



Prefeitura
Municipal de
Campinas



Secretaria Municipal de Saúde de Campinas



Matriz de Monitoramento da PAS 2018

Prezados Colegas,

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

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

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

Antes de preencherem o RDQA sugerimos:

1. Leitura do PMS 2018-2021 com todas as considerações que propusemos fazer para cada indicador análise o que foi realizado no ano de 2017, destacando o 3º quadrimestre (disponível em http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/rel_gest.htm#relatorio_quadrimestral) . Este material deverá ser orientador do processo de trabalho das áreas técnicas da Unidade de Saúde para com as equipes.

2. Analisem os Planos Operativos para o cumprimento das metas e/ou se será necessária a elaboração de Plano de Trabalho, (com ação, prazo/tempo, custo, resultado esperado e responsável) para que se possa atingir o resultado proposto. Se houver necessidade de rever alguma meta, faça a proposição.

3. Após a elaboração dos resultados dos indicadores, avaliem se estão próximos ou distantes do esperado. Verifiquem se existem fragilidades no processo, bem como avaliem possibilidades de diminuílas

4. Leitura do 3º RDQA de 2017.

5. PRAZO: enviar por e-mail, A/C de Cristina e Juliana, até o dia 24 de janeiro de 2019.

6. Resultados: Os valores são acumulativos, assim considerados: 1º RDQA resultados pertinentes aos meses “**de janeiro a abril**”; No 2ª RDQA resultados pertinentes aos meses “**de janeiro a agosto**”; No 3º RDQA resultados pertinentes aos meses a “**de janeiro a dezembro**”

Utilizar número absoluto (nº de casos) dos indicadores MORTALIDADE INFANTIL, MORTALIDADE MATERNA, SÍFILIS CONGÊNITA, MORTALIDADE PRECOCE (30 anos até 70).

EIXO I- ACESSO AOS SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE

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

Indicador 2.ii.1. Taxa de Mortalidade infantil

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL

Ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Taxa de Mort. Inf.	10,7	10,23	8,59	11,09	10,34	9,17	10,19	9,91	8,07	7,9	9,25	8,88

Fonte: SIM - Coordenadoria de Informação e Informática.

DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

Dados atualizados em 13/06/2018, sujeitos à revisão.

Método de Cálculo

Numerador: Nº de óbitos em menores de 1 ano.

x 1.000

Denominador: Nº de nascidos vivos.

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

Ações

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

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

Observações

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

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	46 mortes 8,81/1000 NV	Foram 20 investigados, sendo 43,8% investigados. O prazo para investigação de óbitos é de até 120 dias a partir da data do óbito.
2º Quadrimestre	83 mortes 7,95/1000 NV	Foram 63 investigados, sendo 75,9% investigados. O prazo para investigação de óbitos é de até 120 dias a partir da data do óbito.
3º Quadrimestre	9,33/1000NV	137/14680. Foram 119 investigados, sendo 86,9% investigados. O prazo para investigação de óbitos é de até 120 dias a partir da data do óbito Os Comitês Regionais e Municipal apontaram ações que possam contribuir para qualificar assistência listadas abaixo: 1 - Reavaliar e repactuar o protocolo da Assistência Pré Natal da Secretaria de Saúde (já publicado em Diário Oficial em 2017) com as Unidades de Saúde, Maternidades de Referência e Ambulatório

	<p>de Pré Natal de Alto Risco da Poli 1, CAISM e PUCC, buscando a uniformidade de encaminhamentos e condutas clínico-assistenciais e que as mesmas se mantenham em consonância com as recomendações das sociedades e associações de especialidades médicas como a Febrasgo – Federação brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia e a SPB - Sociedade Brasileira de Pediatria.</p> <p>2 - Criar um projeto de capacitação técnica dos profissionais de saúde de acordo com a categoria e local de atuação com relação ao Protocolo de Assistência Pré-Natal da Secretaria de Saúde com parceria com as Universidades de Referência.</p> <p>3 - Qualificar as equipes de saúde local, inclusive os profissionais da recepção e agentes de saúde para busca ativa e o acolhimento de gestantes e puérperas evitando perdas de oportunidades de atendimentos e agendamentos, entendendo que estes pacientes são de extrema vulnerabilidade.</p> <p>4 - Garantir a oferta adequada de insumos, exames laboratoriais, exames de ecografia e vagas nas especialidades e referências, reduzindo ao máximo as listas de espera;</p> <p>5 - Garantir ter sempre a retaguarda de um médico ginecologista obstetra em todos pré-natais das unidades de saúde buscando a qualificação de risco constante das gestações durante todo o pré-natal e tendo o encaminhamento oportuno às referências.</p> <p>6 - Garantir a oferta adequada de retornos em consultas de pré-natal respeitando as orientações de acordo com a idade gestacional, necessidade clínica e eventualidades.</p> <p>7 - Garantir a vigilância: da coleta e resultados de exames de pré-natal; de gestantes faltosas e puérperas através da busca ativa no território garantindo a consulta pré-natal e da gestante encaminhada ao Pré Natal de Alto Risco.</p> <p>8 - Garantir a classificação de risco no pré-natal em todas as unidades de saúde considerando também a vulnerabilidade social e customizando uma agenda de pré-natal que vincule a gestante ao serviço.</p> <p>9 - Estimular grupos de Gestante nas Unidades de Saúde com</p>
--	---

	<p>orientações e dentre elas sobre sinais de alerta para hipertensão, diabetes, trabalho de parto, vitalidade fetal, infecção urinária (sinais de alerta) entre outras informações que levam a prematuridade.</p> <p>10 - Garantir a consulta da enfermeira de todos Pré-natais da unidade buscando o vínculo com mais profissionais bem como favorecendo um olhar ampliado à gestante.</p> <p>11 - Criar estratégias para atendimento de gestantes USP Ae moradoras de rua em todos os distritos de saúde.</p> <p>12 - Garantir a participação regular de todos os representantes das unidades de saúde e apoiadores distritais nas reuniões de Comitê de Mortalidade materno Infantil dos distritos de saúde realizando a discussão de todos os óbitos maternos, infantis e fetais e buscando a qualificação da assistência e revendo fluxos internos e ações gerenciais dentro das unidades de saúde.</p> <p>Retaguarda diagnóstica:</p> <p>13 - Implantar na rotina de Pré-natal a realização de um exame de Ultrassonografia Morfológica no segundo Trimestre para cada gestante. Esta recomendação está em consonância com a Febrasgo e com a Sociedade Brasileira de Cardiologia.</p> <p>14 - Implantar na rotina de Pré-natal a realização da cultura de Estreptococos do Grupo B em todas as gestantes.</p> <p>Planejamento familiar</p> <p>15 - Ofertar ações de planejamento familiar, possibilitando que as mulheres escolham engravidar sabendo os riscos de uma gravidez de acordo com seu estado de saúde. Para tanto manter as equipes de saúde capacitadas e que tenham espaço para orientações em grupos e consultas da enfermagem e consultas médicas.</p> <p>Todas ações sugeridas dependem decisões que envolvem a Vigilância, Assistência e Gestão em Saúde Municipal.</p>
--	--

Indicador 2.ii.2. Razão da Mortalidade Materna

Série Histórica

SÉRIE HISTÓRICA DA MORTALIDADE MATERNA(RES. DA MÃE) - CAMPINAS

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

Fonte: SIME SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática.
DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.
Dados atualizados em 13/06/2018, sujeitos à revisão.

Método de Cálculo

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

x 100.000

Denominador: Número de nascidos vivos de mães residentes.

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

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

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

Monitoramento: quadrimestral (**acompanhar número de óbitos maternos**)

Avaliação: anual

Ações

Ações	Responsáveis
Fortalecer o pré-natal de alto risco.	DS, Distritos, DGDO
Capacitar ESF para acompanhamento de pré-natal de baixo risco.	DS, Distritos, CETS
Organizar o processo de trabalho visando à qualificação do pré-natal.	DS, Distritos
Fortalecer a implementação dos componentes da Rede Cegonha.	DS, Distritos, DGDO
Utilizar eventos sentinela para qualificar as equipes de saúde no atendimento pré-natal e prevenir a ocorrência de outros eventos.	DS, Distritos
Participar do Comitê de Mortalidade da DRS7.	DS e DEVISA
Fomentar o trabalho do Comitê Municipal de Investigação de Mortalidade Materna e Infantil.	DS, Distritos, VISAs e DEVISA
Desenvolver estratégias, em todos os serviços, para prevenção, diagnóstico e tratamento, em tempo oportuno, da Infecção de Trato Urinário (ITU), com monitoramento de cura pós-tratamento, priorizando mulheres grávidas.	DS, Distritos
Intensificar a imunização de mulheres durante a gestação, e priorizar a vacinação contra a Coqueluche.	DS, Distritos, UBS
Proporcionar assistência qualificada no pré-natal (realizar todos os exames e vacinas conforme protocolo) e parto (garantir leito de UTI adulto).	DS, Distritos, UBS e DGDO
Adequar oferta de pré-natal de alto risco.	DS, Distritos e DGDO
Articular a Rede Cegonha no Município de Campinas e os Comitês de Mortalidade Infantil e Materna.	DS, Distritos, DGDO e DEVISA
Atender adequadamente às intercorrências na gravidez e pós-parto.	DS, Distritos, UBS e DGDO
Aumentar oferta de vagas de pré-natal de alto risco no Município.	DS, Distritos, DGDO
Qualificar os comitês de mortalidade para investigação dos casos.	DS, Distritos, DEVISA

Observações

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

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

- Tétano obstétrico (A34), transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (F53) e osteomalácia puerperal (M83.0), nos casos em que a morte ocorreu até 42 dias após o término da gravidez ou nos casos sem informação do tempo transcorrido entre o término da gravidez e a morte.
- Doença causada pelo HIV (B20 a B24), mola hidatiforme maligna ou invasiva (D39.2) e necrose hipofisária pós-parto (E23.0) serão consideradas mortes maternas desde que a mulher estivesse grávida no momento da morte ou tivesse estado grávida até 42 dias antes da morte.
- São consideradas mortes maternas aquelas que ocorrem como consequência de acidentes e violências durante o ciclo gravídico puerperal, desde que se comprove que essas causas interferiram na evolução normal da gravidez, parto ou puerpério.

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	2 óbitos /3971 NV = 50,3/1000000 NV	Os dois óbitos maternos foram investigados, sendo ao dois casos de mortalidade obstétrica materna direta evitável e de pacientes atendidas no SUS.
2º Quadrimestre	3 óbitos /9261 NV = 32,4/1000000 NV	Os três óbitos maternos foram investigados, sendo dois casos de mortalidade obstétrica materna direta evitável. e um caso de mortalidade obstétrica materna indireta evitável.Os três casos são de pacientes atendidasno SUS. Os três óbitos maternos foram discutidos nos Comitês Regionais e Municipal e disparam refelexões sobre processo de trabalho nos Centros de Saude,Especialidades e Nível Hospitalar buscando qualificar a assistência atarvés de mudanças de fluxos e protocolos.
3º Quadrimestre	5 óbitos/14680 NV = 34,06 por 100000 NV	Os cinco óbitos maternos foram investigados, sendo 2 casos de mortalidade obstétrica materna direta evitável, 2 casos de mortalidade obstétrica materna indireta evitável e 1 caso de mortalidade obstétrica materna indireta inevitável.Apenas o óbito de mortaliade obstétrica indireta inevitável que teve assistência em Convênio. Todos óbitos maternos foram discutidos nos Comitês Regionais e Municipal e apontaram as mesmas ações que podem reduzir a Mortalidade Infantil e outras duas ações abaixo: 1-Garantir a consulta puerperal oportuna para todo pré-natal realizado.Garantir a vigilância da puérpera faltosa. 2-Garantir que toda gestante e puérpera quando regulada na urgência via SAMU seja encaminhada para Maternidade de

		referencia/local de parto. Todas ações sugeridas dependem decisões que envolvem a Vigilância, Assistência e Gestão em Saúde Municipal.
--	--	---

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

Relevância do indicador

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

Série Histórica

PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (10 a 49 anos) INVESTIGADOS - CAMPINAS

ANO	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
% óbitos MIF investigados	100%	87,62%	100%	100%	100%		

Fonte:

Método de Cálculo

Numerador: total de óbitos de MIF investigados

Denominador: total de óbitos de MIF

Fator de multiplicação: 100

Meta

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

Ações:

Ações	Responsáveis
Apoiar os comitês de Investigação regionais com a realização de reuniões periódicas para discussão dos casos investigados.	Departamento de Saúde, Distritos, DEVISA e VISAs
Capacitação dos profissionais de saúde para investigação de casos.	DEVISA e VISAs

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	33/81= 59,2% investigados	33/81-> O prazo para investigação de óbitos é de até 120 dias a partir da data do óbito.
2º Quadrimestre	86/174= 49,4% investigados	86/174 -> O prazo para investigação de óbitos é de até 120 dias a partir da data do óbito. Alguns casos aguardam laudo do SVO/IML para continuidade da investigação.
3º Quadrimestre	222/256= 86% investigados	Das 34 investigações faltantes, 28 estão dentro do prazo de 120 dias para serem concluídas, o que poderá resultar na meta proposta.

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

Relevância do indicador:

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

Série Históricafalta data da extração dos dados

ANO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
NASCIDOS VIVOS	13.581	13.891	14.451	14.806	14.997	14.767	15.122	15.342	15.996	15.798	14.797	15.430
ÓBITOS MATERNOS	7	6	4	8	2	5	5	9	9	6	5	5
PERC. ÓB. MATER. INVEST	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: SIM e SINASC- Coordenadoria de Informação e Informática. DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. DEVISA- Comitê de Mortalidade Materna

Método de Cálculo

Numerador: total de óbitos maternos investigados.

x 100

Denominador: total de óbitos de maternos.

Meta: 100% dos óbitos maternos investigados

Ações:

Ações	Responsáveis
Manter vigilância e ações do Comitê de Mortalidade Materna e Infantil, bem como todas as ações de qualificação do pré-natal e assistência ao parto.	DS, Distritos, DEVISA
Implementar todos os componentes da Rede Cegonha, tendo como finalidade a prevenção da ocorrência do evento morte materna.	DS e DGDO

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	100% dos óbitos maternos investigados	Os dois óbitos maternos foram investigados, sendo ao dois casos de mortalidade obstétrica materna direta evitável, de pacientes atendidas no SUS.
2º Quadrimestre	100% dos óbitos maternos investigados	Os três óbitos maternos foram investigados, sendo dois casos de mortalidade obstétrica materna direta evitável. e um caso de mortalidade obstétrica materna indireta evitável. Os três casos são de pacientes atendidas no SUS. O espaço dos Comitês de Investigação de óbitos (Distrital e Municipal) tem papel educativo bem como de revisão de ações assistenciais e gerenciais pois os participantes são profissionais da Atenção Básica / Maternidades e gestores municipais de saúde.
3º Quadrimestre	100% dos óbitos maternos investigados	Garantir a participação regular de todos os representantes das unidades de saúde e apoiadores distritais nas reuniões de Comitê de Mortalidade materno Infantil dos distritos de saúde realizando a discussão de todos os óbitos maternos, infantis e fetais e buscando a qualificação da assistência e revendo fluxos internos e ações gerenciais dentro das unidades de saúde

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

Relevância do indicador:

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

Série Histórica

ANO	ÓBITOS INFANTIS	ÓBITOS FETAIS
	Nº	Nº
2014	130	126
2015	130	135
2016	137	110
2017	137	108

Fonte: SIM/CII dados até 31/12/2017

Método de Cálculo

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

x 1.000

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

Meta:

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

Ações:

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

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	Infantis: Infatil: 20/46= 48,5% Fetais: 18/37=43,8% Total: 38/83 = 45,8%	% Óbito infantil investigado por faixa etária 0-6 dias= 11/29= 37,9% 7 – 27 dias= 2/4= 50% 28 – 364 dias= 7/13= 53,8% O prazo para investigação de óbitos é de até 120 dias a partir da data do óbito. No prazo estabelecido apenas 1 óbitos fetal não foi investigados
2º Quadrimestre	Infantis: Infatil: 63/83= 75,9% Fetais:	% Óbito infantil investigado por faixa etária: 0-6 dias=35 /46= 76,0% -faltam 11 sendo 8 em atraso e 3 dentro do prazo de investigação 7 – 27 dias= 7/11= 63,6% -faltam 4 sendo 1 em atraso e 3

	<p>51/76=67,1%</p> <p>7 em atraso e 18 dentro do prazo</p> <p>Total: 114/159 = 71,7%</p>	<p>dentro do prazo de investigação</p> <p>28 – 364 dias= 21/26= 80,7% -faltam 5 sendo 1 em atraso e 4 dentro do prazo de investigação</p> <p>O prazo para investigação de óbitos é de até 120 dias a partir da data do óbito.</p>
3º Quadrimestre	<p>Infantil: 119/137=86,8%</p> <p>Fetal: 98/111=88,3</p> <p>3 em atraso e 10 dentro do prazo</p> <p>217/248=87,5%</p>	<p>% Óbito infantil investigado por faixa etária:</p> <p>0-6 dias=61 /69= 88,4,0% -faltam 8 sendo 3 em atraso e 5 dentro do prazo de investigação</p> <p>7 – 27 dias=21 /26= 80,8% -faltam 5 dentro do prazo de investigação</p> <p>28 – 364 dias= 37/42= 88,1% -faltam 5 sendo 2 em atraso e 3 dentro do prazo de investigação</p> <p>Garantir a participação regular de todos os representantes das unidades de saúde e apoiadores distritais nas reuniões de Comitê de Mortalidade materno Infantil dos distritos de saúde realizando a discussão de todos os óbitos maternos, infantis e fetais e buscando a qualificação da assistência e revendo fluxos internos e ações gerenciais dentro das unidades de saúde</p>

EIXO III - PROMOÇÃO E PREVENÇÃO

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

NÚMERO DE CASOS DE SÍFILIS EM GESTANTES RESIDENTES EM CAMPINAS, DE SÍFILIS CONGÊNITA, TAXA DE DETECÇÃO E COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA*									
ANO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Sífilis Gestantes	93	103	148	175	272	317	325	350	351
Sífilis congênita	37	35	57	57	72	83	84	66	47
Taxa de detecção de sífilis gestante	6,2	7,0	9,8	11,4	17,0	19,6	21,4	22,7	23,9
Coeficiente de incidência sífilis congênita	2,5	2,4	3,8	3,7	4,5	5,1	5,5	4,3	3,2

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

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

Método de Cálculo

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

Meta

Nº absoluto de casos:

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

Resultados:

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	27	No primeiro quadrimestre de 2018, houve 68 notificações de sífilis congênitas. Entre estas, 41 foram descartadas, restando 27 casos de sífilis congênita (23 crianças nascidas vivas, 3 abortos e 1 natimorto). Observa-se um aumento de 56% quando comparado ao primeiro quadrimestre de 2017. A maior dificuldade encontrada continua a ser o tratamento do parceiro. Encontra-se previsto um novo ciclo de capacitação, por distrito em parceria com as VISAS, para a nova abordagem no tratamento das parcerias sexuais, com o objetivo de melhorar a adesão do parceiro ao tratamento.
2º Quadrimestre	40	Nos dois primeiros quadrimestres de 2018, houve 135 notificações de sífilis congênita. Entre estas, 95 foram descartadas, após avaliação do tratamento da gestante, parceiro, exames laboratoriais e quadro clínico do recém nascido. Restaram 40 casos de sífilis congênita (34 crianças nascidas vivas, 3 abortos e 3 natimortos). Há aumento do número de casos entre a população em geral aumentando o número de casos de gestantes, inclusive se infectando durante a gestação o que torna a realização de dois testes durante o pré natal imprescindível. Este tema está sendo reforçado nas capacitações. Já houve duas capacitações com as Visas Sudoeste, Norte e Leste; para este quadrimestre está programada capacitação para os hospitais da rede privada e Visa Sul. Na Visa Sudoeste a sífilis será pauta da próxima reunião do Núcleo de Saúde Coletiva. Na Visa Sul os casos estão sendo discutidos no comitê de morte materna e infantil. Em 17 de outubro haverá o 1º Seminário de Sífilis de Campinas: "Sífilis Congênita -Porque e até quando?" com objetivo de abordar a situação epidemiológica, e compartilhar experiências exitosas na prevenção da sífilis congênita. No próximo mês será divulgada a segunda nota técnica de tratamento de sífilis em gestante, reforçando a realização dos dois testes rápidos no PN e mudanças no tratamento do parceiro.
3º Quadrimestre	47	No ano de 2018, tivemos 47 casos de sífilis congênita , significando uma redução de 28,78% no número de casos em relação ao ano de 2017. É o segundo ano consecutivo que o município apresenta redução no número de casos de sífilis congênita. Cabe ressaltar que a nota técnica

	propondo mudanças no tratamento do parceiro <u>não foi</u> divulgada, sendo necessária articulação prévia com as maternidades do município.
--	---

Ações:

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

Observações:

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

Relevância do indicador:

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

Série Histórica

Nº DE TESTES DE SÍFILIS POR GESTANTE

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

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

Método de Cálculo

1. Para o numerador considerar a quantidade, para o município, dos seguintes procedimentos ambulatoriais (para AB – produção no e-SUS, segundo portaria nº 2148 de 28/08/17) :

0202031179 VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE;

0214010082 TESTE RAPIDO PARA SIFILIS EM GESTANTE.

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

0310010047 PARTO NORMAL EM GESTACAO DE ALTO RISCO;

0411010026 PARTO CESARIANO EM GESTACAO DE ALTO RISCO;

0411010034 PARTO CESARIANO;

0411010042 PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA.

Periodicidade para avaliação: anual

Monitoramento: quadrimestral

Meta:

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

Resultados:

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	2,73	Até 31 de março de 2018 foram realizados 4.627 sorologias para sífilis em gestante e 1.758 testes rápidos para sífilis em gestantes, utilizando os dados do SIA/SUS (CAC) e o consolidado Municipal extraído do e-SUS AB, totalizando 6.385 exames em gestantes. O número total de partos no período de jan-mar/2018 foi de 2.336 partos. Com a nota técnica 01/2016, a recomendação para o PN é a realização de 2 testes rápidos de sífilis, intercalado com as sorologias de sífilis preconizadas na rotina de PN. Portanto, para o município, esperamos que sejam realizados 4 testes de sífilis por gestante (2 sorológicos e 2 testes rápidos). Como no primeiro quadrimestre parte das parturientes realizaram os exames de sífilis no ano de 2017, a melhor análise se realiza ao final do ano. Destaca-se o pequeno número de testes rápidos realizados em gestantes, considerando a nota técnica 01/2016, que determina a realização de dois testes rápidos durante a gestação além dos dois perfis obstétrico. Pode-se questionar a não realização ou não preenchimento dos registros de produção. Os testes

		rápidos de sífilis em gestantes devem ser registrados com o código de faturamento: 0214010082 TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS EM GESTANTE. A CAC e o DATASUS só dispõem de dados até março de 2018.
2º Quadrimestre	2,32	Até julho de 2018 foram realizados 9.434 exames de sífilis em gestantes (dados CAC), e 3155 testes rápidos para sífilis em gestantes (dados de TR de sífilis computados até o segundo quadrimestre), totalizando 12.589 exames. O número total de partos até julho foi de 5.424* (*este indicador é melhor avaliado no RAG devido a disponibilização da informação do total do nº de partos).A implantação dos testes rápidos foi discutidonas reuniões do NAAP e já foi observado impacto em algumas unidades.
3º Quadrimestre	1,86	No ano de 2018 foram realizados 15.608 exames de sorologia de sífilis em gestantes (dados CAC) e 748 testes rápidos de sífilis em gestantes (dados do e-SUS) (OBS:as informações do primeiro e segundo quadrimestres foram fornecidas pelo DGDO e não correspondem ao relatório final do e-SUS 2018), dessa forma foram registrados 16.356 exames de sífilis em gestantes realizados em 2018 no município. O númeo total de partos realizados foi de 8.769 partos (Dados TABNET/ DATASUS), levando à 1,86 exames de sífilis por gestante.Cabe informar que houve interrupção na oferta de sorologias de sífilis pelo laboratório municipal.

Ações:

	Ações	Responsáveis
3.i.2.a	Ofertar exames de sífilis para todas as gestantes, no primeiro e terceiro trimestre (testes laboratoriais) e na 24ª e 34ª semana de gestação (testes rápidos).	Unidades de saúde, VISAS
3.i.2.b	Tratar todas as gestantes com sífilis no tempo oportuno, adequadamente com penicilina benzatina.	
3.i.2.c	Tratar as parcerias sexuais da gestantes com sífilis.	
3.i.2.d	Garantir a aquisição de penicilina benzatina para o tratamento da gestante com sífilis	Departamento Administrativo
3.i.2.e	Garantir os exames de sorologia de sífilis para gestantes	Departamento de Saúde
3.i.2.f	Ter disponível teste rápido para sífilis em todos os serviços de saúde	Almoxarifado da saúde e CRT/AIDS
3.i.2.g	Realizar capacitações e atualizações constantes da equipe quanto ao manejo do Teste Rápido; aconselhamento do paciente; interpretação dos resultados laboratoriais e tratamento da gestante e seu parceiro.	CRT/AIDS
3.i.2.h	Realizar capacitações e atualizações constantes da equipe quanto ao diagnóstico e tratamento da sífilis	Departamento de Saúde e DEVISA
3.i.2.i	Aumentar a meta para 4 exames durante a gravidez, conforme protocolo de pré-natal sendo as sorologias de rotina no Pré-Natal (1º e 3º trimestre) e mais dois testes rápidos na 24º e na 36ª semana da gestação, conforme Nota Técnica	DS, Distritos, DA

3.i.2.j	Disponibilizar teste rápido para sífilis em todos os serviços de saúde.	DS, Distritos, DA
---------	---	-------------------

Observações:

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

Relevânciado Indicador

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

Método de Cálculo

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

_____ x 100

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

*Relatório gerado automaticamente para esse fim no SINAN.

Meta

Meta de Campinas: 80%

Meta Regional Pactuada: 80%

Resultados:

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	86,67	Meta atingida.
2º Quadrimestre	84,67	Meta atingida.
3º Quadrimestre	82,17	Meta atingida.

Ações:

	Ações	Responsáveis
3.i.3.a	Realizar investigação oportuna e monitoramento da realização dos exames diagnósticos.	VISA, DEVISA e equipes assistenciais da rede de saúde.
3.i.3.b	Realizar acompanhamento sistemático do banco de dados do SINAN, a fim de detectar casos em aberto e desencadear as ações necessárias para o encerramento.	
3.i.3.c	Envio Banco de Dados Municipal (SINAN-net) para o Banco de Dados Regional, toda sexta-	DGDO/CII

	feira até as 12 horas	
3.i.3.d	Pactuar junto aos técnicos da SMS o envio para o GVE (Regional) das fichas epidemiológicas das DCNI digitalizadas	VISA e DEVISA
3.i.3.e	Garantir equipamentos de informática para alimentação dos sistemas de notificações	DGDO/CII, DEVISA e DA

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

Relevância do Indicador

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

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

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

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

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

Método de Cálculo

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

Fonte: SIPNI

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

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

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

_____ x 100

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

Meta

Meta de Campinas: 75%

Meta Regional Pactuada: 75%

Resultados:

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre		<p>A avaliação deste indicador é realizada anualmente. A avaliação da cobertura vacinal é realizada acumulativamente durante o ano, atingindo-se 100% ao final do ano avaliado. Para acompanhamento do indicador foi realizado uma cobertura vacinal proporcional, no qual, foram avaliados os dados referentes do período de 01 de Janeiro a 30 de Abril de 2018, extraídos do sistema SIPNI WEB em 08/05/2018.</p> <p>No período citado acima as salas de vacinas estavam sendo informatizadas conforme determinação do Programa Nacional de Imunização (PNI), sendo realizada a transição do Sistema SIPNI Desktop para o Sistema SIPNI Web no município de Campinas.</p> <p>A cobertura vacinal foi prejudicada por diversos motivos dentre eles cita-se: dificuldade de acesso à vacina devido ao fechamento das salas de vacinas em diversos períodos do dia; abastecimento prejudicado de vacinas por parte do estado; câmaras frias quebrando com maior recorrência e demora no conserto das câmaras; e erros no sistema de informação (SI-PNI) que fazem com que diversas doses não sejam contabilizadas na cobertura vacinal. Esses erros são reportados rotineiramente ao GVE e dependem de correção por parte do DataSus. Foi realizado no final do mês de Abril uma atualização do Sistema SIPNI para corrigir alguns erros no sistema, mas ainda não foi possível visualizar todas as correções realizadas, pois a exportação foi realizada em 27/04/2018 e os dados só estarão disponíveis 15 dias após.</p> <p>Segue cobertura acumulada de 01/Janerio a 30/Abril: Pentavalente: 86,62; Pneumocócica 10- valente: 90,05; Poliomielite: 89,77; Tríplice Viral: 87,35</p>
2º Quadrimestre		<p>A avaliação deste indicador é realizada anualmente. A avaliação da cobertura vacinal é realizada acumulativamente durante o ano, com o objetivo de alcançar a cobertura vacinal de 95% de cada uma das quatro vacinas selecionadas. Para acompanhamento do indicador foi realizado uma cobertura vacinal proporcional, no qual, foram avaliados os dados referentes do período de 01 de Janeiro a 30 de agosto de 2018, extraídos do sistema SIPNI WEB em 12/09/2018.</p> <p>Atualmente todas as salas de vacina já foram informatizadas conforme determinação do Programa Nacional de Imunização (PNI), e estão utilizando o Sistema SIPNI Web.</p> <p>Alguns fatores afetaram positivamente nas coberturas vacinais, a saber: atualização do Sistema SIPNI, realizada no final do mês de abril/18, pelo MS para corrigir alguns erros no sistema; houve melhora expressiva no conserto das câmaras frias, o que contribui na captação oportuna da criança para vacinação; ea Campanha Nacional contra Sarampo e Polio se estendeu de 04/08 a 14/09, contribuindo na ampliação do horário de atendimento das salas de vacina.</p> <p>No entanto, algumas situações ainda persistem na rede municipal de saúde, as quais precisam ser enfrentadas para que não haja impacto negativo neste indicador, tais como: dificuldade de acesso à vacina devido ao fechamento das salas de vacinas em diversos períodos do dia (em período fora da campanha);</p>

		<p>o abastecimento prejudicado de vacinas por parte do Estado; dificuldades operacionais com o sistema de informação (SI-PNI), as quais são rotineiramente reportadas ao GVE para envio ao DataSus.</p> <p>Segue cobertura acumulada de 01/Janeiro a 30/agosto:</p> <table border="1"> <tr> <td>Imunobiológico</td> <td>Cob Acumulada – Ago/18</td> </tr> <tr> <td>Pneumocócica(<1 ano)</td> <td>98,16%</td> </tr> <tr> <td>Pentavalente (< 1 ano)</td> <td>91,52%</td> </tr> <tr> <td>Tríplice Viral - D1</td> <td>108,26%</td> </tr> <tr> <td>Tríplice Viral - D2</td> <td>100,65%</td> </tr> <tr> <td>Poliomielite(< 1 ano)</td> <td>93,5%</td> </tr> </table>	Imunobiológico	Cob Acumulada – Ago/18	Pneumocócica(<1 ano)	98,16%	Pentavalente (< 1 ano)	91,52%	Tríplice Viral - D1	108,26%	Tríplice Viral - D2	100,65%	Poliomielite(< 1 ano)	93,5%																																		
Imunobiológico	Cob Acumulada – Ago/18																																															
Pneumocócica(<1 ano)	98,16%																																															
Pentavalente (< 1 ano)	91,52%																																															
Tríplice Viral - D1	108,26%																																															
Tríplice Viral - D2	100,65%																																															
Poliomielite(< 1 ano)	93,5%																																															
3º Quadrimestre	50%	<p>A avaliação da cobertura vacinal é realizada acumulativamente durante o ano, com o objetivo de alcançar a cobertura vacinal de 95% de cada uma das quatro vacinas selecionadas ao final do ano avaliado.</p> <p>Segue cobertura vacinal do município de Campinas 2018:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Imunobiológico</th> <th>Cobertura Vacinal 2018</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pneumocócica(<1 ano)</td> <td>98,13%</td> </tr> <tr> <td>Pentavalente (< 1 ano)</td> <td>91,61%</td> </tr> <tr> <td>Tríplice Viral - D1</td> <td>98,15%</td> </tr> <tr> <td>Poliomielite(< 1 ano)</td> <td>93,19%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Para o ano de 2018, foi alcançada a meta de cobertura vacinal para as vacinas Pneumocócica e Tríplice Viral, portanto, para fins de avaliação deste indicador conseguimos 50%, não atingindo a meta pactuada de 75%.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">Coberturas vacinais de Pentavalente, Pneumocócica, Poliomielite e Tríplice viral referentes ao ano de 2018 segundo distritos de saúde</th> </tr> <tr> <th>Imunobiológico</th> <th>Sudoeste</th> <th>Noroeste</th> <th>Norte</th> <th>Sul</th> <th>Leste</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pneumocócica (<1 ano)</td> <td>96,70%</td> <td>92,00%</td> <td>87,30%</td> <td>86,50%</td> <td>64,50%</td> </tr> <tr> <td>Pentavalente (< 1 ano)</td> <td>95,60%</td> <td>90,20%</td> <td>87,30%</td> <td>86,00%</td> <td>62,10%</td> </tr> <tr> <td>Poliomielite (< 1 ano)</td> <td>95,40%</td> <td>89,10%</td> <td>86,70%</td> <td>85,10%</td> <td>61,20%</td> </tr> <tr> <td>Tríplice Viral - D1</td> <td>105,50%</td> <td>97,60%</td> <td>92,90%</td> <td>104,00%</td> <td>71,40%</td> </tr> </tbody> </table> <p>As coberturas vacinais são bastante heterogêneas nos cinco distritos de saúde, refletindo diferenças quanto ao horário de funcionamento das salas de vacinas, sendo algumas bastante restritas, ocasionando dificuldade de acesso da população a vacinação; falta de recursos humanos para manter as salas de vacinas abertas em todo período de abertura da Unidade; Unidades em reforma no ano de 2018; dificuldade de acompanhamento das coberturas vacinais do território pelas equipes de saúde, visando propor ações no território e uma melhor avaliação de bolsões de suscetíveis, garantindo a cobertura vacinal adequada e a não reintrodução de agravos imunopreveníveis.</p> <p>Alguns fatores afetaram positivamente as coberturas vacinais, a saber: implantação do Sistema SIPNI Web em todas as salas de vacinas do município de Campinas, com dados em tempo real, contribuindo para a redução de erros e uma melhor avaliação da cobertura vacinal; atualização do Sistema SIPNI, realizada no final do mês de abril/18, pelo MS para corrigir alguns erros no sistema; e a Campanha Nacional contra Sarampo e Polio que se estendeu de</p>	Imunobiológico	Cobertura Vacinal 2018	Pneumocócica(<1 ano)	98,13%	Pentavalente (< 1 ano)	91,61%	Tríplice Viral - D1	98,15%	Poliomielite(< 1 ano)	93,19%	Coberturas vacinais de Pentavalente, Pneumocócica, Poliomielite e Tríplice viral referentes ao ano de 2018 segundo distritos de saúde						Imunobiológico	Sudoeste	Noroeste	Norte	Sul	Leste	Pneumocócica (<1 ano)	96,70%	92,00%	87,30%	86,50%	64,50%	Pentavalente (< 1 ano)	95,60%	90,20%	87,30%	86,00%	62,10%	Poliomielite (< 1 ano)	95,40%	89,10%	86,70%	85,10%	61,20%	Tríplice Viral - D1	105,50%	97,60%	92,90%	104,00%	71,40%
Imunobiológico	Cobertura Vacinal 2018																																															
Pneumocócica(<1 ano)	98,13%																																															
Pentavalente (< 1 ano)	91,61%																																															
Tríplice Viral - D1	98,15%																																															
Poliomielite(< 1 ano)	93,19%																																															
Coberturas vacinais de Pentavalente, Pneumocócica, Poliomielite e Tríplice viral referentes ao ano de 2018 segundo distritos de saúde																																																
Imunobiológico	Sudoeste	Noroeste	Norte	Sul	Leste																																											
Pneumocócica (<1 ano)	96,70%	92,00%	87,30%	86,50%	64,50%																																											
Pentavalente (< 1 ano)	95,60%	90,20%	87,30%	86,00%	62,10%																																											
Poliomielite (< 1 ano)	95,40%	89,10%	86,70%	85,10%	61,20%																																											
Tríplice Viral - D1	105,50%	97,60%	92,90%	104,00%	71,40%																																											

		<p>04/08 a 14/09, contribuindo na ampliação do horário de atendimento das salas de vacina e grande mobilização das equipes de saúde para a sensibilização da população da importância da vacinação.</p> <p>No entanto, algumas situações ainda persistem na rede municipal de saúde, as quais precisam ser enfrentadas para a melhoria deste indicador, tais como: dificuldade de acesso à vacina devido ao fechamento das salas de vacinas em diversos períodos do dia (em período fora da campanha); dificuldade na manutenção das câmaras frias levando ao fechamento de salas de vacina durante alguns períodos ou à sobrecarga das equipes para manter a vacinação sem as mesmas, o abastecimento prejudicado de vacinas por parte do Estado; dificuldades operacionais com o sistema de informação (SI-PNI), as quais são rotineiramente reportadas ao GVE para envio ao DataSus.</p>
--	--	---

Ações:

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

Observações:

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR COM CONFIRMAÇÃO LABORATORIAL, RESIDENTES EM CAMPINAS, NO PERÍODO DE 2006 A 2015													
ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
casos novos		183	186	170	141	144	177	172	173	193	220	198	184
Percentual Cura		76,5	76,88	75,29	79,66	81,35	80,79	80,81	80,92	79,79	76,81	77,27	74,45

Fontes: Sistema TB Web - DEVISA. Dados atualizados até 10.09.2018
 Obs₁: Refere-se à corte de casos do ano anterior
 Obs₂: Excluídos casos transferidos para outros estados e óbito NTB

Método de Cálculo

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

_____x100

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

Fonte: TBWeb

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

Meta

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

Resultados:

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	49,74	Foram analisados casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial com início de tratamento em 2017, nesta coorte analisada encontramos um total de 193 casos, sendo que até o momento, 96 evoluíram para cura, 28 abandonaram o tratamento (14,5%), e 52 encontram-se ainda em tratamento. Em ter os 28 abandonos, 18 tinham história de etilismo e/ou drogadição. Reitera-se a recomendação de fortalecimento do tratamento supervisionado, e o estabelecimento de parcerias com a assistência social e saúde mental para diminuição dos casos de abandono de tratamento. Esse indicador é acumulativo, e espera-se atingir até o final do ano uma taxa de cura de 85%.
2º Quadrimestre	72,13	Foram analisados casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial com início de tratamento em 2017, nesta coorte analisada encontramos um total de

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

Ações:

	Ações	Responsáveis
3.i.5.a	Aumentar a proporção de pacientes em Tratamento Diretamente Observado (TDO).	DEVISA/VISA, DA, DS, Distritos de Saúde e Equipes de Unidade básica
3.i.5.b	Manutenção do café da manhã para os pacientes em Tratamento Diretamente Observado (TDO).	
3.i.5.c	Disponibilização de exames de Baciloscopia para seguimento dos casos.	

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

PROPORÇÃO DE EXAMES ANTI-HIV REALIZADOS ENTRE OS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE										
Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Prop. Ex.	87,58	86,7	87,34	87,34	97,34	89,05	95,17	96,3	93,65	
Fonte: Sistema TB Web - DeVISA										
Dados até 11.02.2019										

Método de Cálculo

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

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

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

Fonte: TBWeb

Meta

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

Valor	95%	95%	95%	95%
-------	-----	-----	-----	-----

Resultados:

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	89,24	O período avaliativo e de casos novos de tuberculose foram os de início de tratamento de 01 de janeiro a 30 de abril de 2018. Todas as unidades de saúde foram capacitadas para realizar o teste rápido de HIV e é necessário incentivar a testagem para atingir a meta 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.
2º Quadrimestre	86,82	O período avaliativo e de casos novos de tuberculose foram os de início de tratamento de 01 de janeiro a 31 de agosto de 2018. <u>Houve uma redução no percentual de pacientes de tuberculose com exame de HIV realizado</u> Todas as unidades de saúde foram capacitadas para realizar o teste rápido de HIV e é necessário incentivar a testagem para atingir a meta e promover o cuidado aos pacientes com o diagnóstico da coinfeção TB/HIV e a precocidade da oferta da TARV a estes pacientes com vulnerabilidade acrescida. Na Visa Norte houve reunião para orientação das equipes para a realização dos testes rápidos, além de capacitação para técnicos de enfermagem para realização do procedimento.
3º Quadrimestre	93,65	O período avaliativo e de casos novos de tuberculose foram os de início de tratamento de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2018. Houve aumento do percentual de exames de HIV realizados entre os casos novos de tuberculose. Percentual de HIV realizado entre os casos novos de tuberculose por distrito: Norte: 98% Sul: 95,45% Leste: 91,3% Sudoeste: 100% Noroeste: 92%

Ações:

	Ações	Responsáveis
3.i.6.a	Ofertar o teste anti-HIV para todos os casos novos de TB.	VISAs, Distritos de saúde e equipes da atenção básica
3.i.6.b	Ter disponível teste rápido anti-HIV em todos os serviços de saúde.	Almoxarifado de saúde e CR DST/AIDS
3.i.6.c	Realizar capacitações e atualizações constantes da	CR DST/AIDS

	equipe quanto ao manejo do Teste Rápido e Aconselhamento do paciente.	
3.i.6.d	Realizar o diagnóstico precoce da coinfeção TB/HIV e garantir introdução precoce de TARV a estes pacientes.	Equipes de atenção básica e CR DST/AIDS

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

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

Método de Cálculo

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

_____x100

Denominador: Total de óbitos não fetais.

Fonte: SIM/TABNET

Meta

Meta Campinas: 98%

Meta Regional Pactuada:90%

Resultados:

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	98,48%	O resultado deste indicador demonstra o grau de qualificação dos dados do SIM sob gestão municipal, decorrentes do aperfeiçoamento do processo de trabalho ao longo dos anos.
2º Quadrimestre	98,46%	4152/4217*100 O resultado deste indicador demonstra o grau de qualificação dos dados do SIM sob gestão municipal, decorrentes do aperfeiçoamento do processo de trabalho ao longo dos anos.
3º Quadrimestre	98,50%	7036/7143*100 Existe um processo de qualificação das causas básicas de óbito, com o objetivo de possibilitar análises epidemiológicas o mais próxima da realidade possível. Este processo vai desde a qualificação do preenchimento feito pelos médicos até a busca ativa nos prontuários para melhor esclarecimento da causa básica. Este ano foi feito investimento em capacitação de duas profissionais no Curso de Formação de Codificadores, sendo que uma delas, foi alocada para trabalhar especificamente no SIM. Também neste ano (agosto) a gestão do SIM passou a ser do DEVISA e este e outros sistemas de informação (SInasc e

		Sisnov/Sinan) passaram a compor a Coordenadoria de DACNTs e Informações Epidemiológicas.
--	--	--

Ações:

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

Observações:

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

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica *falta fonte e data da extração

Coeficiente de incidência de Câncer, por sexo, no município de Campinas

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

Método de Cálculo

Numerador: Nº de casos novos de câncer no ano

x100.000

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

Fonte: RCBP – INCA basepop web

Meta

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

Resultados:

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

Ações:

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

Observações:

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

Relevânciado Indicador

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

Método de Cálculo

Número de publicações/ ano

Fonte: Coordenadoria de Informações Epidemiológica/DEVISA

Meta

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

Resultados:

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	Meta anual	Não avaliada por quadrimestre.
2º Quadrimestre	Meta anual	Não avaliada por quadrimestre.
3º Quadrimestre	Foram produzidos e divulgados 2 Boletins. Outros dois estão em processo de finalização e a meta é estar disponível em março para divulgação.	Produzidos e divulgados: Boletim de Mortalidade nº 56 – Mortalidade por neoplasias Boletim de Câncer nº 1 – Panorama do Câncer em Campinas Em produção: Boletim de Mortalidade nº 57 – Mortalidade por suicídio Boletim de Situação de Saúde: Boletim IsaCamp nº 1 – Perfil epidemiológico da Hipertensão Os boletins são feitos em parceria com a área de epidemiologia do Departamento de Saúde Coletiva –FCM.

Ações

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

NÚMERO DE CASOS DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS												
Ano	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nº AIDS < 5 anos	4	4	5	1	4	0	0	1	1	0	1	0
Fonte: SINAN - DEVISA												
Dados até 30.04.2018												

Método de Cálculo

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

Meta

Nº absoluto

Meta Campinas: 01 caso

Meta pactuação Regional: 01 caso

Resultados:

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	0	Sem ocorrências de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.
2º Quadrimestre	0	Sem ocorrências de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.
3º Quadrimestre	0	Sem ocorrências de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.

Ações:

	Ações	Responsáveis
3.i.10.a	Ofertar exames de HIV para todas as gestantes, conforme protocolo, e no momento do parto.	CR DST/AIDS, DS, VISAs, Laboratório Municipal, DA, unidades assistenciais que compõe a Rede Cegonha
3.i.10.b	Garantir a realização dos exames de sorologia de HIV para gestantes.	
3.i.10.c	Encaminhar as gestantes infectadas pelo HIV para seguimento de Pré-Natal em unidades de Referência (CRDST/AIDS, CAISM, HMCP).	
3.i.10.d	Acompanhar e monitorar a adesão das gestantes à terapia antirretroviral.	

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

PROPORÇÃO DE PACIENTES HIV COM O 1º CD4 INFERIOR A 200CEL/mm ³								
Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1º CD4 até 199	75	85	95	74	84	70	62	*
Percentual	24,3	23,2	27	20,8	22,2	20,5	26	
Fonte: Site Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais-DIAHV								
Dados atualizados até: 31/08/2017								
* Dados não disponíveis								

Método de Cálculo

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

_____x100

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

Fonte: SINAN

Meta

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

Resultados:

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	N/A	Indicador anual. As informações necessárias para cálculo desta meta são fornecidas pelo Ministério da Saúde, que não as disponibiliza por quadrimestre.
2º Quadrimestre	N/A	Indicador anual. As informações necessárias para cálculo desta meta são fornecidas pelo Ministério da Saúde, que não as disponibiliza por quadrimestre.
3º Quadrimestre	S/informação	Indicador anual. As informações necessárias para cálculo desta meta são fornecidas pelo Ministério da Saúde, que não as disponibiliza por quadrimestre. O Ministério não disponibilizou até o momento.(02/2019)

Ações:

	Ações	Responsáveis
3.i.11.a.	Garantir realização de sorologia para HIV em toda a rede SUS de Campinas.	VISA, DEVISA, UBS
3.i.11.b.	Estimular a realização de sorologia para HIV na rotina das UBS.	VISA, DEVISA, UBS, Distritos, DS
3.i.11.c.	Manter a capacitação e matriciamento em aconselhamento e diagnóstico rápido para HIV para a Rede SUS.	CR DST/AIDS
3.i.11.d.	Monitorar o fluxo entre o diagnóstico e a entrada do usuário	CR DST/AIDS

	na referência.	
3.i.11.e.	Aumentar o acesso ao diagnóstico rápido para HIV das populações mais vulneráveis (HSH, travestis, profissionais do sexo e UD).	CR DST/AIDS, e toda rede assistencial
3.i.11.f.	Aumentar a oferta de diagnóstico de HIV para a população do município com a ampliação do uso do Teste rápido diagnóstico nas UBS.	CR DST/AIDS, DS, Distritos e UBS

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

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

NÚMERO DE TESTES SOROLÓGICOS ANTI-HEPATITE C REALIZADOS						
Ano	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Número de exames de hepatite C (CTAs e LMC)	43.764	52.611	52.106	63.937	38.875	37.493
Fonte: DEVISA Campinas						
Dados até 10.09.2018						

Método de Cálculo

Somatório do número de testes sorológicos anti-HCV realizados.

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

Meta

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

Resultados:

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	8.810	Sorologias para hepatite C realizadas até março de 2018. No ano de 2017, até março, foram realizadas 9.031 sorologias. O resultado atual representa uma diminuição de 2,4% nos exames realizados no mesmo período de 2017, e uma diminuição de 44% em relação ao mesmo período de 2016. Em 2017, a meta não foi atingida. Para este ano espera-se uma meta de pelo menos 70.000 exames (↑ de 10% em relação ao ano de 2016)
2º Quadrimestre	22.200	Em relação à meta de realizar 70.000 exames(↑ de 10% em relação ao ano de 2016), atingimos até agora 31,71% da meta. Os dados referem-se apenas à produção da CAC, (sem informações do consolidado do e-SUS dos dois primeiros quadrimestres) disponíveis até o momento.
3º Quadrimestre	37.493	Meta não atingida . Houve redução de 0,9% dos exames realizados em relação ao ano anterior. Foram realizadas 35.467 sorologias para hepatite C (dados CAC) e 2026 testes rápidos para hepatiteC (dados e-SUS), totalizando 37.493 exames. Cabe informar que houve interrupção na realização de exames pelo Laboratório Municipal durante o ano de 2018 além da instituição de restrição no número de exames permitidos por paciente.

Ações:

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

Método de Cálculo

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

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

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

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

0202031020 PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA;

0214010040 TESTE RAPIDO PARA DETECAO DE HIV EM GESTANTE;

0214010058 TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO PELO HIV.

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

Meta

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

Resultados:

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	238	Segundo dados da CAC-Faturamento, foram realizados 13.844 de HIV nos 3 primeiros meses de 2018. Os dados referem-se ao quantitativo de exames apontados no registro de produção aprovados para o período, uma melhor análise pode ser feita ao longo do ano.No entanto, os dados do SIA/SUS apontam a realização de apenas 238 exames
2º Quadrimestre	645	Segundo dados da CAC-Faturamento, foram realizados 29.219 de HIV nos 7 primeiros meses de 2018 no

		município de Campinas pelos estabelecimentos de atenção ambulatorial e hospitalar. Os dados referem-se ao quantitativo de exames apontados no registro de produção aprovados para o período. O Ministério da Saúde para avaliação da qualidade do município neste quesito, utiliza apenas os dados registrados para os residentes de Campinas, que foram registrados desta forma. No entanto, os dados do SIA/SUS apontam a realização de apenas 645 exames.
3º Quadrimestre	1135	Segundo dados da CAC-Faturamento, foram realizados 41.370 teste de HIV no ano de 2018 no município de Campinas pelos estabelecimentos de atenção ambulatorial e hospitalar, destes 36.777 foram executados pelo Laboratório Municipal. Esses dados referem-se ao quantitativo de exames apontados no registro de produção aprovados para o período registrados como BPA-c e incluem moradores de outros municípios. O Ministério da Saúde para avaliação da qualidade do município neste quesito, utiliza apenas os dados de residentes de Campinas, que foram registrados como BPA-i que são apenas 1135 exames - dados do SIA/SUS.

Ações

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

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

Relevância do Indicador

Possibilita a inferência sobre a qualidade do atendimento dos serviços de saúde à pessoa acometida pela hanseníase, expressando a efetividade desses serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta. É de grande relevância, uma vez que a

cura se refletirá na redução dos focos de contágio da doença e contribuirá para prevenção das incapacidades físicas. Nesse contexto, chama-se atenção para o custo elevado dos programas de reabilitação, que oneram a gestão, restringindo o investimento em ações preventivas.

Série Histórica

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

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

Fonte: SINAN NET

Método de Cálculo

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

x100

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

Meta

Meta Campinas: 90%

Meta Regional Pactuada: 70%

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

Resultados:

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	68,42	As coortes analisadas foram dos casos novos Paucibacilares (PB) diagnosticados em 2017 e dos casos novos Multibacilares (MB) diagnosticados em 2016. Nestes períodos, identificamos 19 casos no total, sendo 15 multibacilares e um 4 paucibacilares. Quanto ao desfecho, 13 evoluíram para cura, houve um óbito, 3 estão sob tratamento e 1 abandono de tratamento.
2º Quadrimestre	68,42	Quanto ao desfecho, 13 evoluíram para cura, houve um óbito, 2 estão em tratamento, 2 transferiram para outro estado e 01 abandonou tratamento. Devemos

		investir na busca ativa de 100% dos pacientes faltosos e Evento sentinela para casos de abandono.
3º Quadrimestre	93,33	Neste período foram identificados 15 multibacilares e 3paucibacilares. Quanto ao desfecho: 14 curas, 1 óbito, um com paradeiro desconhecido e 2 em tratamento.

Ações

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica *

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

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

Fonte: SINAN NET- atualizado em 14.09.2018

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

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

Método de Cálculo

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

_____x100.

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

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

Meta

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

Resultados:

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	0%	Meta não atingida no período se avaliados os contatos de casos novos Paucibacilares (PB) e Multibacilares (MB) do primeiro quadrimestre de 2018. Neste período foram diagnosticados 04 casos novos de Hanseníase, que totalizaram 12 contatos (05 pessoas do distrito sul, 05 pessoas do distrito sudoeste, e 02 pessoas do distrito noroeste) ; porém, até o momento, os contatos ainda não foram examinados; este indicador no âmbito municipal foi analisado na coorte atual a fim de estimular a precocidade da avaliação dos contatos e interromper a cadeia de transmissão e intervir na fase inicial da doença. Analisando a última coorte de tratamento (2016/2017) 92,72% dos contatos de Hanseníase foram avaliados.
2º Quadrimestre	8,82	Meta não atingida no período se avaliados os contatos de casos novos Paucibacilares (PB) e Multibacilares (MB) dos dois primeiros quadrimestres de 2018. Neste período foram diagnosticados 12 casos novos de Hanseníase, que totalizaram 33 contatos (14 pessoas do distrito sul, 07

		<p>peças do distrito sudoeste, e 12 peças do distrito noroeste); porém, até o momento, apenas 8,82% dos contatos foram examinados; este indicador no âmbito municipal foi analisado na coorte atual a fim de estimular a precocidade da avaliação dos contatos e interromper a cadeia de transmissão e intervir na fase inicial da doença. Analisando a última coorte de tratamento(2016/2017) 92,72% dos contatos de Hanseníase foram avaliados. ESSES DADOS FORAM EM COORTES ANTERIORES</p>
3º Quadrimestre	43,75	<p>Meta não atingida no período se avaliados os contatos de casos novos Paucibacilares (PB) e Multibacilares (MB) do ano de 2018. No ano de 2018 foram diagnosticados 22 casos novos de Hanseníase no município, que totalizaram 48 contatos (11 peças do distrito sul, 1 pessoa do distrito norte, 3 peças do distrito leste, 9 peças do distrito sudoeste e 24 peças do distrito noroeste). Até o momento 43,75% (21 peças) dos contatos foram examinados.</p>

Ações

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

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

Relevância do Indicador

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

Método de Cálculo

Numerador: Óbitos por dengue

x1.000

Denominador: total de casos de dengue notificados no ano

Fonte: SINAN

Meta

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

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

Resultados:

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	0	Não houve óbitos por dengue no período
2º Quadrimestre	0	Não houve óbitos por dengue no período
3º Quadrimestre	0	Não houve óbitos por dengue no período

Ações

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

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

Relevância do Indicador

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

Método de Cálculo

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

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

Fonte: Relatório específico no SISAWEB.

Meta

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

Resultados:

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	0	O município não atingiu a meta de visitas por domicílio e trabalha a prevenção e controle das Arboviroses baseado em mapa de risco priorizando áreas com maior vulnerabilidade selecionadas por critérios demográficos, epidemiológicos e entomológicos. No período foram visitados 75.732 domicílios, 2.321 vistorias em pontos estratégicos e 52.716 visitas a domicílios para avaliação de densidade larvária.
2º Quadrimestre	0	O município não trabalha na lógica de ciclos de visitas, e sim, na prevenção e controle das arboviroses baseado em mapa de risco priorizando áreas com maior vulnerabilidade selecionadas por critérios demográficos, epidemiológicos e entomológicos. No período foram visitados 68.268 domicílios (acumulado: 144.000), 1.482 vistorias em pontos estratégicos (acumulado: 3.803) e 29.175 visitas a domicílios para avaliação de densidade larvária (acumulado: 81.891). Este total de domicílios visitados (225.891) equivale a 47% dos imóveis cadastrados no município.
3º Quadrimestre		Sistema SISAWEB com problemas, não permitindo a exportação dos relatórios referentes a esse indicador

Ações

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

Observações:

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

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

Relevância do Indicador

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

Método de Cálculo

Numerador: N° de amostras analisadas no ano

x100

Denominador: N° de amostras previstas no ano

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

Meta

Ano	2018	2019	2020	2021
Valor	288 análises/ano	288 análises/ano	288 análises/ano	288 análises/ano

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

Diretriz estadual: alcançar 40% da diretriz nacional que totaliza 24 coletas mensais, ou seja 288 análises ao ano, para Campinas.

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

Resultados:

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	Colif. totais = 100% Turbidez = 100% Cloro Res. Combinado = 100%	No quadrimestre, foram realizadas 96 análises dos parâmetros coliformes totais e turbidez através do IAL Campinas, bem como 96 análises em campo de cloro residual combinado , conforme pactuado na Diretriz Estadual (3.i.18.a/ 3.i.18.b/ 3.i.18.c). De maneira geral, os resultados das análises de água atendem aos padrões de potabilidade de água para consumo humano, estabelecidos pela Portaria de Consolidação nº 5/2017 - Anexo XX (3.i.18.e). De modo que as desconformidades, foram alvo de notificação do Sistema de Abastecimento de Água para

		<p>adoção de medidas corretivas, as quais também foram compartilhadas com a Coordenadoria de Vigilância Sanitária/ Núcleo Ambiental para ciência dos encaminhamentos, haja vista sua competência de regularização sanitária e controle do Sistema de Abastecimento de Água (3.i.18.g).</p> <p>Além disso, todos os dados de análises microbiológicas, físico-químicas e organolépticas constantes nos laudos emitidos pelo GAL- Ambiental foram validados no SISAGUA pelo Devisa Central (3.i.18.d/ 3.i.18.f).</p> <p>Quanto a análise e avaliação de informações do Proágua nas Vigilâncias em Saúde Regionais, o Devisa Central elabora boletim mensal com informações a respeito do plano de amostragem, resultados das análises e encaminhamentos, no intuito de subsidiar a análise territorial (3.i.18.e/ 3.i.18.g).</p>
2º Quadrimestre	<p>Colif. totais = 100% Turbidez = 100% Cloro Res. Combinado = 100%</p>	<p>No quadrimestre, foram realizadas 96 análises dos parâmetros coliformes totais e turbidez através do IAL Campinas, bem como 96 análises em campo de cloro residual combinado, conforme pactuado na Diretriz Estadual (3.i.18.a/ 3.i.18.b/ 3.i.18.c).</p> <p>Desta forma, considerando o acumulado dos dois quadrimestres, foram realizadas 192 análises dos parâmetros coliformes totais e turbidez através do IAL Campinas, bem como 192 análises em campo de cloro residual combinado.</p> <p>De maneira geral, os resultados das análises de água atendem aos padrões de potabilidade de água para consumo humano, estabelecidos pela Portaria de Consolidação nº 5/2017 - Anexo XX (3.i.18.e). De modo que as desconformidades, foram alvo de notificação do Sistema de Abastecimento de Água para adoção de medidas corretivas, as quais também foram compartilhadas com a Coordenadoria de Vigilância Sanitária/ Núcleo Ambiental para ciência dos encaminhamentos, haja vista sua competência de regularização sanitária e controle do Sistema de Abastecimento de Água (3.i.18.g).</p> <p>Além disso, todos os dados de análises microbiológicas, físico-químicas e organolépticas constantes nos laudos emitidos pelo GAL- Ambiental foram validados no SISAGUA pelo Devisa Central (3.i.18.d/ 3.i.18.f).</p> <p>Quanto a análise e avaliação de informações do Proágua nas Vigilâncias em Saúde Regionais, o Devisa Central elabora boletim mensal com</p>

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

Ações

	Ações	Responsáveis
3.i.18.a	Realizar coletas de água do sistema de abastecimento público em locais definidos pelas Visas regionais de acordo com cronograma determinado pelo IAL Campinas.	DEVISA
3.i.18.b	Garantir a aquisição de equipamento para realização de análise em campo do cloro residual.	DEVISA e DA
3.i.18.c	Cumprir 100% o cronograma de oferta do Instituto Adolfo Lutz (IAL)	DEVISA

3.i.18.d	Manter o SIS-Água alimentado	DEVISA
3.i.18.e	Analisar e avaliar as informações do SIS-Água	DEVISA
3.i.18.f	Inserir as amostras de coleta de água e validar os resultados das análises no Sistema de Informações Laboratoriais -GAL	DEVISA
3.i.18.g	Trabalhar de forma integrada entre VE e VS para coleta e análise da água	DEVISA

Observações:

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

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

Relevânciado Indicador

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

Série Histórica

Número de notificações dos agravos à Saúde do Trabalhador notificados no SINAN, no município de Campinas

Ano	2013	2014	2015	2016	2017
Nº de notificações	1131	1126	805	771	768

Fonte: SINAN/RAG

Método de Cálculo

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

Fonte: SINAN

Meta

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

Resultados:

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	184	<p>Total de notificações (2017): 768 Total de notificações (2017 / 1º quadrimestre): 195</p> <p>Total de notificações (Meta 2018): 787 Total de notificações (Meta 2018 / 1º quadrimestre): 184</p> <p>Dados obtidos no SINAN em 10/05/2018. Frequência por Município segundo ano de notificação.</p> <p>Comparando os dados de 2017 e 2018 no mesmo quadrimestre (1º), verifica-se diminuição das notificações. Não há como avaliar o que levou a esta diminuição, mas ressalta a importância de realizar ações de sensibilização dos profissionais de saúde, além de capacitação técnica para que estes profissionais qualifiquem a anamnese do trabalhador.</p>
2º Quadrimestre	424	<p>Total de notificações (2017): 768 Total de notificações (2017 / 2º quadrimestre): 507</p> <p>Total de notificações (Meta 2018): 787 Total de notificações (Meta 2018 / 2º quadrimestre): 424</p> <p>Dados obtidos no SINAN em 05/09/2018. Frequência por Município segundo ano de notificação.</p> <p>Comparando os dados de 2017 e 2018 no mesmo quadrimestre (2º), verifica-se diminuição das notificações. Não há como avaliar o que levou a esta diminuição, mas ressalta a importância de realizar ações de sensibilização dos profissionais de saúde, além de capacitação técnica para que estes profissionais qualifiquem a anamnese do trabalhador.</p>
3º Quadrimestre		<p>Total de notificações (2017): 768 Total de notificações (2017 / 3º quadrimestre): 768</p> <p>Total de notificações (Meta 2018): 787 Total de notificações (Meta 2018 / 3º quadrimestre): 800</p> <p>Dados obtidos no SINAN em 01/02/2019. Frequência por Município segundo ano de notificação.</p> <p>Meta atingida.</p>

Ações

	Ações	Responsáveis
3.i.19.a.	Capacitar profissionais da rede assistencial e vigilância para reconhecimento, diagnóstico e notificação dos agravos de Saúde do Trabalhador.	CEREST, CETS, DS e DA

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

Observações:

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

Ano	2014	2015	2016	2017
% de AT fatais investigados	100%	100%	100%	100%

Fonte: SINAN/CEREST/RAG

Método de Cálculo

Numerador: Número de Acidentes de Trabalho fatais investigados

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

Denominador: Número total de Acidentes de Trabalho fatais notificados

Fonte: SINAN

Meta

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

Resultados:

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

Ações

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

Observações:

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Proporção de acidentes de trabalho (AT) graves notificados e investigados na área de abrangência do CEREST de Campinas, exceto os ocorridos no trânsito

Ano	2014	2015	2016	2017
% de AT graves investigados	2%	5%	10,20%	9,60%

Fonte: SINAN/CEREST/RAG

Método de Cálculo

Numerador: Número de AT Graves investigados

_____x100

Denominador: Número total de AT Graves notificados em Campinas

Meta

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

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

Resultados:

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	24 %	Meta atingida. Foram notificados 42 (quarenta e dois) acidentes de trabalho típicos graves (AT), sendo 10 (dez) acidentes graves em Campinas investigados. Os demais

		acidentes continuarão sendo investigados no próximo quadrimestre.
2º Quadrimestre	18%	Meta atingida. Foram notificados 102 (cento e dois) acidentes de trabalho típicos graves (AT), sendo 18 (dezoito) acidentes graves em Campinas investigados. Os demais acidentes continuarão sendo investigados no próximo quadrimestre.
3º Quadrimestre	12%	Meta atingida. Foram notificados 163 (cento e sessenta e três) acidentes de trabalho típicos graves (AT), sendo 20 (vinte) acidentes graves em Campinas investigados. Os demais acidentes continuarão sendo investigados no próximo ano.

Ações

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

Observações:

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

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

Relevância do Indicador

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

Método de Cálculo

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

Meta

Ano	2018	2019	2020	2021
Nº egressos	30	30	60	60

Resultados:

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	0	Está sendo elaborado projeto básico para contratação de instituição que ofereça capacitação/extensão na área de saúde do trabalhador; neste período ocorreram reuniões e parcerias para formulação e viabilização desta capacitação que estavam previstas nas ações de trabalho.
2º Quadrimestre	29	O CEREST, com apoio do DEVISA, CETS e Depto Administrativa/SMS estão concluindo a elaboração do Projeto Básico para o programa de Especialização. Está planejado para que no 3º quadrimestre o CEREST abra processo administrativo para solicitar a compra. As capacitações técnicas com os municípios da área de abrangência do CEREST são realizadas 1x/mês, na primeira 4ªfeira do mês, no período da manhã; totalizando 12 participantes da área de abrangência do CEREST não compareceram os municípios de Cosmópolis, Artur Nogueira e Nova Odessa. O gestor do CEREST tem estabelecido contato com os municípios da sua área de abrangência, a fim de facilitar a liberação dos profissionais para a participação. 17 profissionais do CEREST receberam capacitação de qualificação de sua prática.
3º Quadrimestre	30	A Coordenação da Área de Saúde do Trabalhador/DEVISA e CEREST, avaliaram o impactos e os desdobramentos da proposta da Projeto Básico para o Programa de Especialização em ST, juntamente com o contexto político e administrativo do município e concluíram pelo mudança deste projeto. O CEREST, com apoio do DEVISA, CETS e Depto Administrativa/SMS, farão no 1º quadrimestre de 2019 uma nova proposta para este indicador. As capacitações técnicas com os municípios da área de abrangência do CEREST são realizadas 1x/mês, na primeira 4ªfeira do mês, no período da manhã; totalizando 12 participantes da área de abrangência do CEREST não compareceram os municípios de Cosmópolis, Artur Nogueira e Nova Odessa. O gestor do CEREST tem estabelecido contato com os municípios da sua área de abrangência, a fim de

	facilitara liberação dos profissionais para a participação. 18 profissionais do CEREST receberam capacitação de qualificação de sua prática.
--	--

Ações

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

Observações:

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017
% do campo "ocupação" preenchido	95,87%	97,88%	98,52%	97,35%	97,10%	96,88%

Fonte: SINAN/RAG

Método de Cálculo

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

_____x100

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

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

Meta

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

Resultados:

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	92,8% (Cps) 91,5% (região)	Meta não atingida: Neste indicador são monitorados os acidentes com exposição a material biológico relacionado ao trabalho, acidentes de trabalho Grave (graves, fatais e em crianças e adolescentes) e intoxicação exógena relacionada ao trabalho, para este último agravo o campo ocupação não é de preenchimento obrigatório no sistema, o que caracteriza como um desafio a completude dos dados. Além disso não estão incluídas na análise as identificações de “ignorado” e “em branco”.
2º Quadrimestre	93% (Cps) 85% (região)	Meta não atingida: As considerações são as mesmas do 1º quadrimestre e como recomendação para melhoria dos resultados, o CEREST irá estudar uma maneira de sensibilizar, orientar e monitorar este indicador junto a Atenção Básica.
3º Quadrimestre	94,32% (Cps) 88,52% (região)	Meta não atingida: Neste indicador são monitorados os acidentes com exposição a material biológico relacionado ao trabalho, acidentes de trabalho Grave (graves, fatais e em crianças e adolescentes) e intoxicação exógena relacionada ao trabalho, para este último agravo o campo ocupação não é de preenchimento obrigatório no sistema, o que caracteriza como um desafio a completude dos dados. Além disso não estão incluídas na análise as identificações de “ignorado” e “em branco”.

Ações

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

Observações:

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

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados na área de abrangência do CEREST

Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Valor	88,89% dos municípios com notificações em saúde do trabalhador	100% dos municípios com notificações em saúde do trabalhador	100% dos municípios com notificações em saúde do trabalhador	100% dos municípios com notificações em saúde do trabalhador	100% dos municípios com notificações em saúde do trabalhador	100% dos municípios com notificações em saúde do trabalhador

Método de Cálculo

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

_____x100

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

Meta

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

Resultados:

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	100%	<p>Todos os municípios da área de abrangência do CEREST (*) notificaram agravos de Saúde do Trabalhador. Apesar da meta cumprida, identificamos grande heterogeneidade na sensibilidade dos municípios quando na notificação de casos.</p> <p>(*) Campinas, Valinhos, Paulínia, Cosmópolis, Artur Nogueira, Sumaré, Hortolândia, Americana e Nova Odessa.</p> <p>Recomendação: manter estratégias de qualificação e apoio técnico aos municípios. Utilizar estratégia de aproximação e sensibilização nos municípios que notificaram menos agravos de ST.</p>
2º Quadrimestre	100%	<p>Meta atingida. Todos os municípios da área de abrangência do CEREST(*) notificaram agravos de Saúde do Trabalhador.</p> <p>(*) Campinas, Valinhos, Paulínia, Cosmópolis, Artur Nogueira, Sumaré, Hortolândia, Americana e Nova Odessa.</p> <p>Recomendação: manter estratégias de orientação e qualificação às referências dos municípios, orientando a Vigilância Epidemiológica e solicitando a Secretaria de Saúde à capacitarem seus profissionais.</p>
3º Quadrimestre	100%	<p>Todos os municípios da área de abrangência do CEREST (*) notificaram agravos de Saúde do Trabalhador. Apesar da meta cumprida, identificamos grande heterogeneidade dos municípios na notificação de casos.</p> <p>Recomendação: manter estratégias de qualificação e apoio técnico aos municípios. Utilizar estratégia de aproximação e sensibilização</p>

		nos municípios que notificaram menos agravos de ST. (*) Campinas, Valinhos, Paulínia, Cosmópolis, Artur Nogueira, Sumaré, Hortolândia, Americana e Nova Odessa.
--	--	---

Ações

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

Observações:

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

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

Ano	2014	2015	2016	2017
Valor	100% dos grupos de ações implementadas	100% dos grupos de ações implementadas	100% dos grupos de ações implementadas	100% dos grupos de ações implementadas

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2013-2017

Dados extraídos em 12/09/2018.

Método de Cálculo

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

x100

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

Meta Manter 100% dos grupos das ações implementadas

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

Resultados:

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	100%	Todas ações dos 7 grupos pertinentes à Vigilância Sanitária previstas no indicador nacional foram realizadas. No entanto, todas as ações de Vigilância Sanitária que demandam inspeção nos estabelecimentos, no período, foram prejudicadas, devido o déficit de veículos oficiais para transporte das equipes e o contínuo decréscimo do número de técnicos nas equipes, decorrente de aposentadorias.
2º Quadrimestre	100%	Todas ações dos 7 grupos pertinentes à Vigilância Sanitária previstas no indicador nacional foram realizadas.
3º Quadrimestre	100%	Todas ações dos 7 grupos pertinentes à Vigilância Sanitária previstas no indicador nacional foram realizadas. No entanto, foram muito prejudicadas pela falta de recursos materiais, de transporte e humano.

Ações

	Ações	Responsáveis
3.ii.1.a.	Cadastrar e inspecionar estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária.	DEVISA, Coordenadoria e Setores da Vigilância Sanitária, CEREST
3.ii.1.b.	Instaurar processos administrativos de Vigilância Sanitária.	
3.ii.1.c.	Realizar atividades educativas para população.	
3.ii.1.d.	Realizar atividades educativas para o setor regulado.	
3.ii.1.e.	Receber denúncias.	
3.ii.1.f.	Atender denúncias.	
3.ii.1.g.	Inserir no SIVISA as informações das ações realizadas	DEVISA
3.ii.1.h.	Informar, mensalmente, a produção no SIA-SUS	DEVISA e CII

3.ii.1.i.	Trabalhar de forma intersetorial e integrada ações educativas de Vigilância Sanitária	DEVISA
3.ii.1.j.	Realizar ações de Educação Permente junto aos profissionais da VISA	DEVISA e CETS

Observações:

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

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

2014	2015	2016	2017
92%	92%	83%	100%

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2013-2017

Dados extraídos em 12/09/2018.

Método de Cálculo

Numerador: Número de serviços de TRS inspecionados

_____ x100

Denominador: Total de estabelecimentos que realizam TRS

Meta

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

Resultados:

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

1º Quadrimestre	16,7%	As inspeções sanitárias dos serviços de TRS finalizaram no último quadrimestre de 2017, com um total de 100% de TRS inspecionadas e licenciadas. No primeiro quadrimestre de 2018 realizamos a inspeção mediante denúncia em 02 serviços que estavam em acompanhamento. Foi priorizado neste primeiro quadrimestre a inspeção sanitária em hospitais. Há um cronograma de inspeção nos serviços de TRS, que prevê inspeções nos próximos quadrimestres.
2º Quadrimestre	20%	As inspeções em serviços de TRS serão priorizadas no terceiro quadrimestre. A insuficiência de técnicos e de transporte tem impactado negativamente no cumprimento da meta.
3º Quadrimestre	100%	Conforme priorização do Setor de Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde, foram realizadas inspeções em 7 estabelecimentos, totalizando 11 serviços (100%) de terapia renal substitutiva inspecionados.

Ações

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

Observações:

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

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

2014	2015	2016	2017
100%	61%	72%	100%

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2013-2017

Dados extraídos em 12/09/2018.

Método de Cálculo

Numerador: Número de serviços hemoterápicos inspecionados

x100

Denominador: Total de estabelecimentos com serviços hemoterápicos

Meta

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

Resultados:

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	11,8%	As inspeções sanitárias dos serviços de Hemoterapia finalizaram no último quadrimestre de 2017, com um total de 100% de Hemoterapia inspecionadas e licenciadas. No primeiro quadrimestre de 2018 realizamos a inspeção mediante denúncia em 02 serviços de hemoterapia, que estavam em acompanhamento. Foi priorizado neste primeiro quadrimestre a inspeção sanitária em hospitais. Assim como em serviços de TRS, há um cronograma de inspeções a serem realizadas em serviços hemoterápicos, nos próximos quadrimestres.
2º Quadrimestre	13,4%	As inspeções sanitárias em serviços hemoterápicos serão priorizadas no terceiro quadrimestre, uma vez que os técnicos responsáveis por estas inspeções são os mesmos que realizam as inspeções nos serviços hospitalares, os quais foram priorizados nos dois últimos quadrimestres.
3º Quadrimestre	68,75%	Foram realizadas 7 inspeções em serviços de Hemoterapia. A meta não foi atingida. Restaram 5 serviços, inclusive um hemocentro, que apesar de terem sido monitorados pelo setor de Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde durante o ano de 2018, não foram inspecionados. Como dificuldade principal apontamos o agravamento da falta de infraestrutura e recursos humanos.

Ações

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

	providências necessárias.	Saúde e DEVISA
--	---------------------------	----------------

Observações:

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Proporção de Hospitais inspecionados ao ano, no município de Campinas.

2014	2015	2016	2017
100%	80%	95,60%	

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2013-2017

Dados extraídos em 12/09/2018.

Método de Cálculo

Numerador: Número de estabelecimentos inspecionados

x100

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

Meta

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

Resultados:

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	21,87%	Para este PPA foi reavaliado o critério de inclusão de serviços hospitalares a serem considerados no presente indicador, com a inclusão de hospital-dia. Com isso, totalizam 32 serviços. No primeiro quadrimestre foi realizado inspeção sanitária em 07 dos 32 hospitais cadastrados.
2º Quadrimestre	28,13%	Foram 02 hospitais inspecionados neste quadrimestre, totalizando 9 inspeções. A

		insuficiência de técnicos e transportes, bem como o grande volume de processos e solicitações junto à equipe de serviços tem impactado no cumprimento da meta.
3º Quadrimestre	70,83%	Foram inspecionados 08 hospitais. De um total de 24 hospitais, apenas 17 foram inspecionados devido a insuficiência de recursos materiais, de transporte e, sobretudo, humanos. O denominador deste indicador foi corrigido para 24 estabelecimentos, devido a uma correção conceitual; no município existem 24 hospitais; os 08 estabelecimentos anteriormente apontados, tratam-se de Hospitais-Dia, que apesar de tratar-se de estabelecimentos de relevância para a o risco a saúde, não se inserem no escopo deste indicador.

Ações

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

Observações:

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Proporção de indústrias de medicamentos e insumos inspecionadas pela Vigilância Sanitária ao ano.

2014	2015	2016	2017
100%	50%	100%	100%

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2013-2017

Dados extraídos em 12/09/2018.

Método de Cálculo

Numerador: Número de estabelecimentos inspecionados

x100

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

Meta

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

Resultados:

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	16,7%	Uma empresa inspecionada de um total de 6 existentes. Neste primeiro quadrimestre houve uma intercorrência administrativa que demandou muito tempo da equipe técnica de produtos, prejudicando a realização das inspeções sanitárias.
2º Quadrimestre	67%	A equipe está conseguindo atualizar o cronograma das inspeções e a meta deverá ser atingida no próximo quadrimestre.
3º Quadrimestre	67%	De um total de 6 empresas, 4 foram inspecionadas. Por insuficiência de técnicos e de veículos para inspeção não foi possível inspecionar as empresas a Air Liquide e Medley no ano de 2018.

Ações:

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

Observações:

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

Relevância do Indicador

A indústria de produtos para saúde é um dos setores mais dinâmicos da economia mundial, que variam dos mais simples aos mais sofisticados e vitais equipamentos para prevenção, diagnóstico, tratamento, monitoramento de doenças e reabilitação de

pacientes; dentro deste amplo universo a priorização dos estabelecimentos com risco, classe III e IV são estratégicos para acompanhamento sistemático.

Método de Cálculo

Numerador: Número de estabelecimentos inspecionados

x100

Denominador: Total de estabelecimentos que realizam atividade fabril em questão

Meta

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

Resultados:

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	33%	Foram inspecionadas 2 empresas de um total de 6 existentes.
2º Quadrimestre	45%	O cronograma de inspeção está atualizado e a meta será alcançada no próximo quadrimestre.
3º Quadrimestre	45%	De 11 empresas que produzem produtos para a saúde classe III e IV, apenas 5 foram inspecionadas. Por insuficiência de técnicos e de veículos para o transporte não foi possível realiza-las, uma vez que este recurso foi utilizado para investigação e inspeções necessárias devido à identificação de falsificação de relatórios da Vigilância para obtenção de AFE junto à ANVISA por empresas do município.

Ações:

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

Observações:

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

Relevância do Indicador

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

Método de Cálculo

Numerador: Número de estabelecimentos inspecionados

_____x100

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

Meta

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

Resultados:

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	8,33%	Foi inspecionada 1 empresa de um total de 12 existentes. Neste primeiro quadrimestre houve uma intercorrência administrativa que demandou muito tempo da equipe técnica de produtos, prejudicando a realização das inspeções sanitárias.
2º Quadrimestre	25%	As inspeções estão programadas para o próximo quadrimestre.
3º Quadrimestre	33%	De 12 empresas, apenas 4 foram inspecionadas, por insuficiência de técnicos e de veículos para inspeção.

Ações:

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

Observações:

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

Relevância do Indicador

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

Série Histórica

Número de reuniões técnicas realizadas com gerentes de lojas e gerentes regionais de hipermercados e supermercados ao ano.

2016	2017
08	08

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2013-2017

Dados extraídos em 12/09/2018

Método de Cálculo

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

Meta

	2018	2019	2020	2021
Valor	06	06	06	06

Resultados:

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	02	Meta atingida.
2º Quadrimestre	04	Foram realizadas reuniões com representantes (gerentes e equipe) das redes Galassi, Carrefour, Dia % e Oba. Além disso, representantes de supermercados participaram das ações educativas que estão acontecendo paralelamente voltadas para outros grupos (Projeto EducAção), como por exemplo no caso de

		<p>reclamações voltadas para as padarias e açougues dos supermercados.</p> <p>Como dificuldade principal, apontamos a necessidade de equipamentos e materiais: Data Show (o da Casa está com defeito), Notebook (Só há 1 para toda a equipe da Sanitária), pincéis atômicos, canetas, lápis, papéis, papel para Flip Chart, café (estes materiais foram comprados e levados pela Equipe de Alimentos).</p> <p>Como ponto positivo, destacou-se a viabilização da Cartilha Cinco Chaves Para a Segurança dos Alimentos, que também serve para as reuniões com redes de supermercados.</p> <p>Para os próximos meses, pretende-se abordar redes que ainda não foram trabalhadas, especialmente localizadas em bairros mais afastados e que têm reclamações no 156.</p>
3º Quadrimestre	06	<p>Meta atingida. Foram realizadas reuniões com representantes (gerentes e equipe) das redes: Galassi, Carrefour, Dia %, Oba, Dia a Dia e Pague Menos. O foco da ação foi a orientação sobre boas práticas, considerando as denúncias recebidas sobre os estabelecimentos através do Sistema 156.</p> <p>Além disso, representantes de supermercados pertencentes a estas e outras redes participaram das ações educativas que estão acontecendo paralelamente voltadas para outros grupos (Projeto Educação), como por exemplo no caso de reclamações voltadas especificamente para as padarias e açougues dos supermercados.</p> <p>Como dificuldade principal, apontamos a necessidade de equipamentos e materiais: Data Show (o da Casa está com defeito), Notebook (Só há 1 para toda a equipe da Sanitária), pincéis atômicos, canetas, lápis, papéis, papel para Flip Chart, café (estes materiais foram comprados e levados pela Equipe de Alimentos).</p> <p>Como pontos positivos, destacaram-se:</p> <p>A viabilização da Cartilha Cinco Chaves Para a Segurança dos Alimentos, que também serve para as reuniões com redes de supermercados;</p> <p>O acréscimo de duas redes de supermercados que ainda não haviam sido incluídas em ações anteriores. Uma, em especial, com 6 lojas em bairros mais distantes do município e com diversas denúncias, que consideramos de grande importância para este trabalho, cumprindo assim o que havia sido proposto no 2º quadrimestre.</p>

Ações:

	Ações	Responsáveis
3.ii.8.a.	Realizar as reuniões técnicas com gerentes de loja e gerentes regionais de hipermercados e supermercados ao longo do ano.	Coordenadoria de Vigilância Sanitária e Setor da
3.ii.8.b.	Avaliar anualmente a necessidade de recursos humanos e	

	materiais para efetivação das ações e encaminhar as providências necessárias.	Vigilância Sanitária de Alimentos.
--	---	------------------------------------

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

Relevância do Indicador

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

Método de Cálculo

Numerador: Número de estabelecimentos inspecionados

_____x100

Denominador: Total de esterilizadoras a ETO no município

Meta

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

Resultados:

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	0	Meta não atingida. Neste primeiro quadrimestre houve uma intercorrência administrativa que demandou muito tempo da equipe técnica de produtos, prejudicando a realização das inspeções sanitárias.
2º Quadrimestre	67%	O cronograma de inspeções foi atualizado e a meta deverá ser atingida no próximo quadrimestre.
3º Quadrimestre	67%	De 3 empresas, 2 foram inspecionadas, por insuficiência de técnicos e de veículos para inspeção.

Ações:

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

	providências necessárias.	
--	---------------------------	--

Observações:

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

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

EIXO V - GESTÃO COMPARTILHADA E CONTROLE SOCIAL

EIXO VI - APOIO LOGÍSTICO E FINANCEIRO