	1,14%	1,07%	1,06%	1,38%	1,15%	1,46%	1,32%	1,29%	1,18%	1,38%	1,28%	1,28%	1,28%	
13 Epilepsias	0,88%	1,18%	0,89%	0,99%	0,79%	0,84%	0,90%	0,84%	1,09%	0,81%	0,82%	0,90%	0,77%	0,77%	
14 ITU	4,60%	3,46%	4,08%	4,02%	4,79%	4,73%	4,96%	4,82%	4,50%	3,04%	4,15%	3,83%	4,84%	4,84%	
15 Infec pele e TSC	2,66%	1,86%	2,45%	2,31%	2,61%	2,05%	1,80%	2,17%	2,53%	2,13%	2,16%	2,26%	2,18%	2,18%	
16 D infl pelv F	0,20%	0,18%	0,16%	0,18%	0,18%	0,14%	0,24%	0,19%	0,41%	0,28%	0,26%	0,32%	0,14%	0,14%	
17 SRubéola cong	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,06%	0,02%	0,00%	0,02%	0,01%	0,01%	0,02%	0,02%	
Total ICSAP	19,80%	23,21%	22,70%	21,98%	23,81%	25,73%	24,52%	24,70%	24,00%	23,67%	22,35%	23,37%	22,12%	22,12%	

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1703.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



INDICADOR 2' - INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA POR PRESTADOR DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS															
2022648 HOSPITAL IRMAOS PENTEADO E SANTA CASA DE CAMPINAS															
ICSAP	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	1º Quad 2017	Indicador 2017	Tendência 2014 a 2017
1 D evit p imun	0	3	5	8	5	1	0	6	1	0	1	2	1	1	
2 GEI e complic	2	19	1	22	2	3	4	9	1	1	2	4	1	1	
3 Anemia	0	0	1	1	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	
4 Def nutric	0	1	0	1	1	0	1	2	0	1	1	2	1	1	
5 Infec O N G	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
6 Pneumonias bac	1	12	21	34	12	3	8	23	13	1	0	14	0	0	
7 Asma	0	2	3	5	0	1	0	1	0	1	2	3	0	0	
8 Bronquites	0	6	6	12	2	1	0	3	0	1	8	9	0	0	
9 Hipertensão	0	1	2	3	0	1	1	2	0	2	1	3	0	0	
10 Angina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
11 ICC	1	13	14	28	9	17	4	30	8	8	9	25	1	1	
12 Diabetes	0	5	4	9	3	1	2	6	2	5	5	12	1	1	
13 Epilepsias	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
14 ITU	13	58	68	139	68	70	50	188	46	26	49	121	43	43	
15 Infec pele e TSC	6	26	33	65	41	24	20	85	24	12	21	57	19	19	
16 D infl pelv F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
17 SRubéola cong	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total ICSAP	23	149	159	331	144	122	91	357	95	58	99	252	69	69	
Total geral	48	346	311	705	293	285	204	782	185	189	289	663	201	201	
ICSAP	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	1º Quad 2017	Indicador 2017	Tendência 2014 a 2017
1 D evit p imun	0,00%	0,87%	1,61%	1,13%	1,71%	0,35%	0,00%	0,77%	0,54%	0,00%	0,35%	0,30%	0,50%	0,50%	
2 GEI e complic	4,17%	5,49%	0,32%	3,12%	0,68%	1,05%	1,96%	1,15%	0,54%	0,53%	0,69%	0,60%	0,50%	0,50%	
3 Anemia	0,00%	0,00%	0,32%	0,14%	0,34%	0,00%	0,49%	0,26%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
4 Def nutric	0,00%	0,29%	0,00%	0,14%	0,34%	0,00%	0,49%	0,26%	0,00%	0,53%	0,35%	0,30%	0,50%	0,50%	
5 Infec O N G	0,00%	0,58%	0,00%	0,28%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,50%	0,50%	
6 Pneumonias bac	2,08%	3,47%	6,75%	4,82%	4,10%	1,05%	3,92%	2,94%	7,03%	0,53%	0,00%	2,11%	0,00%	0,00%	
7 Asma	0,00%	0,58%	0,96%	0,71%	0,00%	0,35%	0,00%	0,13%	0,00%	0,53%	0,69%	0,45%	0,00%	0,00%	
8 Bronquites	0,00%	1,73%	1,93%	1,70%	0,68%	0,35%	0,00%	0,38%	0,00%	0,53%	2,77%	1,36%	0,00%	0,00%	
9 Hipertensão	0,00%	0,29%	0,64%	0,43%	0,00%	0,35%	0,49%	0,26%	0,00%	1,06%	0,35%	0,45%	0,00%	0,00%	
10 Angina	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
11 ICC	2,08%	3,76%	4,50%	3,97%	3,07%	5,96%	1,96%	3,84%	4,32%	4,23%	3,11%	3,77%	0,50%	0,50%	
12 Diabetes	0,00%	1,45%	1,29%	1,28%	1,02%	0,35%	0,98%	0,77%	1,08%	2,65%	1,73%	1,81%	0,50%	0,50%	
13 Epilepsias	0,00%	0,29%	0,32%	0,28%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,50%	0,50%	
14 ITU	27,08%	16,76%	21,86%	19,72%	23,21%	24,56%	24,51%	24,04%	24,86%	13,76%	16,96%	18,25%	21,39%	21,39%	
15 Infec pele e TSC	12,50%	7,51%	10,61%	9,22%	13,99%	8,42%	9,80%	10,87%	12,97%	6,35%	7,27%	8,60%	9,45%	9,45%	
16 D infl pelv F	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
17 SRubéola cong	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
Total ICSAP	47,92%	43,06%	51,13%	46,95%	49,15%	42,81%	44,61%	45,65%	51,35%	30,69%	34,26%	38,01%	34,33%	34,33%	

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1703.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde

INDICADOR 2' - INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA POR PRESTADOR DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS															
2081490 HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATTI CAMPINAS															
ICSAP	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	1º Quad 2017	Indicador 2017	Tendência 2014 a 2017
1 D evit p imun	2	7	4	13	2	7	5	14	8	10	4	22	3	3	
2 GEI e complic	12	7	9	28	7	2	15	24	10	6	7	23	4	4	
3 Anemia	1	1	2	4	0	0	0	0	0	2	0	2	1	1	
4 Def nutric	0	4	1	5	2	3	1	6	0	2	0	2	1	1	
5 Infec O N G	1	3	3	7	5	6	4	15	7	2	3	12	4	4	
6 Pneumonias bac	34	133	129	296	81	105	70	256	67	57	21	145	11	11	
7 Asma	32	56	42	130	76	77	51	204	25	30	51	106	25	25	
8 Bronquites	34	90	44	168	56	146	76	278	51	164	65	280	20	20	
9 Hipertensão	7	9	4	20	10	25	10	45	18	14	13	45	3	3	
10 Angina	10	15	10	35	11	12	10	33	24	13	16	53	11	11	
11 ICC	26	24	37	87	23	30	32	85	22	20	25	67	25	25	
12 Diabetes	14	18	6	38	19	9	24	52	18	16	17	51	15	15	
13 Epilepsias	11	9	6	26	9	10	8	27	7	14	8	29	9	9	
14 ITU	21	16	17	54	25	26	45	96	41	28	55	124	33	33	
15 Infec pele e TSC	16	8	13	37	25	19	12	56	28	16	19	63	17	17	
16 D infl pelv F	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2	2	0	0	
17 SRubéola cong	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total ICSAP	221	400	327	948	351	478	363	1.192	326	394	306	1.026	182	182	
Total geral	1.244	1.487	1.257	3.988	1.388	1.534	1.427	4.349	1.420	1.544	1.383	4.347	978	978	
ICSAP	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	1º Quad 2017	Indicador 2017	Tendência 2014 a 2017
1 D evit p imun	0,16%	0,47%	0,32%	0,33%	0,14%	0,46%	0,35%	0,32%	0,56%	0,65%	0,29%	0,51%	0,31%	0,31%	
2 GEI e complic	0,96%	0,47%	0,72%	0,70%	0,50%	0,13%	1,05%	0,55%	0,70%	0,39%	0,51%	0,53%	0,41%	0,41%	
3 Anemia	0,08%	0,07%	0,16%	0,10%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,13%	0,00%	0,05%	0,10%	0,10%	
4 Def nutric	0,00%	0,27%	0,08%	0,13%	0,14%	0,20%	0,07%	0,14%	0,00%	0,13%	0,00%	0,05%	0,10%	0,10%	
5 Infec O N G	0,08%	0,20%	0,24%	0,18%	0,36%	0,39%	0,28%	0,34%	0,49%	0,13%	0,22%	0,28%	0,41%	0,41%	
6 Pneumonias bac	2,73%	8,94%	10,26%	7,42%	5,84%	6,84%	4,91%	5,89%	4,72%	3,69%	1,52%	3,34%	1,12%	1,12%	
7 Asma	2,57%	3,77%	3,34%	3,26%	5,48%	5,02%	3,57%	4,69%	1,76%	1,94%	3,69%	2,44%	2,56%	2,56%	
8 Bronquites	2,73%	6,05%	3,50%	4,21%	4,03%	9,52%	5,33%	6,39%	3,59%	10,62%	4,70%	6,44%	2,04%	2,04%	
9 Hipertensão	0,56%	0,61%	0,32%	0,50%	0,72%	1,63%	0,70%	1,03%	1,27%	0,91%	0,94%	1,04%	0,31%	0,31%	
10 Angina	0,80%	1,01%	0,80%	0,88%	0,79%	0,78%	0,70%	0,76%	1,69%	0,84%	1,16%	1,22%	1,12%	1,12%	
11 ICC	2,09%	1,61%	2,94%	2,18%	1,66%	1,96%	2,24%	1,95%	1,55%	1,30%	1,81%	1,54%	2,56%	2,56%	
12 Diabetes	1,13%	1,21%	0,48%	0,95%	1,37%	0,59%	1,68%	1,20%	1,27%	1,04%	1,23%	1,17%	1,53%	1,53%	
13 Epilepsias	0,88%	0,61%	0,48%	0,65%	0,65%	0,65%	0,56%	0,62%	0,49%	0,91%	0,58%	0,67%	0,92%	0,92%	
14 ITU	1,69%	1,08%	1,35%	1,35%	1,80%	1,69%	3,15%	2,21%	2,89%	1,81%	3,98%	2,85%	3,37%	3,37%	
15 Infec pele e TSC	1,29%	0,54%	1,03%	0,93%	1,80%	1,24%	0,84%	1,29%	1,97%	1,04%	1,37%	1,45%	1,74%	1,74%	
16 D infl pelv F	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,07%	0,00%	0,02%	0,00%	0,00%	0,14%	0,05%	0,00%	0,00%	
17 SRubéola cong	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
Total ICSAP	17,77%	26,90%	26,01%	23,77%	25,29%	31,16%	25,44%	27,41%	22,96%	25,52%	22,13%	23,60%	18,61%	18,61%	

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1703.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



INDICADOR 2' - INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA POR PRESTADOR DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS															
2022621 MATERNIDADE DE CAMPINAS															
ICSAP	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	1º Quad 2017	Indicador 2017	Tendência 2014 a 2017
1 D evit p imun	0	0	3	3	10	7	8	25	15	18	5	38	3	3	
2 GEI e complic	0	0	1	1	1	1	32	34	37	34	32	103	0	0	
3 Anemia	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
4 Def nutric	0	0	0	0	2	3	7	12	10	8	4	22	7	7	
5 Infec O N G	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
6 Pneumonias bac	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
7 Asma	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	
8 Bronquites	0	0	0	0	0	1	1	2	0	2	0	2	1	1	
9 Hipertensão	0	0	2	2	6	3	8	17	10	11	9	30	3	3	
10 Angina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
11 ICC	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
12 Diabetes	0	2	1	3	2	7	13	22	7	17	9	33	6	6	
13 Epilepsias	0	0	1	1	0	0	1	1	2	1	1	4	0	0	
14 ITU	6	8	8	22	18	44	24	86	6	0	7	13	14	14	
15 Infec pele e TSC	0	1	3	4	2	1	3	6	4	7	2	13	1	1	
16 D infl pelv F	2	1	2	5	0	0	8	8	8	2	7	17	1	1	
17 SRubéola cong	0	0	0	0	0	0	4	4	0	2	1	3	1	1	
Total ICSAP	8	13	21	42	42	68	109	219	99	102	78	279	38	38	
Total geral	500	487	506	1.493	501	508	497	1.506	467	536	478	1.481	487	487	
ICSAP	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	1º Quad 2017	Indicador 2017	Tendência 2014 a 2017
1 D evit p imun	0,00%	0,00%	0,59%	0,20%	2,00%	1,38%	1,61%	1,66%	3,21%	3,36%	1,05%	2,57%	0,62%	0,62%	
2 GEI e complic	0,00%	0,00%	0,20%	0,07%	0,20%	0,20%	6,44%	2,26%	7,92%	6,34%	6,69%	6,95%	0,00%	0,00%	
3 Anemia	0,00%	0,21%	0,00%	0,07%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
4 Def nutric	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,40%	0,59%	1,41%	0,80%	2,14%	1,49%	0,84%	1,49%	1,44%	1,44%	
5 Infec O N G	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
6 Pneumonias bac	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
7 Asma	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,20%	0,00%	0,07%	0,00%	0,00%	0,21%	0,07%	0,21%	0,21%	
8 Bronquites	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,20%	0,20%	0,13%	0,00%	0,37%	0,00%	0,14%	0,21%	0,21%	
9 Hipertensão	0,00%	0,00%	0,40%	0,13%	1,20%	0,59%	1,61%	1,13%	2,14%	2,05%	1,88%	2,03%	0,62%	0,62%	
10 Angina	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
11 ICC	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,20%	0,00%	0,00%	0,07%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
12 Diabetes	0,00%	0,41%	0,20%	0,20%	0,40%	1,38%	2,62%	1,46%	1,50%	3,17%	1,88%	2,23%	1,23%	1,23%	
13 Epilepsias	0,00%	0,00%	0,20%	0,07%	0,00%	0,00%	0,20%	0,07%	0,43%	0,19%	0,21%	0,27%	0,00%	0,00%	
14 ITU	1,20%	1,64%	1,58%	1,47%	3,59%	8,66%	4,83%	5,71%	1,28%	0,00%	1,46%	0,88%	2,87%	2,87%	
15 Infec pele e TSC	0,00%	0,21%	0,59%	0,27%	0,40%	0,20%	0,60%	0,40%	0,86%	1,31%	0,42%	0,88%	0,21%	0,21%	
16 D infl pelv F	0,40%	0,21%	0,40%	0,33%	0,00%	0,00%	1,61%	0,53%	1,71%	0,37%	1,46%	1,15%	0,21%	0,21%	
17 SRubéola cong	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,80%	0,27%	0,00%	0,37%	0,21%	0,20%	0,21%	0,21%	
Total ICSAP	1,60%	2,67%	4,15%	2,81%	8,38%	13,39%	21,93%	14,54%	21,20%	19,03%	16,32%	18,84%	7,80%	7,80%	

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1703.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde

INDICADOR 2' - INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA POR PRESTADOR DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS															
2078465 REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA															
ICSAP	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	1º Quad 2017	Indicador 2017	Tendência 2014 a 2017
1 D evit p imun	1	4	1	6	1	0	0	1	2	1	1	4	1	1	
2 GEI e complic	4	4	2	10	1	1	2	4	0	1	0	1	1	1	
3 Anemia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
4 Def nutric	2	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	
5 Infec O N G	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	1	1	
6 Pneumonias bac	8	33	29	70	35	14	13	62	7	19	10	36	6	6	
7 Asma	0	4	2	6	1	0	2	3	1	4	5	10	2	2	
8 Bronquites	2	1	0	3	0	0	1	1	0	2	4	6	3	3	
9 Hipertensão	0	0	1	1	1	1	0	2	0	1	1	2	0	0	
10 Angina	0	0	0	0	3	0	2	5	0	1	0	1	0	0	
11 ICC	3	7	19	29	7	10	13	30	12	14	13	39	17	17	
12 Diabetes	0	5	3	8	0	3	1	4	1	1	3	5	1	1	
13 Epilepsias	2	3	5	10	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	
14 ITU	39	44	38	121	26	27	48	101	43	28	38	109	39	39	
15 Infec pele e TSC	13	7	20	40	13	13	26	52	25	19	14	58	22	22	
16 D infl pelv F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
17 SRubéola cong	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total ICSAP	74	112	120	306	88	71	110	269	91	92	89	272	93	93	
Total geral	177	243	269	689	222	211	293	726	225	238	208	671	208	208	
ICSAP	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	1º Quad 2017	Indicador 2017	Tendência 2014 a 2017
1 D evit p imun	0,56%	1,65%	0,37%	0,87%	0,45%	0,00%	0,00%	0,14%	0,89%	0,42%	0,48%	0,60%	0,48%	0,48%	
2 GEI e complic	2,26%	1,65%	0,74%	1,45%	0,45%	0,47%	0,68%	0,55%	0,00%	0,42%	0,00%	0,15%	0,48%	0,48%	
3 Anemia	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
4 Def nutric	1,13%	0,00%	0,00%	0,29%	0,00%	0,47%	0,00%	0,14%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
5 Infec O N G	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,47%	0,34%	0,28%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,48%	0,48%	
6 Pneumonias bac	4,52%	13,58%	10,78%	10,16%	15,77%	6,64%	4,44%	8,54%	3,11%	7,98%	4,81%	5,37%	2,88%	2,88%	
7 Asma	0,00%	1,65%	0,74%	0,87%	0,45%	0,00%	0,68%	0,41%	0,44%	1,68%	2,40%	1,49%	0,96%	0,96%	
8 Bronquites	1,13%	0,41%	0,00%	0,44%	0,00%	0,00%	0,34%	0,14%	0,00%	0,84%	1,92%	0,89%	1,44%	1,44%	
9 Hipertensão	0,00%	0,00%	0,37%	0,15%	0,45%	0,47%	0,00%	0,28%	0,00%	0,42%	0,48%	0,30%	0,00%	0,00%	
10 Angina	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,35%	0,00%	0,68%	0,69%	0,00%	0,42%	0,00%	0,15%	0,00%	0,00%	
11 ICC	1,69%	2,88%	7,06%	4,21%	3,15%	4,74%	4,44%	4,13%	5,33%	5,88%	6,25%	5,81%	8,17%	8,17%	
12 Diabetes	0,00%	2,06%	1,12%	1,16%	0,00%	1,42%	0,34%	0,55%	0,44%	0,42%	1,44%	0,75%	0,48%	0,48%	
13 Epilepsias	1,13%	1,23%	1,86%	1,45%	0,00%	0,00%	0,34%	0,14%	0,00%	0,42%	0,00%	0,15%	0,00%	0,00%	
14 ITU	22,03%	18,11%	14,13%	17,56%	11,71%	12,80%	16,38%	13,91%	19,11%	11,76%	18,27%	16,24%	18,75%	18,75%	
15 Infec pele e TSC	7,34%	2,88%	7,43%	5,81%	5,86%	6,16%	8,87%	7,16%	11,11%	7,98%	6,73%	8,64%	10,58%	10,58%	
16 D infl pelv F	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
17 SRubéola cong	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
Total ICSAP	41,81%	46,09%	44,61%	44,41%	39,64%	33,65%	37,54%	37,05%	40,44%	38,66%	42,79%	40,54%	44,71%	44,71%	

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1703.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde

INDICADOR 2¹ - INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA POR PRESTADOR DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS															
6053858 COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI															
ICSAP	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	1º Quad 2017	Indicador 2017	Tendência 2014 a 2017
1 D evit p imun	2	2	5	9	6	2	9	17	9	10	6	25	4	4	
2 GEI e complic	18	7	17	42	27	12	8	47	29	14	11	54	6	6	
3 Anemia	0	1	1	2	0	0	2	2	0	1	2	3	2	2	
4 Def nutric	0	3	0	3	0	0	1	1	4	6	0	10	7	7	
5 Infec O N G	4	2	8	14	14	4	5	23	0	5	3	8	2	2	
6 Pneumonias bac	9	7	7	23	9	40	45	94	42	93	44	179	44	44	
7 Asma	8	25	15	48	56	51	36	143	19	52	53	124	33	33	
8 Bronquites	12	40	5	57	25	42	12	79	14	66	27	107	18	18	
9 Hipertensão	7	8	12	27	9	15	7	31	5	17	21	43	14	14	
10 Angina	29	47	34	110	32	22	28	82	34	35	29	98	24	24	
11 ICC	32	49	55	136	62	67	46	175	48	66	40	154	39	39	
12 Diabetes	14	16	11	41	30	27	30	87	30	17	23	70	15	15	
13 Epilepsias	9	13	9	31	21	18	14	53	25	13	18	56	6	6	
14 ITU	78	61	80	219	87	57	88	232	84	80	53	217	36	36	
15 Infec pele e TSC	35	15	32	82	38	25	27	90	26	42	43	111	21	21	
16 D infl pelv F	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	2	1	1	
17 SRubéola cong	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total ICSAP	257	296	291	844	416	382	359	1.157	370	517	374	1.261	272	272	
Total geral	1.122	1.308	1.376	3.806	1.642	1.565	1.531	4.738	1.539	2.033	1.372	4.944	999	999	
ICSAP	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	1º Quad 2017	Indicador 2017	Tendência 2014 a 2017
1 D evit p imun	0,18%	0,15%	0,36%	0,24%	0,37%	0,13%	0,59%	0,36%	0,58%	0,49%	0,44%	0,51%	0,40%	0,40%	
2 GEI e complic	1,60%	0,54%	1,24%	1,10%	1,64%	0,77%	0,52%	0,99%	1,88%	0,69%	0,80%	1,09%	0,60%	0,60%	
3 Anemia	0,00%	0,08%	0,07%	0,05%	0,00%	0,00%	0,13%	0,04%	0,00%	0,05%	0,15%	0,06%	0,20%	0,20%	
4 Def nutric	0,00%	0,23%	0,00%	0,08%	0,00%	0,00%	0,07%	0,02%	0,26%	0,30%	0,00%	0,20%	0,70%	0,70%	
5 Infec O N G	0,36%	0,15%	0,58%	0,37%	0,85%	0,26%	0,33%	0,49%	0,00%	0,25%	0,22%	0,16%	0,20%	0,20%	
6 Pneumonias bac	0,80%	0,54%	0,51%	0,60%	0,55%	2,56%	2,94%	1,98%	2,73%	4,57%	3,21%	3,62%	4,40%	4,40%	
7 Asma	0,71%	1,91%	1,09%	1,26%	3,41%	3,26%	2,35%	3,02%	1,23%	2,56%	3,86%	2,51%	3,30%	3,30%	
8 Bronquites	1,07%	3,06%	0,36%	1,50%	1,52%	2,68%	0,78%	1,67%	0,91%	3,25%	1,97%	2,16%	1,80%	1,80%	
9 Hipertensão	0,62%	0,61%	0,87%	0,71%	0,55%	0,96%	0,46%	0,65%	0,32%	0,84%	1,53%	0,87%	1,40%	1,40%	
10 Angina	2,58%	3,59%	2,47%	2,89%	1,95%	1,41%	1,83%	1,73%	2,21%	1,72%	2,11%	1,98%	2,40%	2,40%	
11 ICC	2,85%	3,75%	4,00%	3,57%	3,78%	4,28%	3,00%	3,69%	3,12%	3,25%	2,92%	3,11%	3,90%	3,90%	
12 Diabetes	1,25%	1,22%	0,80%	1,08%	1,83%	1,73%	1,96%	1,84%	1,95%	0,84%	1,68%	1,42%	1,50%	1,50%	
13 Epilepsias	0,80%	0,99%	0,65%	0,81%	1,28%	1,15%	0,91%	1,12%	1,62%	0,64%	1,31%	1,13%	0,60%	0,60%	
14 ITU	6,95%	4,66%	5,81%	5,75%	5,30%	3,64%	5,75%	4,90%	5,46%	3,94%	3,86%	4,39%	3,60%	3,60%	
15 Infec pele e TSC	3,12%	1,15%	2,33%	2,15%	2,31%	1,60%	1,76%	1,90%	1,69%	2,07%	3,13%	2,25%	2,10%	2,10%	
16 D infl pelv F	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,07%	0,02%	0,06%	0,00%	0,07%	0,04%	0,10%	0,10%	
17 SRubéola cong	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
Total ICSAP	22,91%	22,63%	21,15%	22,18%	25,33%	24,41%	23,45%	24,42%	24,04%	25,43%	27,26%	25,51%	27,23%	27,23%	

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1703.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde

INDICADOR 2' - INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA POR PRESTADOR DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS															
2082128 HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO															
ICSAP	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	1º Quad 2017	Indicador 2017	Tendência 2014 a 2017
1 D evit p imun	15	23	12	50	17	16	19	52	18	20	11	49	4	4	
2 GEI e complic	12	10	7	29	12	6	5	23	19	10	15	44	5	5	
3 Anemia	0	0	0	0	1	1	2	4	1	1	1	3	0	0	
4 Def nutric	0	0	2	2	1	0	0	1	0	2	0	2	3	3	
5 Infec O N G	3	4	0	7	2	2	1	5	4	3	2	9	3	3	
6 Pneumonias bac	20	38	30	88	19	29	36	84	23	41	14	78	11	11	
7 Asma	23	32	33	88	20	69	47	136	20	51	18	89	11	11	
8 Bronquites	15	41	58	114	24	68	52	144	16	51	14	81	13	13	
9 Hipertensão	3	9	8	20	4	5	4	13	7	6	3	16	8	8	
10 Angina	50	64	43	157	48	60	81	189	64	70	40	174	43	43	
11 ICC	52	55	68	175	60	61	91	212	84	110	70	264	52	52	
12 Diabetes	16	22	28	66	35	22	16	73	21	22	18	61	7	7	
13 Epilepsias	20	35	25	80	13	23	27	63	26	28	14	68	10	10	
14 ITU	72	40	51	163	74	70	68	212	68	85	55	208	38	38	
15 Infec pele e TSC	39	29	29	97	44	36	33	113	43	59	27	129	12	12	
16 D infl pelv F	5	5	7	17	9	5	4	18	10	16	8	34	1	1	
17 SRubéola cong	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	
Total ICSAP	345	407	401	1.153	383	473	486	1.342	424	576	310	1.310	221	221	
Total geral	1.345	1.413	1.460	4.218	1.424	1.536	1.708	4.668	1.588	2.363	1.417	5.368	997	997	
ICSAP	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	1º Quad 2017	Indicador 2017	Tendência 2014 a 2017
1 D evit p imun	1,12%	1,63%	0,82%	1,19%	1,19%	1,04%	1,11%	1,11%	1,13%	0,85%	0,78%	0,91%	0,40%	0,40%	
2 GEI e complic	0,89%	0,71%	0,48%	0,69%	0,84%	0,39%	0,29%	0,49%	1,20%	0,42%	1,06%	0,82%	0,50%	0,50%	
3 Anemia	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,07%	0,07%	0,12%	0,09%	0,06%	0,04%	0,07%	0,06%	0,00%	0,00%	
4 Def nutric	0,00%	0,00%	0,14%	0,05%	0,07%	0,00%	0,00%	0,02%	0,00%	0,08%	0,00%	0,04%	0,30%	0,30%	
5 Infec O N G	0,22%	0,28%	0,00%	0,17%	0,14%	0,13%	0,06%	0,11%	0,25%	0,13%	0,14%	0,17%	0,30%	0,30%	
6 Pneumonias bac	1,49%	2,69%	2,05%	2,09%	1,33%	1,89%	2,11%	1,80%	1,45%	1,74%	0,99%	1,45%	1,10%	1,10%	
7 Asma	1,71%	2,26%	2,26%	2,09%	1,40%	4,49%	2,75%	2,91%	1,26%	2,16%	1,27%	1,66%	1,10%	1,10%	
8 Bronquites	1,12%	2,90%	3,97%	2,70%	1,69%	4,43%	3,04%	3,08%	1,01%	2,16%	0,99%	1,51%	1,30%	1,30%	
9 Hipertensão	0,22%	0,64%	0,55%	0,47%	0,28%	0,33%	0,23%	0,28%	0,44%	0,25%	0,21%	0,30%	0,80%	0,80%	
10 Angina	3,72%	4,53%	2,95%	3,72%	3,37%	3,91%	4,74%	4,05%	4,03%	2,96%	2,82%	3,24%	4,31%	4,31%	
11 ICC	3,87%	3,89%	4,66%	4,15%	4,21%	3,97%	5,33%	4,54%	5,29%	4,66%	4,94%	4,92%	5,22%	5,22%	
12 Diabetes	1,19%	1,56%	1,92%	1,56%	2,46%	1,43%	0,94%	1,56%	1,32%	0,93%	1,27%	1,14%	0,70%	0,70%	
13 Epilepsias	1,49%	2,48%	1,71%	1,90%	0,91%	1,50%	1,58%	1,35%	1,64%	1,18%	0,99%	1,27%	1,00%	1,00%	
14 ITU	5,35%	2,83%	3,49%	3,86%	5,20%	4,56%	3,98%	4,54%	4,28%	3,60%	3,88%	3,87%	3,81%	3,81%	
15 Infec pele e TSC	2,90%	2,05%	1,99%	2,30%	3,09%	2,34%	1,93%	2,42%	2,71%	2,50%	1,91%	2,40%	1,20%	1,20%	
16 D infl pelv F	0,37%	0,35%	0,48%	0,40%	0,63%	0,33%	0,23%	0,39%	0,63%	0,68%	0,56%	0,63%	0,10%	0,10%	
17 SRubéola cong	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	0,02%	0,00%	0,00%	
Total ICSAP	25,65%	28,80%	27,47%	27,34%	26,90%	30,79%	28,45%	28,75%	26,70%	24,38%	21,88%	24,40%	22,17%	22,17%	

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1703.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

Meta para 2017: 21,04%

Indicador de avaliação Anual - Resultado Ano 2017	Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre 22,12%	Memória de cálculo: total de internações sensíveis à Atenção Básica (Numerador = 1087 / denominador – total de internações = 4914) * 100 Considerações e Recomendações: <ul style="list-style-type: none">78% das UBS recebem relatórios de altas hospitalares em tempo de estabelecer projeto terapêutico do paciente egresso por condições sensíveis à Atenção Básica. Deste percentual 77% das unidades, que recebem relatório de alta, monitoram estes egressos.Ações de parcerias entre à Unidade de Pronto Atendimento de

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



	<p>Referência e a UBS, para garantir a continuidade do cuidado de usuários portadores de doenças crônicas, representam 56%.</p> <ul style="list-style-type: none">Os indicadores de números de internações por ITU diminuiu no 1º Quadrimestre de 2017 em relação ao 3º Quadrimestre de 2016, porém ainda não temos os números finais consolidados. Recomenda-se realizar uma ação de capacitação em tratamento de ITU para continuar diminuindo este indicador que afeta a proporção das internações por condições sensíveis à Atenção Básica.Concluindo, podemos constatar uma redução no indicador do 1º Quadrimestre de 2017 em relação ao realizado de 2016 que foi de 23,36%. A recomendação é que se devem intensificar as ações descritas acima, para atingir a meta este ano.
--	---

Indicador 3. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família

Meta: Aumentar em 5,5% em 4 anos.

Relevância do Indicador: O 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.

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
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	50,17

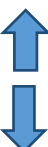
Fonte: DRS 7e DS - SMS

Meta para 2016: 50,0%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	0,00	<p>Considerações: o fechamento da 1ª vigência é dia 30 de junho.</p> <p>Recomendações: a proposta é de apropriação e envolvimento das Unidades e com a implantação do E-Sus que o processo seja mais agil.</p>

Objetivo 1.2 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

Meta Municipal 1.a – Proporção de unidades básicas com ações de territorialização, promoção da saúde e Intersetorialidade.

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Meta 2017: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	100%	Todas as unidades informaram possuir ações de territorialização e promoção da saúde e Intersetorialidade. Está sendo desenvolvido 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), com perspectivas de ampliação e qualificação das ações de Territorialização, Promoção de Saúde e Intersetorialidade. Considerando a necessidade de ações de prevenção das infecções respiratórias sazonais de outono e inverno, também foram realizadas reuniões intersetoriais com dirigentes dos equipamentos de educação infantil de todo o município e estão previstas reuniões com equipamentos da Secretaria de Assistência Social. *Obs: O Ambulatório do CEASA é o único serviço que não realiza ações territoriais em virtude da própria missão do serviço, pois não é Centro de Saúde.

Indicador 4. Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal

Relevância do indicador: Mede a ampliação de acesso à saúde bucal pela população. A partir de 2015 aumentar em 0,8% ao ano até 41,4 em 2017.

COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL												
Ano	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Proporção	37,19	37,8	41,02	42,42	41,46	42,51	38,4	38,69	37,43	39,12	42,13	39,38

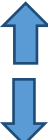
Fonte: DRS 7 e Atenção a Saúde Bucal da SMS

Meta 2017: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	39,62%	A meta para o quadrimestre foi atingida e o total de equipes cadastradas junto ao Ministério da Saúde, chegou em abril de 2017 a 73 equipes cadastradas. Existe solicitação do DS junto ao DGETES / Secretaria de RH para realização de concurso público para os cargos de Cirurgiões Dentistas, TSBs e ASBs visando suprir as vagas existentes e aumentar cobertura.

Indicador 5. Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada

Relevância do Indicador: A Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada (código SIA-SUS 01.01.02.003-1) é descrita como “escovação dental com ou sem evidenciamento de placas bacterianas. Realizada com grupos populacionais sob orientação e supervisão de um ou mais profissionais de saúde. Ação registrada por usuário por mês, independente da frequência com que é realizada (diária, semanal, quinzenal, mensal, ou duas, três ou quatro vezes por ano) ou da frequência com que o usuário participou da ação”.

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Meta: Aumentar para 0,20% a cobertura de ação coletiva de escovação dental supervisionada para o ano de 2014 e a seguir, incremento de 0,5% ao ano nos três anos seguintes.

MÉDIA DE AÇÃO COLETIVA DENTAL SUPERVISIONADA EM CAMPINAS											
Ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ação coletiva escovação	0,13	0,3	0,16	0,19	0,25	0,18	0,19	0,33	0,75	0,58	0,55

Fonte: DRS 7 e Atenção a Saúde Bucal da SMS

5.2 As UBS em relação as ações coletivas de Saúde Bucal:

5.2.1. A Unidade realiza planejamento das Ações Coletivas de Saúde Bucal no território, bem como estipula metas para a equipe.	<div></div>	92%
5.2.2. Para as Ações Coletivas de Saúde Bucal em Instituições de ensino, a Unidade previamente realiza contato com a Instituição, apresenta o Projeto para Diretores, professores e pais de alunos, bem como realiza o agendamento das ações, com envolvimento	<div></div>	92%
5.2.3. Realiza em conjunto com as Ações de Escovação Dental Supervisionada, avaliação.	<div></div>	92%
5.2.4. A Unidade realiza fluxo de solicitação de insumos de prevenção em saúde bucal, acompanha o adequado registros dos dados para monitoramento das metas.	<div></div>	94%
5.2.5. Não realiza.	<div></div>	2%

Meta 2017: 0,65



Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	0,12	A meta do quadrimestre não foi atingida; para atingir a meta no quadrimestre deveriam ter sido realizados 29.524 escovações, porém foram realizados 16.579; os procedimentos de escovação supervisionada tenderão a crescer devido ao calendário escolar e realização dos planejamentos nas unidades, os insumos estão devidamente regularizados, persiste ainda perdas de informação e produtividade devido ao sistema em vigor.

Indicador 6. Proporção de exodontia em relação aos procedimentos

Relevância do Indicador: Para que possamos compreender melhor este indicador, ele está relacionado com 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.

Meta 2013: 13,67 Reduzir em 30% em quatro anos o percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos, (meta de 9,57% em 2017) fator de redução anual de 8,53%.

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PROPORÇÃO DE EXODONTIA EM RELAÇÃO AOS PROCEDIMENTOS - 2000 a 2014

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Prop. Exod	8,05	7,46	8,38	8,14	9,29	10,7	10,7	9,98	9,47	9,26	8,7	9,23	14,4	9,37	8,09	8,04	7,94

Fonte: DRS 7 e Atenção a Saúde Bucal da SMS

6.2 As UBS em relação à endodontia:

6.2.1. A Unidade realiza classificação de risco para atendimento assistencial em Saúde Bucal



6.2.2. Para a população considerada de alto risco em Saúde Bucal, a equipe intensifica ações individuais de educação e prevenção



6.2.3. A Unidade classifica risco para priorizar o encaminhamento à endodontia



6.2.4. Não realiza



Meta 2017: Manter 8,5 %

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	9,06%	A meta prevista para o quadrimestre não foi atingida, considerando a meta 8,5 , porém se considerarmos o fator de redução estipulada em 2013 em 30 % até 2017 , ela foi atingida. Deverão ser priorizados implantações de CEOs e as ações desencadeadas para atingir as metas deverão prosseguir de maneira contínua no 2º quadrimestre.

Indicador 7. Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade

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

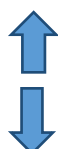
Meta 2013: 2,21 Aumentar em 3,79% ao ano o número de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados para população residente. (Manter 1,58 em 2013 e alcançar 1,64 em 2014).

RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE

Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Proc. Amb. Média Compl.	1,52	1,96	2,23	2,1	1,71	2,21	2,24	2,21	3,93

Fonte: DRS 7 e SIA

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



Indicador 07: Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente: físico produzido por Forma de Organização															
Forma de Organização	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	1º Quad 2017	Indicador 2017	Tendência 2014 a 2017
020101 Coleta de material por meio de punção/biópsia	99	28	44	171	38	61	34	133	62	92	110	264	78	78	
020203 Exames sorológicos e imunológicos	1.668	1.417	1.346	4.431	1.316	1.660	1.849	4.825	1.754	1.995	1.861	5.610	1.401	1.401	
020301 Exames citopatológicos	66	76	111	253	74	77	105	256	122	90	75	287	79	79	
020302 Exames anatomopatológicos	64	63	55	182	72	127	94	293	93	96	50	239	68	68	
020501 Ultra-sonografias do sistema circulatório (qualquer região anatômica)	3.338	4.183	3.789	11.310	3.653	4.060	3.315	11.028	3.462	3.736	3.834	11.032	3.470	3.470	
040503 Corpo vitreo, retina, coróide e esclera	237	296	350	883	296	334	292	922	252	279	211	742	222	222	
040505 Conjuntiva, córnea, câmara anterior, íris, corpo ciliar e cristalino	1.106	1.060	1.475	3.641	1.234	1.406	1.326	3.966	1.526	1.595	1.265	4.386	1.154	1.154	
040904 Bolsa escrotal, testículos e cordão espermático	179	197	180	556	255	204	176	635	181	223	223	627	204	204	
040905 Pênis	113	124	141	378	116	106	139	361	120	551	1.064	1.735	783	783	
050601 Acompanhamento de paciente no pré e pós-transplante	868	862	896	2.626	892	988	881	2.761	888	5.187	8.345	14.420	7.152	7.152	
Total	7.738	8.306	8.387	24.431	7.946	9.023	8.211	25.180	8.460	13.844	17.038	39.342	14.611	14.611	

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

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

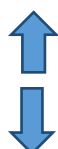
Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC



Meta 2017:2,33

Avaliação Anual – 2017	Considerações/Recomendações
Este indicador é de avaliação anual	<p>1. Início do atendimento do ambulatório de referência de Acupuntura no Espaço CR Academia, a partir de abril de 2017.</p> <p>2. Efetivada a transferência do atendimento do ambulatório de Pré Natal de Alto Risco da Maternidade de Campinas para a Policlínica 1, a partir de março de 2017.</p> <p>3. A descentralização das ações do Planejamento Familiar para a Atenção Primária está em processo, visando ampliar/agilizar o acesso ao método contraceptivo definitivo (vasectomia e laqueadura).</p> <p>4. O grupo de trabalho (GT) de Reabilitação realizou o mapeamento das ofertas de ações e serviços da área, estudo da demanda a partir da análise de encaminhamentos para fisioterapia motora de 10 Centros de Saúde. A partir desse diagnóstico, iniciou a elaboração de propostas de ação, como por exemplo a criação de instrumento para qualificação das referências e contrarreferências.</p> <p>5. Monitoramento das solicitações de exames de análises clínicas em consonância com as notas técnicas direcionadas à normatização, qualificação e uso racional destes recursos.</p> <p>Recomendações:</p> <p>a) Definir em cada Distrito a equipe responsável pela qualificação dos encaminhamentos, gestão do acesso e uso racional de recursos especializados;</p> <p>b) Implementar as ações de apoio matricial, em parceria com a equipe das Unidades de Referência próprias e conveniadas, visando potencializar as ações executadas pela Atenção Primária, qualificar os encaminhamentos e utilizar racionalmente os recursos</p>

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



	<p>disponíveis;</p> <p>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;</p> <p>d) Reformular convênios 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.</p> <p>e) Efetivar, no sistema SOL, a oferta de exames laboratoriais (curvas glicêmicas, espermograma e cultura de secreção uretral), contratados pelo processo licitatório nº 15/10/1730 (Empenho nº E00942/2017).</p> <p>f) Implementar e monitorar a parametrização dos exames laboratoriais;</p> <p>g) 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 critérios de risco/vulnerabilidade;</p> <p>h) Efetivar contratos de manutenção dos equipamentos das Policlínicas, bem como plano de reforma predial.</p> <p>i) Aplicar o questionário para pesquisa de satisfação dos usuários nas Policlínicas, em parceria com o Conselho Local de Saúde.</p> <p>j) Realização de oficinas para sistematização de plano de ação para a área de reabilitação física, a partir do diagnóstico realizado pelo grupo de trabalho.</p> <p>k) Reestruturar a oferta de especialidades e exames da Policlínica 3 com a ampliação da área física, após inauguração do CS São Bernardo em maio de 2017;</p> <p>l) Efetivar a locação de prédio para transferência do atendimento da Policlínica 2;</p> <p>m) Estruturar fila única de cirurgias eletivas.</p>
--	--

Indicador 8. Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente

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. Apresentamos o indicador 08 pela população do Município e 08' número absoluto por prestador, por ocorrência no Município, englobando a produção para residentes de outros municípios, porém facilitando a análise e intervenção por prestador.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



Meta: Aumentar em 0,7 % ao ano o número de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade na população residente.

RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO- CIRÚRGICAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE

Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Internações Média Compl.	2,7	2,78	2,78	2,8	2,64	2,93	2,86	3,04	2,93
Fonte: DRS 7									

Indicador 08: Produção de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente

Sub-grupo de procedimentos	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	1º Quad 2017	Tendência 2014 a 2017
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	4.518	5.566	5.265	5.353	5.915	5.154	4.850	6.236	4.867	3.631	
0305 Tratamento em nefrologia	224	212	228	303	236	227	279	216	250	156	
0308 Tratamento de lesões, envenenamentos e outros, decorrentes de causas externas	181	162	207	205	199	193	196	190	209	135	
0304 Tratamento em oncologia	279	264	330	291	273	316	337	350	291	242	
0201 Coleta de material	35	34	23	31	24	26	25	26	21	18	
0209 Diagnóstico por endoscopia	0	0	0	1	2	0	6	1	2	1	
0402 Cirurgia de glândulas endócrinas	29	58	43	32	53	51	51	37	14	8	
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	240	280	256	161	172	312	229	369	202	149	
0412 Cirurgia torácica	93	91	113	91	91	95	104	78	94	82	
0414 Bucomaxilofacial	15	12	21	18	14	10	8	12	16	4	
0403 Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	144	134	138	151	132	139	125	152	117	84	
0406 Cirurgia do aparelho circulatório	294	222	220	202	194	202	191	180	173	175	
0411 Cirurgia obstétrica	259	301	313	288	232	313	271	304	325	244	
0410 Cirurgia de mama	96	116	124	120	122	125	105	123	106	76	
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	1.009	907	1.066	1.029	923	958	930	1.080	942	768	
0407 Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	1.183	1.112	1.424	1.215	1.154	1.276	1.232	1.117	1.136	886	
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	218	221	281	308	320	397	249	313	364	358	
0413 Cirurgia reparadora	45	49	41	49	52	43	43	62	49	40	
0415 Outras cirurgias	476	483	547	524	529	453	491	563	460	336	
0405 Cirurgia do aparelho da visão	48	53	85	124	96	74	48	89	78	58	
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário	1.169	1.129	1.251	1.185	1.141	1.129	1.041	1.178	1.192	965	
Total	10.555	11.406	11.976	11.681	11.874	11.493	10.811	12.676	10.908	8.416	



Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1703.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

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

	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	1º Quad 2017
Indicador 08: Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente por 100 hab	0,94	1,01	1,07	1,03	1,05	1,01	0,92	1,08	0,93	0,72
Total ano	3,02			3,09			2,93			0,72

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



Indicador 08': Produção de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade selecionadas por prestador											
Sub-grupo de procedimentos	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	1º Quad 2017	Tendência 2014 a 2017
2022621 MATERNIDADE DE CAMPINAS	778	925	993	917	928	904	817	936	968	798	
2022648 HOSPITAL IRMAOS PENTEADO E SANTA CASA DE CAMPINAS	44	340	301	283	119	197	179	186	275	197	
2078465 REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA	167	235	254	216	93	287	220	233	203	208	
2079798 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS	4.946	4.752	5.514	4.641	2.859	4.837	4.976	5.667	5.206	3.662	
2081482 BOLDRINI CAMPINAS	504	465	465	494	248	550	505	470	441	323	
2081490 HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATTI CAMPINAS	2.353	2.566	2.511	2.453	1.235	2.563	2.562	2.591	2.516	1.816	
2081946 CASA DE SAUDE CAMPINAS	264	218	273	278	137	13	0	0	0	0	
2082128 HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO	2.800	2.747	2.940	2.780	1.375	2.940	2.764	3.916	2.600	1.947	
2084252 SOBRAPAR CAMPINAS	227	273	232	258	142	204	200	225	235	179	
6053858 COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI	2.437	2.658	2.996	3.412	1.648	3.502	3.052	3.512	3.175	2.837	
Total	14.520	15.179	16.479	15.732	8.331	15.997	15.275	13.401	15.619	11.967	

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1703.DBC



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

Meta 2017:3,06

Avaliação Anual - Ano 2017	Considerações/Recomendações
Este indicador é de avaliação anual	<p>Recomendações:</p> <p>a) Elaborar protocolos entre atenção básica, especializada e atenção hospitalar, para qualificar as filas de indicação cirúrgica, com inclusão da classificação de risco, no Plano de ação de 2016 do DS, foi priorizada a qualificação destas filas através GT de Acesso.</p> <p>b) Monitorar os casos de indicação cirúrgica.</p> <p>c) Rever quantitativo cirúrgico pactuado com a rede hospitalar em consonância com a demanda qualificada e indicadores de atenção a saúde.</p> <p>d) Intensificar ações junto a central municipal de regulação de acesso garantindo a realização do procedimento de média e alta complexidade junto à rede municipal e serviços conveniados.</p> <p>e) Formular protocolos de acesso aos serviços conveniados pela Coordenadoria de Regulação de Acesso, visando otimizar a capacidade instalada.</p>

Indicador 9. Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade

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.

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



Aumentar 5,59% ao ano o número de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados para população residente.

RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE

Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Prop. Amb. Alta Compl.	5,76	6,81	7,07	7,87	7,77	8,05	8,08	6,02	5,27
Fonte: DATASUS SIA/RDSP1401 a 1612DPC. / Dados Reprocessados: SMS/DGDO/CAC									

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



Produção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade para população residente											
Forma Organ.[2008+]	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	1º Quad 2017	Tendência 2014 a 2017
020101 Coleta de material por meio de punção/biópsia	529	473	519	508	624	473	443	560	543	582	
020203 Exames sorológicos e imunológicos	8.286	8.986	7.989	8.004	7.890	5.583	4.294	4.008	3.736	2.631	
020406 Exames radiológicos da cintura pélvica e dos membros inferiores	1.679	1.337	1.575	1.650	1.689	1.525	1.433	1.536	1.604	1.187	
020501 Ultra-sonografias do sistema circulatório (qualquer segmento)	24	25	28	19	34	42	31	44	35	21	
020601 Tomografia da cabeça, pescoço e coluna vertebral	2.987	2.388	2.435	2.963	3.313	2.745	3.501	3.094	3.665	2.233	
020602 Tomografia do torax e membros superiores	1.129	910	835	997	1.249	979	1.422	1.394	1.338	1.015	
020603 Tomografia do abdome, pelve e membros inferiores	2.454	1.949	1.814	2.544	3.004	2.467	3.223	2.958	2.860	2.241	
020701 RM da cabeça, pescoço e coluna vertebral	1.130	938	930	1.209	1.634	1.421	1.435	1.132	1.994	1.599	
020702 RM do torax e membros superiores	14	4	8	9	25	52	29	23	36	47	
020703 RM do abdome, pelve e membros inferiores	166	163	202	183	314	248	261	261	295	275	
020801 Aparelho cardiovascular	1.213	924	1.206	1.146	1.374	1.239	783	1.478	1.258	717	
020802 Aparelho digestivo	13	7	4	12	5	1	5	2	1	2	
020803 Aparelho endócrino	63	49	61	53	60	81	62	91	67	40	
020804 Aparelho geniturinário	98	118	126	106	164	137	85	162	123	111	
020805 Aparelho esquelético	380	315	395	384	459	410	281	516	400	274	
020807 Aparelho respiratório	19	15	15	15	26	15	16	24	24	7	
020808 Aparelho hematológico	23	25	22	12	18	23	9	28	17	8	
020809 Outros métodos de diagnóstico em medicina nuclear	29	21	34	35	19	27	14	21	13	6	
021001 Exames radiológicos de vasos sanguíneos e linfáticos	70	58	75	86	85	82	85	83	81	46	
021102 Diagnóstico em cardiologia	349	294	357	400	384	392	351	382	370	241	
030111 Atendimento/Acompanhamento queimados	28	14	21	35	24	14	32	22	12	8	
030112 Atendimento/accompanhamento de diagnóstico de doenças infecciosas	216	222	224	242	249	260	255	234	252	237	
030113 Acompanhamento em outras especialidades	75	95	142	79	83	96	91	81	107	76	
030312 Tratamentos por medicina nuclear in vivo	12	9	24	10	11	17	10	17	14	6	
030401 Radioterapia	8	0	0	2	0	2	2	2	0	0	
030402 Quimioterapia paliativa - adulto	2.153	1.689	1.999	2.223	2.240	2.083	2.252	2.216	2.239	1.710	
Total	23.147	21.028	21.040	22.926	24.977	20.414	20.405	20.369	21.084	15.320	

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1703.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

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

	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	1º Quad 2017	Tendência 2014 a 2017
Indicador 09: Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente por 100 habitantes	2,06	1,87	1,87	2,02	2,20	1,80	1,74	1,74	1,80	1,31	
Total	2,06	1,87	1,87	2,02	2,20	1,80	1,74	1,74	1,80	1,31	

Indicador 09': Produção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade por prestador											
Hospital SP (CNES)	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	1º Quad 2017	Tendência 2014 a 2017
2022648 HOSPITAL IRMAOS PENTEADO E SANTA CASA DE CAMPINAS	0	0	0	0	0	0	0	0	12	3	
2078465 REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA	170	203	95	91	81	49	828	816	1.129	471	
2079798 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS	16.761	16.830	16.555	15.253	18.183	16.648	18.483	19.547	19.129	14.468	
2081482 BOLDRIANI CAMPINAS	1.431	1.509	1.312	1.298	1.432	1.527	1.576	1.644	1.835	1.364	
2081490 HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATTI CAMPINAS	3.788	2.800	2.806	3.313	3.657	3.244	3.033	3.648	3.273	2.385	
2082128 HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO	7.605	5.403	7.826	8.403	8.954	7.990	8.175	8.464	8.716	6.288	
6053858 COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI	2.870	2.393	1.032	2.633	3.293	2.721	1.951	379	1.316	1.408	
Total	32.625	29.138	29.626	30.991	35.600	32.179	34.046	34.498	35.410	26.387	

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1703.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Meta 2017:9,99

Avaliação Anual - Ano 2017	Considerações/Recomendações
Este indicador é de Avaliação anual	<p>1. Monitoramento das solicitações de exames de Tomografia Computadorizada e Ressonância Nuclear Magnética, em consonância com o protocolo estabelecido e os critérios de indicação;</p> <p>2. Finalizado o processo licitatório para aquisição de novo tomógrafo para Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi (CHPEO).</p> <p>3. Início da oferta de Tomografia de Coerência Óptica (OCT) pelo Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi (CHPEO).</p> <p>4. Efetivação da oferta de biópsia de próstata pela equipe de urologia da Policlínica 1 para atender a demanda interna do serviço.</p> <p>Recomendações:</p> <p>a) Efetivar a regulação dos procedimentos de oncologia pela Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso;</p> <p>b) Revisar as ações e serviços de Assistência de Alta Complexidade da rede pública de saúde de acordo as diretrizes e os parâmetros do SUS/MS (portaria GM/MS nº 1631 de 01/outubro/2015).</p> <p>c) Reformular convênios 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.</p> <p>d) Ampliar o acesso ao diagnóstico do Ca de mama, por meio da instalação do mamógrafo digital na Policlínica 1</p> <p>e) 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;</p> <p>f) Implementar as ações de apoio matricial, em parceria com a equipe das Unidades de Referência próprias e conveniadas, visando potencializar as ações executadas pela Atenção Primária, qualificar os encaminhamentos e utilizar racionalmente os recursos disponíveis;</p> <p>g) Retomar a discussão da linha do cuidado da cardiologia, oncologia e TRS (alta complexidade), visando articular os diversos pontos de atenção e qualificar o processo regulatório.</p> <p>h) 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.</p> <p>i) Efetivar contratos de manutenção dos equipamentos das Policlínicas, bem como plano de reforma predial.</p>

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Indicador 10. Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade

Relevância do Indicador: Analisa variações geográficas e temporais da produção de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribui na avaliação da adequação do acesso à atenção hospitalar clínico-cirúrgicas de alta complexidade, segundo as necessidades da população atendida. Subsidiaria processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência hospitalar de alta complexidade de responsabilidade do SUS. Aumentar em 1,63 % ao ano o número de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente.

RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DE ALTA COMPLEXIDADE

Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Internações Alta Compl.	3,46	3,06	3,33	3,85	3,69	4,05	4,06	3,27	3,45

Fonte: DATASUS SIH/RDSP1401 a 1612DPC / Dados Reprocessados: SMS/DGDO/CAC

Indicador 10' Produção de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade por prestador											
Hospital SP (CNES)	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	1º Quad 2017	Tendência 2014 a 2017
2079798 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS	2.363	2.252	2.436	1.685	1.444	1.318	1.333	1.498	1.276	893	
2081482 BOLDRINI CAMPINAS	271	231	179	213	251	306	308	333	295	149	
2081490 HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATTI CAMPINAS	279	215	284	292	268	303	347	333	336	252	
2082128 HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO	472	450	497	514	474	460	458	595	573	464	
2084252 SOBRAPAR CAMPINAS	50	52	49	43	58	49	48	47	64	55	
6053858 COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI	15	13	20	11	9	7	13	9	13	16	
Total	3.450	3.213	3.465	2.758	2.504	2.443	2.507	2.815	2.557	1.829	

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1703.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

Produção de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente											
Sub-grupo de procedimentos	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	Tendência 2014 a 2017
Proced p/ diagnose	18	11	19	14	20	12	19	13	16	14	
Int. clínicas	563	531	505	356	173	148	186	189	152	106	
Int. Cirúrgicas	903	819	961	931	857	894	944	1.176	1.037	778	
Transplantes	25	21	25	22	34	20	31	33	33	26	
Interc pós transpl	108	97	87	95	75	68	86	67	69	43	
Total	1.617	1.479	1.597	1.418	1.159	1.142	1.266	1.478	1.307	967	



Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1703.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

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

	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	1º Quad 2017	Tendência 2014 a 2017
Indicador 10: Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente (por 1.000 hab)	1,44	1,32	1,42	1,25	1,02	1,01	1,08	1,26	1,11	0,82	
Total ano	4,17			3,27			3,45			0,82	

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Meta 2017: 4,48

Avaliação Anual - Ano 2017	Considerações/Recomendações
Este indicador é de Avaliação anual	Recomendações: Intensificar ações junto a Coordenadoria de Regulação de Acesso para a garantia de acesso para realização do procedimento de média e alta complexidade junto à rede municipal e serviços conveniados. Manter a reavaliação da capacidade instalada sob gestão municipal de instituições para realização de procedimentos de cirurgias de alta complexidade.

Indicador 11. Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado

Relevância do indicador: Permite monitorar a qualidade da assistência hospitalar prestada à população por meio de mecanismos de gestão e acompanhamento de metas pactuadas. Manter 100% dos serviços hospitalares com contrato de metas firmado.

Meta 2017: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	100%	Manter processo de contrato de metas para os serviços conveniados ao SUS Municipal (possuem Contratos de Metas).

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir

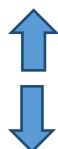


OBRAS PARA QUALIFICAÇÃO DO ACESSO NA ATENÇÃO À SAÚDE RAG 2016

1. CONSTRUÇÕES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (Ação PPA 107)

DISTRITO	UNIDADE	FONTE RECURSO	VALOR REPASSE	VALOR CONTRAP	VALOR TOTAL	Situação 1o Quadrimestre 2017
NOROESTE	CS BASSOLI	CONTRAPARTIDA DE EMPREENDIMENTO IMOBILIÁRIO		-		Indicado na expansão imobiliária (FAR – minha casa minha vida) projeto iniciado pela SEINFRA.
NOROESTE	CS CAMPINA GRANDE	SISMOB E CONTRAPARTIDA	1.630.524,00		1.630.524,00	Encaminhado para licitar. Retornou para atualizar planilha orçamentária pela SEINFRA.
NOROESTE	CS COSMO	CONTRAPARTIDA DE EMPREENDIMENTO IMOBILIÁRIO		-		Indicada no Projeto FAR - Minha Casa Minha Visa - CEF
NOROESTE	CS FLORENCE	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO	773.000,00	1.727.000,00	2.500.000,00	Em fase de contratação de obra pela SES
NOROESTE	CS LISA	FEDERAL / SISMOB - EMENDA	1.000.000,00	399.200,00	773.000,00	Encaminhado para licitar. Retornou para atualizar planilha orçamentária pela SEINFRA. Foi solicitado recurso via Emenda Parlamentar com parecer de mérito favorável, mas não ocorreu o repasse.
NOROESTE	CS PERSEU	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO				Obra em andamento
NOROESTE	CS SATÉLITE IRIS I	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO				Obra em andamento
NOROESTE	CS SATÉLITE IRIS II	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO				Em fase de contratação de obra pela SES
NORTE	CS VILLAGE	FEDERAL / SISMOB - EMENDA	773.000,00	727.000,00	1.500.000,00	Prosseguimento do projeto pela SEINFRA
SUDOESTE	CS DIC VI	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO				Em fase de contratação de obra pela SES

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



DISTRITO	UNIDADE	FONTE RECURSO	VALOR REPASSE	VALOR CONTRAP	VALOR TOTAL	Situação 1o Quadrimestre 2017
SUDOESTE	CS SANTOS DUMONT	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO				Obra em andamento
SUL	CS NOVA AMÉRICA	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO				Em fase de desapropriação dos terrenos para encaminhar a SES para contratação da obra.
SUL	CS SÃO BERNARDO	CONVÊNIO COM INSTITUIÇÃO DE ENSINO				Obra finalizada pela Faculdade São Leopoldo Mandic.

OBS.:



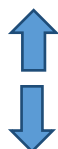
a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



2. REFORMAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (Ação PPA 137)

DISTRITO	UNIDADE	FONTE RECURSO	VALOR REPASSE	VALOR CONTRAPARTIDA	VALOR TOTAL	Situação 1o Quadrimestre 2017
LESTE	CS CONCEIÇÃO	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO				Projeto sendo elaborado pela empresa Arkhitekton contratada pela SES
LESTE	CS COSTA E SILVA	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO				Projeto sendo elaborado pela empresa Arkhitekton contratada pela SES
LESTE	CS SÃO QUIRINO	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO				Projeto sendo elaborado pela empresa Arkhitekton contratada pela SES
LESTE	CS SOUSAS	FEDERAL/FMS	500.000,00	76.000,00	576.000,00	INCLUIR: Projeto em elaboração na SEINFRA sob Prot. 15/10/62183. Solicitado recurso via Emenda Parlamentar, aprovado parecer de mérito, mas ainda não ocorreu o repasse.
NOROESTE	CS FLORESTA	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO		-		Projeto sendo elaborado pela empresa Arkhitekton contratada pela SES
NOROESTE	CS INTEGRAÇÃO	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO		-		Projeto sendo elaborado pela empresa Arkhitekton contratada pela SES
NOROESTE	CS IPAUSSURAMA	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO				Projeto sendo elaborado pela empresa Arkhitekton contratada pela SES
NOROESTE	CS SANTA ROSA	FEDERAL/FUNDO - SISMOB				Seinfra está elaborando os projetos. Previsão de licitação para 2017.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



DISTRITO	UNIDADE	FONTE RECURSO	VALOR REPASSE	VALOR CONTRAPARTIDA	VALOR TOTAL	Situação 1o Quadrimestre 2017
NORTE	CS BOA VISTA	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO				Em fase de regularização do terreno para encaminhamento da matrícula a SES para contratar a obra
NORTE	CS CASSIO RAPOSO DO AMARAL	FEDERAL/CAIXA	605.880,00	154.120,00	760.000,00	Obra em andamento pela empresa TESLA
NORTE	CS ROSÁLIA	FEDERAL/FUNDO - SISMOB				Em trâmite para abertura de licitação – Prot. Nº2015/10/38165
SUDOESTE	CS AEROPORTO	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO				Projeto sendo elaborado pela empresa Arkhitekton contratada pela SES
SUDOESTE	CS CAPIVARI	FEDERAL/CAIXA	605.180,00	381.052,44	986.232,44	Valor gasto R\$ R\$ 327.448,75. (valor contratado R\$ 986.232,44). Obra paralisada (Contrato vencido). Segundo informação da SMAJ a empresa será penalizada por descumprimento de contrato. SERÁ LICITADO NOVAMENTE
SUDOESTE	CS SANTO ANTÔNIO	FEDERAL/CAIXA -	400.000,00	R\$ 35.000,00 -	435.000,00	Em trâmite para abertura de licitação – Prot. Nº 2013/10/51390
SUL	CS ESMERALDI NA	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO				Projeto sendo elaborado pela empresa Arkhitekton contratada pela SES
SUL	CS SANTA ODILA	FEDERAL/CAIXA	257.580,00	629.220,00	886.800,00	A CEF solicitou correções nos projetos e a SEINFRA está em fase de finalização de adequação.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



DISTRITO	UNIDADE	FONTE RECURSO	VALOR REPASSE	VALOR CONTRAPARTIDA	VALOR TOTAL	Situação 1o Quadrimestre 2017
SUL	CS SÃO JOSÉ	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO				Projeto sendo elaborado pela empresa Arkhitekton contratada pela SES
SUL	CS VILA IPÊ	FEDERAL/FUNDO - SISMOB				Em trâmite para abertura de licitação – Prot. Nº2015/10/38166.

OBS.:



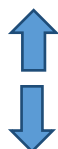
a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



3. CONSTRUÇÕES NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR (Ação PPA 68)

DISTRITO	UNIDADE	FONTE RECURSO	VALOR REPASSE	VALOR CONTRAPARTIDA	VALOR TOTAL	Situação 1o Quadrimestre 2017
CENTRAL	AME - AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO				Projeto concluído. Está em fase de montagem de documentos para dar entrada na análise do LTA junto a DEVISIA.
CENTRAL	CR DA MULHER - CRAIM-	FEDERAL OGU	3.500.000,00	1.900.000,00	5.400.000,00	A Seinfra está finalizando a planilha orçamentária para fins de licitação da obra. Fase de solicitação de LTA da VISA
CENTRAL	JARDIM DOS SENTIDOS	RECURSO DE DOACAO				Em trâmite para abertura de licitação – Prot. 2013/10/49454
NORTE	UPA METROPOLITANO	FEDERAL/CAIXA	5.524.200,00	613.800,00	6.500.000,00	Projeto foi aprovado pela CEF. Está em fase de atualização da planilha orçamentária para fins de licitação da obra.
SUDOESTE	CAPS III	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO				Projeto concluído. Está em fase de montagem de documentos para dar entrada na análise do LTA junto a DEVISIA.
SUL	UPA SULESTE	FEDERAL/FUNDO	2.700.000,00	3.285.831,71	5.985.831,71	Valor gasto R\$ 3.900.562,52. Valor contratado R\$4.841.033,77 - Obra iniciada em Julho. Obra em andamento com previsão de término em Maio 2017, conforme Contrato.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



4. REFORMAS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR (Ação PPA 135)

DISTRITO	UNIDADE	FONTE RECURSO	VALOR REPASSE	VALOR CONTRAPARTIDA	VALOR TOTAL	Situação 1o Quadrimestre 2017
CENTRAL	HOSP. MARIO GATTI - ONCOLOGIA	FEDERAL OGU	4.892.060,17	575.154,17	5.467.214,34	Aguardando empenho do Ministério para liberação do recurso na CEF. Projeto em adequação por solicitação da CEF
DEVISA	CEREST	RECURSO RENAST				Projeto solicitado a SEINFRA
NOROESTE	CAPS INFANTIL	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO				Projeto sendo elaborado pela empresa Arkhitekton contratada pela SES
SUDOESTE	PRONTO SOCORRO OURO VERDE	FEDERAL/FUNDO	R\$ 2.700.000,00 (OBRA) – R\$ 662.130,00 (EQUIP.)		3.362.130,00	Encaminhado os projetos reformulados para MS. No aguardo do retorno para encaminhamento da obra. Previsão de licitação para 2017.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Diretriz 2 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.

Objetivo 2.1- Implementação da Rede de Atenção a Urgência e emergência

Todos os serviços conveniados ao SUS Municipal possuem Contratos de Metas. Todos os leitos conveniados estão sob regulação da Central Municipal de Regulação e após as 22 horas estão sob a Regulação da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo.

Indicador 12. Número de unidades de Saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado

Relevância do indicador: Possibilita o acompanhamento e o monitoramento da ampliação do uso do SISNOV para atender à legislação e garantir a atenção e a proteção às pessoas em situação de risco. Permite melhor magnitude deste grave problema de saúde pública. Mede a sensibilidade da rede de atenção à saúde às notificações de violência. Permite acompanhar a adesão da unidade de saúde à notificação.

Meta: 8 serviços de urgência com notificação de violências implantada e notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências.

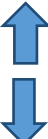
Meta para 2016: 7 PS/PA E 64 UBS

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	100% dos PA e PS 60% das UBS	Após a apresentação do Boletim n 10 do SISNOV com as notificações apresentadas por distritos de saúde, algumas UBS, refizeram o treinamento dos profissionais iniciaram as notificações. Atualmente realizamos o monitoramento das novas notificações e capacitando em serviço nos eventos sentinelas. Iniciamos a 2 turma do Curso Impactos das violências nas famílias, aumentamos o número de vagas para 50, e foram inscritos pediatras, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogos das UBS e dos NASF. O alerta SISNOV foi ampliado para a educação e assistência social completando a rede de cuidado e organizando a linha de cuidado das vítimas adolescentes e crianças.

Indicador 13. Proporção de acesso hospitalar por acidente

Relevância do indicador: Avalia 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.

Meta 2013: 58,49 % Ampliar em 1,25% ao ano o número de pessoas assistidas em hospitais quando acidentadas, para atingir 61,47% ao final de quatro anos.

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PROPORÇÃO DE ACESSO HOSPITALAR DOS ÓBITOS POR ACIDENTE

Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nº ÓBITOS POR ACID. EM HOSPITAL	233	201	208	238	189	205	172	160	45
Nº TOTAL DE ÓBITOS POR ACIDENTE	303	281	312	246	295	276	276	245	59
% DE ACESSO	76,89	71,53	66,66	68,78	64,06	62,31	62,31	65,3	61,86

Fonte: SIM – CII, DGDO - SMS

Meta para 2017: 61,47%

Resultados	Considerações/Recomendações																					
1º Quadrimestre	64,62%	<table><tr><th>Causa de óbito CID 10 V01 - X59</th><th>RDQA 1</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>65</td></tr><tr><td>Número de residentes acidentados atendidos e que foram a óbito em hospital</td><td>42</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>6</td></tr><tr><td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em via pública</td><td>14</td></tr><tr><td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outro local</td><td>3</td></tr><tr><td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em aldeia indígena</td><td>0</td></tr><tr><td>Número de residentes acidentados e que foram a óbito em local ignorado</td><td>0</td></tr><tr><td>Resultado = Proporção de acesso hospitalar</td><td>64,62%</td></tr></table>	Causa de óbito CID 10 V01 - X59	RDQA 1	Número TOTAL de residentes acidentados que foram a óbito, atendidos ou não em um hospital, em determinado território e período	65	Número de residentes acidentados atendidos e que foram a óbito em hospital	42	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	6	Número de residentes acidentados e que foram a óbito em via pública	14	Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outro local	3	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	Resultado = Proporção de acesso hospitalar	64,62%
		Causa de óbito CID 10 V01 - X59	RDQA 1																			
		Número TOTAL de residentes acidentados que foram a óbito, atendidos ou não em um hospital, em determinado território e período	65																			
		Número de residentes acidentados atendidos e que foram a óbito em hospital	42																			
		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	6																			
		Número de residentes acidentados e que foram a óbito em via pública	14																			
		Número de residentes acidentados e que foram a óbito em outro local	3																			
		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																			
		Resultado = Proporção de acesso hospitalar	64,62%																			
		Considerações: A maioria dos pacientes que evoluíram a óbito tiveram atendimento hospitalar (64,62%). O restante 35,38%, na sua maioria (21%), forma vítimas de acidentes graves em via pública, provavelmente evoluindo a óbito no local.																				

Objetivo 2.2 - Fortalecimento de mecanismos de programação e regulação nas redes de atenção do SUS

Indicador 14. Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)

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. Apresentamos o indicador 14 por município de residência e 14' por ocorrência em Campinas, englobando a produção para residentes de outros municípios, porém facilitando a análise e intervenção por prestador.

PROPORÇÃO DE ÓBITOS NAS INTERNAÇÕES POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

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

OBS.:










a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



Fonte: DATASUS SIH/RDSP1401 a 1612DPC.
Dados Reprocessados: SMS/DGDO/CAC

Internações SUS por IAM ocorridas em Campinas, por Hospital																
Hospital SP (CNES)	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	1º Quad 2017	Indicador 2017	Tendência 2014 a 2017	
2078465 REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÂNCIA	0	1	2	3	0	0	0	0	1	1	0	2	1	1		
2079798 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP	70	56	87	213	62	93	66	221	101	82	95	278	74	74		
2081490 HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATTI	20	38	31	89	21	31	26	78	25	25	23	73	13	13		
2081946 CASA DE SAUDE CAMPINAS	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
2082128 HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRE	63	59	58	180	73	58	54	185	61	69	49	179	53	53		
6053858 COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDILSON	17	34	20	71	32	32	59	123	52	43	57	152	49	49		
Total	170	188	199	557	188	214	205	607	240	220	224	684	190	190		

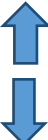
Óbitos por IAM em internações SUS ocorridas em Campinas, por hospital															
Hospital SP (CNES)	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	1º Quad 2017	Indicador 2017	Tendência 2014 a 2017
2078465 REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÂNCIA	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2079798 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP	6	5	9	20	5	13	6	24	10	11	14	35	7	7	
2081490 HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATTI	10	13	9	32	8	9	11	28	8	5	7	20	3	3	
2081946 CASA DE SAUDE CAMPINAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2082128 HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRE	5	8	1	14	6	4	10	20	4	10	7	21	5	5	
6053858 COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDILSON	2	1	2	5	6	4	7	17	3	6	4	13	2	2	
Total	23	27	22	72	25	30	34	89	25	32	32	89	17	17	

Meta para 2017: 12,74%

AVALIAÇÃO ANUAL-ANO 2017	Considerações/Recomendações
Este indicador é de avaliação anual	CONSIDERAÇÕES: Por tratar-se de indicador anual, pode ocorrer alteração em virtude de informações analisadas <i>a posteriori</i> . O prazo de encerramento do RDQA e das competências tem descompasso. Recomendações: a) Reavaliar protocolos de assistência junto a área hospitalar e readequar oferta de procedimentos cardiológicos junto ao HMCP. b) Dialogar para implementar a Rede de IAM em Campinas e Região, com um grupo técnico para aprofundar o conhecimento das medidas de prevenção e tratamento referentes ao infarto (intra e extra-hospitalar).

Indicador 15. Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Relevância do Indicador: Analisa as variações geográficas e temporais da mortalidade das internações de menores de 15 anos de idade, com o uso de UTI, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Aponta a necessidade de estudos específicos da qualidade da atenção hospitalar nas unidades de terapia intensiva, neonatal e infantil. Subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação da atenção hospitalar nas unidades de terapia intensiva, neonatal e infantil.

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



Local	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Tendência	Incremento 2008- 2012	Incremento anual
..... 35072 Campinas	10,44	9,48	8,05	7,79	7,44	8,26	8,5		0,45	0,1125
350950 Campinas	9,97	8,43	7,73	7,33	6,29	7,59	6,77		-0,96	-0,24
..... 35074 Oeste VII	7,22	8,08	8,43	10,47	8,62	9,61	6,45		-1,98	-0,495
Estado SP	12,8	12,5	11,07	11,39	10,34	9,77	9,67		-1,4	-0,35

A análise demonstra que cerca de 90% é em UTI neonatal, sensível ao pré-natal alto risco, parto na maternidade de referência. Fatores relacionados: Reprodução assistida, internações longas, implicação: redução mais lenta da mortalidade.

Meta 2013: 6,52 Reduzir em 0,25 ao ano os óbitos em menores de 15 anos em Unidade de Terapia Intensiva, visando alcançar a meta de 5,77 em quatro anos.

Indicador 15: Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI)															
Internações em menores de 15 anos em UTI	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	1º Quad 2017	Indicador 2017	Tendência 2014 a 2017
2022621 MATERNIDADE DE CAMPINAS	118	152	124	394	139	161	113	413	102	181	121	404	128	128	
2079798 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS	245	241	227	713	222	257	206	685	254	244	281	779	193	193	
2081482 BOLDRINI CAMPINAS	47	59	58	164	64	64	74	202	56	60	64	180	48	48	
2081490 HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATTI CAMPINAS	52	80	80	212	87	55	66	208	79	79	58	216	69	69	
2082128 HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO	81	111	133	325	124	120	126	370	120	171	146	437	115	115	
2084252 SOBRAPAR CAMPINAS	3	4	10	17	5	8	1	14	5	7	1	13	0	0	
6053858 COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI	39	75	61	175	53	89	61	203	50	77	47	174	49	49	
Total	585	722	693	2.000	694	754	647	2.095	666	819	718	2.203	602	602	

Óbitos em menores de 15 anos em UTI	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	1º Quad 2017	Indicador 2017	Tendência 2014 a 2017
2022621 MATERNIDADE DE CAMPINAS	12	10	4	26	9	6	9	24	7	9	7	23	6	6	
2079798 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS	20	24	15	59	13	9	13	35	20	20	12	52	13	13	
2081482 BOLDRINI CAMPINAS	3	7	6	16	9	7	5	21	4	5	5	14	4	4	
2081490 HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATTI CAMPINAS	2	2	5	9	4	2	3	9	4	2	4	10	1	1	
2082128 HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO	9	4	8	21	5	10	7	22	10	11	4	25	7	7	
2084252 SOBRAPAR CAMPINAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
6053858 COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI	1	2	2	5	3	1	2	6	0	6	1	7	2	2	
Total	47	49	40	136	43	35	39	117	45	39	33	117	33	33	

OBS.: a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



Proporção de óbitos em residentes menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI)

Hospital SP (CNES)	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	1º Quad 2017	Indicador 2017
2022621 MATERNIDADE DE CAMPINAS	10,17%	6,58%	3,23%	6,60%	6,47%	3,73%	7,96%	5,81%	6,86%	4,97%	5,79%	5,69%	4,69%	4,69%
2079798 HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS	8,16%	9,96%	6,61%	8,27%	5,86%	3,50%	6,31%	5,11%	7,87%	8,20%	4,27%	6,68%	6,74%	6,74%
2081482 BOLDRINI CAMPINAS	6,38%	11,86%	10,34%	9,76%	14,06%	10,94%	6,76%	10,40%	7,14%	8,33%	7,81%	7,78%	8,33%	8,33%
2081490 HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATTI CAMPINAS	3,85%	2,50%	6,25%	4,25%	4,60%	3,64%	4,55%	4,33%	5,06%	2,53%	6,90%	4,63%	1,45%	1,45%
2082128 HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO	11,11%	3,60%	6,02%	6,46%	4,03%	8,33%	5,56%	5,95%	8,33%	6,43%	2,74%	5,72%	6,09%	6,09%
2084252 SOBRAPAR CAMPINAS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%		
6053858 COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI	2,56%	2,67%	3,28%	2,86%	5,66%	1,12%	3,28%	2,96%	0,00%	7,79%	2,13%	4,02%	4,08%	4,08%
Total	8,03%	6,79%	5,77%	6,80%	6,20%	4,64%	6,03%	5,58%	6,76%	4,76%	4,60%	5,31%	5,48%	5,48%

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1703.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

Meta para 2017: 5,77

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	5,48%	Recomendações: Visto que a maior parte dos óbitos se dá no primeiro ano de vida, sugerimos desencadeamento de ações de qualificação da assistência materno infantil.



Indicador 16-Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).

Relevância do Indicador: Monitorar o acesso da população aos primeiros atendimentos nos casos de urgência e emergências, aprimorando os esforços no sentido de reduzir as complicações decorrentes de eventos e favorecendo a regulação da assistência nos pontos de atenção.

Manter 100%, inclusive durante todo o período do plano.

Meta para 2017: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	100%	Considerações: O SAMU faz regulação dos casos pré hospitalares e as internações são reguladas pela Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso e, após as 22 horas, estão sob a Regulação da Coordenadoria de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo - CROSS).

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

Objetivo 3.1 - Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de Mama e do Colo de Útero

Indicador 18. Razão de exames Citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos

Relevância do indicador: Avaliar o acesso a exames preventivos para câncer de colo de útero na população feminina na faixa etária 25 a 64 anos.

Ampliação em 2% ao ano cobertura de exame citológico nas mulheres de 25 a 64 anos, para atingir 0,49 ao final dos quatro anos.

RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS									
Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Proporção	0,59	0,59	0,54	0,52	0,45	0,43	0,44	0,18	0,34
Fonte: DRS 7									

Meta para 2017: 0,48

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	Dados parciais 0,08	<p>Memória de cálculo: Nº de coleta de CO na população de 25 a 64 anos = 9.240 Fonte: Laboratorio de Citopatologia da Unicamp dados de jan-abr/2017 População de 25 a 64 anos = 339.540 Fonte: 2017/ TABNET pop. Feminina 25 – 64 anos Cálculo da Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária (nº de coleta de citologia oncológica em população residente de 25 a 64 anos/população feminina residente de 25-64 anos)/3 (exame trianual) Razão = 0,08</p> <p>O município de Campinas vem enfrentando demora no recebimento dos resultados dos exames de citologia oncológica devido a falta de RH no laboratório de citopatologia da Unicamp. A implantação de um serviço em Campinas vinculado ao Hospital de Câncer de Barretos irá nos oferecer cerca de 60.000 exames análise de exames de citologia oncológica de colo de útero o que deve suprir a necessidade da rede básica.</p>

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Meta Municipal 3.a - Monitorar e tratar adequadamente 100% das lesões de colo uterino diagnosticadas

Meta para 2017: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	100%	Manter o controle rígido dos casos alterados e o seguimento adequado de cada um deles na própria unidade com monitoramento do distrito e do núcleo de articulação da atenção primária (NAAP). Aumentar a carga horária e o processo de trabalho do Ambulatório de Patologia Cervical com novos profissionais na Poli I Estamos em processo de implantação de um novo serviço de apoio diagnóstico e terapêutica em nosso município através do grupo do Hospital de Câncer de Barretos que irá nos disponibilizar análise de exames de citologia oncológica de colo de útero e procedimento diagnósticos como biópsias e conização

Indicador 19. Razão de exames de mamografia de rastreamento - mulheres de 50 a 69 anos

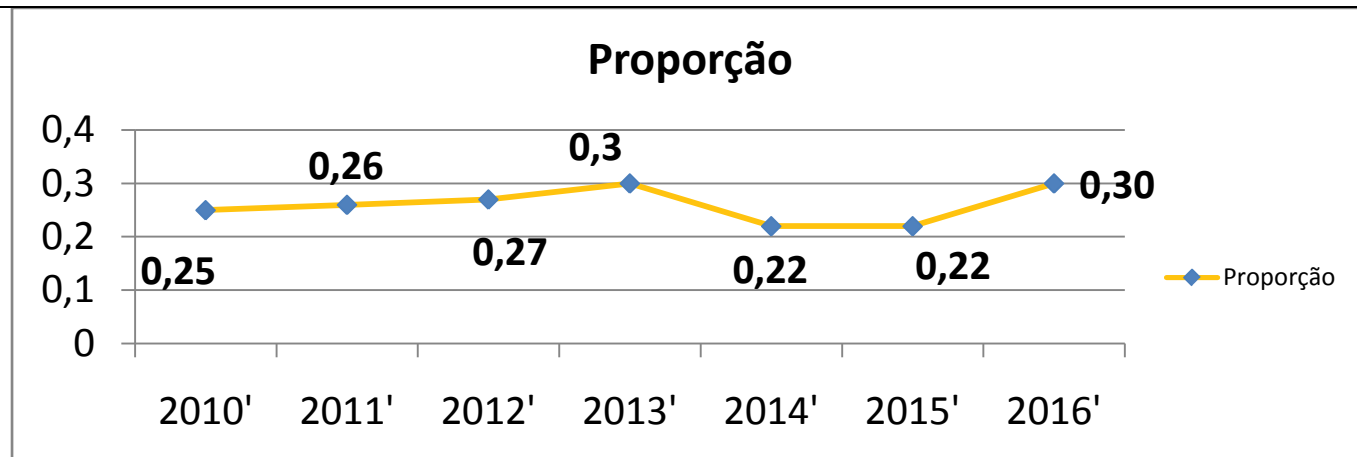
Aumentar 0.03 ao ano.



Relevância do Indicador: Medir o acesso e a realização de exames de rastreamento de câncer de mama pelas mulheres de 50 a 69 anos a cada 2 anos. Aponta ainda capacidade de captação dessas mulheres pelas unidades básicas de Saúde.

RAZÃO DE MAMOGRAFIA MULHERES DE 50 A 69 ANOS

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

Fonte: DRS 7



OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



Indicador 19: 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 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	1º Quad 2017	Indicador 2017	Tendência 2014 a 2017
Total	4.671	2.497	4.169	11.337	4.438	4.889	4.751	14.078	4.472	5.723	5.328	15.523	3.629	3.629	
2082128 HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO	2.354	1.909	3.149	7412	2.569	1266	2.401	6.236	2.552	2.774	2.912	8.238	2.131	2.131	
6053858 COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI	1.427	280	697	2404	1.516	984	1.964	4.464	1.620	2.654	1.899	6.173	1.249	1.249	
2079798 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS	300	269	276	845	322	161	255	738	281	250	231	762	218	218	
2022710 POLICLINICA II	550	0	0	550	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Outros	40	39	47	126	31	36	131	198	19	45	286	350	31	31	
População residente IBGE estimativa 2014 a 2016 TCU*	109.155				110.086				103.405				103.405		
Razão	8,56%	4,58%	7,64%	20,77%	8,06%	8,88%	8,63%	25,58%	8,65%	11,07%	10,31%	30,02%	7,02%	7,02%	

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1703.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC



Meta para 2017: 0,40

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre:	Dados Parciais 0,07	<p>Memória de cálculo:</p> <p>Nº de Mamografias de rastreamento na população de 50 a 69 anos = 3.629</p> <p>Fonte: CAC/DATASUS/SIH RDSP1401 a 1706.DBC</p> <p>População de 50 a 69 anos = 103.405</p> <p>Fonte: CAC/População residente IBGE estimativa 2014 a 2016 TCU</p> <p>Cálculo da Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária</p> <p>(nº de exames de mamografia de rastreamento em população residente de 50 a 69 anos/população feminina residente de 50-69 anos)/2 (exame bianual)</p> <p>Razão = 0,0702</p> <p>Considerações:</p> <p>O município de Campinas está em processo de implantação de um novo serviço de mamografia através de um serviço vinculado ao Hospital de Câncer de Barretos que irá complementar a demanda de exames de rastreamento necessária para atingirmos a meta de cobertura anual.</p>

Meta Municipal 3.b - Monitorar e tratar adequadamente 100% das lesões de mama diagnosticadas

Meta para 2017: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	100%	<p>Temos mantido a meta de início de tratamento inferior a 60 dias da data do diagnóstico e não há demanda reprimida para realização de procedimentos diagnósticos e cirúrgicos. Com a implantação do novo serviço de Mamografia e Mastologia vinculado ao Hospital do Câncer de Barretos teremos um incremento no prazo de diagnóstico das lesões de mama</p>

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Objetivo 3.2 - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.

Indicador 20. Proporção de Parto Normal

Relevância do indicador: Avalia 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.

Aumentar 0,5% ao ano a proporção ao parto vaginal.

PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL DE MÃES RESIDENTES EM CAMPINAS

Ano	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
vaginal	5.423	4.997	5.069	5.440	5.634	5.441	4.917	5.155	4.945	5.210	5.655	5.357
cesaria	8.224	8.373	8.602	8.788	8.902	9.271	9.547	9.657	10.073	10.421	10.136	9.437
ignorado	9	16	30	8	12	8	12	0	2	13	7	2
total	13.656	13.386	13.701	14.236	14.548	14.720	14.476	14.812	15.021	15.644	15.798	14.797
Proporção	39,7	37,3	37,0	38,2	38,7	37,0	34,0	34,8	32,9	33,3	35,8	36,2

Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática.

DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

Dados atualizados em 13/03/2017, sujeitos à revisão.

Meta para 2017: 36,18%

Resultados	Considerações/Recomendações				
1º Quadrimestre	Dados Parciais 36,65%	Período: jan a abr/2017			
		Tipo de Parto	SUS	Convênio	Total
		Vaginal	1.477	399	1.876
		Cesário	1.509	1.732	3.241
		Não informado	0	1	1
		Total	2.986	2.132	5.118
		% Parto vaginal	49,46%	18,71%	36,65%
		% Parto Cesário	50,54%	81,24%	63,33%
		Considerações:			
		Estamos tecnicamente muito próximos da meta avaliando-se a soma entre a rede pública e a rede de convênios da saúde suplementar			
Mantidas as recomendações:					
a)Fortalecer a realização de grupos de gestantes e preparo para o parto vaginal na REDE SUS Campinas					

OBS.: a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



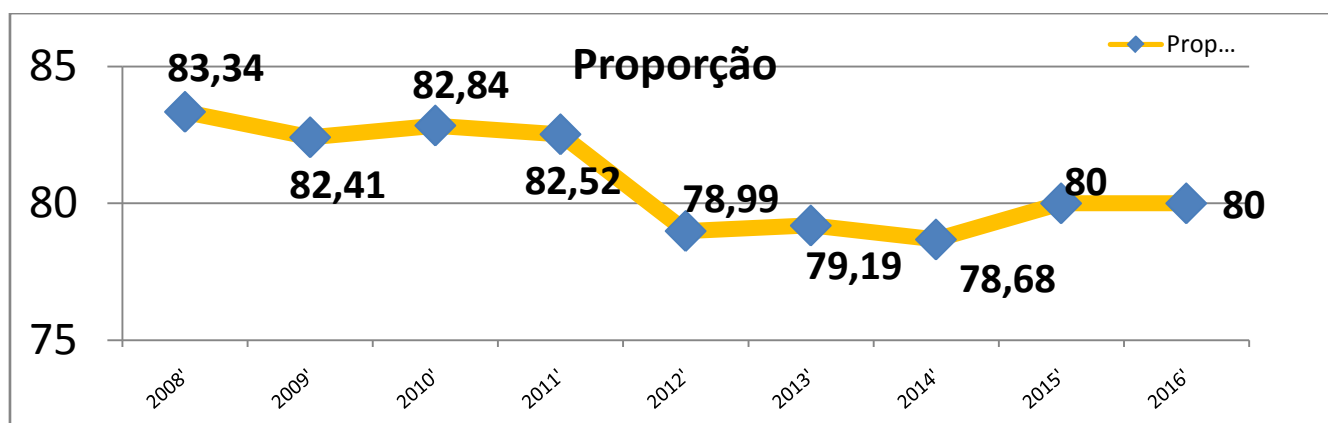
		<p>b) Aumentar o conhecimento da sociedade sobre os riscos de indicações desnecessárias de cesárea.</p> <p>c) Manter programas de grupos de gestantes e preparo para o parto vaginal.</p> <p>d) Realizar um contínuo processo de discussões junto às equipes de obstetras das maternidades visando à melhoria deste indicador.</p> <p>e) Valorar de forma a dar peso maior no cálculo do IVQ ao cumprimento da meta de parto normal pelas maternidades.</p> <p>f) Discutir valoração diferenciada para parto normal junto a área hospitalar.</p> <p>g) Buscar a capacitação e participação de enfermeiros e médicos da Saúde da Família no acompanhamento do pré-natal de baixo risco</p>
--	--	---

Indicador 21. Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal



Relevância do indicador: Medir a cobertura e o acesso, acolhimento e resolutividade à atenção da saúde materna e infantil.

PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL									
Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Proporção	83,34	82,41	82,84	82,52	78,99	79,19	78,68	80	80

Fonte: SINASC - TABNET SMS ATÉ 13.03.2017



Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática.
DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.
Dados atualizados em 13/03/2017, sujeitos à revisão.

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



21A.2 As UBS as ações que são realizadas em relação as consultas de pré-natal:

21A.2.1. Realiza teste rápido de gravidez na Unidade, no momento da procura;



21A.2.2. Utiliza o cadastro do SISPRENATAL;



21A.2.3. Faz classificação de risco;



21A.2.4. Faz busca ativa das gestantes adolescentes.



21A.2.5. Realiza ações de prevenção de gravidez na adolescência



Meta para 2017: 80%

Resultados		Considerações/Recomendações			
1º Quadrimestre	81,33%	Proporção de Nascidos vivos com 7 ou + consultas de pré-natal Período: jan a abr/2017			
		Tipo de Parto	SUS	Convênio	Total
		Nenhuma	12	1	13
		1-3	116	33	149
		4-6	424	305	729
		7e+	2.384	1.789	4.173
		Ignorado	50	4	54
		Total	2.986	2.132	5.118
		Porcentagem 7e+ consultas	79,84%	83,91%	81,54%
		A meta foi alcançada considerando-se a somatória entre a rede pública e a rede de convênios da saúde suplementar. Tecnicamente a rede pública está dentro da meta.			

Novo Ind. 21.a Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas de 10 a 19 anos

Relevância do indicador: A inclusão deste indicador nos permite estimar os nascidos vivos em condições de risco associado a idade materna, riscos biológicos associados a prematuridade e ao baixo peso ao nascer, quanto ao risco social, devido a necessidade de apoio social e econômico. Permite em conjunto com outros indicadores relacionar a frequência da gravidez precoce com as condições sociais e econômicas da população; contribuindo assim no planejamento das ações voltadas a saúde reprodutiva, pré-natal, parto e proteção da criança.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



**FAIXA ETÁRIA DE PUERPERAS E PROPORÇÃO DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA DE
RESIDENTES EM CAMPINAS, PERÍODO 2010 A 2016**

Faixa etária	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
10 A 19	1885	1811	1937	1927	2130	1945	1762
20 a 34	10741	10533	10611	10689	10872	11131	10456
35 e mais	2093	2131	2264	2405	2642	2764	2613
Total	14719	14475	14812	15021	15644	15840	14831
%	12,81%	12,51%	13,08%	12,83%	13,62%	12,28%	11,88%

Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática.

DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

Dados atualizados em 13/03/2017, sujeitos à revisão.

Meta 2017: 10,69%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	0	Indicador de avaliação anual

Indicador 22. Número de testes de sífilis por gestante ANUAL

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. Meta 2013: 2,00. Manter a meta durante o plano.

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

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

22.2 Sobre as UBS as ações que são realizadas em relação as consultas de pré-natal:

22.2.1. Reserva a agenda para início do pré-natal,		100%
22.2.2. Prioriza nos dias de coleta os exames de gestante,		92%
22.2.3. Faz busca ativa dos resultados alterados.		100%
22.2.4. Não realiza.		2%

Meta 2017: 2

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	1,87	Até 31 de março de 2017 foram realizados 3.955 sorologias para sífilis em gestante e 11 testes rápidos para sífilis em gestantes (dados da CAC-

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



		faturamento). 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. Além de registrados na produção, o procedimento deve estar incluído no FPO da unidade. No final do ano de 2016 foi enviada uma nota técnica à toda rede, com a recomendação da realização de 2 testes rápidos de sífilis, intercalado com dois exames de sífilis realizados durante a rotina de PN. Portanto, para o município, esperamos que sejam realizados 4 testes de sífilis por gestante (2 sorológicos e 2 testes rápidos). O número total de partos no período de jan-mar/2017 foi de 2.114 partos (Fonte: DATASUS). Ainda que para esses partos, os exames de sífilis foram em parte realizados no ano de 2016, é possível calcular o indicador para o quadrimestre; contudo, o indicador acaba por ser mais fiel quando se analisam períodos maiores. A CAC e o DATASUS só dispõem de dados até março de 2017.
--	--	--

Indicador 23. Número de óbitos maternos ANUAL

Relevância do indicador: Avaliar a assistência ao pré-natal, ao parto e puerpério, medindo a cobertura e o acesso, acolhimento e resolutividade à atenção da saúde materna e infantil.

SÉRIE HISTÓRICA DA MORTALIDADE MATERNA RES. DA MÃE - CAMPINAS

ANO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
NASCIDOS VIVOS	13.581	13.891	14.451	14.806	14.997	14.767	15.122	15.342	15.996	15.798	15.154
ÓBITOS MATERNOS	7	6	4	8	2	5	5	9	9	6	5
RAZÃO MORT. MATER.	51,54	43,19	27,68	54,03	13,34	33,86	33,06	58,66	56,26	37,98	32,99

Fonte: SINASC - CAMPINAS até 28.01.2016

Meta 2017: até 5



Resultados	Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre 0	De janeiro a abril não ocorreu óbito materno de residente em Campinas

Indicador 24. Taxa de Mortalidade Infantil ANUAL

Relevância do indicador: Avaliar o acesso das crianças menores de 1 ano ao acompanhamento de puericultura nos serviços de saúde.

TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL

Ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Taxa de Mort. Inf.	10,7	10,23	8,59	11,09	10,34	9,17	10,19	9,91	8,07	7,9	8,97

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Fonte: SIM e SINASC- Coordenadoria de Informação e Informática.

DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

Dados atualizados em 13/03/2017, sujeitos à revisão.

Meta para 2017: 9,20

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	0	Indicador de avaliação anual

Indicador 25. 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.

Meta 2017: 90%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	Infantis: Infatil= 10/36= 27,8% Fetais: 11/38=29,0 %	% Óbito infantil investigado por faixa etária 0-6 dias= 6/19= 31,6% 7 – 27 dias= 1/7= 14,3% 28 – 364 dias= 3/10= 30% O prazo para investigação de óbitos é de até 120 dias a partir da data do óbito. No prazo estabelecido apenas 4 óbitos não foram investigados

Indicador 26. 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

Meta 2017: 100%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	NA	Não houve óbito materno no período

Indicador 27. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados

Relevância do indicador: 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.

Meta 2017: 90%

Resultados		Considerações/Recomendações
------------	--	-----------------------------

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



1º Quadrimestre	36,9%	31/83 -> O prazo para investigação de óbitos é de até 120 dias a partir da data do óbito. No prazo estabelecido apenas 2 óbitos não foram investigados
-----------------	-------	--

Indicador 28. Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano

Relevância do indicador: Ajuda a 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.

2015: 47; 2016: 38 e 2017: 31, tendo como imagem objetivo é atingir o recomendado pela OPAS (Acima do parâmetro nacional de referência OPAS 0,5/1.000 nascidos vivos: meta de eliminação).

NÚMERO DE SÍFILIS EM GESTANTES RESIDENTES EM CAMPINAS, DE SÍFILIS CONGÊNITA, TAXA DE DETECÇÃO E COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA							
ANO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sífilis Gestantes	21	98	142	169	271	269	319
Sífilis congênita	14	21	30	59	71	86	87
Taxa de detecção de sífilis gestante	1,4	6,64	9,39	11,02	16,94	16,67	21,1
Coeficiente de incidência sífilis congênita	0,93	1,42	1,98	3,85	4,44	5,33	5,75
Fonte: DeVISA Campinas							

Frequência por Agravos Compulsórios segundo Ano de Diagnóstico

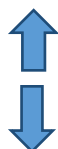
Ano da Notific	Sífilis Adquirida	Sífilis Congênita	Sífilis em Gestante	CI_CONGENITA	TD_GESTANTE	NASC_VIVOS	Total
2007	193	21	20	1,51	1,44	13891	234
2008	390	18	46	1,25	3,18	14451	454
2009	565	15	53	1,01	3,58	14806	633
2010	702	37	95	2,47	6,34	14995	834
2011	809	34	103	2,30	6,98	14764	946
2012	865	33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

CI: Coeficiente de incidência para cada 1000 nascidos vivos

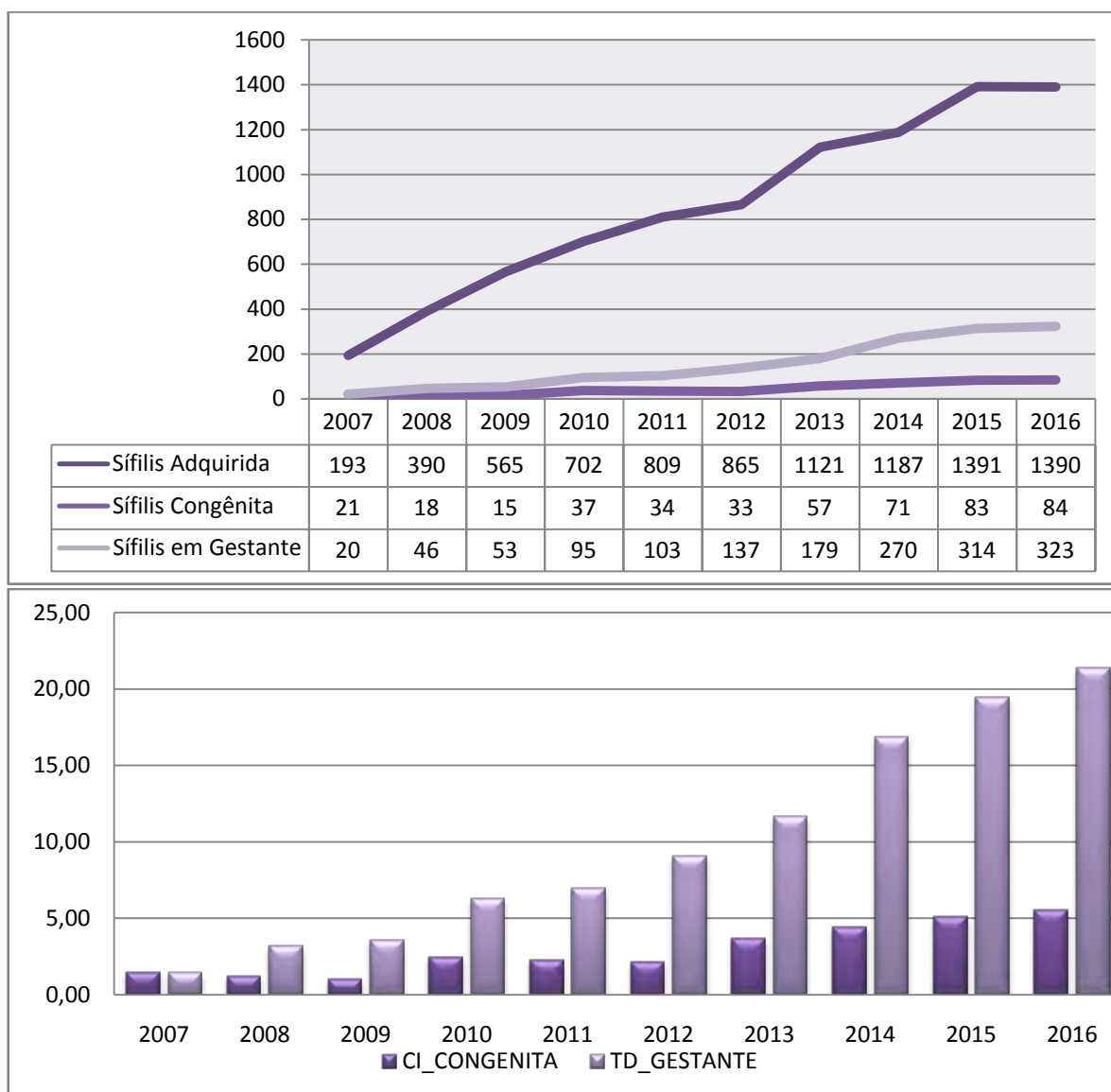
TD: Taxa de detecção para cada 1000 nascidos vivos

DEVISA: atualizado até 23.03.2017

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Meta para 2016: 36

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	16	No primeiro quadrimestre de 2017, houve 50 notificações de sífilis congêntas. Entre estas, 34 foram descartadas, restando 16 casos de sífilis congênita (13 crianças nascidas vivas, 1 aborto e 2 natimortos). Observa-se redução em relação ao primeiro quadrimestre de 2016. A maior dificuldade encontrada continua o tratamento do parceiro. Atualmente, encontra-se em elaboração orientação para aplicação de penicilina benzatina diluída com lidocaína, com o objetivo de melhor a adesão do parceiro ao tratamento.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Diretriz 4 - Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.

Objetivo 4.1 - Ampliar o acesso à atenção psicossocial a população em geral, de forma articulada com demais pontos de atenção em saúde e outros pontos Intersetoriais.

Indicador 29. Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS

Relevância do 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.

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

Meta para 2017: 1,53



Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	1.45	Finalizar a adequação das equipes dos capsi de gestão direta da PMC Finalizado a Reforma do prédio da antiga sede do caps III Sul. Já realizada a mudança do capsi Sul para este prédio público. Monitorar o processo de construção do CAPS AD III da Sudoeste Monitorar o processo de locação da sede provisória do CAPS AD Sudoeste Iniciar a reclassificação do CAPS AD II Sul para CAPS AD III Sul Meta municipal de cobertura para final de 2017, considerando a base populacional de 1.173.370: 1.53

Meta Municipal 4.a – Indicador: razão de leito psiquiátrico em hospital geral (Fórmula de cálculo = número de leitos psiquiátricos em hospital geral/total de leitos psiquiátricos do município).

Meta 2015 0,33, 2016 0,4

Meta para 2017: 1

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	0.5	Dar continuidade a Política de desinstitucionalização, fortalecendo a Rede de cuidado territorial, com redução gradual da utilização de leitos psiquiátricos em hospital psiquiátrico. Estimular novas parcerias para ampliação de retaguarda psiquiátrica em hospitais gerais

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Objetivo 4.2 – Qualificar a atenção, produção de informação e conhecimento

Meta Municipal 4.b – 100% das unidades de Saúde mental produzindo, analisando e utilizando informação.
Manter meta durante a vigência do plano

Meta Municipal 4.c.3 Nas UBS quais ações de saúde são ofertadas aos usuários de saúde mental:



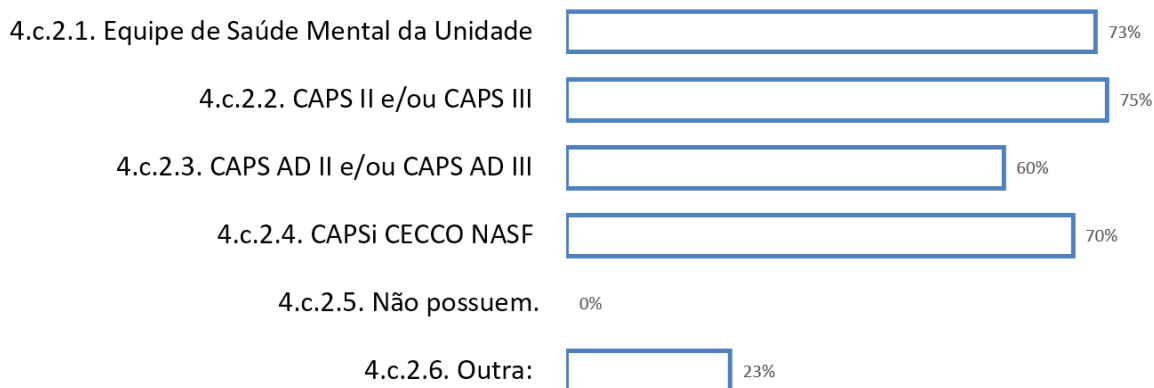
Meta para 2017: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	100%	Manter a produção dos dados. Ampliar a utilização de informações de saúde mental como instrumento de gestão pela coordenação local

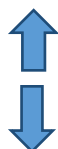
Meta Municipal 4.c – Unidades de Saúde mental com equipes capacitadas na atenção a grupos específicos em conformidade com a missão do serviço.

Indicador razão de unidades de saúde com matriciamento= número de unidades que recebem matriciamento de saúde mental/total de unidades de saúde. 2015 95% e a partir de 2016 100%.

Meta Municipal 4.c.2 Nas UBS as unidades que atuam em relação ao matriciamentose das ESF:



OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Meta para 2017: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	100%	Todas as unidades de Atenção primária recebem matriciamento de alguma equipe de saúde mental. Observa-se uma melhora na descrição das atividades descritas como matriciamento, com destaque para atendimentos conjuntos.

Meta Municipal 4.d - Ter 100% das Unidades básicas até 2017 com sistema de registro e monitoramento dos casos de saúde mental, e uso de álcool e outras drogas de seu território.

Indicador: número de unidades com sistema de registro/total de unidades

Meta 2014: 40% das unidades, 2015 atingir 60%, 2016 80% e 2017 100%.

Meta para 2017: 80%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	68%	Ampliar as discussões sobre a gestão dos usuários de saúde mental nas equipes de saúde da família, com apoio do NASF e profissionais de saúde mental da atenção primária

Objetivo 4.3 - Ampliar ações de promoção de Saúde mental e Reinserção social, e promover a articulação Intra e Inter setorial, englobando a participação social.

Meta Municipal 4.e – Fortalecer as ações de reinserção social e de promoção da saúde relacionadas a associação do consumo de álcool, situações de violência e sofrimento mental, através da ampliação de Centros de convivência até atingir 10 Centros de Convivência em 2017.

Sendo: 2015: 08, 2016:09 e 2017:10.

Meta para 2017: 9



Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	9	Estruturação do CECO Norte “Viver e Conviver” com complementação de RH faltante.

Meta Municipal 4.f – Garantir a gestão participativa nas unidades especializadas em saúde mental em 100% das unidades. Indicador: número de unidades com gestão participativa/ total de unidades.

Meta em 2015: 50%, 2016: 80% e em 2017: 100%

Meta para 2017: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações	
------------	-----------------------------	--

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



1º Quadrimestre	80%	Em todas as unidades há processos de gestão participativa. Porém, em algumas unidades. Algumas unidades, tais como CECOs, pelo tamanho padrão de suas equipes, não comportam subdivisão em colegiado gestor.
-----------------	-----	--

Meta Municipal 4.g – Ampliar 10 vagas em residenciais terapêuticos no SUS em Campinas até 2016 e manutenção dos Serviços até 2017.

Meta para **2015: ampliar 5, 2016: ampliar 5 vagas e manter em 2017. (Em final de 2014 – existiam 162 vagas).**

Meta 2017: 172 vagas

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	163	Reavaliação freqüente do censo e necessidade de abertura de novas casas devido ao processo de desinstitucionalização do Estado de São Paulo. Neste momento, não há como prever a necessidade de ampliação de vagas, pois o processo está em andamento.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Diretriz 5 - Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.

Objetivo 5.1 - Melhoria das condições de saúde dos Idosos e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção

Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs – 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.

Meta: Reduzir 3,00 óbitos precoces/100.000 ao ano a partir de 2014, para atingir 281,13 em 2017.

TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (< 70 ANOS) PELO CONJUNTO DAS QUATRO PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

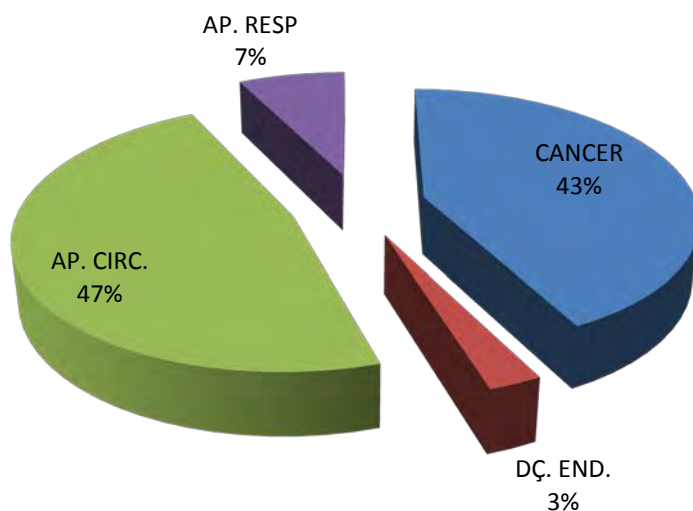
Ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Taxa mort. Prematura (< 70 anos)	334,94	311,02	307,58	307,93	297,62	299,13	290,93	286,65	284,37	307,06	282,95
Fonte: DRS 7 e CAC da SMS											

Memória de Cálculo: (Janeiro a Dezembro (1.615 Óbitos) População= 570.761) *100.000

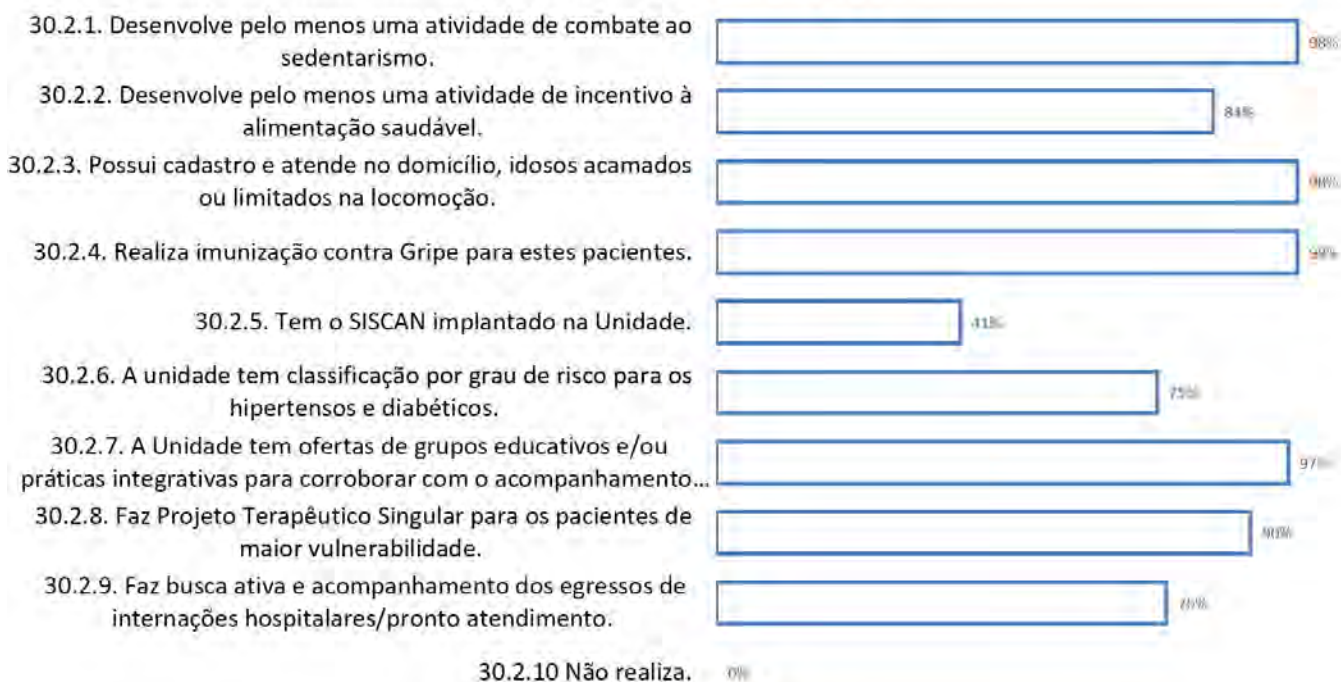
OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



**DCNT: Principais causas de mortalidade prematura
(dado parcial)**



30.2 As UBS em relação a reduzir a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis DCNT :



Meta para 2017: 281,13

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	47,83	Foram implantados 80% dos protocolos e ações visando o fortalecimento das linhas de cuidados para doenças crônicas.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



	C00-C97	108	<p>86% das UBS promovem ações de promoção voltadas à abordagem de alimentação saudável, tabagismo e sedentarismo, sendo que deste percentual o incentivo às práticas corporais compreendem 97% das unidades com efetiva participação dos ACS. As ações ao combate do tabagismo (42%) e alcoolismo (40%), apesar de existirem, podem ser mais organizadas e incentivadas.</p> <p>75% das UBS alimentam o cadastro de pacientes crônicos para monitoramento dos riscos e agravos de saúde. 72% das UBS atualiza o cadastro com especificação de risco de hipertensos e diabéticos ofertando 82% de consulta médica programada, consulta de enfermeiros, exames laboratoriais e ações educativas estabelecidas pelo grau de risco. Deste universo, quase a totalidade (97%) oferece realização de PTS para os pacientes de alto risco.</p> <p>A partir destes dados, orienta-se tanto aumentar a alimentação dos cadastros de crônicos como atualizar o cadastro de extratificação de risco para melhorar a qualidade da assistência.</p> <p>Mantendo os indicadores do 1º Quadrimestre, com as devidas atualizações ao longo do ano, e seguindo as recomendações acima a meta estipulada para 2017 será atingida.</p> <p>Realizado curso de auriculoterapia em conjunto com o Ministério da Saúde, Universidade Federal de Florianópolis, tendo Campinas como uma das cidades multiplicadoras da técnica, com formação de duzentos (262) profissionais em Campinas e região, aumentado oferta da técnica.</p> <p>Em relação as ações de promoção e prevenção às DCNT, 64 Unidades Básicas de Saúde responderam o RAG. Deste universo, 98,5% responderam que realizam ações, sendo que 49,3% (31 unidades) não descreveram quais ações foram realizadas e 50,7% (32 unidades) descreveram práticas corporais, tais como: grupos de caminhada (20 locais), Lian Gong (22 locais), movimento vital expressivo (11 locais), grupo nutricional (4 locais), meditação (2 locais), Yoga (3 locais), Chikung (1 local).</p> <p>Em relação ao 3º Quadrimestre de 2016, ocorreu melhora no registro das práticas integrativas, porém devem-se orientar as UBS a descreverem as ações de promoção e prevenção às DCNT.</p>
	E10-E14	4	
	I00-I99	139	
	J30-J98	22	
	Total	273	

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



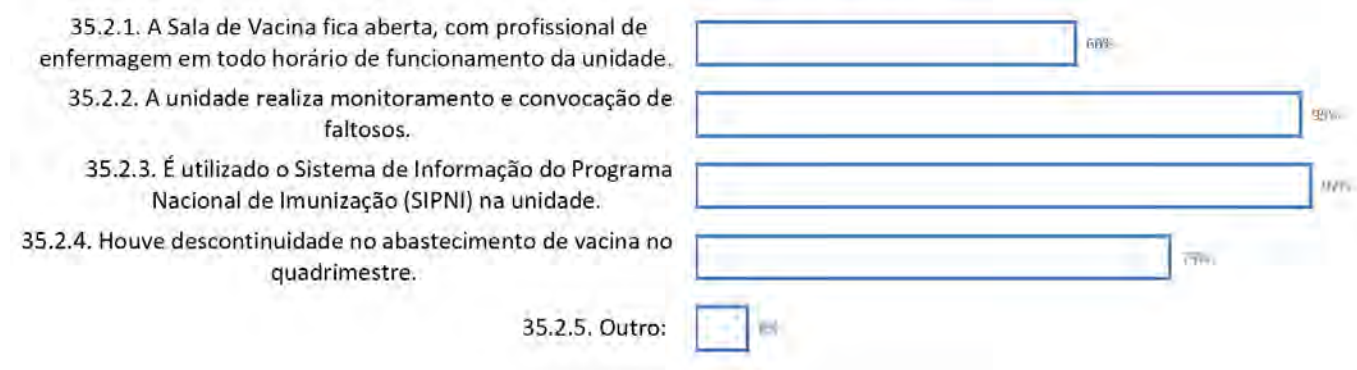
Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde

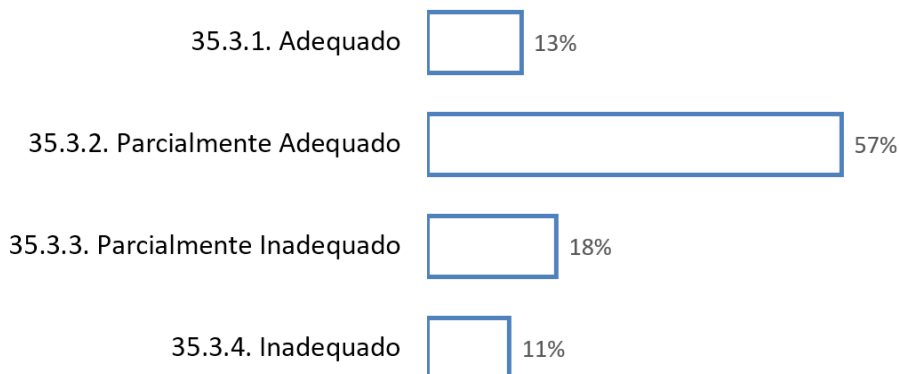
Indicador 35. Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas.

Relevância do Indicador: Evidencia se as vacinas que integram o Calendário Básico de Vacinação da criança possuem cobertura de acordo com o preconizado pelo PNI.

35.2 As UBS em relação a Cobertura Vacinal da unidade:



35.3 Como as UBS avaliam sua sala de vacina em relação a RH, estrutura física e climatização:



Meta

para 2017: 95% para: Pólio, Pentavalente, SCR, Pneumocócica e Meningocócica; e 90% para: BCG e Rotavírus

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	Valor total: cobertura vacinal: BCG: 89,50	Dados municipais retirados dos sistemas SIPNI e PNI. Dados considerados de Janeiro a Março de 2017. Os dados referentes ao mês de Abril são enviados ao Ministério da Saúde no dia 10 de cada mês e demora cerca de 10 dias para processar e disponibilizar a

OBS.: a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



	Rotavírus: 76,60 Influenza: 55,70 Penta: 79,80 VIP: 79,30 Tríplice Viral: 88,30 Meningo C: 76,60 Pneumo: 78,70	informação aos municípios. Estamos informatizando as salas de vacina conforme orientação do programa Nacional de Imunização. Neste momento o Município trabalha com informações provenientes do sistema API, SIPNI desktop e SIPNIweb. O processamento das informações pelo DATASUS esta em fase de melhorias. Os dados ainda não estão sendo computados em sua totalidade e os problemas relacionados aos erros estão sendo reportados rotineiramente ao setor envolvido. As unidades de saúde fazem busca ativa de crianças menores de um ano faltosas e a devida convocação para vacinação. As informações das vigilâncias locais não serão possíveis neste momento devido a erros que impedem geração de relatórios por Visa. A cobertura da influenza é parcial até 17 de Maio. A Campanha finaliza em 26 de Maio.
--	--	---

Obs.: 1) O indicador nacional tem como meta “alcançar, em pelo menos 75% dos municípios, as coberturas vacinais adequadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança”. No SISPACTO o indicador é a “proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas”. As metas de coberturas são específicas para cada uma das vacinas, isto é: **deve-se atingir no mínimo 95% para as vacinas:** Pólio, Pentavalente, SCR, Pneumocócica e Meningocócica; e **atingir no mínimo 90% para BCG e Rotavírus.**
2) Para o Município de Campinas é importante o monitoramento quadrimestral das coberturas por cada tipo de vacina, tendo como finalidade atingir a maior cobertura possível.

Indicador 35.1 Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade



Relevância do Indicador – Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica -10 valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice Viral (1ª dose) – com cobertura vacinal preconizada.

Meta para 2017 no SISPACTO: 95%

Obs.: A meta de coberturas para essas vacinas é de atingir no mínimo 95%.

Indicador incluído de acordo com a Ficha de Indicadores da Pactuação Interfederativa 2017-2021

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	Valor total: Penta: 79,80 VIP: 79,30 Tríplice Viral: D1 88,30	As vacinas Pentavalente e VIP são realizadas no calendário PNI aos 2, 4 e 6 meses de idade. A vacina da Pneumo é realizada aos 2 e aos 4 meses de idade. Essas vacinas possuem as suas doses de cálculo para cobertura vacinal na faixa etária de menores de 1 ano. A vacina tríplice viral possui a Dose 1 após a criança completar 1 ano de idade. Para faixa etária de menores

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



	Pneumo: 76,00 Homogeneidade 0	<p>de 2 anos a única vacina que teria a dose em maior de 1 ano seria a SCR. As doses aplicadas das outras vacinas em maiores de 1 ano são doses de reforço, que não são utilizadas para cálculo de cobertura vacinal.</p> <p>Dados considerados de Janeiro a Março de 2017. Os dados referentes ao mês de Abril são enviados ao Ministério da Saúde no dia 10 de cada mês e demora cerca de 10 dias para processar e disponibilizar a informação aos municípios.</p> <p>Estamos informatizando as salas de vacina conforme orientação do programa Nacional de Imunização. Neste momento o Município trabalha com informações provenientes do sistema API, SIPNI desktop e SIPNIweb.</p> <p>O processamento das informações pelo DATASUS esta em fase de melhorias. Os dados ainda não estão sendo computados em sua totalidade e os problemas relacionados aos erros estão sendo reportados rotineiramente ao setor envolvido.</p> <p>As informações desagregadas por distrito de saúde não serão possíveis neste momento devido a erros que impedem geração de relatórios por Visa.</p>
--	--------------------------------------	--

Indicador 36. Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera

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

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

ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
casos novos	278	275	297	313	282	250	316	300	308	321
Pop	1.034.904	1.045.405	1.056.274	1.067.421	1.079.140	1.100.970	1.112.050	1.123.241	1.112.050	1.135.623
coef inc	26,86	26,30	28,11	29,32	26,13	22,70	28,41	26,7	27,69	28,26

Fonte: Sistema TB Web - DEVISA

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

ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
nº obitos	16	12	19	13	8	7	11	18	14	17
Pop	1.034.904	1.045.405	1.056.274	1.067.421	1.079.140	1.100.970	1.112.050	1.123.241	1.112.050	1.135.623
coef inc	1,55	1,15	1,8	1,22	0,74	0,64	0,99	1,6	1,25	1,49

Fonte: Sistema TB Web - DEVISA

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



36b.2 As UBS em relação a sintomáticos respiratórios investigados:

36b.2.1. A equipe multiprofissional está sempre atenta aos tossidores, aumentando a vigilância em relação aos sintomáticos respiratórios.



84%

36b.2.2. Estão sendo investigados os pacientes com tosse crônica (tosse há duas semanas ou mais), pneumonias de repetição, asma e bronquite com tosse produtiva, dentre outros.



89%

36b.2.3. A equipe está atenta às populações mais vulneráveis (bolsões de pobreza, instituições fechadas, alcoolistas, tabagistas, pessoas em situação de rua, drogadição, dentre outras).



81%

36b.2.4. Os ACS sabem reconhecer e realizam a suspeição de sintomáticos respiratórios no território.



84%

IVIA 2016: 0,07

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	80,21%	Neste período foram analisados casos de novos pulmonares bacilíferos com início de tratamento de 01 de janeiro a 30 de abril de 2016, nesta coorte analisada encontramos 7 casos de abandono de tratamento, 6 óbitos sendo 2 por tuberculose e 4 por não tuberculose. E temos também 4 casos em aberto por tratamento prolongado. Fortalecer o tratamento supervisionado, busca ativa de sintomáticos respiratórios e realização de evento sentinela para os casos de abandono de tratamento.

Indicador 37. 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 portadores de AIDS, a identificação precoce dos casos de HIV positivo torna-se importante para que um resultado satisfatório possa ser alcançado.

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

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Prop. Ex.	87,58	86,7	87,34	87,34	97,34	89,05

Fonte: Sistema TB Web - DeVISA

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



37.2 As UBS em relação a exames antiHIV realizados entre os casos novos de tuberculose:

37.2.1. É feito o aconselhamento para o teste anti-HIV em todos os casos novos de tuberculose.

85%

37.2.2. O livro verde de registro dos pacientes é atualizado rotineiramente.

87%

37.2.3. A unidade realiza teste rápido anti-HIV para os casos novos de tuberculose.

84%

Meta 2017:90%

Resultados		Considerações/Recomendações														
1º Quadrimestre	82,35%	O período avaliado é de casos novos de tuberculose com início de tratamento de 01 de janeiro a 30 de abril de 2017. Todas as unidades de saúde foram capacitadas para realizar o teste rápido de HIV e é necessário incrementar a implantação do teste rápido HIV no Distrito Sul e Leste (conforme quadro abaixo da proporção de exames HIV realizados por distrito de residência) 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.														
		<table><tr><td>Visa residência</td><td>% testados</td></tr><tr><td>Norte</td><td>88,89%</td></tr><tr><td>Sul</td><td>56,52%</td></tr><tr><td>LESTE</td><td>81,82%</td></tr><tr><td>Sudoeste</td><td>100,00%</td></tr><tr><td>Noroeste</td><td>85,71%</td></tr><tr><td>Total</td><td>82,35%</td></tr></table>	Visa residência	% testados	Norte	88,89%	Sul	56,52%	LESTE	81,82%	Sudoeste	100,00%	Noroeste	85,71%	Total	82,35%
Visa residência	% testados															
Norte	88,89%															
Sul	56,52%															
LESTE	81,82%															
Sudoeste	100,00%															
Noroeste	85,71%															
Total	82,35%															

Indicador 38. 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 fatais notificados.

Meta 2017: 98,00%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	98,27%	Informação extraída do TBNET- CII-SMS dia 1/05/2017. Informações até o mês de março de 2017

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Indicador 39. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação

Relevância do indicador: Permite avaliar e monitorar a capacidade de resolução das investigações de casos registrados e a atualização do SINAN.

Meta 2017: 80%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	80,65%	Meta atingida. O encerramento oportuno de casos é obtido à custa do constante monitoramento do banco de dados, ação fundamental para a Vigilância Epidemiológica adequada e oportuna. É desejável que esse resultado seja crescente.

Indicador 40. Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho* notificados

Relevância do indicador: Mede a cobertura das notificações de doenças ou agravos relacionados ao trabalho.

Meta para 2017: 100% dos municípios notificando.

Avaliação Anual - Ano 2017	Considerações/Recomendações
100%	Todos os municípios* da área de abrangência do CEREST de Campinas (RENAST/MS) notificam as doenças ocupacionais e acidentes de trabalho no SINAN. (*) Campinas, Valinhos, Paulínia, Cosmópolis, Artur Nogueira, Sumaré, Hortolândia, Americana e Nova Odessa.

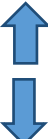
40.1. Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.

Meta para 2017: 95%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	95,38%	A análise desse indicador fica comprometida, pois o campo "ocupação" é de preenchimento obrigatório em todos os agravos, exceto para intoxicação exógena; ou seja, quase a totalidade dos agravos relacionados ao trabalho só pode ser notificada se tiver o campo "ocupação" preenchido.

Indicador 41. Percentual de municípios que executam as ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios

Relevância do indicador: avalia o nível de implementação das ações de vigilância sanitária.

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Meta 2017: 100%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	100%	Meta atingida. Todos os tipos de ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias ao município, foram realizadas.

Indicador 42. Número de casos novos de AIDS em menores de cinco 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.

Meta: Sustentar baixa incidência, no máximo 1 notificação em menores de 5 anos. Manter a meta para o período de vigência do Plano.

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

Fonte: SINAN -

Meta 2017: até 1 caso

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	0	Não houve registros de casos novos de Aids em menores de 5 anos até 30/04/2017. É necessário manter as ações de prevenção e controle.

Indicador 43. Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm³



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

PROPORÇÃO DE PACIENTES HIV COM O 1º CD4 INFERIOR A 200CEL/mm ³					
Ano	2011	2012	2013	2014	2015
1º CD4 até 199	66	79	94	78	
Percentual	25,38	22,9	24,93	23,01	23,01

Fonte: SINAN -

Meta 2017: 16,65%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	NA	Meta anual, dados calculados e fornecidos pelo Ministério da Saúde. Não é possível calcular o indicador com informações disponíveis no município.

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Indicador 44. Número de testes sorológicos anti-HCV realizados

Relevância do 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.

NÚMERO DE TESTES SOROLÓGICOS ANTI-HEPATITE C REALIZADOS		
Ano	2013	2014
Número de exames de hepatite C (CTAs e LMC)	43.764	52.611
Fonte: DeVISA Campinas (20,21%)		

Meta 2017: 96.821 exames

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	9.031	Realizadas 9.031 sorologias para hepatite C até março de 2017. No ano de 2016, até março, foram realizadas 15.504 sorologias. O resultado atual representa uma diminuição de 42% nos exames realizados no mesmo período. O Laboratório Municipal de Campinas está sem realizar sorologias rotineiramente desde agosto de 2016, por falta de kit para exame. Este indicador atingiu as metas nos dois anos anteriores do RAG.

Indicador 45. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes

Relevância do indicador:



PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS DE HANSENÍASE NAS COORTES DE PAUCIBACILARES E MULTIBACILARES, RESIDENTES EM CAMPINAS DE 2010 A 2014

Ano	2010	2011	2012	2013	2014
% Cura	83,67	78,37	93,54	85,71	82,85

Fonte: SINAN NET- atualizado em 02.06.2015

Meta 2017: 90%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	83,33%	As coortes analisadas foram os casos novos Paucibacilares (PB) diagnosticados de 01 de janeiro a 30 de abril de 2016 e os casos novos Multibacilares (MB) diagnosticados de 01 de janeiro a 30 de abril de 2015. Nestes períodos, identificamos 06 casos no total, sendo cinco multibacilares e um paucibacilar. Quanto ao desfecho, 5 casos evoluíram para cura e um caso resultou em abandono de tratamento. O número pequeno de casos e a ocorrência de um abandono dificultaram o alcance da meta.

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Indicador 46. 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, nos anos das coortes, para detecção de outros casos novos.

PROPORÇÃO DE CONTATOS INTRA-DOMICILIARES DE HANSENÍASE DE CASOS NOVOS EXAMINADOS, RESIDENTES EM CAMPINAS DE 2010 A 2014

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015
% Contatos exam.	89,92	81,88	82,53	80,23	53,1	70*

Fonte: SINAN NET- atualizado em 02.06.2015

Meta 2017: 90%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	96,9%	Meta atingida no período. O período analisado foi: casos novos Paucibacilares (PB) diagnosticados de 01 de janeiro a 30 de abril de 2016 e casos novos Multibacilares (MB) diagnosticados de 01 de janeiro a 30 de abril de 2015.

Indicador 47. Número absoluto de óbitos por Leishmaniose Visceral

Relevância do indicador: Mede de forma indireta a qualidade da assistência ao paciente de leishmaniose visceral (acesso, oportunidade no diagnóstico e manejo do paciente)

Meta 2017: 0

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	0	Não há casos de LV humana em Campinas. Todos os casos atendidos que buscam atendimento clínico em Campinas, principalmente na UNICAMP, são importados. Muito importante que não haja introdução da doença humana no município. Casos caninos precedem casos humanos. De forma que a manutenção do programa estruturado de vigilância canina com aporte de recursos humanos, materiais e financeiro é prioridade.

Indicador 48. Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina

Relevância do indicador: Mede a cobertura vacinal antirrábica em cães, para prevenção, interrupção da circulação do vírus da raiva na população canina.

Meta 2017: 80%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	NA	Meta ainda não avaliável. A Campanha anual de vacinação antirrábica está

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



prevista para Setembro 2017.

Indicador 51. Número absoluto de óbitos por dengue

Relevância do indicador: Reflete a qualidade do atendimento ao paciente com dengue.

Nº DE ÓBITOS, Nº DE CASOS E COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DE DENGUE									
ANO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nº óbitos	2	0	0	3	1	0	0	10	20
Nº Casos	11442	306	200	2647	3178	979	6976	42109	66.239
Coef. Letal./1000 dengue	0,2	0	0	1,1	0,3	0	0	0,2	0,3



Fonte: VISA

51.2 As UBS em relação a dengue:

51.2.1. Realiza capacitações para o manejo clínico dos casos de dengue.	<div></div> 774%
51.2.2. Participa da sala de situação de dengue distrital.	<div></div> 37%
51.2.3. O processo de trabalho (coleta e transporte de exames, monitoramento diário dos hemogramas, kit hidratação....) está organizado para atender os casos de dengue em epidemia.	<div></div> 774%
51.2.3. Garante acesso rápido à assistência à saúde dos suspeitos de dengue.	<div></div> 75%
51.2.4. Acompanha e monitora os casos graves de dengue na sua unidade.	<div></div> 97%
51.2.5. Esteve abastecida de insumos no quadrimestre para o atendimento dos casos de dengue.	<div></div> 92%
51.2.6. Houve caso de óbito na unidade e realizou evento sentinela do caso.	<div></div> 8%

Meta para 2017: Coeficiente de letalidade igual ou menor que 0,30/1000

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	0	Neste primeiro quadrimestre do ano, a incidência de dengue no município foi consideravelmente baixa, com um total de 66 casos.

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Indicador 52. Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue.

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

Meta para 2017: 45%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	16,52%	Foram realizadas 283.847 visitas em 429.626 imóveis cadastrados no SISAWEB. A orientação estadual estabelece a realização de 04 visitas por ano nos imóveis, o que representa o total de 1.718.504 visitas anuais. Esse número se refere ao trabalho de visitas domiciliares realizados pelas equipes próprias e empresas contratadas. O contrato da empresa Centro foi encerrado em 16/04/2017. A distribuição das visitas pode não se dar de forma homogênea ao longo do ano. Obs: Em geral, as visitas com o objetivo da prevenção se dão em maior número no segundo e terceiro quadrimestre, períodos de menor incidência de casos.

Indicador 52.1 Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue

Relevância do indicador: Evidencia o quantitativo que realmente foi visitado/trabalhado pelos AACAs, ACAs e ACS, em áreas infestadas pelo vetor.

Meta 2017: 6

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	0	A cobertura do primeiro ciclo realizado foi de 66,2% (Foram realizadas 283.847 visitas em 429.626 imóveis cadastrados no SISAWEB).

Objetivo 7.2 - Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase no Programa de Aceleração de Crescimento

Indicador 53. Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez

Relevância do indicador: Avalia a qualidade da água utilizada para consumo humano e possibilita a verificação se o tratamento está adequado para inativar os organismos patogênicos. É essencial à vigilância da qualidade da água para consumo humano.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Meta 2017: 100%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	Colif. totais = 100% Turbidez = 100% Cloro residual combinado = 0%	No quadrimestre foram realizadas 60 análises de coliformes totais e turbidez. A medição de cloro residual não está sendo realizada, pois, no momento, estamos sem os equipamentos. Houve necessidade de aquisição de novos aparelhos. Atualmente o processo de compra está no comitê gestor aguardando a liberação do valor para empenho.

Meta Municipal 7.a - Cadastrar 25% das áreas contaminadas no SiSSOLO de modo a permitir a elaboração de diagnóstico de risco químico e priorização do monitoramento de risco a exposição em áreas contaminadas até 2017.



Meta até 2017: 25%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	57%	Não atingida. Uma área cadastrada no primeiro quadrimestre no Distrito Sudoeste. As metas foram estabelecidas considerando as 144 áreas contaminadas conhecidas naquele momento da elaboração do Plano Municipal. Cadastro nos anos anteriores: 2014: 38 áreas cadastradas 2015: 34 áreas cadastradas 2016: 09 áreas cadastradas Até o momento, foram cadastradas 82 áreas, totalizando 57%.

Meta Municipal 7.b - Inspeccionar e intervir em situações de riscos ambientais em 25% das áreas contaminadas até 2017.

Meta até 2017: 25%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	63%	Não atingida. Seis áreas contaminadas com ações de monitoramento (avaliação e ou intervenção), no primeiro quadrimestre (NO:1, L:2, SO:3). Anos anteriores: 2014: 14 áreas acompanhadas 2015: 56 áreas acompanhadas 2016: 15 áreas acompanhadas

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



		Até o momento, foram acompanhadas 91 áreas, totalizando 63%. Ressalta-se que o acompanhamento das pessoas expostas é feito pela VISA Regional juntamente com a Unidade de Saúde de referência, considerando os contaminantes e seus possíveis efeitos na saúde.
--	--	---

Meta Municipal 7.c - Investigar a situação de saúde de populações expostas a riscos químicos em áreas contaminadas:

Meta: no mínimo 50% até 2017

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	2 áreas	Mansões Santo Antônio (L): criado grupo técnico clínico com participação da UNICAMP para a avaliação da situação de saúde, com planejamento das próximas análises e intervenções, com a participação do CEREST. Pirelli (NO): foi realizado o inquérito de saúde com toda a população da área afetada e o acompanhamento é feito pela Unidade de Saúde juntamente com a VISA Regional.

Meta Municipal 7.d - Avaliar os Planos de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde de grandes geradores:

Meta 2017: 100% ao Ano

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	63,3%	Inspeção realizada em 19 grandes geradores, entre hospitais e hospitais-dia no primeiro quadrimestre, de um total de 30. Meta atingida.

Meta Municipal 7.e - Investigar 100% das ocorrências de acidentes ambientais de origem natural ou antropogênico ao Ano.

Meta 2017: 100% ao Ano

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	0	Não houve ocorrências no quadrimestre.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Meta Municipal 7.f - Inspeccionar 25% as Estações de Tratamento de Água e Sistema de Captação do Sistema Público de Abastecimento.

Meta 2017: 25% ao Ano

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	100%	Meta atingida. Já foram realizadas inspeções nas 3 Estações de Tratamento de Água do município e na Estação Produtora de Água de Reúso – EPAR Capivari. O monitoramento da qualidade da água, de acordo com os parâmetros legais, é feito pelos relatórios inseridos mensalmente no SISAGUA.

Meta Municipal 7.g - Realizar a Vigilância e monitoramento de Qualidade da Água em 70% das Soluções Alternativas Coletivas para consumo humano cadastradas no SISAGUA - SAC (Poços Coletivos).

Meta 2017: 70% ao Ano

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	80,15%	Meta atingida no quadrimestre. Foram inseridos 420 relatórios de um total de 524.

Meta Municipal 7. h - Avaliar 100% dos resultados de controle de qualidade da água distribuída pelo Sistema Público de Abastecimento.



Meta 2017: 100% ao Ano

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	100%	Foram inseridos e avaliados 12 relatórios das 3 ETAs referentes aos meses de janeiro, fevereiro, março e abril.

Meta Municipal 7.i - Avaliar 100% das solicitações de traslado de restos mortais humanos (ossada exumada).

Meta 2017: 100% ao Ano

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	100%	Meta atingida. Foram recebidas e avaliadas 20 solicitações.

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Objetivo 7.3- Fortalecer a promoção e vigilância saúde com ênfase na Vigilância Sanitária tendo em vista os riscos sanitários

Meta Municipal 7. j – Realizar o controle sanitário de 100% dos serviços de terapia renal substitutiva (TRS) todos os anos.

Meta 2017: 100% ao Ano

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	25%	Meta não atingida. Inspeccionados 3 serviços dentre os 12 existentes no município.

Meta Municipal 7. k – Realizar o controle sanitário de 100% dos serviços hemoterápicos todos os anos.

Meta 2017: 100% ao Ano

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	33,3%	Meta atingida para o quadrimestre. Inspeccionados 6 serviços dentre os 18 existentes no município.

Meta Municipal 7.l – Realizar o controle sanitário de 100% dos hospitais todos os anos.



Meta 2017: 100% ao Ano

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	46%	Meta atingida para o quadrimestre. Inspeccionados 11 hospitais dentre os 24 existentes no município

Meta Municipal 7.m – Realizar o controle sanitário de 100% das instituições geriátricas até 2017.

Meta para 2017: 100% dos estabelecimentos conhecidos (regulares e irregulares)

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	83%	Meta atingida para o quadrimestre. Desde 2014, inspecionadas 77 estabelecimentos dentre os 92 cadastrados (conhecidos) na VISA.

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Meta Municipal 7.n - Inspeccionar 100% dos fabricantes de medicamentos e insumos todos os anos.

Meta 2017: 100% ao Ano

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	17%	Meta não atingida. Uma empresa foi inspecionada de um total de 6 empresas neste segmento.

Meta Municipal 7.o - Realizar capacitação para 80% das drogarias

Meta 2017: 80% ao Ano

Resultados		Considerações/Recomendações
PAS 2017		Indicador excluído devido ao Conselho Regional de Farmácia realizar capacitações com os temas necessários ao segmento.

Meta Municipal 7.p - Inspeccionar 100% das indústrias de produtos para saúde cadastrados no SIVISA, até 2017.

Meta 2017: 100% ao Ano

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	88%	Foram inspecionadas 23 empresas de um total de 26, em 2014, 2015, 2016 e 1º quadrimestre de 2017

Meta Municipal 7.q - Inspeccionar 100% das indústrias de saneantes e cosméticos cadastradas até 2017.



Meta até 2017: 100%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	100%	Foram inspecionadas 15 empresas, de um total de 15, em 2014, 2015, 2016 e 1º quadrimestre de 2017. As empresas estão sendo acompanhadas pelas equipes de VISA em ações rotineiras, programáticas e/ou sob demanda.

Meta Municipal 7.r – Realizar, anualmente, 6 (seis) reuniões técnicas com gerentes de loja e gerentes regionais de hipermercados e supermercados;

Indicador: Número de reuniões técnicas realizadas / número total de reuniões técnicas programadas X 100.

Ações: Realizar reuniões técnicas com gerentes de loja e gerentes regionais de hipermercados e supermercados.

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Meta 2017: 6

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	01	Meta não atingida. Realizada 01 reunião com gerente neste primeiro quadrimestre. A equipe está sendo estimulada a levantar a quantidade de denúncias (por e-mail, 156, etc) buscando verificar os riscos sanitários no segmento para priorização das reuniões.

Meta Municipal 7.s - Inspeccionar 100% das esterilizadoras conjuntamente pelas áreas de: produtos, saúde do trabalhador e serviços de saúde até 2017.

Meta até 2017: 100%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	100%	Meta atingida. Foram inspecionadas 3 empresas de um total de 3 empresas, no mínimo uma inspeção por ano. As empresas estão sendo acompanhadas pelas equipes de VISA em ações rotineiras, programáticas e/ou sob demanda.

Meta Municipal 7. t – Inspeccionar 100% dos laboratórios de análises clínicas e anatomia patológica até 2017.

Meta até 2017: 100%



Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	70%	Ao longo dos 40 meses foram inspecionados 52 estabelecimentos de um total de 74 cadastrados. Reitera-se que a deficiência de recursos humanos da equipe do SEDITE e a dificuldade de viaturas contribuem negativamente no cumprimento da meta.

(*) SEDITE- Serviços de Diagnóstico e Terapias Especializadas: é um setor do DEVISA responsável pela regulação de laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e demais laboratórios especializados. Situado no Serviço de Vigilância Estratégico.

Meta Municipal 7.u - Inspeccionar 100% dos serviços de radiodiagnóstico até 2017.

Meta até 2017: 100%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	81%	Meta atingida considerando os 40 meses. Inspeccionados, desde 2014, 62 serviços de radiodiagnóstico (médicos e odontológicos) dentre os 76 cadastrados no município.

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Meta Municipal 7. v- Inspeccionar 100% dos serviços de Radioterapia até 2017.

Meta até 2017: 100%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	87,5%	Meta atingida considerando os 40 meses. Inspeccionados, desde 2014, 7 serviços de radioterapia dentre os 8 existentes no município.

Meta Municipal 7.w - Inspeccionar 100% dos serviços de Medicina Nuclear até 2017.

Meta até 2017: 100%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	87,5%	Meta atingida considerando os 40 meses. Inspeccionados, desde 2014, 7 serviços de radioterapia dentre os 8 existentes no município.

Meta Municipal 7 x - Atender a 100% das denúncias relacionadas a comunidades terapêuticas e clínicas de dependentes químicos, de forma integrada com saúde mental e órgãos afins.



Meta 2017: 100% ao ano

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	100%	Meta atingida. Recebida uma denúncia referente a comunidade terapêutica, a qual foi devidamente apurada.

Meta Municipal 7.y - Realizar diagnóstico situacional e qualificar 100% dos equipamentos de saúde próprios, conforme o Programa de Vigilância de Serviços de Saúde Próprios – VIGIPRO até 2017

Meta até 2017: 100%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	Atenção Primária = 22% Atenção Secundária= 100% Atenção Terciária = 100%	Um serviço inspecionado é contabilizado uma vez só, independente de quantas inspeções forem realizadas. As equipes das VISAs regionais têm avaliado e discutido os Laudos Técnicos de Avaliação junto com DS, DA, DGDO. Buscando a qualificação dos serviços as salas de vacina têm sido avaliadas, bem como o controle e dispensação de Talidomida, investigação das notificações de fármacos e tecnovigilância, capacitação em farmacovigilância. Foram realizadas avaliações de projetos de construção/reforma de vários serviços próprios. No que se refere aos serviços à atenção

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



		primária e secundária, que já passaram pela etapa de diagnóstico, as equipes de VISA tem retornado aos serviços para ações rotineiras, programáticas e/ou sob demanda. Os serviços de Atenção Primária que ainda não foram inspecionados para diagnóstico e qualificação estarão sendo visitados nos próximos meses.
--	--	--

Meta Municipal 7.z - Aumentar em 5% a cada ano o número de estabelecimentos regularizados perante a Vigilância em Saúde.

Meta 2017: aumentar, no mínimo, 5% ao ano

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	53%	Meta atingida. Foram protocoladas 911 solicitações (283 de Licença inicial + 628 de renovação) no primeiro quadrimestre.

Meta Municipal 7.ag: inspecionar, anualmente, no mínimo 10% do universo de hipermercados e supermercados cadastrados no SIVISA.

Indicadores: Número de hipermercados e supermercados inspecionados / número total de hipermercados e supermercados cadastrados no SIVISA * X 100. (*) universo de estabelecimentos cadastrados e ativos no SIVISA em 31/12/2014: 14 hipermercados e 74 supermercados.

Ações: Realizar inspeções em hipermercados e supermercados para verificação das boas práticas em estabelecimentos comerciais de alimentos.

Meta para 2016: 10%



Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	9,7%	Meta atingida. Foram vistoriados 8 estabelecimentos de um total de 83 existentes.

Objetivo 7.4 - Fortalecer a promoção e vigilância em Saúde do Trabalhador

Meta Municipal 7.aa - Ampliar em 20% a notificação dos agravos em Saúde do Trabalhador nos municípios da área de abrangência do CEREST Regional até 2017.

Meta para 2017: 20% - 2041 notificações nos 9 municípios, sendo 1790 somente em Campinas.

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	15,7% (Total)	Campinas e Região: Total de 320 notificações, sendo 195 em Campinas

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



	10,9% (Campinas)	e 125 nos demais municípios da área de abrangência do CEREST Campinas (RENAST/MS). Dados obtidos no SINAN em 17/05/2017 (Campinas) e 05/05/2017 (Região) - agravos segundo ano de notificação.
--	---------------------	--

Meta Municipal 7.ab - Aumentar em 20% a inspeção dos estabelecimentos do comércio de materiais de construção civil no município, considerando como base o universo de estabelecimentos inspecionados em 2013, com vistas a dar cumprimento às Leis Municipal e Estadual que determinam o banimento do uso do amianto.

Meta para 2016: Revisada a meta quantitativa ($124^* + 15\% = 143$ inspeções) para ação de comunicação com o segmento

Meta 2017: aumentar, no mínimo, 20% ao ano

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	0%	Esta meta foi revisada (PAS 2017) para ação de comunicação com o segmento, porém em virtude de mudanças na estrutura organizacional do DEVisa e respectivamente na Área de Saúde do Trabalhador, o Gestor do CEREST e o novo Gestor da Área de ST, juntamente com a equipe técnica do CEREST se dedicaram aos estudos de propostas de reestruturação, além do cumprimento de demandas provenientes do MPT, conforme Termo de Cooperação Técnica. Para o próximo quadrimestre a Coordenação da Área de ST / DEVisa e CEREST organizarão uma reunião pública com os principais envolvidos nesta meta (sindicatos, associações, MPT, VISA, GVS, GVE, etc...)

Meta Municipal 7.ac - Investigar 100% dos acidentes de trabalho fatais ocorridos na área de abrangência do CEREST, exceto os ocorridos no trânsito

Meta 2017: 100% ao ano

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	100%	Meta atingida. Campinas e Região: Registro de ocorrência de 04 (quatro) acidentes de trabalho fatais típicos no município de Campinas e 01 (um) na região. Dados obtidos no SINAN em 17/05/2017 (Campinas) e 05/05/2017 (Região) - agravos segundo ano de notificação. Todos os AT foram investigados.



Meta Municipal 7.ad - Investigar 5% dos acidentes de trabalho graves ocorridos na área de abrangência do CEREST, exceto os ocorridos no trânsito.

Meta 2017: 10% ao ano

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	10,2 %	Foram notificados 160 acidentes de trabalho graves (AT), sendo 108 em Campinas e 52 na região. Foram investigados 11 em Campinas. Obs.1: São considerados AT Graves aqueles acidentes envolvendo fraturas, amputações, queimaduras, choque elétricos, quedas de alturas. Cada investigação de AT gera no mínimo duas inspeções ao local do acidente. Paralelo a esta meta, a equipe de Saúde do Trabalhador investiga os AT Fatais e realiza inúmeras ações de vigilância em apoio ao MPT através de convênio oficialmente formalizado entre esta instituição e a PMC/SMS/CEREST. Obs.2: Os acidentes de trabalho no trânsito são objetos de discussão e estudo do Observatório Municipal de Trânsito que conta com várias instituições públicas e Secretarias Municipais com objetivo de fortalecer políticas de prevenção de lesões e mortes no trânsito.

Meta Municipal 7.ae - Inspeccionar um canteiro de obras por mês, na área de abrangência do CEREST.

Indicadores: Número de canteiros de obras inspecionados por mês. **Ações:** Promover uma reunião pública com as construtoras, a fim de reforçar o tema Saúde do Trabalhador e Acidentes de Trabalho. Educação continuada para inspeção em obras de construção civil, voltadas aos profissionais do CEREST e VISAs. Realizar as inspeções.



Meta para 2017: 1 por mês, totalizando 12.

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	05	Meta atingida para o quadrimestre. Foram realizadas 05 (cinco) vistorias em canteiros de obras no município de Campinas.

Meta Municipal 7.af - Implantação de Sistema de Vigilância em Acidentes de Trabalho (SIVAT) até 2017.

Meta para 2017: 100%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	Em andamento	Ações de caráter contínuo. Capacitação de Acidentes de Trabalho realizada em Dez/2016. Para o próximo quadrimestre O Gestor do CEREST e o novo Gestor da Área de ST promoverão, juntamente com a Coordenadoria de Agravos e Doenças, propostas de potencializar a implantação do SIVAT.

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Meta Municipal 7.ah– Executar o Plano de Ações e Metas de Saúde do Trabalhador, conforme Ação nº 139 do PPA e Plano de Trabalho pactuado com o DENASUS como resultado da Auditoria nº 14.737/2014.

Meta até 2017: Implantar o Plano de Ações e Metas de Saúde do Trabalhador

Indicadores:

Ações: a) Sensibilização do DRS e Municípios de sua área de abrangência regional quanto ao PNSTT, do papel do CEREST no apoio e matriciamento e, a importância dos gestores de saúde municipais apoiarem, estruturar e qualificar a área e as ações de ST nos respectivos municípios; b) Notificação universal dos agravos de saúde do trabalhador em toda a rede de saúde do município de Campinas; c) Capacitação para 2016, para os profissionais (médicos e enfermeiros) da rede de saúde de Campinas e da área da RENAST, para a identificação dos casos que pudessem ter relação com as ocupações e os processos produtivos e a implantação de protocolos de atenção; d) Elaboração Projeto Básico para a estruturação de cursos mais específicos para cada um dos agravos de ST; e) Viabilizar Curso de Especialização Lato Sensu em ST para 40 profissionais; f) Mapeamento das atividades produtivas e com potencial impactona área do CEREST; g) Constituição da Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador – CIST junto ao CMS.h) Adequações da estrutura física do CEREST.

Meta para 2017: Execução das ações e avaliação do Plano de Trabalho.

Avaliação Anual - Ano 2017	Considerações/Recomendações
NA	Avaliação anual do Plano.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Diretriz 8 - Garantia da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.

Objetivo 8.1 - Garantir o acesso a medicamentos padronizados e seu uso racional

Meta municipal 8.a - Ofertar, no mínimo, 90% dos itens padronizados (medicamentos e materiais)

Meta para 2017: no mínimo 90%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	87%	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 em processos licitatórios.

Meta Municipal 8.b - Ofertar Programa Remédio em Casa para 6000 usuários até 2016 e manter em 2017.

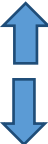
Meta para 2017: 80%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	10,05%	603 pacientes em atendimento. Recomendações: a) cadastrar no sistema informatizado Gestão Estratégica de Materiais e Medicamentos – GEMM (Grupo Remédio em Casa), todos os pacientes que recebem medicamentos e materiais em casa, nos atendimentos domiciliares realizados por todos os profissionais de saúde (Agentes, Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Farmacêuticos) b) Contratar e capacitar profissionais farmacêuticos para ampliar o número de pacientes; c) Ampliar a quantidade de viaturas para realização de visitas domiciliares e cadastro de pacientes.

Meta Municipal 8.c - Disponibilizar, no mínimo, 90% de medicamentos Homeopáticos e Fitoterápicos padronizados.

Meta para 2017: 100% homeopáticos/60% fitoterápicos

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	100% (Medicamentos)	Homeopatia: Solicitado junto ao departamento administrativo a prorrogação do contrato por mais um ano com a farmácia de homeopatia,

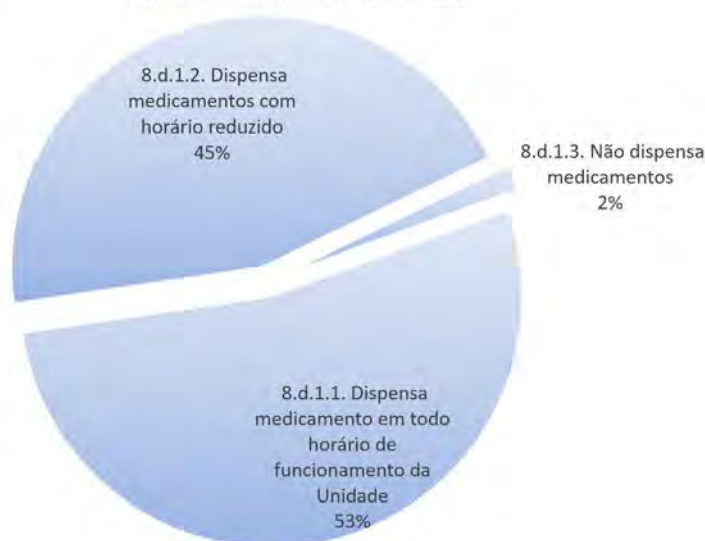
OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



	homeopáticos) 51,8% (Medicamentos fitoterápicos)	que vencerá em junho de 2017, mantendo a meta de oferecer em 100% dos medicamentos homeopáticos. Medicamentos Fitoterápicos - Recomendações: Garantir a compra de insumos para ampliar a disponibilidade de medicamentos fitoterápicos.
--	--	--

Meta Municipal 8.d – Realizar dispensação de medicamentos durante todo o horário de funcionamento das unidades de saúde, com qualificação.

Meta Municipal 8.d.1 As UBS em relação a realizar dispensação de medicamentos durante todo o horário de funcionamento da unidade:



Meta para 2017: 60%



Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	53%	% das farmácias estão abertas em todo horário de funcionamento das Unidades Básicas. Recomendações: Necessidade de ampliação do quadro de profissionais da farmácia para garantir abertura da farmácia em todo horário de funcionamento da Unidade.

Objetivo 8.2 - Qualificar as etapas do ciclo de Assistência Farmacêutica, com garantia de recursos financeiros, infraestrutura e pessoal.

Meta Municipal 8.e – Realizar atualização anual da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME).

Meta para 2017: 100%

Avaliação Anual - Ano 2017	Considerações/Recomendações
----------------------------	-----------------------------

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



Este indicador é de avaliação	Em andamento.
Anual	

Indicador 54. Percentual de municípios com o Sistema Hórus implantado

Relevância do indicador: Permite observar informações acerca do acesso e do uso de medicamentos pela população assistida no SUS.



Meta para 2017: 100%



Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	100%	O município utiliza sistema próprio para controle de estoque e dispensação (GEMM - Gestão Estratégica de Materiais e Medicamentos)) que faz integração com o Hórus. Todos os Centros de Saúde estão com sistema GEMM implantado.

Meta Municipal 8.f – 100% dos dispensários e almoxarifados locais e central com adequação física até 2016.

Distrito	Unidades	Almoxarifado - Área Física	Almoxarifado - Ar Condicionado	Dispensário - Área Física	Dispensário - Ar Condicionado
Leste	CS 31 de Março	Inadequado	SIM	Adequado	SIM
Leste	CS Boa Esperança	Inadequado	NÃO	Inadequado	SIM
Leste	CS Carlos Gomes	Inadequado	SIM	Inadequado	NÃO
Leste	CS Centro	Inadequado	NÃO	Adequado	SIM
Leste	CS Conceição	Adequado	SIM	Adequado	SIM
Leste	CS Costa e Silva	Inadequado	NÃO	Inadequado	NÃO
Leste	CS Joaquim Egídio	Inadequado	NÃO	Inadequado	NÃO
Leste	CS São Quirino	Inadequado	NÃO	Inadequado	NÃO
Leste	CS Sousas	Inadequado	NÃO	Inadequado	NÃO
Leste	CS Taquaral	Inadequado	NÃO	Inadequado	NÃO
Sudoeste	AEROPORTO	Inadequado	NÃO	Inadequado	SIM
Sudoeste	CAPIVARI	Inadequado	NÃO	Inadequado	NÃO

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



Sudoeste	DIC I	Inadequado	NÃO	Adequado	SIM
Sudoeste	DIC III	Inadequado	NÃO	Inadequado	SIM
Sudoeste	SANTA LÚCIA	Inadequado	NÃO	Inadequado	NÃO
Sudoeste	SANTO ANTÔNIO	Inadequado	NÃO	Inadequado	SIM
Sudoeste	SANTOS DUMONT	Inadequado	NÃO	Inadequado	NÃO
Sudoeste	SÃO CRISTÓVÃO	Inadequado	NÃO	Adequado	SIM
Sudoeste	TANCREDO NEVES	Inadequado	NÃO	Inadequado	NÃO
Sudoeste	UNIÃO DOS BAIRROS	Inadequado	NÃO	Inadequado	NÃO
Sudoeste	VILA UNIÃO	Inadequado	NÃO	Inadequado	SIM
Sudoeste	VISTA ALEGRE	Inadequado	NÃO	Inadequado	NÃO
Norte	AMB. CEASA	Inadequado	NÃO	Inadequado	NÃO
Norte	C S SAN MARTIN	Adequado	SIM	Adequado	SIM
Norte	C.S. ANCHIETA	Adequado	SIM	Adequado	SIM
Norte	C.S. AURÉLIA	Adequado	NÃO	Adequado	NÃO
Norte	C.S. B. GERALDO	Inadequado	SIM	Inadequado	SIM
Norte	C.S. BOA VISTA	Inadequado	NÃO	Inadequado	SIM
Norte	C.S. CASSIO R AMARAL	Inadequado	SIM	Inadequado	SIM
Norte	C.S. EULINA	Adequado	SIM	Adequado	SIM
Norte	C.S. ROSALIA	Adequado	NÃO	Adequado	NÃO
Norte	C.S. SANTA BÁRBARA	Adequado	SIM	Adequado	NÃO
Norte	C.S. SANTA MÔNICA	Adequado	NÃO	Adequado	NÃO
Norte	C.S. SÃO MARCOS	Inadequado	NÃO	Inadequado	SIM
Norte	C.S. VILLAGE	Inadequado	NÃO	Inadequado	NÃO
Norte	PA Anchieta	Inadequado	SIM	Inadequado	SIM
Noroeste	CAPS I Travessia	Inadequado	NÃO	Inadequado	SIM

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



Noroeste	CS Campina Grande	Inadequado	NÃO	Inadequado	NÃO
Noroeste	CS Florence	Inadequado	NÃO	Inadequado	NÃO
Noroeste	CS Floresta	Inadequado	NÃO	Inadequado	SIM
Noroeste	CS Integração	Inadequado	NÃO	Inadequado	SIM
Noroeste	CS Ipaussurama	Inadequado	SIM	Inadequado	SIM
Noroeste	CS Itajaí	Adequado	SIM	Adequado	SIM
Noroeste	CS Lisa	Inadequado	NÃO	Inadequado	NÃO
Noroeste	CS Pedro Aquino	Inadequado	NÃO	Inadequado	SIM
Noroeste	CS Perseu	Adequado	SIM	Inadequado	SIM
Noroeste	CS Rossin	Adequado	SIM	Inadequado	SIM
Noroeste	CS Santa Rosa	Adequado	SIM	Adequado	SIM
Noroeste	CS Satélite Íris	Inadequado	NÃO	Inadequado	SIM
Noroeste	CS Valença	Inadequado	SIM	Inadequado	SIM
Noroeste	PA Campo Grande	Inadequado	SIM	Inadequado	SIM
Sul	CS Campo Belo	Inadequado	NÃO	Inadequado	NÃO
Sul	CS Carvalho de Moura	Inadequado	SIM	Adequado	SIM
Sul	CS Esmeraldina	Inadequado	NÃO	Inadequado	NÃO
Sul	CS Faria Lima	Inadequado	NÃO	Inadequado	SIM
Sul	CS Fernanda	Adequado	NÃO	Adequado	NÃO
Sul	CS Figueira	Inadequado	NÃO	Adequado	SIM
Sul	CS Nova América	Inadequado	NÃO	Inadequado	NÃO
Sul	CS Orosimbo Maia	Inadequado	NÃO	Inadequado	SIM
Sul	CS Oziel	Adequado	SIM	Adequado	SIM
Sul	CS Paranapanema	Inadequado	NÃO	Inadequado	SIM
Sul	CS Santa Odila	Inadequado	SIM	Inadequado	SIM
Sul	CS São Domingos	Inadequado	NÃO	Inadequado	NÃO

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



Sul	CS São José	Inadequado	NÃO	Inadequado	NÃO
Sul	CS São Vicente	Adequado	SIM	Adequado	SIM
Sul	CS Vila Ipê	Inadequado	NÃO	Inadequado	NÃO
Sul	CS Vila Rica	Inadequado	NÃO	Inadequado	NÃO
Sul	PA São José	Inadequado	SIM	Inadequado	NÃO
Sul	Poli 2	Inadequado	NÃO	Inadequado	NÃO
Sul	Poli 3	Inadequado	NÃO	Inadequado	NÃO

Observação de 15/09/2016: As adequações relativas às áreas físicas estão em fase de análise. A planilha acima está atualizada quanto aos aparelhos de ar condicionado.

Meta até 2016: 70%

Resultados	Considerações/Recomendações
PAS 2017	Recomendações: a) Realizar reformas e ampliações conforme cronograma de obras do PPA. b) Instalar aparelhos de ar condicionado nas farmácias e almoxarifados, conforme solicitação dos serviços; c) Adequar conforme critérios das Diretrizes para Estruturação de Farmácias no Âmbito do SUS – MS/2009 .
1o Quadrimestre	

Meta Municipal 8.g - Implantar em 100% dos serviços de saúde o Programa de farmacovigilância até 2016 e manter em 2017.

Meta Municipal 8g.1 As UBS em relação ao Programa de Farmacovigilância:



OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir

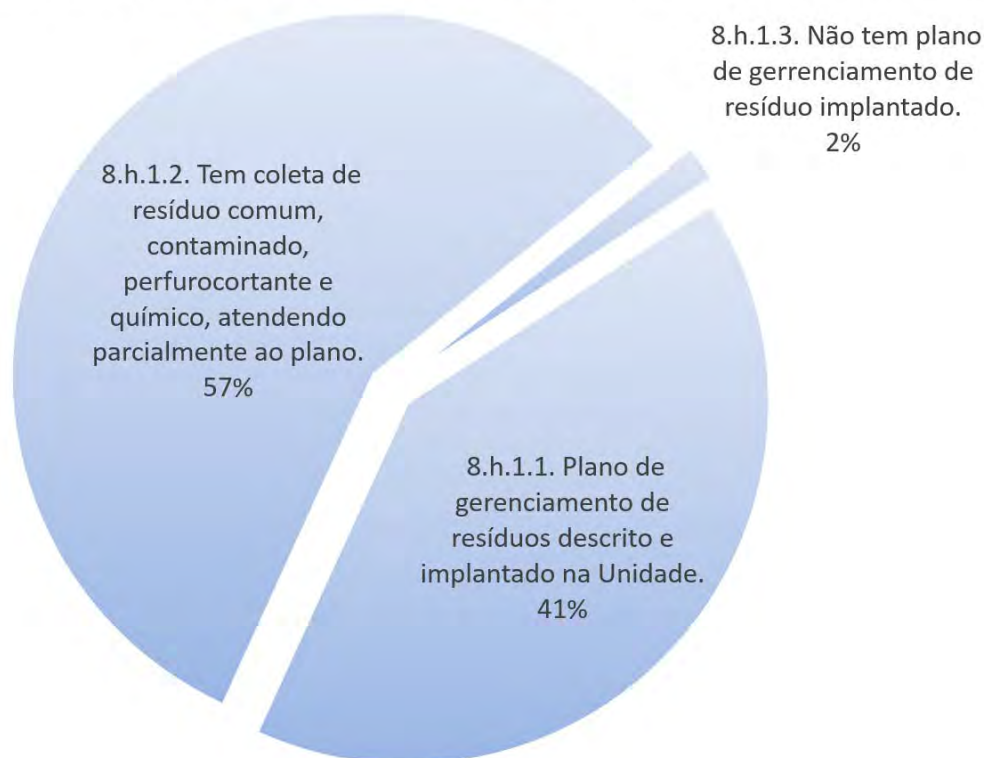


Meta para 2017: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	97%	Extender o programa para todas as que estão com parcialmente implantado.

Meta Municipal 8.h - Implantar em 100% dos serviços de saúde o programa de gerenciamento de resíduos até 2016 e manter em 2017.

Meta Municipal 8.h.1 - As UBS em relação ao Plano de Resíduos da Unidade.



Meta para 2017: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	98%	Aprofundar a implantação do plano de gerenciamento de resíduos.

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir





Objetivo 8.3 - Fortalecer a assistência farmacêutica por meio da inspeção nas linhas de fabricação de medicamentos, que inclui todas as operações envolvidas no preparo de determinado medicamento desde a aquisição de materiais, produção, controle de qualidade, liberação, estocagem, expedição de produtos terminados e os controles relacionados, instalações físicas e equipamentos, procedimentos, sistema da garantia da qualidade.

Indicador 56. Percentual de indústrias de medicamentos inspecionadas pela Vigilância Sanitária, no ano.

Relevância do indicador: A Inspeção sanitária em indústria de medicamentos visa reduzir ou eliminar os fatores de risco sanitário e os agravos à saúde da população. Também contribui para eliminação de empresas clandestinas e a comercialização de medicamentos falsificados.

Meta 2017:100 %

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	17%	Uma empresa foi inspecionada de um total de 6 empresas neste segmento.

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Diretriz 11- Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho e dos trabalhadores dos SUS.

Objetivo 11.1 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS

Indicador 57. Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas.

Relevância do indicador: Verificar a implantação/execução das ações de educação permanente em saúde, apontadas no plano regional.

Meta 2017: 70%



Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	35,42%	Considerações: 1838 profissionais com participação em ações educativas realizadas pelo CETS em parceria com áreas técnicas SMS e DEVISA. Recomendações: Intensificar o processo de valorização das ações de Educação Permanente realizadas em nível local (Unidades de Saúde) e distrital, além de manter ações macro, de cunho geral, direcionadas a profissionais das diferentes unidades de saúde.

Indicador 58. Proporção de novos e/ou ampliação de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família/Saúde Coletiva

Relevância do indicador: Permite analisar o percentual de novos e/ou ampliação de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde da Família/ Saúde Coletiva que efetivamente estão sendo expandido no município.

Meta 2017:100%

Indicador de Avaliação Anual - Resultados Ano 2017	Considerações/Recomendações
	Recomendações: Manter o quantitativo de vagas e especialidades. Intensificar os esforços de ampliação e oferta de vagas dos Programas de Residência de Medicina da Família e Comunidade e Residência Multiprofissional para o ano de 2017.

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Indicador 59. Proporção de novos e/ou ampliação de programas de Residência Médica em Psiquiatria e Multiprofissional em Saúde Mental

Relevância do indicador: Permite avaliar o percentual de novos e/ou ampliação de Programas de Residência Médica em Psiquiatria e Multiprofissional em Saúde Mental no(s) município(s) da região.

Meta 2013: 0,00%; um programa novo em 2014 sobre cinco programas existentes atualmente; um em 2015 sobre seis existentes; zero em 2016 e 2017: 20% em 2014, 16,66% em 2015, 0 em 2016 e 2017.

Resultados	Considerações/Recomendações
PAS 2017 zero	Recomendações: Qualificar o processo de Ensino-Serviço ampliando os Fóruns de articulação com as entidades formadoras de residências médicas já existentes. Manter parcerias com os Programas de Residência Multiprofissional (HMMG, PUCC e UNICAMP), onde o CETS organizará a inclusão de um Módulo Introdutório anterior ao início dos estágios nos Serviços de Saúde do SUS Municipal, ampliando gradativamente a participação dos residentes dos Programas de Residência Médica.
1o Quadrimestre	

Indicador 60. Número de pontos do Teles Saúde Brasil Redes implantados

Relevância do indicador: O Tele Saúde possibilita a integração de unidades básicas e serviços de saúde aos Núcleos de Teles Saúde Técnicos- científicos por meio de teleconsultorias, telediagnósticos e ações de teleeducação.



Meta: 0.

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	Zero	Recomendações: Permanecem as recomendações para implantação gradativa dos Pontos Teles, em conformidade com a Portaria do Ministério da Saúde e às metas acima descritas.

Meta Municipal 11.a - Coordenar e regular 100% a Política de Integração Ensino Serviço (PIES), em atenção à competência do SUS definida na Constituição Federal, com formulação e proposição de estratégias de acompanhamento e avaliação dos processos formativos, bem como estimulando e apoiando ampliação das iniciativas por parte das IES parceiras da SMS.

Meta: 100% ao ano durante a vigência do Plano.

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	100%	Considerações: Realização de 47 ações, sendo 20 ações relacionadas aos Programas de Residência Médica e

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



		<p>Multiprofissional, incluindo 04 oficinas de Acolhimento aos novos Residentes Multiprofissionais - Módulo Introdutório aos estágios no SUS (UNICAMP, PUC-Campinas, CHPEO e HMMG).</p> <p>Realização de 23 ações relacionadas à pactuação e avaliação de estágios de graduação.</p> <p>Realização de 04 reuniões da Comissão de Ensino Serviço.</p> <p>Recomendações: Organizar 01 nova turma do Curso de Formação de Articuladores do Ensino Serviço, previsto para o segundo quadrimestre; Manter os processos em andamento nos próximos quadrimestres.</p>
--	--	---

Objetivo 11.2 - Desprecarizar o trabalho em saúde nos serviços do SUS da esfera pública na Região de Saúde.

Indicador 61. Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS com vínculos protegidos

Relevância do Indicador: Mensurar a proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos, orientando as políticas de gestão do trabalho relacionadas à valorização e fixação dos trabalhadores nos Estados, DF, Municípios e União.

Meta 2017:100%.

Indicador de avaliação Anual - Resultados Ano 2017	Considerações/Recomendações
100%	<p>Considerações: Todos os trabalhadores da SMS possuem vínculo protegido. Com relação aos trabalhadores dos serviços conveniados, há a obrigatoriedade de apresentar Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas atualizadas.</p> <p>Recomendações: Monitorar e manter protegido o vínculo dos trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde.</p>

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Objetivo 11.3 - Estabelecer espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores da saúde na Região de Saúde.

Indicador 62. Número de mesas ou espaços formais municipais e estaduais de negociação permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento.



Relevância do Indicador: Confirma a importância de se manter espaço democrático, fórum paritário, de negociação, que reúne gestores e trabalhadores; possibilitando a construção conjunta de planos de trabalho e agendas de prioridades para reconhecimento e fortalecimento do trabalhador do SUS.

Meta 2017: 1 mesa ao ano

Indicador de avaliação Anual - Resultados Ano 2017	Considerações/Recomendações
100%	<p>Considerações: Todos os trabalhadores da SMS possuem vínculo protegido. Com relação aos trabalhadores dos serviços conveniados, há a obrigatoriedade de apresentar Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas atualizadas.</p> <p>Recomendações: Monitorar e manter protegido o vínculo dos trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde.</p>

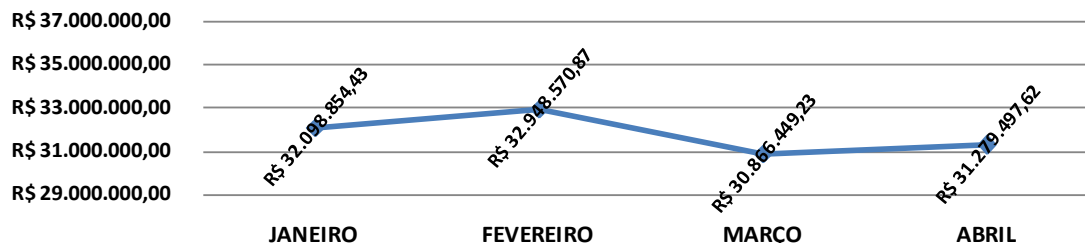
Objetivo 11.4 - Adotar estratégias de valorização do trabalhador, promovendo o desenvolvimento de competências e habilidades para o trabalho em saúde

ACOMPANHAMENTO CUSTO FOLHA DE PAGAMENTO - SMS 2017		
MÊS	QUADRO	VALOR
JANEIRO	5285	R\$ 32.098.854,43
FEVEREIRO	5268	R\$ 32.948.570,87
MARÇO	5242	R\$ 30.866.449,23
ABRIL	5188	R\$ 31.279.497,62
	20983	R\$ 127.193.372,15


OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



CUSTO FOLHA DE PAGAMENTO - SMS 2017 1º QUADRIMESTRE



Fonte: Folha Consist

Meta Municipal 11.b - Realizar acolhimento de 100% dos novos trabalhadores e inserção no processo de trabalho em saúde, durante cada ano da vigência do plano. 

Meta para 2016: 80%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	0%	Considerações: Não houve admissões com quantitativo considerável a fim de realizar o acolhimento durante o período.

INGRESSO QUALIFICADO



Em 2017, no período de maio a agosto, tendo como fim último a assistência integral e com qualidade à saúde da população de Campinas e a valorização e fixação do quadro de servidores da Secretaria Municipal de Saúde, o setor de Ingresso Qualificado do DGTES realizou as seguintes ações visando à entrada de novos profissionais ou à movimentação de servidores:

MOVIMENTAÇÃO DE SERVIDORES

No terceiro quadrimestre de 2017, não houve autorização de novas admissões de servidores, inviabilizando a realização de processos seletivos internos específicos ou de remanejamento.

Em abril de 2017, o Programa Permuta Qualificada contava com **209** servidores inscritos à espera de possibilidade de mudança de lotação.

Neste período, **07** servidores alteraram suas lotações, movimentando-se por meio do programa de permuta.

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PROGRAMA PERMUTA QUALIFICADA		
Categoria Profissional	Nº de Permutas	Nº Profissionais Envolvidos
Agente de Apoio à Saúde (Farmácia)	1	2
Agente de Saúde Bucal	1	2
Enfermeiro	1	2
Psicologia	1	2
Técnico em Enfermagem	3	6
TOTAL	7	14

*Não computadas tentativas não efetivadas



INGRESSO DE PROFISSIONAIS

CONCURSO PÚBLICO

No primeiro quadrimestre de 2017, não foram autorizadas novas vagas para admissão, mas foram realizadas **05** reuniões de preenchimento de vagas nas quais foram reofertadas **07** vagas autorizadas anteriormente ou por determinação judicial.

ADMISSÕES 1º QUADRIMESTRE – SMS 2017					
CARGO	VAGAS OFERECIDAS	EM ADMISSÃO	ADMITIDOS	VAGAS ABERTAS	OBSERVAÇÃO
Médico Clínico Geral	04		03	–	Sem candidatos restantes
ACS	01		01		Ação judicial de candidato
Enfermeiro	01		–	–	Ação judicial de candidato (não tomou posse)
Condutor Veículo Urgência	01		01		
Téc. Agropecuária			01		Oferecida em 2016, admissão em 2017
TOTAL	7	0	6	-	

*Vagas autorizadas em 2016 (Não computadas vagas para o HMMG)

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



A Secretaria Municipal de Saúde solicitou a abertura de novos editais de concurso público para **201** vagas de **44** cargos sem edital válido ou candidatos remanescentes por meio de protocolados em tramitação na SMRH e SMF.

BALANÇO 2016 (Ingresso Qualificado/DGTES)

PROGRAMA PERMUTA QUALIFICADA	
Nº Servidores Inscritos	Nº de Servidores Permutados
209	07

Não computadas tentativas não efetivadas

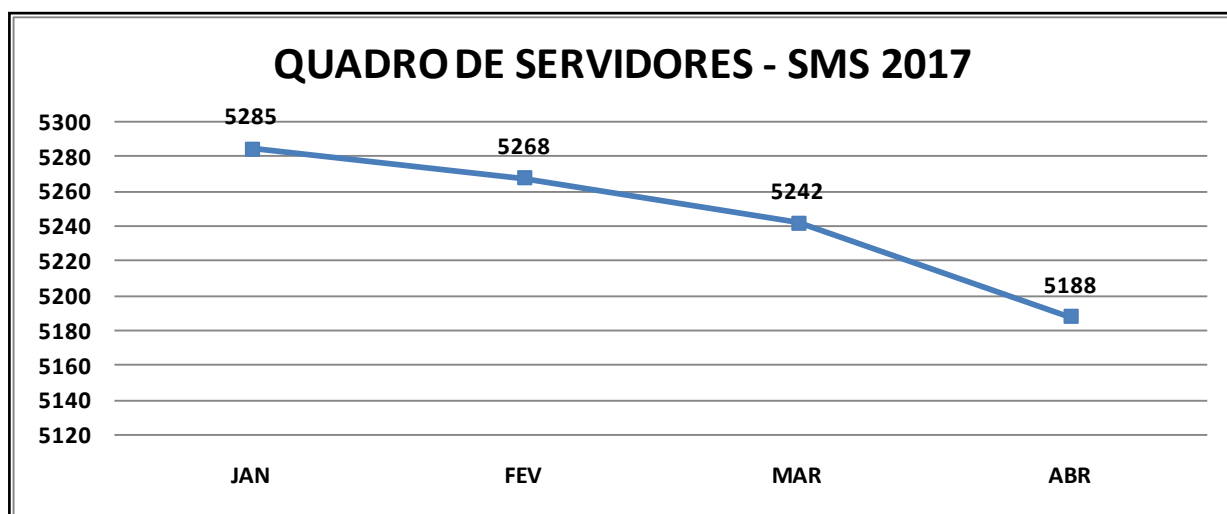
PROCESSO SELETIVO PÚBLICO e CONCURSO PÚBLICO		
Reuniões de Preenchimento	Nº Vagas Oferecidas	Admissões Efetivas em 2017
05	07	06

QUADRO GERAL SMS - 2017				
CARGO AGRUPADO	Jan	fev	mar	abr
ADMINISTRATIVO	268	268	268	266
AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE	728	724	721	719
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	879	875	872	857
AUXILIAR DE SAUDE PUBLICA	4	4	4	4
DENTISTA	222	221	217	216
ENFERMEIRO	532	532	527	524
EQUIPE COMBATE ENDEMIAS	122	120	118	118
EQUIPE FARMACIA	169	169	169	168
EQUIPE SAUDE BUCAL	150	150	150	149
ESTAGIARIO	28	31	33	30
FARMACEUTICO	62	62	62	61
MEDICO	908	903	896	881
MOTORISTA DE AMBULANCIA	101	100	98	98
OPERACIONAL	212	211	211	210
OUTROS NIVEL MEDIO	17	17	17	17
OUTROS NIVEL TECNICO	90	90	90	90
OUTROS UNIVERSITARIOS	303	303	303	304
TECNICO EM RADIOLOGIA	55	55	55	55
TECNICO ENFERMAGEM	435	433	431	421
Total geral	5285	5268	5242	5188

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Fonte: Folha Consist/RH Gestão

Meta Municipal 11.c - Aumentar em 20% a proporção de vagas oferecidas para remanejamento

Meta 2017: 76,70%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	0%	Considerações: Não houve autorização de novas admissões de servidores no período, inviabilizando a realização de processos seletivos de remanejamento.



Meta Municipal 11.d - Articular junto à Secretaria Municipal de recursos Humanos a criação de um Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos da Saúde, através da promoção de no mínimo dois fóruns de trabalhadores para debate sobre o tema, durante os quatro anos

Resultados	Considerações/Recomendações	
PAS 2017:		Recomendações: Reestruturar o Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos, visando atender a nova legislação com foco na Assistência e Gestão do SUS.
1º Quadrimestre		Indicador de avaliação anual.

Meta Municipal 11.e - Monitorar e Orientar as avaliações de servidores para garantir que 100% sejam avaliados.

Meta 2017: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	0%	Considerações: O período avaliativo de 01/07/2015 a 30/06/2016, ainda não foi realizado, aguardando cronograma a ser elaborado pela SMRH.

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Meta Municipal 11.f - Ampliar para quatro as ações (oficinas) de Promoção e Prevenção em Saúde do Trabalhador, qualificando o retorno ao trabalho e reorganizando o processo de trabalho.

Meta 2017: 04 oficinas / ano

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	Zero	Não houve demandas nas unidades

Meta Municipal 11.g - Manter o acompanhamento dos servidores no processo de retorno e reinserção ao trabalho

Meta 2017: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	100%	Considerações: Quantidade de 27 servidores acompanhados com demandas referentes a Relações e Processos de Trabalho, processos de Saúde e Retorno/Reinserção ao Trabalho.

Objetivo 11.5 - Democratização e Humanização das relações de trabalho

Meta Municipal 11.h - Manter o acompanhamento de processos disciplinares através da intermediação das relações de conflito visando o estabelecimento de novos compromissos e responsabilidades

Meta 2017: 100%



Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	100%	Considerações: Quantidade de 1 processo acompanhado através da intermediação das relações de conflito visando o estabelecimento de novos compromissos e responsabilidades.

Objetivo 11.6 - Recomposição do quadro da Secretaria Municipal de Saúde, considerando parâmetros e procedimentos para avaliação das necessidades de cada local.

Meta Municipal 11.i - Apontar a necessidade de recomposição do quadro, baseado no dimensionamento, para 100% dos serviços de saúde, ao final dos quatro anos.

Meta 2017: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	50%	Considerações: O Projeto de Dimensionamento no eixo Atenção Básica foi finalizado e está em processo de revisão e adequação ao novo Modelo de Saúde do município de Campinas.

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



		Recomendações: Concluir até o fim do 2º quadrimestre o processo de revisão e adequação do Projeto de Dimensionamento, implementando o novo Sistema de informação, visando o equilíbrio entre a Assistência e a Gestão na recomposição do quadro.
--	--	---

QUADRO DAS ADMISSÕES SMS – 2017				
CARGO AGRUPADO	janeiro	fevereiro	março	Abril
AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE		1		
ESTAGIO		3	3	3
MEDICO		1		2
MOTORISTA DE AMBULANCIA			1	
NOMEAÇÕES	1			
OUTROS NIVEL TECNICO	1			
OUTROS UNIVERSITARIOS	1			1
Total	3	5	4	6
QUADRO DAS DEMISSÕES SMS – 2017				
CARGO AGRUPADO	janeiro	fevereiro	março	Abril
ADMINISTRATIVO	5			
AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE	2	3	3	1
DENTISTA	2		4	1
ENFERMEIRO	1	2	5	1
EQUIPE COMBATE ENDEMIAS	1	2	1	
EQUIPE ENFERMAGEM	8	3	7	6
EQUIPE SAUDE BUCAL	1			1
ESTAGIO	1	1		6
FARMACEUTICO				1
MEDICO	5	6	6	3
MOTORISTA DE AMBULANCIA	1			
NOMEAÇÕES	1			
OPERACIONAL	1	1		1
OUTROS UNIVERSITARIOS	3		1	
Total geral	32	18	27	21

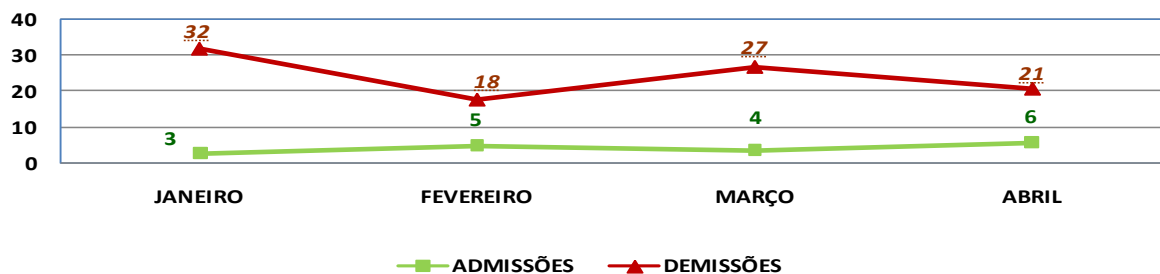
OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



QUADRO ADMISSÕES E DESLIGAMENTOS - SMS 2017 1º QUADRIMESTRE



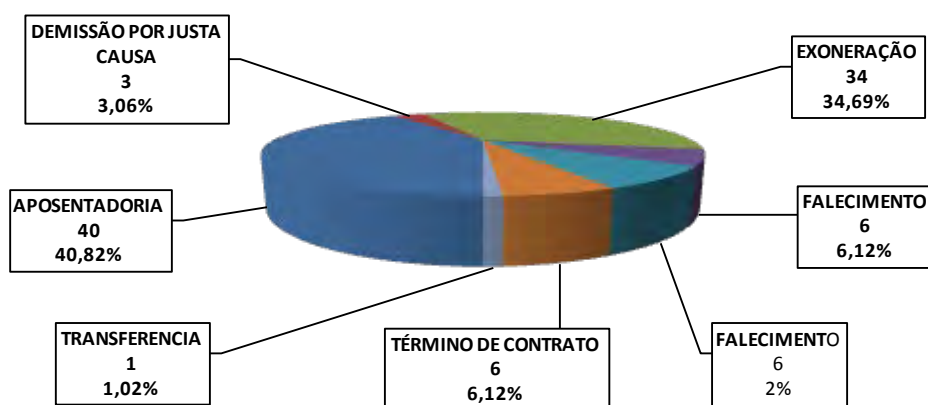
Fonte: Folha

Consist/RH Gestão

DESLIGAMENTOS POR MOTIVO - SMS 2017

MOTIVO	janeiro	fevereiro	março	abril
Aposentadoria	14	4	10	12
Demissão por justa causa			2	1
Exoneração	10	8	14	2
Falecimento	4	2		
Pedido de Demissão	2	4	1	1
Término de Contrato	1			5
Transferencia	1			
Total geral	32	18	27	21

DESLIGAMENTOS POR MOTIVO - SMS 2017



Fonte: Folha

Consist/RH Gestão

CONVÊNIOS & PROGRAMAS

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Em 2017, no período de janeiro a abril (1º Quadrimestre), 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 DGES realizou as seguintes ações:

PROGRAMA MAIS MÉDICOS/PROVAB - SMS 2017	
DISTRITOS	UNIDADES DE SAÚDE (PROFISSIONAIS “PROVAB”)
SUL	CENTRO DE SAÚDE FARIA LIMA
DISTRITOS	UNIDADES DE SAÚDE (PROFISSIONAIS “MAIS MÉDICOS”)
LESTE	CENTRO DE SAÚDE ANTONIO DA COSTA SANTOS (CONCEICAO)
	CENTRO DE SAÚDE CONEGO MILTON SANTANA (TAQUARAL)
	CENTRO DE SAÚDE COSTA E SILVA
	CENTRO DE SAÚDE JOAQUIM EGIDIO
	CENTRO DE SAÚDE SÃO QUIRINO
	CENTRO DE SAÚDE SOUSAS
NOROESTE	CENTRO DE SAÚDE DR. PEDRO AGAPIO A NETTO (BALAO DO LARANJA)
	CENTRO DE SAÚDE INTEGRACAO
	CENTRO DE SAÚDE IPAUSSURAMA
	CENTRO DE SAÚDE ITAJAI
	CENTRO DE SAÚDE JARDIM FLORENCE
	CENTRO DE SAÚDE LISA
	CENTRO DE SAÚDE MARGARIDA SANTOS SILVA (FLORESTA)
	CENTRO DE SAÚDE PARQUE VALENCA
	CENTRO DE SAÚDE ROSSIM
NORTE	CENTRO DE SAÚDE ANCHIETA
	CENTRO DE SAÚDE ATILLIO VICENTIN (BARAO GERALDO)
	CENTRO DE SAÚDE BOA VISTA
	CENTRO DE SAÚDE CASSIO RAPOSO AMARAL
	CENTRO DE SAÚDE JARDIM AURELIA
	CENTRO DE SAÚDE JARDIM EULINA
	CENTRO DE SAÚDE ROSALIA
	CENTRO DE SAÚDE SAN MARTIN
	CENTRO DE SAÚDE SANTA BARBARA
	CENTRO DE SAÚDE SÃO MARCOS
SUDOESTE	CENTRO DE SAÚDE AEROPORTO
	CENTRO DE SAÚDE CAMPOS ELISEOS
	CENTRO DE SAÚDE DIC I
	CENTRO DE SAÚDE SANTA LUCIA
	CENTRO DE SAÚDE SÃO CRISTOVAO

OBS.:



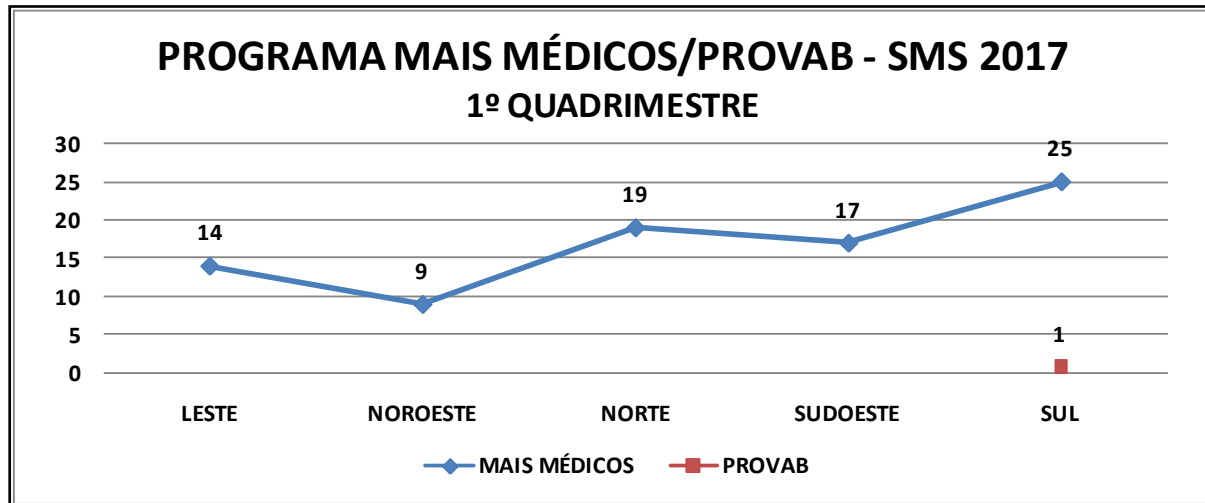
a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde





SUL	CENTRO DE SAUDE UNIAO DE BAIROS	
	CENTRO DE SAUDE VILA UNIAO/CAIC	
	CENTRO DE SAUDE VISTA ALEGRE	
	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 FARIA LIMA	
	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	
DISTRITOS	QUADRO "MAIS MÉDICOS"	QUADRO "PROVAB"
LESTE	14	
NOROESTE	9	
NORTE	19	
SUDOESTE	17	
SUL	25	1
TOTAL GERAL	84	1



Fonte: Folha Consist/RH Gestão

Neste quadrimestre, das **98** vagas autorizadas que o município de Campinas possui por meio do Programa Mais Médicos, **85** profissionais estão em atividade, sendo que **84** profissionais estão inscritos pelo Projeto Mais Médicos do Brasil e **01** profissionais estão inscritos pelo PROVAB.



Ambas as reposições são disponibilizadas pelo Ministério da Saúde por meio de Edital de Adesão ou Cooperação Internacional OPAS/OMS, sendo que o município de Campinas está aguardando a reposição

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



de 13 profissionais para completar o quadro, devido em virtude de desligamentos ocasionados por término de contrato/encerramento de missão ou desistência/abandono do programa.

PONTOS DE ATENDIMENTO IMA (RECEPÇÃO) - SMS 2017	
DISTRITOS	UNIDADES DE SAÚDE (PROFISSIONAIS "IMA")
LESTE	CENTRO DE SAÚDE CONEGO MILTON SANTANA (TAQUARAL)
	CENTRO DE SAÚDE COSTA E SILVA
	CENTRO DE SAÚDE DR. MARIO DE C BUENO JR (CENTRO)
	CENTRO DE SAÚDE IGOR CARLOS C D GUERCIO (31 DE MARÇO)
	CENTRO DE SAÚDE SÃO QUIRINO
	CENTRO DE SAÚDE SOUSAS
MEIO	AMBULATORIO DE DOENÇAS SEXUAL. TRANSMIS.
	CENTRO DE REAB. FÍSICA E DOENÇAS REUMAT.
	CENTRO DE REFERÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO
NOROESTE	CENTRO DE SAÚDE DR. PEDRO AGAPIO A NETTO (BALÃO DO LARANJA)
	CENTRO DE SAÚDE INTEGRAÇÃO
	CENTRO DE SAÚDE IPAUSSURAMA
	CENTRO DE SAÚDE ITAJAI
	CENTRO DE SAÚDE JARDIM FLORENCE
	CENTRO DE SAÚDE LAURA SIMÕES C AMICUCCI (PERSEU)
	CENTRO DE SAÚDE LISA
	CENTRO DE SAÚDE MARGARIDA SANTOS SILVA (FLORESTA)
	CENTRO DE SAÚDE PARQUE VALENÇA
	CENTRO DE SAÚDE SATELITE IRIS
	PRONTO SOCORRO DR. SÉRGIO AROUCA
NORTE	CENTRO DE SAÚDE ANCHIETA
	CENTRO DE SAÚDE ATÍLIO VICENTIN (BARÃO GERALDO)
	CENTRO DE SAÚDE BOA VISTA
	CENTRO DE SAÚDE CÁSSIO RAPOSO AMARAL
	CENTRO DE SAÚDE JARDIM AURÉLIA
	CENTRO DE SAÚDE JARDIM EULÍNIA
	CENTRO DE SAÚDE ROSÁLIA
	CENTRO DE SAÚDE SÃO MARTIN
	CENTRO DE SAÚDE SANTA BARBARA
	CENTRO DE SAÚDE SÃO MARCOS
	PRONTO ATENDIMENTO PADRE ANCHIETA
SUDOESTE	CENTRO DE SAÚDE CAMPOS ELÍSEOS
	CENTRO DE SAÚDE DR. MOISÉS LIBERMAN (SANTO ANTONIO)
	CENTRO DE SAÚDE SANTA LÚCIA

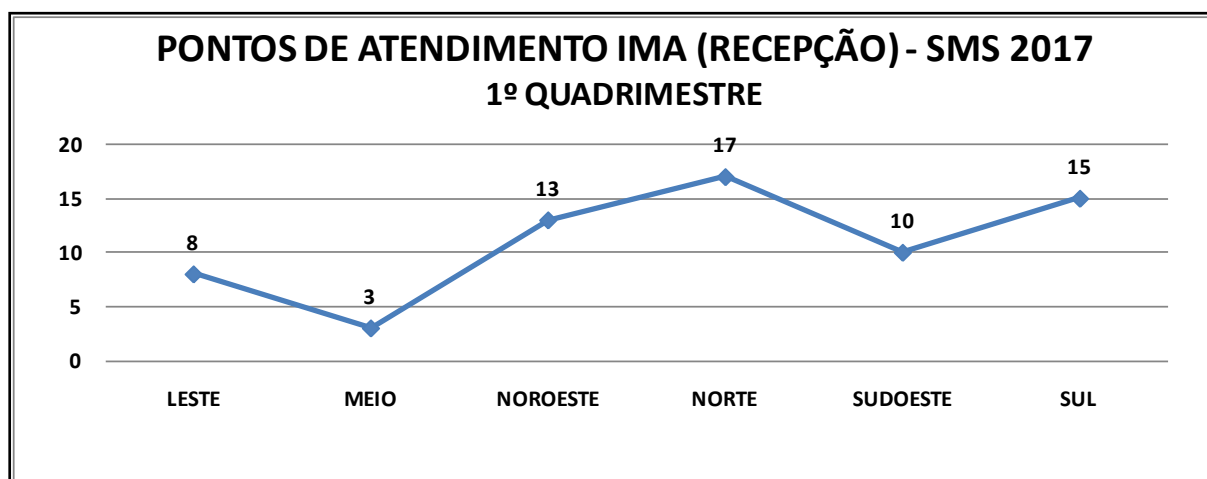
OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde





	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 FARIA LIMA
	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
	POLICLINICA II
	POLICLINICA III
	PRONTO ATENDIMENTO SAO JOSE
DISTRITOS	
LESTE	8
MEIO	3
NOROESTE	13
NORTE	17
SUDOESTE	10
SUL	15
TOTAL GERAL	
66	



Fonte: Folha Consist/RH Gestão

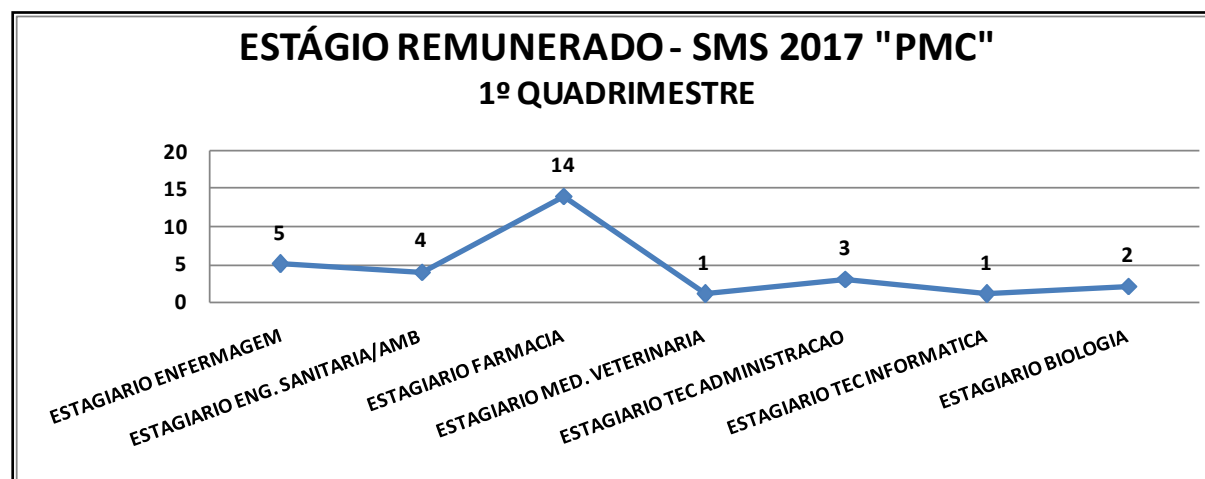
Neste quadrimestre, apesar da grande rotatividade de funcionários, ocasionando ausência em algumas unidades, e também considerando a supressão de **03** posições de atendimento ocorrida na

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



prorrogação do contrato vigente, o município encerrou este período com todas as **66** posições de atendimento contratadas preenchidas e em atividade.

ESTAGIO REMUNERADO - SMS 2017 "PMC"	
CURSOS	QUADRO
ESTAGIARIO ENFERMAGEM	5
ESTAGIARIO ENG. SANITARIA/AMB	4
ESTAGIARIO FARMACIA	14
ESTAGIARIO MED. VETERINARIA	1
ESTAGIARIO TEC ADMINISTRACAO	3
ESTAGIARIO TEC INFORMATICA	1
ESTAGIARIO BIOLOGIA	2
TOTAL GERAL	30



Fonte: Folha Consist/RH Gestão

ESTAGIO REMUNERADO - SMS 2017 "HMMG"	
CURSOS	QUADRO
ESTAGIARIO ADMINISTRACAO	1
ESTAGIARIO ANÁLISE SIST/C. COMP	1
ESTAGIARIO ENFERMAGEM	1
ESTAGIARIO TEC ADMINISTRACAO	2
ESTAGIARIO TEC INFORMATICA	4
TOTAL GERAL	9

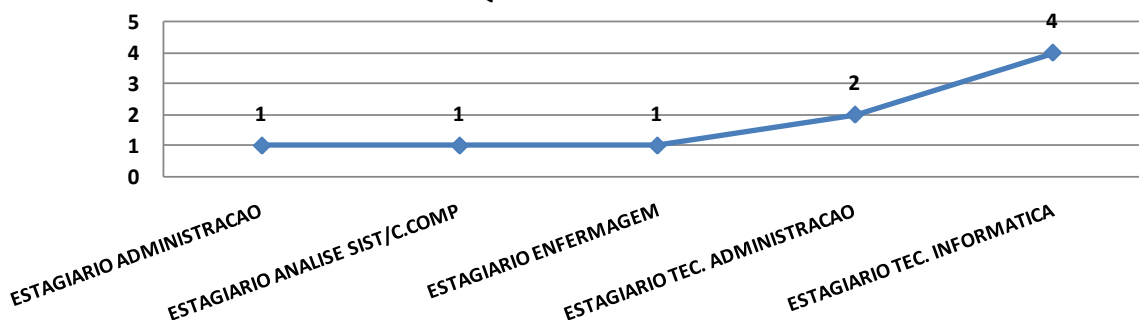
OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



ESTÁGIO REMUNERADO - SMS 2017 "HMMG" 1º QUADRIMESTRE



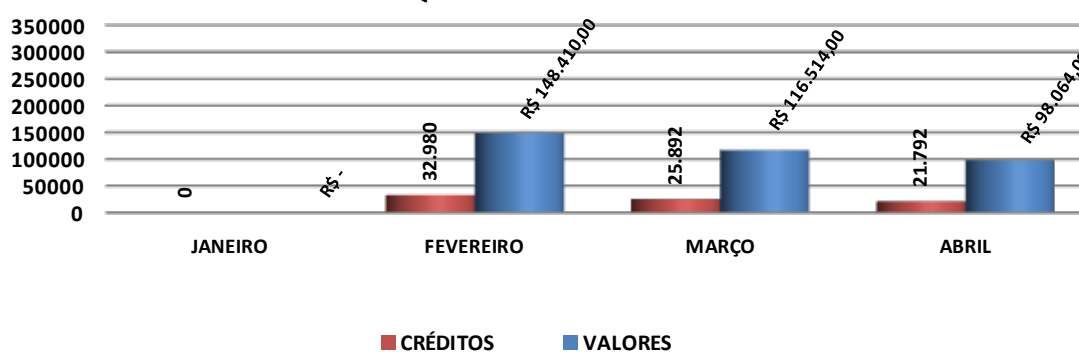
Fonte: Folha Consist/HMMG Gestão

Neste quadrimestre de 2017, ingressaram **18** estagiários, sendo **09** estagiários na Rede PMC e **09** estagiários no Hospital Mario Gatti.

RECARGA CARTÕES TRANSURC - SMS 2017



MÊS	CRÉDITOS	VALOR
JANEIRO	0	R\$ -
FEVEREIRO	32.980	R\$ 148.410,00
MARÇO	25.892	R\$ 116.514,00
ABRIL	21.792	R\$ 98.064,00
	80.664	R\$ 362.988,00

RECARGA CARTÕES TRANSURC - SMS 2017 1º QUADRIMESTRE



Fonte: Convênios & Programas

Neste quadrimestre, a Secretaria Municipal de Saúde possui atualmente **840** cartões de passes ativos, sendo que o valor unitário da passagem é de **R\$ 4,50** (em vigor desde janeiro/2017).

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Diretriz 12 - Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.

Objetivo 12.1- Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de Saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de Saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS.

Indicador 63. Proporção de Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde

Relevância do indicador: permite avaliar o quantitativo de planos de saúde enviados aos Conselhos de Saúde.

Meta 2013: 1/ Meta 2017: 1

Resultados	Considerações/Recomendações
Ano de 2016	NÃO SE APLICA

Indicador 64. Proporção Conselhos de Saúde cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) Meta 2014-2017: Manter o CMS cadastrado.



Relevância do indicador: permite avaliar o quantitativo de Conselhos de Saúde cadastrados no Sistema de acompanhamento de Conselhos de Saúde (Siacs).

Meta Municipal 12.a - Manter Conselhos Distritais de Saúde em funcionamento nos cinco Distritos

Meta 2017: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações
PAS 2017: 100%	Manter a meta
1o Quadrimestre	100%

Meta Municipal 12.b - Manter Conselhos Locais de Saúde em funcionamento nos serviços que já possuem e implantar em todos os serviços de saúde que não possuem

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Meta 2017: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações
PAS 2017: 100%	Recomendações: a) Manter e monitorar os CLS dos Centros de Saúde, com periodicidade de reuniões mensais, sendo de, no mínimo, 12 reuniões ao ano. b) Implantar CLS nos demais Serviços de Saúde (que ainda não possuem) com periodicidade de reuniões mensais, sendo de, no mínimo, 12 reuniões ao ano. Obs. VIDE RELATÓRIOS DOS SERVIÇOS
1o Quadrimestre	

Meta Municipal 12.c - Manter Comissões de acompanhamento em todos os serviços conveniados ao SUS municipal

Meta 2017: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações
PAS 2017: Manter 100%	Recomendações: Estimular a participação dos conselheiros nas reuniões mensais.
1o Quadrimestre	100%

Meta Municipal 12.d – 25 pessoas capacitadas, ao ano, para o Controle social e gestão participativa no SUS até 2017.



Meta 2017: no mínimo 25

Resultados	Ano de 2016
1o Quadrimestre	0

Meta Municipal 12.e - Realizar a 10ª Conferência Municipal de Saúde, até 2017.

Meta 2017: 0

Ano de 2017
Considerações: X Conferência Municipal de Saúde aconteceu em junho de 2015. Recomendações: a) Receber a publicação do relatório da X Conferência Municipal de Saúde.

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



b) Adequação do Plano municipal de Saúde 2014-2017 conforme as resoluções da X Conferência Municipal de Saúde.

Objetivo 12.2 - Novo modelo de gestão, com ênfase na capacitação de profissionais, informação e informática, Cartão Nacional de Saúde e Intersetorialidade.

Meta Municipal 12.f - Realizar duas oficinas /seminários de Atenção à Saúde, ao ano, para gestores e profissionais.



Meta 2017: 2

Resultados	Considerações
1º Quadrimestre	Recomendações: Realização de 02 Oficinas voltadas à revisão do Modelo Assistencial com o objetivo de fortalecimento dos profissionais que atuam na gestão e nas equipes de saúde. Realização de 01 de evento comemorativo da Semana de Enfermagem 2017 no 2º Quadrimestre. Realização de Seminário Comemorativo da Semana Mundial de Aleitamento Materno 2017 no 3º Quadrimestre

Meta Municipal 12.g - Informatização dos serviços de saúde todas as Unidades de Saúde até 2017

Meta: 60% das UBS informatizadas em 2016

Resultados		Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	18,75%	Indicador	1º Quadrim.
		1. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde Informatizadas	$\frac{12}{64} \times 100 = 18,75$
		2. Porcentagem de Serviços de Saúde Informatizados	$\frac{15}{109} \times 100 = 13,76$
		3. Porcentagem de Unidades Básicas de Saúde Cabeadas	$\frac{41}{64} \times 100 = 64,06$
		4. Porcentagem de Serviços de Saúde Cabeadas	$\frac{44}{109} \times 100 = 40,37$
		Produto: Informatização da rede de saúde (computadores, sala de vacina, E-SUS, SIGA, processo regulatório, de auditoria e pagamento) e Implantação do sistema AGHU no CHPEO.	

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Meta Municipal 12.h - Disponibilizar o cartão metropolitano de saúde para 100% das redes assistenciais.

Meta 2017: 0

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	0%	Apresentação da proposta de parceria com o Ministério da Saúde para implantação do sistema E-SUS AB para a Câmara Temática de Saúde da Região Metropolitana de Campinas..

Objetivo 12.3 - Equidade com ênfase a populações em maior vulnerabilidade

Meta Municipal 12.i - Realizar, no mínimo, quatro encontros envolvendo lideranças do movimento de ciganos, lésbicas, gays, bissexuais e transexuais, da população em situação de rua e dos gestores do SUS até 2017.

Meta 2017: 0

Ano de 2016	
PAS 2017 – Manter	
Recomendações: Permanecem as implementações de propostas apresentadas pelo Comitê Técnico da Saúde da População Negra desde 2015:	
I)	Implementar esta Política em âmbito municipal;
II)	Organizar o funcionamento administrativo e financeiro do Comitê Técnico da Saúde da População Negra;
III)	Capacitar os trabalhadores das UBS, com relação a informações e cursos sobre as especificidades da saúde da população negra;
IV)	Implantar políticas direcionadas à saúde da população negra conforme estabelecidas na Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009;
V)	Incluir o quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS;
VI)	Elaborar materiais de informação, comunicação e educação sobre o tema Saúde da População Negra, respeitando os diversos saberes e valores, inclusive os preservados pelas religiões de matrizes africanas;
VII)	Melhorar a qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, processamento e análise dos dados desagregados por raça, cor e etnia;
VIII)	Elaborar banco de dados referentes às informações sobre pacientes das especificidades, relacionadas a saúde da população negra;
IX)	Definir gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite - CIB;
X)	Coordenar, monitorar e avaliar a implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde;
XI)	Garantir a inclusão desta Política no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, em consonância com as realidades e necessidades locais;

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



XII)	Garantir a inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela portaria GM/MS No. 1.996, de 20 de agosto de 2007;
XIII)	Fortalecer a gestão participativa, com incentivo e participação popular e ao controle social;
Humanizar o processo de acolhimento, no serviço de dispensação na assistência farmacêutica, na atenção diferenciada na internação e atendimento nas UBS.	

Meta Municipal 12.i – Apresentar o Relatório Anual de Gestão (RAG) e os Relatórios Quadrimestrais de Gestão (RQG) para 100% dos Conselhos Locais de Saúde

Meta para 2016:100%

Resultados	Considerações/Recomendações
PAS 2017: 100%	Recomendações: Incentivar, monitorar e requerer que os RQG sejam apresentados periodicamente nos CLS. Enfatizar junto aos Coordenadores de Centros de Saúde a importância da elaboração do planejamento junto com os CLS e a apresentação dos resultados das ações planejadas

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Diretriz 13 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência.

Objetivo 13.1 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

Indicador 65. Proporção de municípios com ouvidoria implantada

Relevância do indicador: a ouvidoria, no âmbito do monitoramento e da avaliação, tem a finalidade de contribuir com a avaliação do sistema, por meio do envolvimento do usuário, estabelecendo comunicação entre o cidadão e o poder público, de forma a promover encaminhamentos necessários para a solução de problemas e efetiva participação da comunidade na gestão do SUS, de acordo com a Constituição federal de 1988, visando ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

Meta 2017: 1

Resultados	Considerações/Recomendações
1o Quadrimestre	1

Indicador 66. Componente do SNA estruturado

Relevância do indicador: Com o componente estadual, DF e Municipal do SNA estruturado as ações de auditoria no COAP serão realizadas de maneira integrada e sistêmica com vistas a contribuir na qualificação, transparência e ética da gestão em saúde.

Meta 2017: 2

Ano de 2016
PAS 2017- Meta para 2016: 2
Recomendações: Permanecem as necessidades e o apontamento de adequar a CAC em consonância com o disposto na Lei 141/2012



Indicador 67. Proporção de entes com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde

Meta 2013: N/A Metas 2014 a 2017: 1 alimentação anual pelo município

Relevância do indicador: Evidencia o grau de adesão regional e dos municípios ao Banco de Preços da Saúde, colaborando com o processo de visibilidade dos preços praticados e com o compartilhamento de informações para a melhoria da gestão do SUS. Possibilita construir base de dado de históricos de compras.

Meta 2017: 1

Ano de 2016
PAS 2017-Recomendações: Capacitar e formar profissionais para alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde.

OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Meta Municipal 13.a - Implantar e implementar Portal da Transparência da SMS.

Meta 2017: 0

Ano de 2016

Considerações: 100% - serviço implantado com acesso facilitado e em funcionamento no Portal da SMS. Meta atingida.

Meta Municipal 13.b Manter prestação de contas dos serviços conveniados e contratados online.

Meta 2017: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações
1o Quadrimestre	100% dos serviços conveniados (atualmente 13 Convênios)

Meta Municipal 13.c - Financiamento estável

Meta 2017: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações
Considerações: Prestações de contas do Fundo Municipal de Saúde. No próximo ano é necessário a metodologia de registro e apuração de custos.	
Recomendações: a) Rever a metodologia de apuração de custos. b) Implementar ações de monitoramento de custos.	

Meta Municipal 13.d - Implantar contrato de metas em 100% dos serviços SUS Municipais

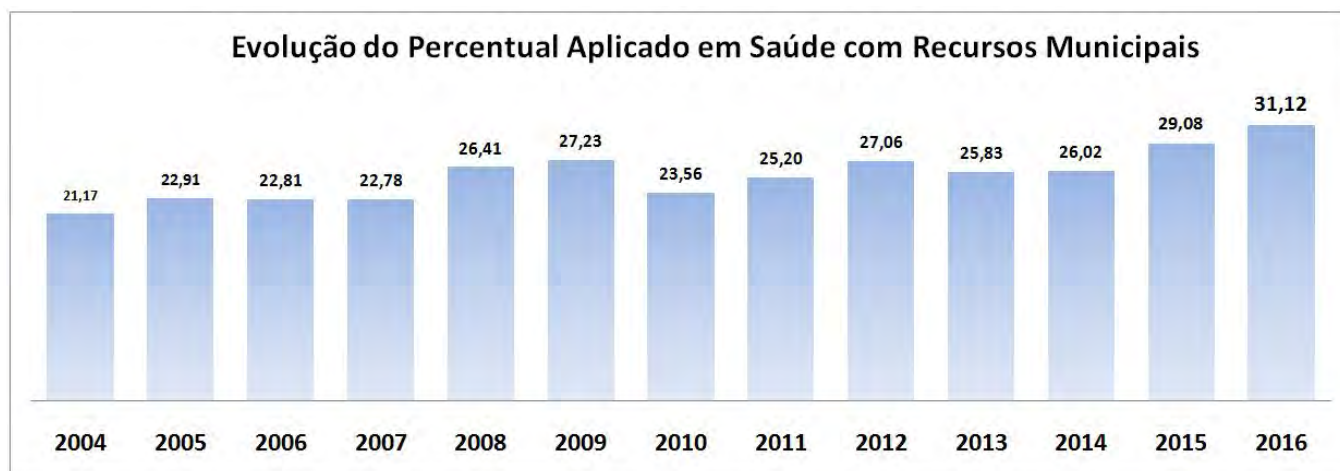
Meta 2017: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações
Considerações: Todos os serviços conveniados ao SUS Municipal possuem Contratos de Metas. No ano de 2014 estamos em processo de revisão destes contratos em virtude das novas Portarias de Contratualização editadas pelo Ministério da Saúde. Todos os leitos conveniados estão sob regulação da Central Municipal de Regulação e após as 22 horas estão sob a Regulação da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo. Recomendação: revisão de todas as metas de Contratualização, conforme determinação do Ministério da Saúde.	
Recomendações: a) Reavaliar os Indicadores de Metas conforme os critérios estabelecidos nas portarias do Ministério da Saúde. b) iniciar processo de indicadores de contrato de metas junto aos gestores da SMS.	

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



No ano de 2016 foi aplicado o percentual de 31,12% (valor de aplicação na saúde: R\$ 894.667.007,97). Base de cálculo para ações e serviços públicos de Saúde (R\$ 2.874.746.875,03).

Campinas, 09 de Junho de 2017

CARMINO ANTONIO DE SOUZA
Secretário Municipal de Saúde

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



Anexos – 1º RDQA 2017

1RDQA2017AB - Questionário Matriz da Atenção Básica

1RDQA2017ESP - Questionário Matriz das Especialidades

1RDQA2017SM - Questionário Matriz da Saúde Mental

1RDQA2017LOC - Relatórios das Áreas Centrais e Convênios

1RDQA2017AB-CS31DEMARCO	1RDQA2017AB-CSNOVAAMERICA
1RDQA2017AB-CSAEROPORTO	1RDQA2017AB-CSOMAIA
1RDQA2017AB-CSAURELIA	1RDQA2017AB-CSOZIEL-CORRIGIDO
1RDQA2017AB-CSBARAOGERALDO	1RDQA2017AB-CSPARANAPANEMA-CORRIGIDO
1RDQA2017AB-CSBOAESPERANCA	1RDQA2017AB-CSPARQUEFLORESTA
1RDQA2017AB-CSBOAVISTA	1RDQA2017AB-CSPEDRODEAQUINO
1RDQA2017AB-CSCAMPINAGRANDE	1RDQA2017AB-CSPERSEU
1RDQA2017AB-CSCAMPOBELO	1RDQA2017AB-CSPQDAFIGUEIRA
1RDQA2017AB-CSCAPIVARI	1RDQA2017AB-CSROSALIA
1RDQA2017AB-CSCARLOSGOMES	1RDQA2017AB-CSSANMARTIN
1RDQA2017AB-CSCARVALHODEMOURA-CORRIGIDO	1RDQA2017AB-CSSANTABARBARA_CORRIGIDO
1RDQA2017AB-CSCASSIORAPOSODOAMARAL	1RDQA2017AB-CSSANTALUCIA
1RDQA2017AB-CSCENTRO	1RDQA2017AB-CSSANTAMONICA
1RDQA2017AB-CSCONCEICAO	1RDQA2017AB-CSSANTAODILA
1RDQA2017AB-CSCOSTAESILVA-CORRIGIDO	1RDQA2017AB-CSSANTAROSA
1RDQA2017AB-CSDIC1	1RDQA2017AB-CSSANTOANTONIO
1RDQA2017AB-CSDIC3	1RDQA2017AB-CSSANTOSDUMONT
1RDQA2017AB-CSESMERALDINA-CORRIGIDO	1RDQA2017AB-CSSAOCRISTOVAO
1RDQA2017AB-CSEULINA	1RDQA2017AB-CSSAODOMINGOS
1RDQA2017AB-CSFARIALIMA	1RDQA2017AB-CSSAOJOSE
1RDQA2017AB-CSFERNANDA	1RDQA2017AB-CSSAOMARCOS
1RDQA2017AB-CSFLORENCE	1RDQA2017AB-CSSAOQUIRINO
1RDQA2017AB-CSINTEGRACAO	1RDQA2017AB-CSSAOVICENTE-CORRIGIDO
1RDQA2017AB-CSIPAUSSURAMA.pdf	1RDQA2017AB-CSSATELITEIRIS1
1RDQA2017AB-CSITAJAI-CORRIGIDO	1RDQA2017AB-CSSOUZAS
1RDQA2017AB-CSJOAQUIMEGIDIO	1RDQA2017AB-CSTANCREDONEVES
1RDQA2017AB-CSJROSSIM	1RDQA2017AB-CSTAQUARAL
1RDQA2017AB-CSLISA	1RDQA2017AB-CSUNIAODOSBAIRROS

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir

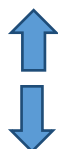


PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



1RDQA2017AB-CSVALENCA	1RDQA2017LOC-DGDO-CONVENIOS-PUCC
1RDQA2017AB-CSVILAIEPE	1RDQA2017LOC-DGDO-CONVENIOS-REALSOCIEDADEPORTUGUESABENEFICENCIA
1RDQA2017AB-CSVILAPADREANCHIETA	1RDQA2017LOC-DGDO-CONVENIOS-SERVICOSAUECANDIDOFERREIRA
1RDQA2017AB-CSVILARICA-CORRIGIDO	1RDQA2017LOC-DGDO-ENSINO
1RDQA2017AB-CSVILAUNIAO	1RDQA2017LOC-DGTES
1RDQA2017AB-CSVILLAGE	1RDQA2017SM-CAPSADANTONIOORLANDO
1RDQA2017AB-CSVISTAALLEGRE	1RDQA2017SM-CAPSADINDEPENDENCIA-CORRIGIDO
1RDQA2017ESP-CEOSUDOESTE	1RDQA2017SM-CAPSADREVIVER
1RDQA2017ESP-CRI	1RDQA2017SM-CAPSANTONIODACOSTASANTOS
1RDQA2017ESP-CRR	1RDQA2017SM-CAPSESPERANCA
1RDQA2017ESP-CTAOUROVERDE	1RDQA2017SM-CAPSESTACAO
1RDQA2017ESP-POLI1	1RDQA2017SM-CAPSIIDAVIDCAPISTRANO
1RDQA2017ESP-POLI2	1RDQA2017SM-CAPSIJCARRETEL
1RDQA2017ESP-POLI3	1RDQA2017SM-CAPSIJSPACOCRIATIVO
1RDQA2017LOC-DA	1RDQA2017SM-CAPSIJRODAVIVA
1RDQA2017LOC-DGDO-CAC	1RDQA2017SM-CAPSIJTRAVESSIA
1RDQA2017LOC-DGDO-CII	1RDQA2017SM-CAPSINTEGRACAO
1RDQA2017LOC-DGDO-CONVENIOS-APAE	1RDQA2017SM-CAPSNOVOTEMPO
1RDQA2017LOC-DGDO-CONVENIOS-APASCAMP	1RDQA2017SM-CECOCASADASOFICINAS
1RDQA2017LOC-DGDO-CONVENIOS-CASADACRIANCAPARALITICA	1RDQA2017SM-CECOCASADOSSONHOS
1RDQA2017LOC-DGDO-CONVENIOS-CHPEO	1RDQA2017SM-CECOESPACODASVILAS
1RDQA2017LOC-DGDO-CONVENIOS-FUNDACAOSINDROMEDEDOWN	1RDQA2017SM-CECOOTONINHA
1RDQA2017LOC-DGDO-CONVENIOSGOVERNAMENTAIS	1RDQA2017SM-CECOPORTALDASARTES
1RDQA2017LOC-DGDO-CONVENIOS-GRUPOVIDA	1RDQA2017SM-CECOROSADOSVENTOS
1RDQA2017LOC-DGDO-CONVENIOS-IRMANDADEMISERICORDIACAMPINAS	1RDQA2017SM-CECOTEARDASARTES
1RDQA2017LOC-DGDO-CONVENIOS-MATERNIDADE DE CAMPINAS	1RDQA2017SM-CONSULTORIONARUA
1RDQA2017LOC-DGDO-CONVENIOS-PADREHAROLDO	
1RDQA2017LOC-DGDO-CONVENIOS-PENIDO	

OBS.:



a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir