



3º RELATÓRIO DETALHADO DO QUADRIMESTRE ANTERIOR (RDQA) 2016

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Dados da identificação

*UF	*Município	
SP	CAMPINAS	
*Ano a que se refere o relatório de gestão	*Quadrimestre a que se refere o relatório	
2016	1º/2016 (janeiro - abril)	2º/2016 (maio - agosto) 3º/2016 (setembro - dezembro)

Secretaria de Saúde

*Razão Social da Secretaria de Saúde:	*CNPJ:	*Endereço da secretaria de saúde (logradouro nº):	
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DI	51.885.242/0001-40	Av. Anchieta nº 200, 11º andar	
*CEP:	*Telefone:	*Fax:	*E-mail:
13106-004			saude.gabinete@campinas.sp.gov.br
*Site da Secretaria (URL se houver):			
www.campinas.sp.gov.br/saude			

Secretário(a) de Saúde que Elaborou o Relatório

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

Plano de saúde

*O Estado/Município tem plano de saúde?	*Período a que se refere o plano:	*Status:
<input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	2014 2017	<input checked="" type="radio"/> Aprovado <input type="radio"/> Em análise
*Data da entrega no Conselho de Saúde:		
30/03/2014		

A Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, em cumprimento ao disposto na Lei Complementar nº 141, de 13 de Janeiro de 2012, vem apresentar e encaminhar ao Conselho Municipal de Saúde o Relatório Anual de Gestão do ano de 2015 (RAG 2015) e a Programação Anual de Saúde de 2016 (PAS 2016), bem como requerer sua apreciação em reunião do Pleno deste Conselho.

Vale destacar que a gestão pública da saúde é um enorme desafio em todos os países do mundo, mesmo em países desenvolvidos, e particularmente é um desafio maior em um país de mais de 200

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



milhões de habitantes, cuja opção constitucional foi pela universalidade e gratuidade das ações em saúde.

No município de Campinas, com população estimada de 1.135.623 habitantes (Ano 2015), polo regional e referência para mais de 3,0 milhões de pessoas, o desafio de garantir acesso e integralidade da atenção, demanda uma responsabilidade grande pela complexidade da realização de todas as ações para o pleno funcionamento deste sistema.

Outro grande desafio é compatibilizar todas as nossas ações tendo a atenção básica ordenadora do sistema e coordenadora da atenção, demandando cada vez mais, o aprimoramento dos profissionais e de habilidades gestoras.

Desta forma, no ano de 2015, de 126 metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde 2014-2017, cumprimos quase a totalidade destas e para o ano de 2016 estamos nos aprimorando com intuito de garantir o máximo de cumprimento das metas.

DADOS DEMOGRÁFICOS

Campinas é um Município com mais de 1 milhão de habitantes, sendo polo em região metropolitana com mais de 3 milhões de habitantes. Possui população predominantemente adulta (61%), em processo acelerado de inversão da pirâmide populacional ao analisarmos os últimos 20 anos, com 12% da população acima de sessenta anos (terceira idade).

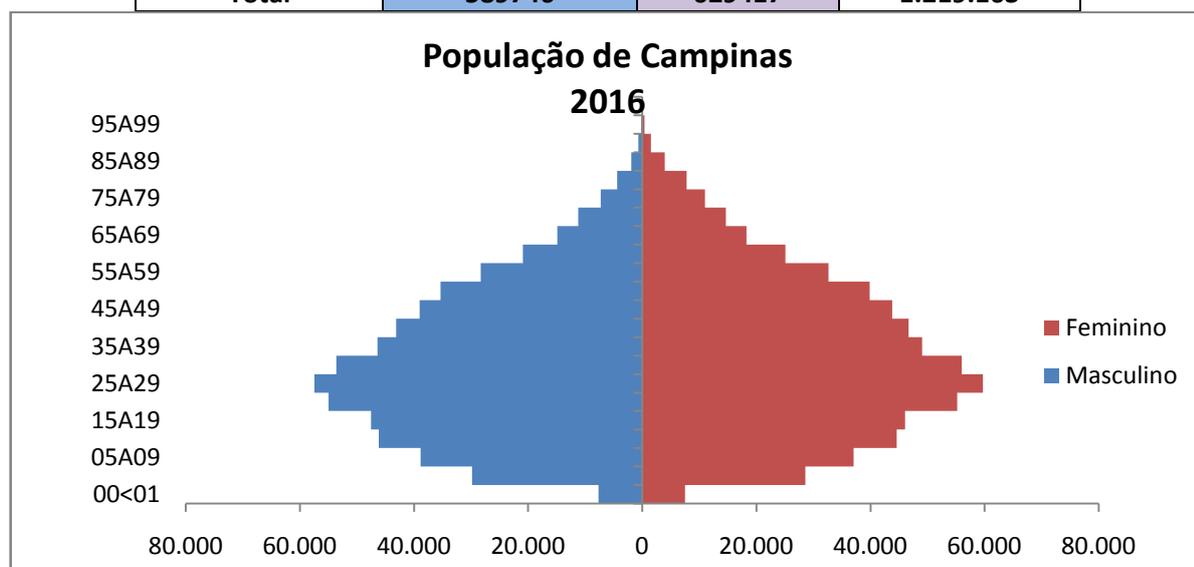
No ano de 2015 foi realizado um grande estudo de atualização da população com base nas metodologias propostas pela Fundação SEADE. Os dados do ano 2000 foram obtidos do IBGE (Censo Demográfico 2000. Base de Informações por Setor Censitário. Resultados do Universo. Rio de Janeiro, 2002) e desagregados segundo áreas de abrangência dos Distritos e Centros de Saúde. As estimativas intercensitárias para Campinas foram fornecidas pelo SEADE. As taxas de crescimento e os totais populacionais para os Distritos e Centros de Saúde foram calculadas através da metodologia AiBi. A essas estimativas foram aplicadas a distribuição por faixa etária e sexo dos dados do Censo 2000. O sistema AiBi integra o aplicativo PeqAr, produto do IBGE em parceria com a OPAS e o FNUAP, e se constitui numa ferramenta amigável para projeções e estimativas populacionais para pequenas áreas, com base em uma área maior, sobretudo em nível municipal. Ao final deste estudo de atualização de

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



estimativa populacional em 2015, têm-se 1.134.546 população total. Este dado populacional foi utilizado para cálculo dos indicadores de saúde.

Faixa Etária IBGE	Masculino	Feminino	Total
00<01	7665	7524	15189
01A04	29851	28573	58424
05A09	38867	37059	75926
10A14	46157	44568	90725
15A19	47541	46078	93619
20A24	54996	55186	110182
25A29	57461	59712	117173
30A34	53621	55970	109591
35A39	46401	49070	95471
40A44	43135	46688	89823
45A49	38988	43786	82774
50A54	35339	39847	75186
55A59	28274	32650	60924
60A64	20942	25080	46022
65A69	14858	18240	33098
70A74	11216	14654	25870
75A79	7282	10999	18281
80A84	4389	7774	12163
85A89	1919	3929	5848
90A94	658	1548	2206
95A99	150	405	555
100E+	36	77	113
Total	589746	629417	1.219.163

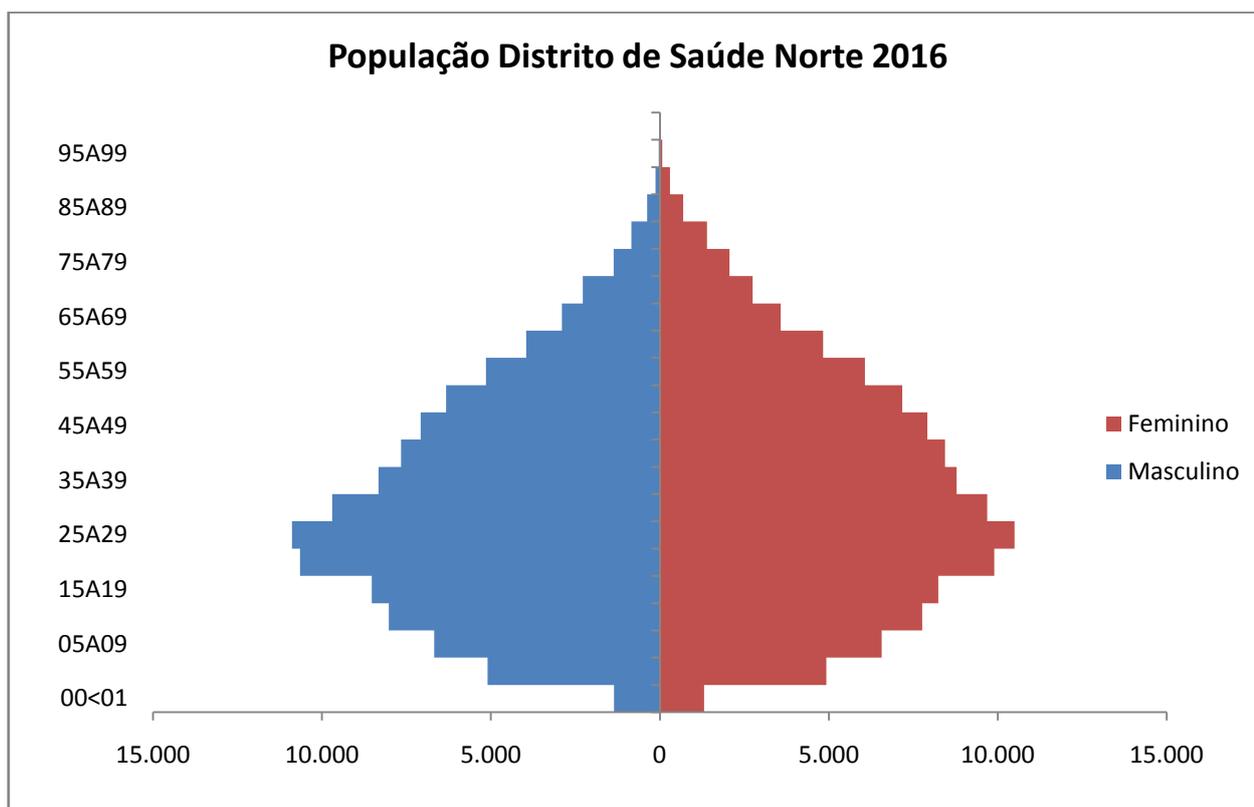


OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir

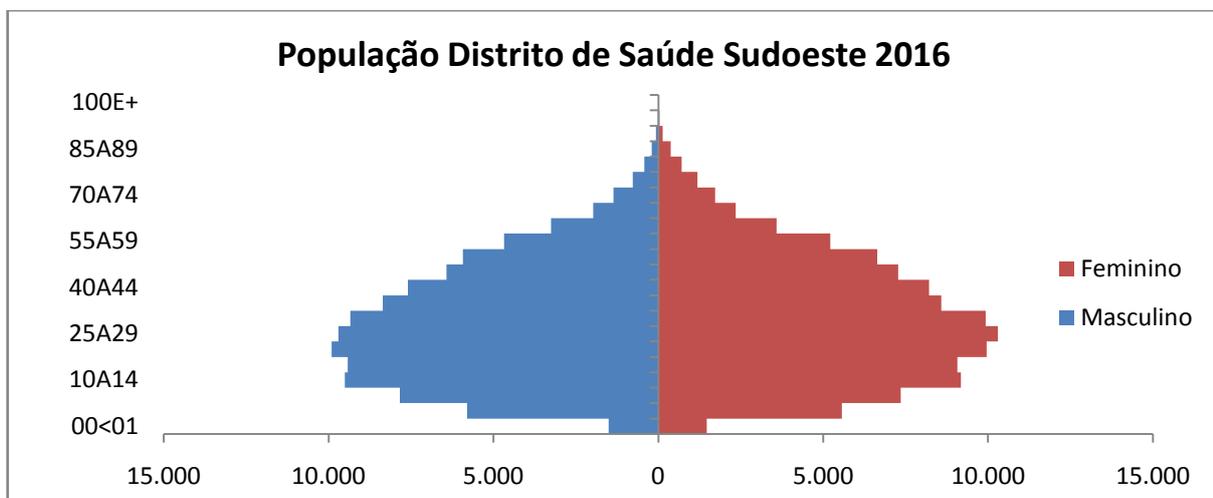
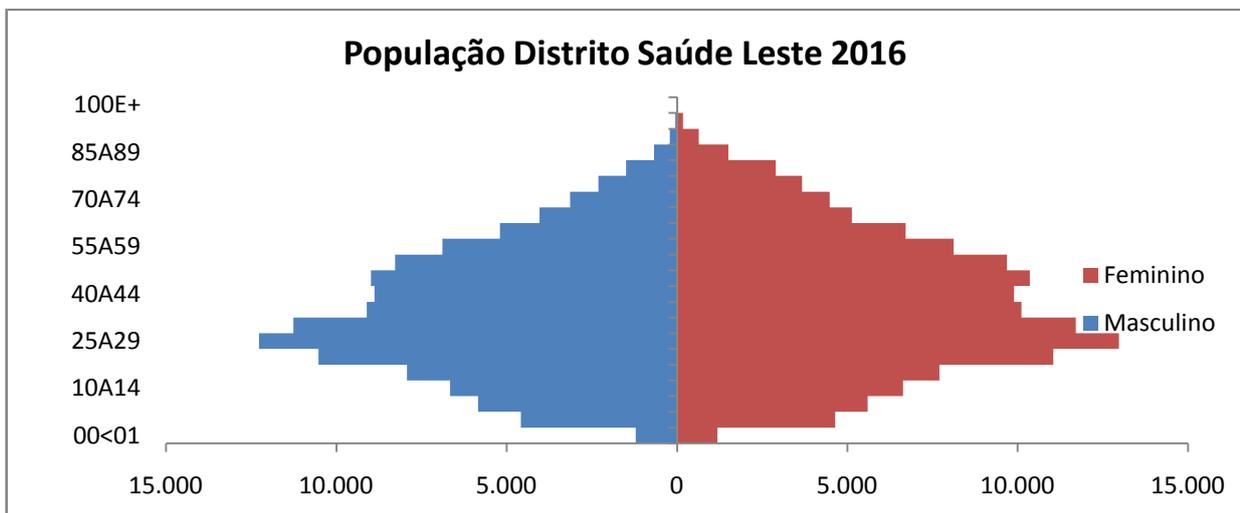
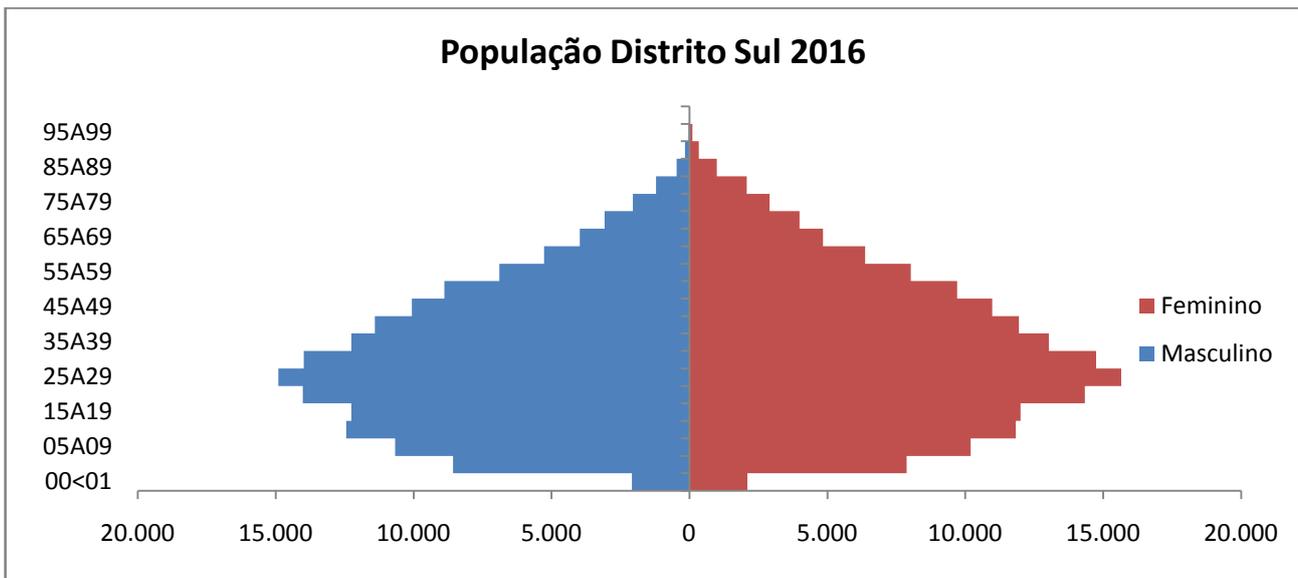


Fonte: Coordenadoria de Informação e Informática/SMS-Campinas. Os dados do ano 2000 foram obtidos do IBGE (Censo Demográfico 2000. Base de Informações por Setor Censitário. Resultados do Universo. Rio de Janeiro, 2002). Os dados de 2010 foram obtidos do IBGE (Censo Demográfico 2010, Base de Informações por Setor Censitário).

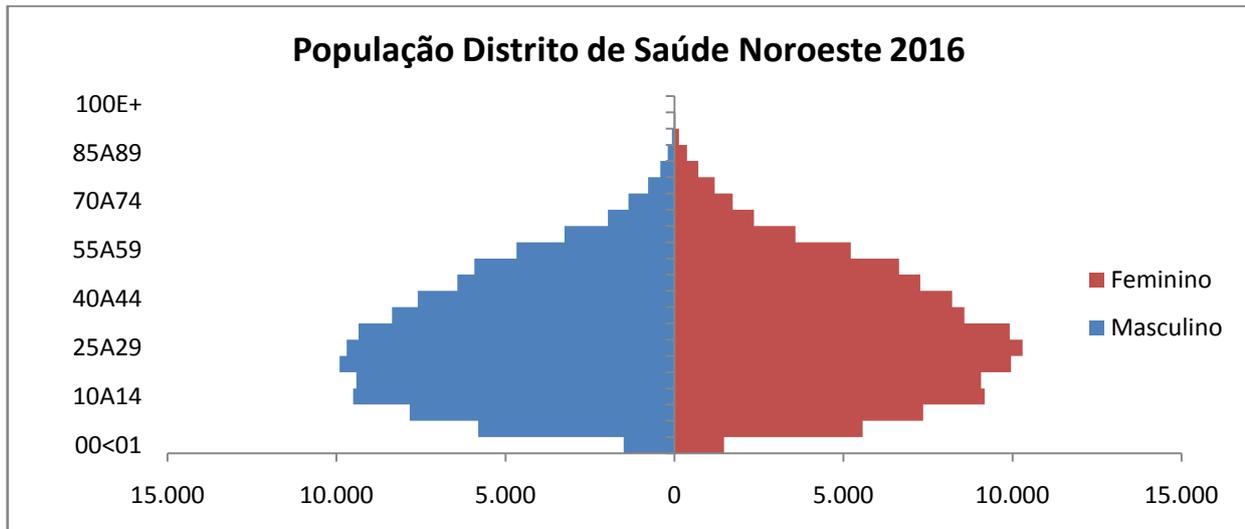
Distribuição da população por faixa etária e sexo nos Distritos de Saúde



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



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



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



DADOS DE MORTALIDADE POR CAUSAS

CAUSAS (CAP. CID X) DE OBITOS DE RESIDENTES EM CAMPINAS DE 2010 A 2016

Causa (Cap CID10)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	262	257	230	240	256	269	261
II. Neoplasias (tumores)	1236	1223	1239	1318	1365	1282	1343
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	23	36	21	15	27	21	31
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	265	269	244	233	272	238	233
V. Transtornos mentais e comportamentais	75	78	29	15	16	17	15
VI. Doenças do sistema nervoso	183	194	207	219	303	285	305
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	2	0	0	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	1847	1883	1968	1969	1915	1900	1971
X. Doenças do aparelho respiratório	950	1043	1032	1041	1063	1026	1005
XI. Doenças do aparelho digestivo	372	373	362	374	378	333	392
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	29	36	26	20	27	32	47
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	24	32	32	45	29	49	54
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	180	193	209	212	270	264	284
XV. Gravidez parto e puerpério	2	6	7	8	8	4	5
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	83	68	81	69	65	62	63
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	58	52	49	52	47	58	47
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	111	121	122	110	104	52	95
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	565	560	535	538	531	510	514
TOTAL	6265	6424	6393	6480	6676	6402	6666

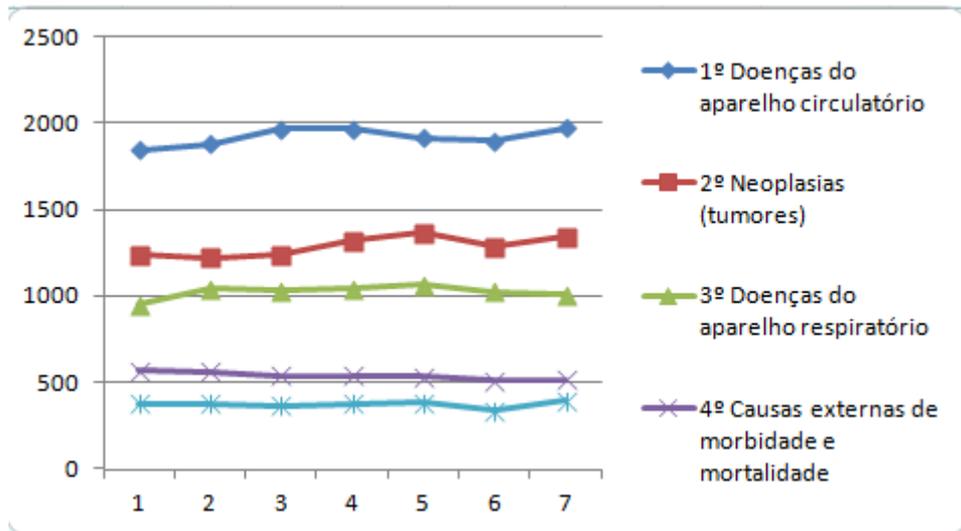
Fonte: SIM - Coordenadoria de Informação e Informática. DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 03/02/2017, sujeitos à revisão.

AS PRINCIPAIS CAUSAS (CAP. CID X) DE OBITOS DE RESIDENTES EM CAMPINAS DE 2010 A 2016

Causa (Cap CID10)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1º Doenças do aparelho circulatório	1847	1883	1968	1969	1915	1900	1971
2º Neoplasias (tumores)	1236	1223	1239	1318	1365	1282	1343
3º Doenças do aparelho respiratório	950	1043	1032	1041	1063	1026	1005
4º Causas externas de morbidade e mortalidade	565	560	535	538	531	510	514
5º Doenças do aparelho digestivo	372	373	362	374	378	333	392

Fonte: SIM - Coordenadoria de Informação e Informática. DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 03/02/2017, sujeitos à revisão.

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



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



DADOS DA REDE FÍSICA DE SAÚDE PÚBLICA E PRIVADA PRESTADORA DE SERVIÇOS AO SUS EM CAMPINAS

Rede física de saúde pública e privada prestadora de serviços ao SUS

Tipo de estabelecimento	total		Tipo de gestão		
			Municipal	Estadual	Dupla
CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE	7	6	1	0	
CENTRAL DE REGULACAO DO ACESSO	2	1	1	0	
CENTRAL DE REGULACAO MEDICA DAS URGENCIAS	1	1	0	0	
CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	13	13	0	0	
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	64	64	0	0	
CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	25	23	2	0	
CONSULTORIO ISOLADO	1	1	0	0	
FARMACIA	2	0	2	0	
HOSPITAL ESPECIALIZADO	3	1	2	0	
HOSPITAL GERAL	7	6	1	0	
HOSPITAL/DIA - ISOLADO	1	1	0	0	
LABORATORIO CENTRAL DE SAUDE PUBLICA LACEN	1	0	1	0	
POLICLINICA	7	7	0	0	
POLO ACADEMIA DA SAUDE	1	1	0	0	
POSTO DE SAUDE	6	6	0	0	
PRONTO ATENDIMENTO	4	4	0	0	
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	13	13	0	0	
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	1	1	0	0	
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR NA AREA DE URGENCIA	19	19	0	0	
Total	178	168	10	0	

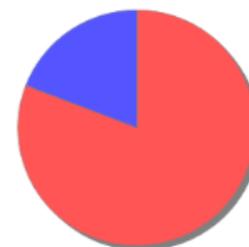
Tipo de Gestão



Estadual 5,62% Municipal 94,38% Dupla 0,00%

Natureza Jurídica (Gerência)	Total	Tipo de gestão		
		Municipal	Estadual	Dupla
▶ ESTADUAL	9	3	6	0
▶ MUNICIPAL	135	135	0	0
▶ PRIVADA	34	30	4	0
Total	178	168	10	0

Natureza Jurídica



Publica 80,90% Privada 19,10% Outros 0,00%

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



DADOS EXTRAÍDOS DOS RELATÓRIOS DE PRODUÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIA (SAI) E DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR (SIH) DO DATASUS

Relatório Quadrimestral de dados e produção de serviços - SIA e SIH

Produção da Atenção Básica

Complexidade: Atenção Básica

Grupo procedimento	Sistema de Informações Ambulatoriais Qtd. aprovada
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	87.050,00
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	152.140,00
03 Procedimentos clínicos	416.670,00
04 Procedimentos cirúrgicos	20.385,00
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	0,00
06 Medicamentos	0,00
07 Órteses, próteses e materiais especiais	0,00
08 Ações complementares da atenção à saúde	1.846,00
Total	678.091,00

Produção de Urgência e Emergência por Grupo de Procedimentos

Caráter de atendimento: Urgência

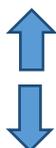
Grupo procedimento	Sistema de Informações Ambulatoriais		Sistema de Informações Hospitalares	
	Qtd. aprovada	Valor aprovado	AIH Pagas	Valor total
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	0,00	0,00	0,00	0,00
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	3.232,00	139.447,29	7,00	6.572,85
03 Procedimentos clínicos	150,00	1.215,45	7.102,00	8.296.261,47
04 Procedimentos cirúrgicos	695,00	19.219,93	3.317,00	7.451.380,10
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	0,00	0,00	6,00	12.812,00
06 Medicamentos	0,00	0,00	0,00	0,00
07 Órteses, próteses e materiais especiais	1,00	1.170,00	0,00	0,00
08 Ações complementares da atenção à saúde	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	4.078,00	161.052,67	10.432,00	15.767.026,42

Produção de Atenção Psicossocial por Forma de Organização

Forma organização: 030108 Atendimento/Acompanhamento psicossocial, 030317 Tratamento dos transtornos mentais e comportamentais

Forma organização	Sistema de Informações Ambulatoriais		Sistema de Informações Hospitalares	
	Qtd. aprovada	Valor aprovado	AIH Pagas	Valor total
030108 Atendimento/Acompanhamento psicossocial	227.134,00	401.052,91	0,00	0,00
030317 Tratamento dos transtornos mentais e comportamentais	0,00	0,00	473,00	154.562,44

OBS.:



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



Produção da Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar por Grupo de Procedimentos

Grupo procedimento	Sistema de Informações Ambulatoriais		Sistema de Informações Hospitalares	
	Qtd. aprovada	Valor aprovado	AIH Pagas	Valor total
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	2.405,00	5.596,36	0,00	0,00
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	2.047.514,00	14.114.929,17	34,00	15.467,29
03 Procedimentos clínicos	900.856,00	9.467.536,67	7.558,00	8.470.362,44
04 Procedimentos cirúrgicos	7.722,00	1.003.003,81	6.484,00	12.174.200,88
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	16,00	1.960,00	11,00	23.306,00
06 Medicamentos	0,00	0,00	0,00	0,00
07 Órteses, próteses e materiais especiais	0,00	0,00	0,00	0,00
08 Ações complementares da atenção à saúde	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	2.958.513,00	24.593.026,01	14.087,00	20.683.336,61

Produção da Assistência Farmacêutica

Subgrupo proced: 0604 Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

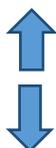
Grupo procedimento	Sistema de Informações Ambulatoriais	
	Qtd. aprovada	Valor aprovado
06 Medicamentos	0,00	0,00
Total	0,00	0,00

Produção de Vigilância em Saúde por Grupo de Procedimentos

Financiamento: Vigilância em Saúde

Grupo procedimento	Sistema de Informações Ambulatoriais	
	Qtd. aprovada	Valor aprovado
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	1.022,00	0,00
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	56,00	0,00
03 Procedimentos clínicos	0,00	0,00
04 Procedimentos cirúrgicos	0,00	0,00
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	0,00	0,00
06 Medicamentos	0,00	0,00
07 Órteses, próteses e materiais especiais	0,00	0,00
08 Ações complementares da atenção à saúde	0,00	0,00
Total	1.078,00	0,00

OBS.:



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



MONITORAMENTO DA PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE 2016

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

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

1. Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica

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

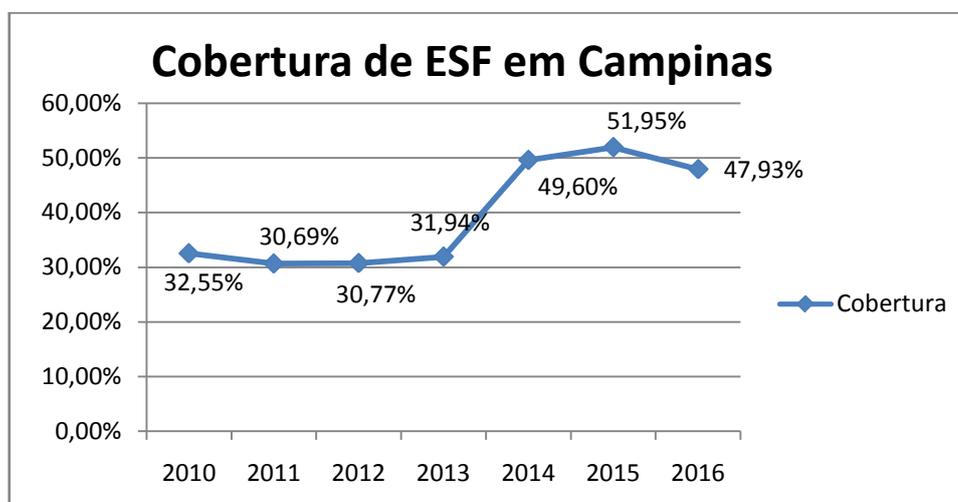
Meta: Aumentar em 1,47 % por ano a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica, a partir de 2014. **PS. Meta revista conforme a mudança de cálculo de cobertura do Ministério da Saúde que considera uma equipe para 3.450 pop.**

EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA IMPLANTADAS EM CAMPINAS

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

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

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



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

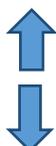


Meta para 2016: 56,5%



Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	52,25%	<p>Competência: Abril de 2016 ESF: 80 + ESB I – 69 + ESB II – 14+ ESF 4 – 2 + ESF Transf -7: 172 OBS: *não consideradas as equipes de EACS e EAB, que são 13 na competência abril.</p> <p>Memória de Cálculo: $(172 \text{ EPSF} \times 3.450) / 1.135.626 \text{ Hab} \times 100 = 52,25\%^*$</p> <p>Obs.: Port. Nº 2.027, 25.08.2011 MS Dados do Ministério da Saúde: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB Unidade Geográfica: Município - CAMPINAS/SP</p> <p>Considerações: A cobertura de PSF aumentou consideravelmente a medida que os novos agentes comunitários foram contratados (225 ACS), saindo de 495 para 681 ACS nas ESF e total ACS 743, ultrapassando a meta deste indicador comparada a série histórica.</p> <p>Com a autorização para ampliação do número de equipes cadastradas junto ao Ministério da Saúde e para contratação de novos ACS, a expectativa é de expansão da cobertura da ESF.</p> <p>Recomendações (PAS 2016):</p> <p>a) Recompôr e/ ou completar o quadro de profissionais necessários para habilitar novas ESF, preferencialmente com equipe de saúde bucal incluída, com chamamento de profissionais para completar as equipes e habilitá-las. Com a autorização para ampliação do número de equipes cadastradas junto ao Ministério da Saúde e para contratação de novos ACS, a expectativa é de nova e significativa expansão da cobertura da ESF.</p> <p>b) Implementar e fortalecer o grupo condutor NASF, visando a pactuação e implantação das equipes com, no mínimo, 1 equipe de NASF por Distrito até dezembro 2016.</p> <p>c) Monitorar a adesão das Equipes de Saúde da Família ao PMAQ.</p> <p>d) Foi criado, através de um Decreto Municipal, mecanismos para a descentralização da utilização dos recursos vinculados ao PMAQ, bem como estamos no processo de estabelecer os critérios, a temporalidade e pactuação de utilização do recurso de incentivo do PMAQ.</p> <p>e) Adequar à área física dos Centros de Saúde conforme tabelas de</p>

OBS.:



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



		Obras descritas ao final da Diretriz 1.
2º Quadrimestre	47,63%	<p>Competência: Agosto de 2016 ESF – 80 + ESB I – 58 + ESB II – 13 + ESF 4 – 2 + ESF Trans – 9: 162 OBS: *não consideradas as equipes de EACS e EAB, que são 17 na competência agosto</p> <p>Memória de Cálculo: (162 EPSF x 3.450) / 1.173 370 Hab x 100 = 47,63% Obs.: Port. Nº 2.027, 25.08.2011 MS Dados do Ministério da Saúde: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB Unidade Geográfica: Município - CAMPINAS/SP</p> <p>Considerações: A cobertura de PSF caiu à medida que 19 médicos do Programa Mais Médicos ou abandonaram o programa ou tiveram afastamento por inadequação ao trabalho, e não foram repostos pelo Ministério da Saúde, ainda que as solicitações de reposição tenham sido reiteradamente feitas. Houve também queda de 681 para 665 ACS alocados em ESF, e de 743 para 737 o total de ACS informados pela CII no Portal da Saúde (competência agosto 2016).</p> <p>Foi publicado e encontra-se em início de implantação com manual, cartões de banco e instruções, o Decreto Municipal nº 19.165 de 03 de junho de 2016 que “Dispõe sobre a regulamentação da utilização de recursos provenientes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) do Ministério da Saúde e dá outras providências”.</p> <p>Por outro lado tivemos a publicação da Portaria MS nº 1.658/2016, que institucionaliza o 3º ciclo PMAQ, e recontractualiza com Campinas 45 ESF com SB e 30 ESF sem SB do 2º ciclo PMAQ, e habilita 32 ESF com SB e 35 ESF sem SB, elevando de 75 equipes no 2º para um total 142 no 3º ciclo do PMAQ em Campinas.</p> <p>Agentes Comunitários de Saúde, antigos e novos, que assumiram, passaram por processo de capacitação organizado pelo CETS e apoios distritais.</p> <p>O grupo condutor NASF instrumentalizou, também com o CETS, a realização de cinco oficinas de trabalho visando a continuidade da pactuação de implantação, no mínimo, de 1 equipe de NASF por Distrito até dezembro 2016.</p>

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



		<p>Recomendações (PAS 2016):</p> <p>a) Mantida necessidade de recomposição do quadro de profissionais necessários para habilitar as ESF inativas, especialmente após término do período eleitoral e entrada de novo governo municipal.</p> <p>b) Apoiar os desdobramentos da adesão das 142 equipes ao 3º ciclo PMAQ.</p> <p>c) Acompanhar a implementação do Decreto nº 19.165 no que diz respeito ao custeio às UBS para melhoria de ambiência com recursos PMAQ.</p> <p>d) Publicar a Ordem de Serviço DS 01/2016 que orienta os ajustes no cadastro de usuários no CADWEBSUS.</p>
3º Quadrimestre	47,93%	<p>Competência: Dezembro de 2016</p> <p>ESF – 74 + ESB I – 65 + ESB II – 11 + ESF 4 – 5 + ESF Trans – 8: 163</p> <p>OBS: *não consideradas as equipes de EACS e EAB, que são 16 na competência dezembro</p> <p>Memória de Cálculo: $(163 \text{ EPSF} \times 3.450) / 1.173.370 \text{ Hab} \times 100 = 47,93\%^*$</p> <p>Obs.: Port. Nº 2.027, 25.08.2011 MS Dados do Ministério da Saúde: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB Unidade Geográfica: Município - CAMPINAS/SP</p> <p>Considerações:</p> <p>A cobertura de PSF tende a se recuperar à medida que o Ministério da Saúde agilizará a reposição de médicos do Programa Mais Médicos que abandonaram o programa ou tiveram afastamento por inadequação ao trabalho.</p> <p>Houve também acréscimo de 665 para 668 ACS alocados em ESF, e decréscimo de 737 para 733 o total de ACS informados pela CII no Portal da Saúde (competência dezembro 2016).</p> <p>Foi publicado e encontra-se em execução com êxito a implantação com manual, cartões de banco e instruções, do Decreto Municipal nº 19.165 de 03 de junho de 2016 que “Dispõe sobre a regulamentação da utilização de recursos provenientes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) do Ministério da Saúde e dá outras providências”.</p> <p>A Portaria MS nº 1.658/2016, que institucionaliza o 3º ciclo PMAQ, e recontractualiza com Campinas 45 ESF com SB e 30 ESF sem SB do 2º ciclo PMAQ, e habilita 32 ESF com SB e 35 ESF sem SB, elevando de 75 equipes no 2º para um total 142 no 3º ciclo do PMAQ em Campinas, está em execução. Cerca de 60% das equipes fizeram seu processo de autoavaliação com matriz de intervenção e apoio distrital.</p>



		<p>Agentes Comunitários de Saúde, antigos e novos, que assumiram, concluíram o processo de capacitação organizado pelo CETS e apoios distritais.</p> <p>O grupo condutor NASF instrumentalizou, também com o CETS, a continuidade da pactuação de implantação, no mínimo, de 1 equipe de NASF por Distrito até dezembro 2016.</p> <p>Concluído o período eleitoral, a entrada de novo governo municipal que manteve o titular da pasta reforçou as diretrizes que vêm sendo implementadas como consecução dos objetivos deste tópico.</p> <p>Publicar a Ordem de Serviço DS 01/2016 que orientou os ajustes no cadastro de usuários no CADWEBSUS, trazendo melhora na qualidade dos mesmos.</p>
PAS 2017		<p>Transformação do processo de gestão da rede básica na operacionalização da estratégia de saúde da família na atenção primária. Concluir o estudo de dimensionamento de pessoal no novo modelo que segue a PNAB.</p> <p>Realização da oficina de auto avaliação dos gestores pela AMAQ.</p>

2. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica – ICSAB

Relevância do Indicador: Desenvolver capacidade de resolução da Atenção Primária ao identificar áreas claramente passíveis de melhorias enfatizando problemas de saúde que necessitam de melhor prosseguimento e de melhor organização entre os níveis assistenciais.

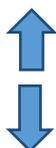
Ou seja: serve para avaliar a efetividade da Atenção primária, mas também pode ser utilizado para avaliação da atenção especializada ambulatorial, da regulação das internações e da gestão hospitalar. Por isso além do cálculo do indicador 02 por residentes em Campinas desagregamos as informações por ocorrência e prestador (indicador 02')o que facilita monitoramento e intervenção por prestador. Acrescentamos ainda a informação de que a ausência de relatório do Serviço de Saúde Cândido Ferreira deve-se ao fato que não teve internações selecionadas para o cálculo desse indicador, conforme o Caderno de Diretrizes, seja para o numerador ou denominador.

PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA

Ano	2008'	2009'	2010'	2011'	2012'	2013'	2014'	2015'	2016
ICSAP	18,83	20,1	20,71	18,45	19,14	20,53	23,62	24,7	23,36

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

OBS.:



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



2.1 Em relação ao fortalecimento de linhas de cuidado para doenças crônicas:



Fonte: Matriz Consolidada do 3o RDOA 2016 Atenção Básica

2.2 Em relação à Avaliação de Riscos e Vulnerabilidade:



Fonte: Matriz Consolidada do 3o RDOA 2016 Atenção Básica

2.3 Em relação às Estratégias utilizadas pela unidade para Gestão de egressos de internações hospitalares por condições sensíveis a Atenção Básica:



Fonte: Matriz Consolidada do 3o RDOA 2016 Atenção Básica

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



2.4 Em relação às Estratégias utilizadas pela unidade para Atenção Integral ao idoso e gestão da Atenção domiciliar



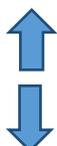
Fonte: Matriz Consolidada do 3o RDQA 2016 Atenção Básica

2.5 Em relação às Estratégias utilizadas pela unidade para Ações educativas.



Fonte: Matriz Consolidada do 3o RDQA 2016 Atenção Básica

OBS.:



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



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

INDICADOR 2 - INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA DE RESIDENTES DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS													
ICSAP	1º Quad	2º Quad	3º Quad	Indicador 2014	1º Quad	2º Quad	3º Quad	Indicador 2015	1º Quad	2º Quad	3º Quad	Indicador 2016	Tendência 2014 a 2016
	2014	2014	2014		2015	2015	2015		2016	2016	2016		
1 D evit p imun	36	58	42	136	52	38	48	138	65	73	35	173	
2 GEI e complic	84	70	72	226	87	44	74	205	117	79	78	274	
3 Anemia	3	7	6	16	1	3	6	10	1	8	5	14	
4 Def nutric	13	16	6	35	13	7	13	33	19	19	5	43	
5 Infec O N G	17	17	18	52	26	17	15	58	16	17	16	49	
6 Pneumonias bac	103	275	265	643	194	254	187	635	175	253	124	552	
7 Asma	77	147	105	329	177	222	150	549	75	152	139	366	
8 Bronquites	72	192	118	382	117	289	143	549	85	304	131	520	
9 Hipertensão	30	26	44	100	49	57	45	151	64	85	84	233	
10 Angina	132	175	128	435	134	136	166	436	158	138	116	412	
11 ICC	152	209	265	626	220	251	216	687	205	244	186	635	
12 Diabetes	67	88	81	236	105	90	103	298	89	100	94	283	
13 Epilepsias	60	91	68	219	60	66	63	189	75	69	56	200	
14 ITU	315	268	310	893	365	371	349	1.085	311	257	282	850	
15 Infec pele e TSC	182	144	186	512	199	161	127	487	175	180	145	500	
16 D infl pelv F	14	14	12	40	14	11	17	42	28	24	18	70	
17 SRubéola cong	0	0	0	0	0	0	4	4	0	2	1	3	
Total ICSAP	1.357	1.797	1.726	4.880	1.813	2.017	1.726	5.556	1.658	2.004	1.515	5.177	
Total Geral	6.853	7.742	7.605	22.200	7.616	7.839	7.038	22.493	6.907	8.467	6.786	22.160	

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



INDICADOR 2 ¹ - INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA POR PRESTADOR DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS													
2081946 CASA DE SAUDE CAMPINAS													
ICSAP	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	Tendência 2014 a 2016
1 D evit p imun	1	2	1	4	4	1	0	5	0	0	0	0	
2 GEI e complic	1	1	3	5	4	0	0	4	0	0	0	0	
3 Anemia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
4 Def nutric	2	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	
5 Infec O N G	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
6 Pneumonias bac	10	20	25	55	16	18	0	34	0	0	0	0	
7 Asma	1	1	0	2	1	1	0	2	0	0	0	0	
8 Bronquites	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	
9 Hipertensão	0	0	1	1	1	1	0	2	0	0	0	0	
10 Angina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
11 ICC	12	14	19	45	15	16	3	34	0	0	0	0	
12 Diabetes	1	0	0	1	4	0	0	4	0	0	0	0	
13 Epilepsias	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	
14 ITU	61	19	21	101	23	49	2	74	0	0	0	0	
15 Infec pele e TSC	31	24	20	75	23	25	0	48	0	0	0	0	
16 D infl pelv F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
17 SRubéola cong	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total ICSAP	121	82	92	295	92	112	5	209	0	0	0	0	
Total geral	266	219	273	758	285	276	13	574	0	0	0	0	
ICSAP	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	Tendência 2014 a 2016
1 D evit p imun	0,38%	0,91%	0,37%	0,53%	1,40%	0,36%	0,00%	0,87%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
2 GEI e complic	0,38%	0,46%	1,10%	0,66%	1,40%	0,00%	0,00%	0,70%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
3 Anemia	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
4 Def nutric	0,75%	0,46%	0,00%	0,40%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
5 Infec O N G	0,00%	0,00%	0,37%	0,13%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
6 Pneumonias bac	3,76%	9,13%	9,16%	7,26%	5,61%	6,52%	0,00%	5,92%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
7 Asma	0,38%	0,46%	0,00%	0,26%	0,35%	0,36%	0,00%	0,35%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
8 Bronquites	0,38%	0,00%	0,00%	0,13%	0,00%	0,36%	0,00%	0,17%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
9 Hipertensão	0,00%	0,00%	0,37%	0,13%	0,35%	0,36%	0,00%	0,35%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
10 Angina	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
11 ICC	4,51%	6,39%	6,96%	5,94%	5,26%	5,80%	23,08%	5,92%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
12 Diabetes	0,38%	0,00%	0,00%	0,13%	1,40%	0,00%	0,00%	0,70%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
13 Epilepsias	0,00%	0,00%	0,37%	0,13%	0,35%	0,00%	0,00%	0,17%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
14 ITU	22,93%	8,68%	7,69%	13,32%	8,07%	17,75%	15,38%	12,89%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
15 Infec pele e TSC	11,65%	10,96%	7,33%	9,89%	8,07%	9,06%	0,00%	8,36%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
16 D infl pelv F	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
17 SRubéola cong	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
Total ICSAP	45,49%	37,44%	33,70%	38,92%	32,28%	40,58%	38,46%	36,41%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1612.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

Obs.: O convênio com a Casa de Saúde encerrou-se em 2015, não havendo dados para o período de 2016.

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



INDICADOR 2¹ - INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA POR PRESTADOR DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS

2022648 HOSPITAL IRMAOS PENTEADO E SANTA CASA DE CAMPINAS

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

Fonte: DATASUS/SIHDSP 1401 a 1612.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

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



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

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1612.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



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

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1612.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



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

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1612.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



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

6053858 COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI

ICSAP	1º Quad	2º Quad	3º Quad	Indicador	1º Quad	2º Quad	3º Quad	Indicador	1º Quad	2º Quad	3º Quad	Indicador	Tendência 2014 a 2016
	2014	2014	2014		2015	2015	2015		2015	2016	2016		
1 D evit p imun	2	2	5	9	6	2	9	17	9	10	6	25	
2 GEI e complic	18	7	17	42	27	12	8	47	29	14	11	54	
3 Anemia	0	1	1	2	0	0	2	2	0	1	2	3	
4 Def nutric	0	3	0	3	0	0	1	1	4	6	0	10	
5 Infec O N G	4	2	8	14	14	4	5	23	0	5	3	8	
6 Pneumonias bac	9	7	7	23	9	40	45	94	42	93	44	179	
7 Asma	8	25	15	48	56	51	36	143	19	52	53	124	
8 Bronquites	12	40	5	57	25	42	12	79	14	66	27	107	
9 Hipertensão	7	8	12	27	9	15	7	31	5	17	21	43	
10 Angina	29	47	34	110	32	22	28	82	34	35	29	98	
11 ICC	32	49	55	136	62	67	46	175	48	66	40	154	
12 Diabetes	14	16	11	41	30	27	30	87	30	17	23	70	
13 Epilepsias	9	13	9	31	21	18	14	53	25	13	18	56	
14 ITU	78	61	80	219	87	57	88	232	84	80	53	217	
15 Infec pele e TSC	35	15	32	82	38	25	27	90	26	42	43	111	
16 D infl pelv F	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	2	
17 SRubéola cong	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total ICSAP	257	296	291	844	416	382	359	1.157	370	517	374	1.261	
Total geral	1.122	1.308	1.376	3.806	1.642	1.565	1.531	4.738	1.539	2.033	1.372	4.944	

ICSAP	1º Quad	2º Quad	3º Quad	Indicador	1º Quad	2º Quad	3º Quad	Indicador	1º Quad	2º Quad	3º Quad	Indicador	Tendência 2014 a 2016
	2014	2014	2014		2015	2015	2015		2015	2016	2016		
1 D evit p imun	0,18%	0,15%	0,36%	0,24%	0,37%	0,13%	0,59%	0,36%	0,58%	0,49%	0,44%	0,51%	
2 GEI e complic	1,60%	0,54%	1,24%	1,10%	1,64%	0,77%	0,52%	0,99%	1,88%	0,69%	0,80%	1,09%	
3 Anemia	0,00%	0,08%	0,07%	0,05%	0,00%	0,00%	0,13%	0,04%	0,00%	0,05%	0,15%	0,06%	
4 Def nutric	0,00%	0,23%	0,00%	0,08%	0,00%	0,00%	0,07%	0,02%	0,26%	0,30%	0,00%	0,20%	
5 Infec O N G	0,36%	0,15%	0,58%	0,37%	0,85%	0,26%	0,33%	0,49%	0,00%	0,25%	0,22%	0,16%	
6 Pneumonias bac	0,80%	0,54%	0,51%	0,60%	0,55%	2,56%	2,94%	1,98%	2,73%	4,57%	3,21%	3,62%	
7 Asma	0,71%	1,91%	1,09%	1,26%	3,41%	3,26%	2,35%	3,02%	1,23%	2,56%	3,86%	2,51%	
8 Bronquites	1,07%	3,06%	0,36%	1,50%	1,52%	2,68%	0,78%	1,67%	0,91%	3,25%	1,97%	2,16%	
9 Hipertensão	0,62%	0,61%	0,87%	0,71%	0,55%	0,96%	0,46%	0,65%	0,32%	0,84%	1,53%	0,87%	
10 Angina	2,58%	3,59%	2,47%	2,89%	1,95%	1,41%	1,83%	1,73%	2,21%	1,72%	2,11%	1,98%	
11 ICC	2,85%	3,75%	4,00%	3,57%	3,78%	4,28%	3,00%	3,69%	3,12%	3,25%	2,92%	3,11%	
12 Diabetes	1,25%	1,22%	0,80%	1,08%	1,83%	1,73%	1,96%	1,84%	1,95%	0,84%	1,68%	1,42%	
13 Epilepsias	0,80%	0,99%	0,65%	0,81%	1,28%	1,15%	0,91%	1,12%	1,62%	0,64%	1,31%	1,13%	
14 ITU	6,95%	4,66%	5,81%	5,75%	5,30%	3,64%	5,75%	4,90%	5,46%	3,94%	3,86%	4,39%	
15 Infec pele e TSC	3,12%	1,15%	2,33%	2,15%	2,31%	1,60%	1,76%	1,90%	1,69%	2,07%	3,13%	2,25%	
16 D infl pelv F	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,07%	0,02%	0,06%	0,00%	0,07%	0,04%	
17 SRubéola cong	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
Total ICSAP	22,91%	22,63%	21,15%	22,18%	25,33%	24,41%	23,45%	24,42%	24,04%	25,43%	27,26%	25,51%	

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1612.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC



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



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



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

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1612.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

Meta para 2016: 21,29%

Indicador de avaliação Anual - Resultado Ano 2016	Considerações/Recomendações
	Memória de cálculo: total de internações sensíveis à Atenção Básica

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



1º Quadrimestre = 24%	(numerador) = 1.658 / total de internações (denominador) = 6.907X 100.
2º Quadrimestre = Este indicador é de avaliação anual Acumulado no ano: 23,84%	Memória de cálculo: total de internações sensíveis à Atenção Básica (numerador) = 3.221/13.513 total de internações (denominador) *(100).
3º Quadrimestre Este indicador é de avaliação anual Acumulado no ano: 23,36%	Memória de cálculo: total de internações sensíveis à Atenção Básica (numerador) = 5.177/22.160 total de internações (denominador) *(100). Considerações e Recomendações: <p>a) Fortalecer o processo de informatização do Hospital CHPEO já iniciado no segundo quadrimestre de 2016 para pactuar o envio dos relatórios de alta num prazo reduzido, visando o acompanhamento pela APS dos pacientes mais vulneráveis.</p> <p>b) Ampliar o projeto do Distrito Sul e HMMG para os demais distritos envolvendo PAs e Hospitais.</p> <p>c) Analisar os indicadores nas respectivas Câmaras Técnicas para implementação de ações de promoção e prevenção destas patologias.</p> <p>d) Retomar as discussões com os outros prestadores, sendo este um indicador de valoração qualitativa. Readequar os convênios, repactuar e programar junto aos outros hospitais, gradativamente, a Alta Programada conforme classificação do usuário em alto risco (consulta em até 7 dias na UBS), médio risco (consulta em até 15 dias na UBS) e baixo risco (consulta em até 30 dias na UBS).</p> <p>e) Necessidade de pactuação com os hospitais para o encaminhamento dos relatórios de alta em tempos oportunos para o acompanhamento dos pacientes pela APS.</p> <p>Atualização permanente de cadastro de domicílios e famílias do território, com identificação de riscos e vulnerabilidades e com o intuito de detectar egressos de internação sem acompanhamento.</p> <p>f) Manter e melhorar o monitoramento para garantir a resolutividade no cuidado da Atenção Primária para pessoas com agravos mais prevalentes (HAS, ICC, Diabetes, Pneumopatias).</p> <p>g) Pacientes com agravos crônicos e sensíveis a AB que são usuários frequentes de PAs com seguimento pela ESF deverão ser resgatados.</p> <p>h) Fortalecer e incentivar as reuniões sistemáticas entre equipe de</p>

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



	<p>enfermagem / médica para discussão de casos utilizando diretrizes e protocolos das DCNTs atualizados recentemente no portal da SMS.</p> <p>i) Fortalecer e ofertar as Práticas Integrativas e complementares e grupos de orientação alimentar como ferramentas de tecnologia leve na prevenção e promoção de vida saudável.</p> <p>j)Garantir que os pacientes acompanhados pelo SAD sejam assistidos também pelos profissionais das UBSs e que o PTS não seja negligenciado por falta de transporte.</p>
PAS 2017	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar o olhar para a saúde coletiva e assim abranger melhor o território, com grupos educativos e otimização do conjunto de equipamentos de apoio no território (Intersetorialidade). • Mapeamento da área de abrangência das UBSs, voltadas para o critério de vulnerabilidade. • Todos os equipamentos sociais devem ser de conhecimento dos ACSs para também promover a Intersetorialidade. • Ativação dos núcleos de saúde coletiva com periodicidade determinada e desenvolver ações de vigilância em saúde com referencia do Projeto da Gestão da Clínica e ICSAP. • Desenvolver atividades de combate ao sedentarismo e com ações no território que incentivem a promoção de qualidade de vida e praticas e alimentação saudáveis.

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

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

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

COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONANTES DE SAÚDE DO PROGRAMA DE BOLSA FAMÍLIA

Ano	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Cob. Bolsa Família	89,66	49,99	29,91	41,71	53,18	34,62	40,17	44,74	39,53	35,5	40,4	50,17

Fonte: DRS 7 e DS - SMS

Meta para 2016: 47,37% 

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	8,04%	Dado parcial, o indicador é semestral, pois há a disponibilização das planilhas

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



		<p>em fevereiro, é quando se inicia o acompanhamento e posteriormente a digitalização. A proposta para o ano de 2016, é de realizar no primeiro semestre um encontro intersetorial (AS, Educação e Saúde) para capacitação dos ACSs e padronizar o acompanhamento da condicionalidade a fim de atingir a meta regional proposta.</p> <p>Recomendações (PAS 2016):</p> <p>a) Ampliar o número de Agentes Comunitários de Saúde das ESF para propiciar o aumento da capacidade de cadastramento das famílias dos territórios e, conseqüentemente, qualificar e aumentar a cobertura do Programa. Melhorar o acompanhamento com a apropriação das famílias do Programa.</p> <p>b) Realizar um encontro intersetorial (Assistência Social, Educação e Saúde), no primeiro semestre de 2016, para capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde, bem como padronizar o acompanhamento da condicionalidade a fim de atingir a meta regional proposta.</p> <p>Meta não atingida, pois o acompanhamento no 1º quadrimestre é em torno de 20 a 25%. Mesmo com a capacitação não atingimos a meta parcial.</p>
2º Quadrimestre	39,7%	<p>Cobertura fechada no final da 1ª vigência de 2016 - 31 de julho de 2016, com índice abaixo do esperado.</p> <p>Realizado capacitação com os ACSs (março) a fim de demonstrar o trabalho Intersectorial do Programa Bolsa Família PBF, com a participação dos 05 distritos. Solicitado junto aos CETS a inclusão do tema junto a capacitação dos novos ACSs, a ser iniciado, a fim de trabalhar qual o papel e a importância do ACS no acompanhamento da Condicionalidade do PBF.</p> <p>Em discussão com a Comissão Municipal do PBF (CMAS – Conselho Municipal da Assistência Social) onde a Saúde tem participado e discutido a inserção das demais Secretarias, a fim de demonstrar a importância do acompanhamento. Já está agendado para o mês de setembro, um encontro Intersectorial Municipal para apresentação dos critérios de inclusão e dos acompanhamentos.</p> <p>A proposta é promover encontros e discutir localmente com os Cms, de acordo com a última listagem, e trabalhar junto ao Distrito as dificuldades no acompanhamento da condicionalidade saúde.</p> <p>Discutir junto a CII a implantação do SIS Pré natal Web.</p>
3º Quadrimestre	50,17%	<p>A cobertura das famílias cadastradas com perfil saúde na 2ª vigência de 2016 - 24.454; e foram acompanhadas (julho de 2016 a janeiro de 2017) um total de 12.269 (consolidado de 31/01/2017), com acompanhamento de 50,17% das famílias.</p> <p>Tivemos uma melhora do acompanhamento (50,17%), em relação a 2015 (40,4%).</p>

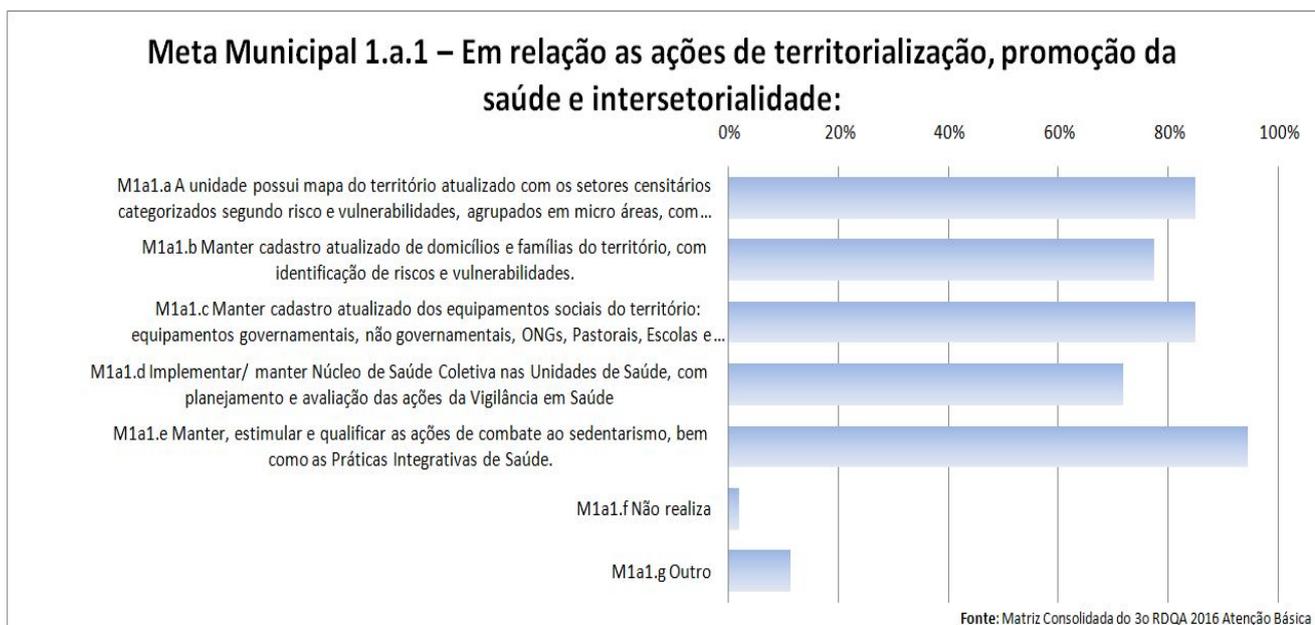
OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



		As ações realizadas e a parceria com as demais Secretarias (Educação e Assistência Social) tiveram impacto e com maior envolvimento das equipes dos Centros de Saúde.
PAS 2017	50%	<p>Manter as participações nas ações Intersetoriais, a fim de garantir o acompanhamento das famílias, avaliar a implantação do SIS Pré natal e E-SUS nas Unidades, onde os atendimentos e posteriormente os acompanhamentos das condicionalidades das famílias / gestantes, serão realizados.</p> <p>Garantir os acompanhamentos de 50% das famílias e ampliar das gestantes, a fim de vincular as famílias nos serviços do território garantindo o atendimento ampliado, dentro da proposta das equipes da saúde da família.</p> <p>Envolver a Intersetorialidade nas discussões dos territórios.</p> <p>Recomendações:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Manter as participações nas ações Intersetoriais, a fim de garantir o acompanhamento das famílias;2. Avaliar a implantação do SIS Pré Natal web a fim de garantir o acompanhamento de todas as gestantes vinculadas nos Centros de Saúde;3. Manter as discussões dentro do Núcleo da Atenção Primária (Departamento de Saúde) e no PMAQ (AMAQ).

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

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



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

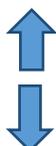


Meta 2016: 100%



Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	100%	<p>Todas as unidades informaram possuir ações de territorialização e promoção da saúde e Intersetorialidade.</p> <p>a) Pactuar percentual de cobertura de atualização de Cadastro de famílias junto as equipes.</p> <p>b) Ampliar as ações intersetoriais como orientação para uma alimentação saudável, ações de prevenção as Arboviroses (Dengue, Zika e Chikungunya) e ações de prevenção as DST, dentre outras.</p> <p>c) Foi ampliado o número de Agentes Comunitários de Saúde das ESF para propiciar o aumento da capacidade de cadastramento das famílias dos territórios e, conseqüentemente, qualificar ações de territorialização e território vivo, sendo priorizada esta ação no plano de ação do DS para 2016.</p>
2º Quadrimestre	100%	<p>Todas as unidades informaram possuir ações de territorialização e promoção da saúde e Intersetorialidade.</p> <p>Monitoramento da implantação das diretrizes apontadas na Oficina da Atenção Básica realizada de forma compartilhada com o Conselho Municipal de Saúde realizada em dezembro de 2014, através da sua Comissão de Atenção Básica.</p> <p>Foi feita capacitação dos ACS para, entre outras ações, atualização cadastral das famílias e em arboviroses.</p>
3º Quadrimestre	100%	<p>Todas as unidades informaram possuir ações de territorialização e promoção da saúde e Intersetorialidade. As ações estão descritas no gráfico acima.</p> <p>Monitoramento da implantação das diretrizes apontadas na Oficina da Atenção Básica realizada de forma compartilhada com o Conselho Municipal de Saúde realizada em dezembro de 2014, através da sua Comissão de Atenção Básica.</p> <p>Foi feita capacitação dos ACS para, entre outras ações, atualização cadastral das famílias e em arboviroses.</p> <p>PS. O Ambulatório do CEASA também respondeu este relatório e é o único serviço que não realize ações territoriais em virtude da própria missão do serviço, pois não é Centro de Saúde. Para maiores detalhes consultem os relatórios dos Centros de Saúde (anexos).</p>
PAS 2017	100%	<p>Manter as ações de territorialização e de território vivo, bem como incentivar as equipes na utilização da Escala de Coelho & Savassi, Ecomapa e Geograma, além de ampliar o percentual de famílias cadastradas no CADWEB.</p>

OBS.:



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



4. Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal

Relevância do indicador: Mede a ampliação de acesso à saúde bucal pela população.

A partir de 2015 aumentar em 0,8% ao ano até 41,4 em 2017.

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

Fonte: DRS 7 e Atenção a Saúde Bucal da SMS

Meta 2016: 39,62% 

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	41,8 %	A meta para o quadrimestre foi atingida, foram contínuas ações visando o aumento da cobertura populacional. Em abril de 2016, o cadastramento de equipes junto ao MS, totalizaram 83 equipes cadastradas (69 M1 e 14 M2). Não foram autorizadas as contratações de recursos humanos previstas na área de saúde bucal para a atenção básica.
2º Quadrimestre	40,5%	A meta para o quadrimestre foi atingida, mesmo havendo uma diminuição da cobertura . Em agosto de 2016 o cadastramento de equipes junto ao MS, totalizou 71 equipes cadastradas (58 M1 e 13 M2) havendo redução de 15% de cadastramentos em relação ao quadrimestre anterior , será necessário monitorar as causas dos descadastramentos no quadrimestre. Foi implantado o PA Odontológico do Campo Grande para dar retaguarda às Equipes das UBSs e concluído o dimensionamento de RH para a área de saúde bucal
3º Quadrimestre	39,38%	A meta do quadrimestre e anual foram atingidas mesmo havendo diminuição de cobertura o município encerrou o ano de 2016 com 76 Equipes de Saúde Bucal (65 M1 e 11 M2) cadastradas junto ao Ministério da Saúde em dezembro de 2016. Considerações finais: Para 2016 a meta foi atingida , apesar da tendência de diminuição de cobertura.
PAS 2017	39,3%	Para 2017 será prioridade a realização de concurso público para Cirurgiões Dentistas, ASBs e TSBs, buscando ampliar a cobertura assistencial e reposição de profissionais, em relação a cadastramentos houve diminuição de equipes de saúde bucal cadastradas junto ao Ministério da Saúde, portanto será fundamental criar ações efetivas que resultem na ampliação dos cadastramentos ,na viabilização do concurso e contratação de RH visto que em 2017 , projeta-se uma série de ampliações e construções de novas unidades , necessitando de RH compatível .

5. Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada

Relevância do Indicador: A Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada (código SIA-SUS 01.01.02.003-1) é descrita como “escovação dental com ou sem evidenciação de placas bacterianas. Realizada com grupos

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



populacionais sob orientação e supervisão de um ou mais profissionais de saúde. Ação registrada por usuário por mês, independente da frequência com que é realizada (diária, semanal, quinzenal, mensal, ou duas, três ou quatro vezes por ano) ou da frequência com que o usuário participou da ação”.

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

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

Fonte: DRS 7 e Atenção a Saúde Bucal da SMS

Meta 2016: 0,65 

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	0,11	A meta do quadrimestre não foi atingida considerando a totalização de 15.147 escovações apenas no 1º quadrimestre. Os procedimentos de escovação supervisionada tenderão a crescer devido ao calendário escolar, regularização de insumos e finalização dos planejamentos de procedimentos coletivos das unidades. Persistem perdas de informação e produtividade devido a problemas do sistema em vigor.
2º Quadrimestre	0,37	Foram realizadas 50.640 escovações, nos 2 quadrimestres, sendo 35.493 apenas no 2º quadrimestre, havendo uma melhora considerável em relação ao 1º quadrimestre, os insumos foram totalmente regularizados, os planejamentos das unidades executados, porém ainda persistem perdas de informação e produtividade devido a problemas dos sistemas em vigor, para o 3º quadrimestre deverão continuar sendo executadas as ações preventivas constantes nos planejamentos O Departamento Administrativo mantém processos regulares de Registro de Preço para creme dental e escova de dente, além de outros insumos, e são distribuídos às UBS para utilização em campanhas educativas. Recomendações PAS 2016: para o ano de 2016 a meta proposta será de 0,65 %, com incremento de 0,05 % ao ano até 2017. a) A gestão deverá garantir os insumos necessários para a realização das ações preventivas e monitorar o abastecimento destes para a realização das ações preventivas. b) Monitorar a execução de planejamentos de ações preventivas pelas unidades de saúde, corroborando para melhor utilização dos recursos. c) Requerer o aprimoramento do e-SUS (sistema de informação) junto ao Ministério da Saúde, visto haver constatação de perdas de produtividade, principalmente no 3º quadrimestre, devido a problemas do sistema em vigor
3º Quadrimestre	0,55	A meta não foi atingida, a totalização do quadrimestre atingiu 23.240 procedimentos, porém insuficiente para atingir a meta proposta, foram

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



		constatadas perdas de informação pelo sistema e atrasos de registros. Considerações finais: A meta anual não foi atingida (0,65%) foram realizados 75.310 procedimentos com média anual de 0,55%
PAS 2017	0,65	. Para 2017 a gestão deverá garantir os insumos necessários para continuidade das ações preventivas, monitorar a execução de planejamentos pelas unidades e aprimorar o sistema de informação visto haver constatação de perdas de produtividade devido a problemas do sistema em vigor.

6. Proporção de exodontia em relação aos procedimentos

Relevância do Indicador: Para que possamos compreender melhor este indicador, ele está relacionado com o acesso à assistência odontológica, ao cuidado odontológico e implantação de uma estratégia de promoção e prevenção à saúde bucal, antecipação ao dano para as populações vulneráveis, intensificação de métodos de prevenção junto à comunidade na transversalidade da saúde bucal, no fluxo dos encaminhamentos para especialidades, em destaque para a endodontia.

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

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

PROPORÇÃO DE EXODONTIA EM RELAÇÃO AOS PROCEDIMENTOS - 2000 a 2014

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

Fonte: DRS 7 e Atenção a Saúde Bucal da SMS

Meta 2016: Manter 8,75% 

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	8,67%	A meta prevista para o quadrimestre não foi atingida, houve pequena tendência de aumento da proporção, não atingindo a meta prevista porém a proporção de exodontia mantém-se reduzida no 1º quadrimestre de 2016 dentro dos parâmetros do fator de redução apontado em 2013, é prioridade a implantação do CEO Leste para 2016 e as ações desencadeadas para atingir as metas deverão prosseguir de maneira contínua no 2º quadrimestre, os dados de abril estão incompletos devido ao cronograma de digitação.
2º Quadrimestre	7,91%	Houve redução na proporção de exodontia em relação ao total de procedimentos em comparação ao quadrimestre anterior. As ações para a manutenção do declínio deverão prosseguir de maneira sistemática para o 3º quadrimestre, priorizando os procedimentos preventivos e restauradores, a implantação do CEO Leste continua sendo prioridade para ampliação do atendimento em endodontia Recomendações PAS 2016: a) Zelar para a manutenção dos resultados alcançados com monitoramento

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



		contínuo das ações, a fim de se manter esta meta até 2017. b) Priorizar a implantação de CEOS para ampliar referências em endodontia e programas educativos e preventivos.
3º Quadrimestre	7,94%	A meta anual foi atingida com redução de 0,15% da meta proposta , não foram possíveis implantar o CEO Leste nem realocar em espaço próprio o CEO Noroeste comprometendo ações da atenção secundária (endodontia) Considerações finais: A meta de redução para 4 anos foi atingida já no primeiro ano, porém são necessários realizar continuamente ações para manter essa meta em 2017
PAS 2017	8,5%	Para 2017: priorizar a implantação de CEOs, ampliar referências em endodontia e programas educativos e preventivos.

7. Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade

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

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

RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE									
Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Prop. Amb. Média Compl.	1,52	1,96	2,23	2,1	1,71	2,21	2,24	2,21	3,93

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

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



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

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

Fonte: DATASUS/SIA PASP1401 a 1607 e SIH RDSP1401 a 1607.DBC
Referência: caderno de diretrizes - objetivos, metas e indicadores 2013-2015
Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

Meta 2016: 2,21

Avaliação Anual – 2016	Considerações/Recomendações
<p>Este indicador é de avaliação anual</p> <p>3,93 (parcial indicador de base anual)</p>	<ol style="list-style-type: none"> Participação de técnicos do NAAS /Depto de Saúde na reunião da equipe de apoio dos 5 Distritos de Saúde para apresentação e pactuação das ações prioritárias a serem desenvolvidas na Atenção Especializada Secundária. Teve início a descentralização das ações do Planejamento Familiar para AB, visando ampliar/agilizar o acesso ao método contraceptivo definitivo (vasectomia e laqueadura). Elaborado o questionário para pesquisa de satisfação dos usuários, em conjunto com o CLS das Policlínicas, com a proposta de ser aplicado nas Unidades de Referência próprias. Realizada capacitação sobre doenças relevantes na área de pneumologia - Asma e DPOC, em parceria com a equipe do HMMG, com o objetivo de qualificar a assistência e implementar o cuidado aos usuários de maior risco/vulnerabilidade (outubro e novembro de 2016). Início da reforma das salas da Academia da Saúde, visando a implantação do ambulatório de referência de Acupuntura do município de Campinas. Implantado o Protocolo de solicitação de Tomografia Computadorizada, com a pactuação dos critérios de indicação, visando garantir impacto na assistência e o uso racional destes exames. Foi revisado o protocolo de Cardiologia e validado junto às equipes da Atenção

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



	<p>Primária por meio das ações de apoio matricial desenvolvidas pela Policlínica 3.</p> <p>8. Realizadas reuniões técnicas envolvendo profissionais do DGDO, Departamento de Saúde e equipes de apoio para apropriação dos convênios e otimização dos recursos contratados.</p> <p>9. Foram publicadas notas técnicas direcionadas à normatização para exames de análises clínicas, visando o uso racional de recursos e qualificar a solicitação destes exames complementares.</p> <p>10. Finalizado o processo licitatório nº 15/10/1730 para compra de exames de curvas glicêmicas e espermograma (Empenho nº E00942/2017).</p> <p>11. O grupo de trabalho de Reabilitação realizou o mapeamento das ofertas de ações e serviços de Reabilitação.</p> <p>12. Efetivada a migração do servidor do sistema SOL para ampliar a capacidade operacional do servidor e melhorar a segurança na aplicação.</p>
PAS 2017	<p>Recomendações:</p> <p>a) Adequar o plano de ação da rede de assistência à oncologia do município de Campinas em relação aos fluxos assistenciais e garantia do cuidado integral ao paciente oncológico;</p> <p>b) Definir em cada Distrito a equipe responsável pela qualificação dos encaminhamentos, gestão do acesso e uso racional de exames complementares;</p> <p>c) Implementar as ações de apoio matricial visando qualificar os encaminhamentos e ampliar a resolubilidade da Atenção Básica/Primária;</p> <p>d) Realizar periodicamente análise crítica dos indicadores assistenciais, a fim de garantir maior otimização de recursos e reduzir o tempo de espera entre a solicitação e a realização do procedimento especializado;</p> <p>e) Revisar as ações e serviços de Assistência de Alta Complexidade da rede pública de saúde de acordo as diretrizes e os parâmetros do SUS/MS (portaria GM/MS nº 1631 de 01/outubro/2015).</p> <p>f) Reformular convênios em conformidade com capacidade instalada e habilitações (junto ao Ministério da Saúde, visando garantir a oferta de serviços conforme Portaria de Contratualização nº 3410/2014.</p> <p>g) Efetivar contratos de manutenção dos equipamentos das Policlínicas, bem como plano de reforma predial.</p> <p>h) Transferir o atendimento do ambulatório de Pré Natal de Alto Risco para a Policlínica 1.</p> <p>i) Iniciar o atendimento do ambulatório de referência de Acupuntura do município de Campinas na Academia da Saúde.</p>

OBS.:



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



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

Relevância do Indicador: Analisa variações geográficas e temporais da produção de internações Clínico-cirúrgicas de média complexidade, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribui na avaliação da adequação do acesso à atenção hospitalar clínico cirúrgica de média complexidade, segundo as necessidades da população atendida. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência hospitalar de média complexidade de responsabilidade do SUS. Apresentamos o indicador 08 pela população do Município e 08' número absoluto por prestador, por ocorrência no Município, englobando a produção para residentes de outros municípios, porém facilitando a análise e intervenção por prestador.

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

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

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



Indicador 08: Produção de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente										
Sub-grupo de procedimentos	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Tendência 2014 a 2016
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	4.518	5.566	5.265	5.353	5.915	5.154	4.850	6.236	4.861	
0305 Tratamento em nefrologia	224	212	228	303	236	227	279	216	250	
0308 Tratamento de lesões, envenenamentos e outros, decorrentes de causas externas	181	162	207	205	199	193	196	190	208	
0304 Tratamento em oncologia	279	264	330	291	273	316	337	350	291	
0201 Coleta de material	35	34	23	31	24	26	25	26	21	
0209 Diagnóstico por endoscopia	0	0	0	1	2	0	6	1	2	
0402 Cirurgia de glândulas endócrinas	29	58	43	32	53	51	51	37	14	
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	240	280	256	161	172	312	229	369	201	
0412 Cirurgia torácica	93	91	113	91	91	95	104	78	94	
0414 Bucomaxilofacial	15	12	21	18	14	10	8	12	16	
0403 Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	144	134	138	151	132	139	125	152	117	
0406 Cirurgia do aparelho circulatório	294	222	220	202	194	202	191	180	173	
0411 Cirurgia obstétrica	259	301	313	288	232	313	271	304	325	
0410 Cirurgia de mama	96	116	124	120	122	125	105	123	106	
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	1.009	907	1.066	1.029	923	958	930	1.080	942	
0407 Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	1.183	1.112	1.424	1.215	1.154	1.276	1.232	1.117	1.135	
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	218	221	281	308	320	397	249	313	364	
0413 Cirurgia reparadora	45	49	41	49	52	43	43	62	49	
0415 Outras cirurgias	476	483	547	524	529	453	491	563	460	
0405 Cirurgia do aparelho da visão	48	53	85	124	96	74	48	89	78	
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário	1.169	1.129	1.251	1.185	1.141	1.129	1.041	1.178	1.192	
Total	10.555	11.406	11.976	11.681	11.874	11.493	10.811	12.676	10.899	

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1612.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

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

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1612.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

Meta 2016: 3,04

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



Avaliação Anual - Ano 2016	Considerações/Recomendações
<p>Este indicador é de avaliação anual</p> <p>2,93</p>	<p>a) manter os protocolos entre atenção básica, especializada e atenção hospitalar atualizados, para qualificar as filas de indicação cirúrgica, com inclusão da classificação de risco, no Plano de ação de 2016 do DS, foi priorizada a qualificação destas filas através GT de Acesso.</p> <p>b) Monitorar os casos de indicação cirúrgica.</p> <p>c) Rever quantitativo cirúrgico pactuado com a rede hospitalar em consonância com a demanda qualificada e indicadores de atenção a saúde.</p> <p>d) Intensificar ações junto a central municipal de regulação de acesso garantindo a realização do procedimento de média e alta complexidade junto à rede municipal e serviços conveniados.</p> <p>e) Formular protocolos de acesso aos serviços conveniados pela Coordenadoria de Regulação de Acesso, visando otimizar a capacidade instalada.</p>
<p>PAS 2017</p>	<p>Recomendações:</p> <p>a) Elaborar protocolos entre atenção básica, especializada e atenção hospitalar, para qualificar as filas de indicação cirúrgica, com inclusão da classificação de risco, no Plano de ação de 2016 do DS, foi priorizada a qualificação destas filas através GT de Acesso.</p> <p>b) Monitorar os casos de indicação cirúrgica.</p> <p>c) Rever quantitativo cirúrgico pactuado com a rede hospitalar em consonância com a demanda qualificada e indicadores de atenção a saúde.</p> <p>d) Intensificar ações junto a central municipal de regulação de acesso garantindo a realização do procedimento de média e alta complexidade junto à rede municipal e serviços conveniados.</p> <p>e) Formular protocolos de acesso aos serviços conveniados pela Coordenadoria de Regulação de Acesso, visando otimizar a capacidade instalada.</p> <p>Otimizar para que os pacientes com indicação cirúrgica cheguem preparados para a realização de cirurgia, evitando perda de horário cirúrgico e internação desnecessária.</p>

9. Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade

Relevância do Indicador: Analisa as variações geográficas e temporais da produção de procedimentos ambulatoriais selecionados de alta complexidade, identificando situações de desigualdade e tendências que

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



demandem ações e estudos específicos. Contribui na avaliação da adequação do acesso à atenção de alta complexidade, segundo as necessidades da população atendida. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência ambulatorial de alta complexidade de responsabilidade do SUS.

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

RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE

Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Prop. Amb. Alta Compl.	5,76	6,81	7,07	7,87	7,77	8,05	8,08	6,02	5,27

Fonte: DATASUS SIA/RDSP1401 a 1612DPC.

Dados Rprocessados: SMS/DGDO/CAC

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

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1612.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

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



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

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1612.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DG DO/CAC

Meta 2016: 9,47

Avaliação Anual - Ano 2016	Considerações/Recomendações
<p>Este indicador é de avaliação anual</p> <p>5,27%</p>	<p>As metas quantitativas e qualitativas com os prestadores conveniados foram repactuadas: mudança de gestão do Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi, renovação do convênio da PUCG;</p> <p>Em fase de conclusão do protocolo de solicitação ambulatorial de Tomografia Computadorizada, visando garantir impacto na assistência e o uso racional da oferta de exames.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Implantado protocolo de solicitação ambulatorial de Tomografia Computadorizada, visando garantir impacto na assistência e o uso racional da oferta de exames; ➤ Está em andamento a aquisição de novo tomógrafo para Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi (CHPEO); ➤ Equipamento de ressonância nuclear magnética do CHPEO em funcionamento desde julho/2016; ➤ Ampliação da oferta de exames de tomografia junto aos prestadores conveniados.
PAS 2017	<p>Recomendações:</p> <p>a) Adequar o plano de ação da rede de assistência à oncologia do município de Campinas em relação aos fluxos assistenciais e garantia do cuidado integral ao paciente oncológico;</p> <p>b) Efetivar a regulação dos procedimentos de oncologia pela Coordenadoria de Regulação de Acesso;</p> <p>c) Estruturar a oferta de biópsia de próstata na Policlínica 1;</p>

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



	<p>d) Revisar as ações e serviços de Assistência de Alta Complexidade da rede pública de saúde de acordo as diretrizes e os parâmetros do SUS/MS (portaria GM/MS nº 1631 de 01/outubro/2015).</p> <p>e) Reformular convênios em conformidade com capacidade instalada e habilitações (junto ao Ministério da Saúde, visando garantir a oferta de serviços conforme Portaria de Contratualização nº 3410/2014.</p> <p>f) Efetivar contratos de manutenção dos equipamentos das Policlínicas, bem como plano de reforma predial.</p>
--	--

10. Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade

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

RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO- CIRÚRGICAS DE ALTA COMPLEXIDADE

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

Fonte: DATASUS SIH/RDSP1401 a 1612DPC.

Dados Reprocessados: SMS/DGDO/CAC

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

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1612DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

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

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

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



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

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1612.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

Meta 2016: 4,41

Avaliação Anual - Ano 2016	Considerações/Recomendações
Este indicador é de avaliação anual 3,45	Recomendações mantidas: Intensificar ações junto a Coordenadoria de Regulação de Acesso para a garantia de acesso para realização do procedimento de média e alta complexidade junto à rede municipal e serviços conveniados. Manter a reavaliação da capacidade instalada sob gestão municipal de instituições para realização de procedimentos de cirurgias de alta complexidade.
PAS 2017	

11. Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado

Relevância do indicador: Permite monitorar a qualidade da assistência hospitalar prestada à população por meio de mecanismos de gestão e acompanhamento de metas pactuadas.

Manter 100% dos serviços hospitalares com contrato de metas firmado.

Meta 2016: 100%

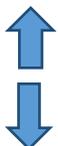
Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	100%	Todos os serviços conveniados ao SUS Municipal possuem Contratos de Metas. Todos os leitos conveniados estão sob regulação da Central Municipal de Regulação e após as 22 horas estão sob a Regulação da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo. Recomendação: manter processo de revisão de todas as metas de Contratualização, conforme determinação do Ministério da Saúde.
2º Quadrimestre	100%	Todos os serviços conveniados ao SUS Municipal possuem Contratos de Metas. Todos os leitos conveniados estão sob regulação da Central Municipal

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



		de Regulação e após as 22 horas estão sob a Regulação da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo. Recomendação: manter processo de revisão de todas as metas de Contratualização, conforme determinação do Ministério da Saúde.
3º Quadrimestre	100%	Todos os serviços conveniados ao SUS Municipal possuem Contratos de Metas. Todos os leitos conveniados estão sob regulação da Central Municipal de Regulação e após as 22 horas estão sob a Regulação da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo. Recomendação: manter processo de revisão de todas as metas de Contratualização, conforme determinação do Ministério da Saúde.
PAS 2017	100%	Manter processo de contrato de metas para os serviços conveniados ao SUS Municipal (possuem Contratos de Metas).

OBS.:



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



OBRAS PARA QUALIFICAÇÃO DO ACESSO NA ATENÇÃO À SAÚDE

1. CONSTRUÇÕES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (Ação PPA 107)

DISTRITO	UNIDADE	FONTE RECURSO	VALOR REPASSE	VALOR CONTRAPARTIDA	VALOR TOTAL	STATUS DEZ 2016
LESTE	ACADEMIA SOUSAS	FEDERAL/FUNDO - SISMOB *	R\$ 180.000,00	R\$ 153.091,00	R\$ 333.091,00	Portaria MS 2.940/2016, desabilitando repasse, para devolução recurso

DISTRITO	UNIDADE	FONTE RECURSO	VALOR REPASSE	VALOR CONTRAPARTIDA	VALOR TOTAL	STATUS DEZ 2016
NOROESTE	CS FLORENCE	Projeto Saúde em Ação - Governo Estadual				Termo de permissão e matrícula ok. Realizado planialtimétrico no terreno. SES em fase de contratação da obra.
NOROESTE	CS BASSOLI	CONTRAPARTIDA DE EMPREENDIMENTO IMOBILIÁRIO		-		Indicada no Projeto FAR - Minha Casa Minha Visa - CEF ou sugerida a utilização do projeto do Lisa e indicação
NOROESTE	CS LISA	FEDERAL / SISMOB - EMENDA	R\$ 733.000,00	R\$ 1.274.874,00	R\$ 2.007.874,00	Cancelado convenio- Execução com recursos propios.LTA Deferido
NOROESTE	CS SATÉLITE IRIS I	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO / RENOVASUS				Construção iniciada
NOROESTE	CS SATÉLITE IRIS II	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO / RENOVASUS				Termo de permissão e matrícula ok. Realizado planialtimétrico no terreno. SES em fase de contratação da obra.
NOROESTE	CS CAMPINA GRANDE	FEDERAL / SISMOB - EMENDA	R\$ 733.000,00	R\$ 1.317.000,00	R\$ 2.050.000,00	SEINFRA adequando o projeto para utilizar, conforme pactuado em reunião. Prot. 13/10/48136.
NOROESTE	CS PERSEU	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO / RENOVASUS				Construção iniciada
NOROESTE	CS COSMO	CONTRAPARTIDA DE EMPREENDIMENTO IMOBILIÁRIO		-		Indicada no Projeto FAR - Minha Casa Minha Visa - CEF

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



DISTRITO	UNIDADE	FONTE RECURSO	VALOR REPASSE	VALOR CONTRAPARTIDA	VALOR TOTAL	STATUS DEZ 2016
NORTE	CS SAN MARTIN	FEDERAL/CAIXA	R\$ 500.000,00	R\$ 497.223,30	R\$ 997.223,30	Obra concluída
NORTE	CS VILLAGE	FEDERAL / SISMOB - EMENDA	R\$ 773.000,00	R\$ 727.000,00	R\$ 1.500.000,00	Prot. 15/10/37730. Sondagem terreno finalizada. SEINFRA elaborando projeto

DISTRITO	UNIDADE	FONTE RECURSO	VALOR REPASSE	VALOR CONTRAPARTIDA	VALOR TOTAL	STATUS DEZ 2016
SUDOESTE	CS SANTOS DUMONT	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO / RENOVASUS				Construção iniciada
SUDOESTE	CS DIC VI	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO / RENOVASUS				Termo de permissão e matrícula ok. Realizado planialtimétrico no terreno. SES em fase de contratação da obra.
SUDOESTE	CS SÃO CRISTÓVÃO (BARRAÇÃO LIANGONG)	FEDERAL / OGU	R\$ 200.000,00	R\$ 233.014,01	R\$ 433.014,01	MS Solicitou devolução do recurso

DISTRITO	UNIDADE	FONTE RECURSO	VALOR REPASSE	VALOR CONTRAPARTIDA	VALOR TOTAL	STATUS DEZ 2016
SUL	CS SAN DIEGO	FEDERAL/CAIXA	R\$ 1.000.000,00	R\$ 1.245.368,44	R\$ 2.245.368,44	Obra em fase de conclusão
SUL	CS SÃO BERNARDO	CONVÊNIO COM INSTITUIÇÃO DE ENSINO				Obra em fase de conclusão
SUL	CS NOVA AMÉRICA	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO / RENOVASUS				Falta Termo de Permissão de Uso e matrícula de 3 lotes sendo desapropriados.
SUL	CS OZIEL	CONTRAPARTIDA DE EMPREENDIMENTO IMOBILIÁRIO				Obra concluída

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



2. REFORMAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (Ação PPA 137)

DISTRITO	UNIDADE	FONTE RECURSO	VALOR REPASSE	VALOR CONTRAPARTID	VALOR TOTAL	STATUS Dez 2016
NORTE	CS BARÃO GERALDO	PRÓPRIO DO MUNICÍPIO				Obra de manutenção executada com empresa contratada pelo DA.
NORTE	CS BOA VISTA	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO / RENOVASUS				Encaminhado documentos ao Estado solicitando troca de reforma para construção.
NORTE	CS CASSIO RAPOSO DO AMARAL	FEDERAL/CAIXA	R\$ 605.880,00	R\$ 154.120,00	R\$ 760.000,00	Obra em andamento pela empresa TESLA
NORTE	CS SANTA BARBARA	CONTRAPARTIDA DE EMPREENDIMENTO IMOBILIÁRIO				Reforma concluída com contrapartida de empreendimento imobiliário.
NORTE	CS SÃO MARCOS	FEDERAL/CAIXA	R\$ 119.875,21 -	R\$ 45.124,79	R\$ 165.000,00	MS Solicitou devolução do recurso
DISTRITO	UNIDADE	FONTE RECURSO	VALOR REPASSE	VALOR CONTRAPARTID	VALOR TOTAL	STATUS Dez 2016
NOROESTE	CS FLORESTA	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO / RENOVASUS		-		Encaminhado a SES o Termo de Permissão e a matrícula do terreno. A empresa contratada pela SES iniciou o projeto.
NOROESTE	CS INTEGRAÇÃO	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO / RENOVASUS		-		Encaminhado a SES o Termo de Permissão e a matrícula do terreno. A empresa contratada pela SES iniciou o projeto.
NOROESTE	CS IPAUSSURAMA	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO / RENOVASUS				Termo de permissão e matrícula ok
NOROESTE	CS PQ VALENÇA	PRÓPRIO DO MUNICÍPIO				Manutenção realizada com empresa contratada pelo DA.
NOROESTE	CS PQ. ITAJAÍ	FEDERAL/FUNDO - SISMOB *	R\$ 71.822,07	R\$ 2.135,01	R\$ 73.957,08	Obra concluída

OBS.:



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



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



DISTRITO	UNIDADE	FONTE RECURSO	VALOR REPASSE	VALOR CONTRAPARTID	VALOR TOTAL	STATUS Dez 2016
LESTE	CS 31 DE MARÇO	CONTRAPARTIDA DE EMPREENDIMENTO IMOBILIÁRIO				Reforma realizada
LESTE	CS CONCEIÇÃO	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO / RENOVASUS				Encaminhado a SES o Termo de Permissão e a matrícula de 3 lotes. A empresa contratada pela SES iniciou o projeto.
LESTE	CS COSTA E SILVA	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO / RENOVASUS				Encaminhado a SES o Termo de Permissão e a matrícula do terreno. A empresa contratada pela SES iniciou o projeto.
LESTE	CS SÃO QUIRINO	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO / RENOVASUS				Encaminhado a SES o Termo de Permissão. A empresa contratada pela SES iniciou o projeto.
LESTE	CS SOUSAS	FEDERAL/CAIXA	R\$ 500.000,00	R\$ 76.000,00	R\$ 576.000,00	MS Solicitou devolução do recurso
LESTE	CS TAQUARAL	CONTRAPARTIDA DE EMPREENDIMENTO IMOBILIÁRIO				Reforma Finalizada

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



DISTRITO	UNIDADE	FONTE RECURSO	VALOR REPASSE	VALOR CONTRAPARTID	VALOR TOTAL	STATUS Dez 2016
SUDOESTE	C.S. VILA UNIÃO	CONTRAPARTIDA DE EMPREENDIMENTO IMOBILIÁRIO				Executada reforma com empresa de manutenção contratada pelo DA.
SUDOESTE	CS DIC III	FEDERAL/FUNDO - SISMOB	R\$ 106.936,87	R\$ 10.051,32	R\$ 116.988,19	Obra concluída.
SUDOESTE	CS TANCREDO NEVES	FEDERAL/CAIXA - FEDERAL / FUNDO / SISMOB	R\$ 500.000,00	R\$ 406.000,00	R\$ 906.000,00	MS solicitou devolução do recurso. Reforma: Obra concluída
SUDOESTE	CS AEROPORTO	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO / RENOVASUS				Encaminhado a SES o Termo de Permissão e a matrícula do terreno. A empresa contratada pela SES iniciou o projeto.
SUDOESTE	CS CAPIVARI	FEDERAL/CAIXA	R\$ 605.180,00	R\$ 381.052,44	R\$ 986.232,44	Em execução pela empresa TESLA
SUDOESTE	CS SANTO ANTÔNIO	FEDERAL/CAIXA -	R\$ 400.000,00	R\$ 35.000,00 -	R\$ 435.000,00	Encaminhado CEF as adequações de projeto.
SUDOESTE	CS SÃO CRISTÓVÃO	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO / RENOVASUS				Encaminhado a SES o Termo de Permissão. A empresa contratada pela SES iniciou o projeto.
SUDOESTE	CS VISTA ALEGRE	CONTRAPARTIDA DE EMPREENDIMENTO IMOBILIÁRIO				Ampliação: indicada para empresa FYP 02 FPE

DISTRITO	UNIDADE	FONTE RECURSO	VALOR REPASSE	VALOR CONTRAPARTID	VALOR TOTAL	STATUS Dez 2016
SUL	CS CARVALHO DE MOURA	FEDERAL/FUNDO - SISMOB	R\$ 70.018,92	R\$ 10.051,37	R\$ 80.070,29	Obra concluída
SUL	CS ESMERALDINA	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO / RENOVASUS				Alterado junto ao SES de reforma para construção.
SUL	CS SANTA ODILA	FEDERAL/CAIXA	R\$ 257.580,00	R\$ 629.220,00	R\$ 886.800,00	Projeto concluído e encaminhado para VISA analisar LTA
SUL	CS SÃO JOSÉ	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO / RENOVASUS				Encaminhado a SES o Termo de Permissão e a matrícula do terreno. A empresa contratada pela SES iniciou o projeto.

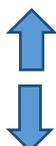
OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



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

DISTRITO	UNIDADE	FONTE RECURSO	VALOR REPASSE	VALOR CONTRAPARTID	VALOR TOTAL	STATUS DEZ 2016
CENTRAL	AME - AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS	Projeto Saúde em Ação- Governo Estadual				Encaminhado o Termo de Permissão de Uso do terreno ao Estado em 01/04/2016. Matrícula ok.Projetos em licitação
CENTRAL	CR DA MULHER - CRAIM-	FEDERAL OGU	R\$ 3.500.000,00	R\$ 1.900.000,00	R\$ 5.400.000,00	Prot. 11/10/15768- Contratado empresa planilha orçamentária- Solicitado LTA-VISA
CENTRAL	JARDIM DOS SENTIDOS	RECURSO DE DOACAO				Em elaboração do projeto junto a SEINFRA - Prot. 13/10/49454.Encaminha do Dotação orçamentária
NORTE	PS METROPOLITANO	FEDERAL/CAIXA	R\$ 5.524.200,00	R\$ 5.925.758,00	R\$ 11.449.985,00	Prot.13/10/34208- Realizado correções na planilha orçamentária
SUL	PS SULESTE	FEDERAL/FUNDO	R\$ 2.700.000,00	R\$ 3.285.831,71	R\$ 5.985.831,71	Iniciado a conclusão obra-2ª medição
LESTE	UPA LESTE	FEDERAL/FUNDO SISMOB *	R\$ 4.000.000,00		R\$ 4.000.000,00	Projeto sendo confeccionado pela SEINFRA -Prot- 12/10/55154.Publicada Portaria MS 2941/2016, Desabilitando o recurso.
SUDOESTE	CAPS III	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO				Projeto em elaboração pela empresa contratada pela Secretaria de Estado

OBS.:



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



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

DISTRITO	UNIDADE	FONTE RECURSO	VALOR REPASSE	VALOR CONTRAPARTID	VALOR TOTAL	STATUS DEZ 2016
CENTRAL	HOSP. MARIO GATTI - ONCOLOGIA	FEDERAL OGU	R\$ 4.892.060,17	R\$ 575.154,17	R\$ 5.467.214,34	Aguardando empenho do Ministério para liberação do recurso na CEF.
CENTRAL	CENTRO DE REABILITAÇÃO FÍSICA SOUSAS	FEDERAL OGU	R\$ 100.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 110.000,00	SEINFRA corrigindo projetos. PROT: 14/10/52922
CENTRAL	CEREST	RECURSO RENAST				Priorizado em reunião do dia 28/08/15 com a SEINFRA
NOROESTE	PA CAMPO GRANDE	CONTRAPARTIDA DE EMPREENDIMENTO IMOBILIÁRIO				Obra concluída
NOROESTE	CAPS INFANTIL	ESTADO - PROJ. SAÚDE EM AÇÃO				Encaminhado Matrícula e Termo de Permissão ao Estado. Realizada vistoria técnica na construção e está em processo de elaboração do projeto pela empresa contratada
NORTE	PRONTO ATENDIMENTO ANCHIETA	PRÓPRIO				Realizada manutenção por meio do contrato de manutenção predial.
SUL	PA SÃO JOSÉ	FEDERAL/CAIXA	R\$ 1.102.500,00	R\$ 457.500,00	R\$ 1.560.000,00	Realizada manutenção com contrato da SMS. Recurso federal MS solicitou devolução.
SUDOESTE	PRONTO SOCORRO OURO VERDE	FEDERAL/FUNDO	R\$ 2.700.000,00 (OBRA) – R\$ 662.130,00 (EQUIP.)		R\$ 3.362.130,00	Solicitada prorrogação do convênio. Projeto não se encontra confeccionado

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



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

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

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

12. Recomendação: manter processo de revisão de todas as metas de Contratualização, conforme determinação do Ministério da Saúde..

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

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

Meta 2016: 8



Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	8	<p>Considerações: Meta cumprida desde o segundo semestre de 2015. As Unidades de urgência e emergência já foram capacitadas e estão notificando no SISNOV. Todas as ações do quadrimestre anterior se mantêm da mesma forma apenas o ambulatório do Hospital Mário Gatti que não foi até o momento implantado.</p> <p>Recomendações: O seguimento das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidas no PS do Hospital Dr. Mário Gatti serão monitorados pela equipe da farmácia do CRMDST/AIDS responsável pela dispensação dos antirretrovirais para os casos encaminhados para seguimentos nas UBS.</p> <p>O ambulatório de seguimento das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidas no PS/HMMG para os cuidados à saúde física e mental está se estruturando, o DS disponibilizou um psicólogo 8 h/semanal e a equipe da pediatria do hospital se responsabilizará pelo seguimento médico e de assistência social e cidadania</p> <p>Além das capacitações para a notificação das violências as unidades de urgência e emergência públicas e privadas foram capacitadas para o atendimento com fluxo instituído a violência autoprovocada (tentativa</p>

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



		<p>de suicídio).</p> <p>Pelos dados do SISNOV no primeiro semestre de 2015 as unidades de Urgência e Emergência já aumentaram o número de notificações.</p> <p>1 - violência contra a mulher 2012 - 561 2013 - 466 2014 - 367 primeiro semestre de 2015 - 250</p> <p>2 - violência contra crianças e adolescentes 2012 - 674 2013 - 724 2014 - 760 primeiro semestre de 2015 - 370</p> <p>3 - violência contra pessoa idosa 2012 - 79 2013 - 138 2014 - 62 primeiro semestre de 2015 - 55</p> <p>Já está em uso o aplicativo do SISNOV que avisa via e-mail às VISAS dos distritos de saúde e os gestores das redes de cuidados às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, para que a vigilância destes casos seja feita em até 24 horas após o atendimento.</p>																					
2º Quadrimestre	8	<p>Dados de notificação por ciclo de vida e sexual de 2015 e *primeiro semestre de 2016</p> <p>Total de notificação por Unidade de notificação</p> <table border="1"><thead><tr><th></th><th>2015</th><th>2016</th></tr></thead><tbody><tr><td>UBS</td><td>139</td><td>128</td></tr><tr><td>PA – PS</td><td>673</td><td>364*</td></tr><tr><td>Violência contra crianças e adolescentes</td><td>1043</td><td>458*</td></tr><tr><td>Violência contra mulher</td><td>574</td><td>329*</td></tr><tr><td>Violência contra pessoa idosa</td><td>117</td><td>51*</td></tr><tr><td>Violência sexual</td><td>344</td><td>167*</td></tr></tbody></table> <p>Em 2015 e no 1º semestre de 2016 foi observado um aumento do número de notificações realizadas pela rede básica, o que reflete a estratégia escolhida pelo núcleo de prevenção às violências e promoção</p>		2015	2016	UBS	139	128	PA – PS	673	364*	Violência contra crianças e adolescentes	1043	458*	Violência contra mulher	574	329*	Violência contra pessoa idosa	117	51*	Violência sexual	344	167*
	2015	2016																					
UBS	139	128																					
PA – PS	673	364*																					
Violência contra crianças e adolescentes	1043	458*																					
Violência contra mulher	574	329*																					
Violência contra pessoa idosa	117	51*																					
Violência sexual	344	167*																					

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



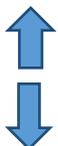
		<p>de cultura de paz de trabalhar juntos às equipes com discussões de casos sentinelas e novas capacitações do SISNOV para profissionais recém-contratados.</p> <p>O distrito norte implantou um núcleo de prevenção às violências distrital onde a visita e o apoio realizam discussão dos casos notificados de crianças e adolescentes atendidos e notificados nas UBS juntos com a rede intersetorial de cidadania e proteção às vítimas e suas famílias.</p> <p>Iniciamos no 2º semestre 2º módulo do Curso de “Impactos das violências nas famílias” com o tema da linha de cuidados às crianças e adolescentes</p> <p>Isto reforça a necessidade deste indicador ser colocado na atenção básica.</p>
3º Quadrimestre	8	<p>No segundo semestre de 2016 foram notificados 1400 casos ainda sem ser realizada a limpeza dos dados o que consolida o crescente número de notificações em toda rede. O aumento ainda é considerado mais pelas unidades notificadoras da secretaria de Assistência social e os PS da UNICAMP e CAISM/UNICAMP, PS infantil do Hospital Mário Gatti.</p> <p>A nossa rede básica está lentamente se responsabilizando pelos casos e iniciando o processo de notificações.</p> <p>Realizamos capacitação de 18 profissionais da rede básica e do NASF, o que é um número pequeno em relação as secretarias parceiras, assistência social :110 profissionais capacitados e Educação : 32 profissionais capacitados.</p> <p>O lançamento do Boletim do SISNOV em 2016 foi específico em cada distrito para que a questão das violências seja tratada como problema de saúde e para fortalecer o vínculo com os outros serviços da rede, mesmo com ausência dos profissionais das UBS de alguns distritos entendemos que o tema já está se consolidando e a notificação se fortalecendo, diminuindo o medo de notificar vai diminuindo.</p> <p>As atividades com o núcleo da vigilância das violências com as VISAS</p>

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



--	--	--

OBS.:



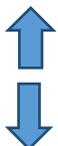
a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



--	--	--

Violência sexual:

OBS.:



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



--	--	--

13. Proporção de acesso hospitalar por acidente

Relevância do indicador: Avalia a suficiência e eficiência da atenção prestada à vítima antes e após chegada ao hospital auxiliando na avaliação, planejamento e adequada estruturação da rede de atenção à urgência e emergência.

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

PROPORÇÃO DE ACESSO HOSPITALAR DOS ÓBITOS POR ACIDENTE

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

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

Meta 2016: 60,71% 

AVALIAÇÃO ANUAL - ANO 2016	Considerações/Recomendações
61,86% Este indicador é de avaliação anual	<p>Considerações: Foram realizadas Ações intersetoriais junto a Secretaria de Transportes e da Educação e UNICAMP para incrementar ações de prevenção junto a motociclistas e a população em geral.</p> <p>Os acidentes de menor gravidade são atendidos nas unidades de pronto atendimento. A Secretaria de Saúde e a EMDEC trabalham em parceria no Projeto Vida no Trânsito e das Ações de Segurança Viária da ONU (2011 - 2020) desde 2013, quando foi criado o Observatório Municipal do Trânsito. Participam da Comissão de Análise de Dados de Acidentes e também da Comissão de Educação e Comunicação.</p> <p>Recomendações: Manter participação nas campanhas para conscientização dos motociclistas, do Maio Amarelo - para população em geral, no P.A.R.T.Y. - programa de prevenção de traumas por acidentes de trânsito em jovens envolvendo álcool e do SEMUTRAN - Semana Municipal do Trânsito. As ações envolvem outros parceiros da Educação, ONGs, Universidades, entre outros.</p>

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



	Da Secretaria de Saúde participam: Devisa, SAMU, Centro de Referência em Reabilitação.
PAS 2017 Meta: 61,47%	Mantidas as considerações anteriores com a proposta de intensificar ações de conscientização e prevenção de acidentes de trânsito para a população em geral.

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

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

Relevância do Indicador: Avalia o acompanhamento das condições associadas ao IAM pela Atenção Básica, como a hipertensão arterial e a disseminação e utilização da linha de cuidado do IAM pelos serviços de Saúde. Apresentamos o indicador 14 por município de residência e 14' por ocorrência em Campinas, englobando a produção para residentes de outros municípios, porém facilitando a análise e intervenção por prestador.

PROPORÇÃO DE ÓBITOS NAS INTERNAÇÕES POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

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

Fonte: DATASUS SIH/RDSP1401 a 1612DPC.

Dados Reprocessados: SMS/DGDO/CAC

Internações SUS por IAM ocorridas em Campinas, por Hospital

Hospital SP (CNES)	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	Tendência 2014 a 2016
2078465 REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BEN	0	1	2	3	0	0	0	0	1	1	0	2	
2079798 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP	70	56	87	213	62	98	66	221	101	82	95	278	
2081490 HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATT	20	38	31	89	21	31	26	78	25	25	23	73	
2081946 CASA DE SAUDE CAMPINAS	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
2082128 HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO RIER	68	59	58	180	73	58	54	185	61	69	49	179	
6053858 CO MPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDI	17	34	20	71	32	32	59	123	52	43	57	152	
Total	170	188	199	557	188	214	205	607	240	220	224	684	

Óbitos por IAM em internações SUS ocorridas em Campinas, por hospital

Hospital SP (CNES)	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	Tendência 2014 a 2016
2078465 REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BEN	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
2079798 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP	6	5	9	20	5	13	6	24	10	11	14	35	
2081490 HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATT	10	13	9	32	8	9	11	28	8	5	7	20	
2081946 CASA DE SAUDE CAMPINAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2082128 HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO RIER	5	8	1	14	6	4	10	20	4	10	7	21	
6053858 CO MPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDI	2	1	2	5	6	4	7	17	3	6	4	13	
Total	23	27	22	72	25	30	34	89	25	32	32	89	

Meta 2016: 12,76



AVALIAÇÃO ANUAL - ANO 2016	Considerações/Recomendações
Este indicador é de avaliação anual	Recomendações: a) Reavaliar protocolos de assistência junto a área hospitalar e readequar oferta de

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



13,01%	procedimentos cardiológicos junto ao HMCP. b) Dialogar para implementar a Rede de IAM em Campinas e Região, com um grupo técnico para aprofundar o conhecimento das medidas de prevenção e tratamento referentes ao infarto (intra e extra-hospitalar).
---------------	--

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

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

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

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

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

Internações em menores de 15 anos em UTI	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	Tendência 2014 a 2016
2022621 MATERNIDADE DE CAMPINAS	118	152	124	394	139	161	113	413	102	181	121	404	
2079798 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS	245	241	227	713	222	257	206	685	254	244	281	779	
2081482 BOLDRINI CAMPINAS	47	59	58	164	64	64	74	202	56	60	64	180	
2081490 HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATTI CAMPINAS	52	80	80	212	87	55	66	208	79	79	58	216	
2082128 HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO	81	111	138	325	124	120	126	370	120	171	146	437	
2084252 SOBRAPAR CAMPINAS	3	4	10	17	5	8	1	14	5	7	1	13	
6053858 COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI	39	75	61	175	53	89	61	203	50	77	47	174	
Total	585	722	698	2.000	694	754	647	2.095	666	819	718	2.203	

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



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

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

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

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

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1612.DBC

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

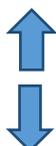
Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

Meta 2016: 6,02



AVALIAÇÃO ANUAL - ANO 2016	Considerações/Recomendações
5,31% Este indicador é de avaliação anual	Recomendações: visto que a maior parte dos óbitos se dá no primeiro ano de vida, sugerimos desencadeamento de ações de qualificação da assistência materno infantil.

OBS.:



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



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

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

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

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

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

RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS

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

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

Meta 2016: 0,47



Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	0,11*	<p>Memória de cálculo: nº de coleta de CO 12.317/ 109.775: 0,11 Fonte: SIA/ MS Jan- março/2016/ TABNET pop. Feminina 25 – 64 anos/ 3</p> <p><u>Memória de cálculo:</u> (nº de coleta de citologia oncológica em população residente de 25 a 64 anos/população feminina residente de 25-64 anos)/3</p> <p>a) Promover atualização e capacitação para o procedimento de coleta de CO, para as equipes de enfermagem e de médicos da Saúde da Família nas Unidades Básicas de Saúde. Estabelecer horários nas agendas para coleta por esses profissionais. Está agendado um curso para a capacitação desses profissionais para início de agosto na UNICAMP em parceria com a DRS7;</p> <p>b) Estabelecer um fluxograma para avaliação dos resultados e prosseguimento da investigação pelo ginecologista da UBS e encaminhamento para serviço de referência quando necessário;</p> <p>c) A reorganização do processo de trabalho deve levar em conta as mudanças de paradigmas do modelo atual, que vem se estabelecendo como ATENÇÃO PRIMÁRIA, levando-se em conta as mudanças no intervalo entre as coletas e a interpretação dos resultados. Até o momento persiste a orientação de excluir das coletas e capacitações os profissionais sem curso superior;</p> <p>d) Acompanhar a Gestão do COSEMS sobre a Resolução do COFEN que restringe a atuação de auxiliares e técnicos de enfermagem no procedimento de coleta de CO;</p> <p>e) Fortalecer a ampliação do cadastro das famílias nos territórios para a</p>

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



		identificação, aproximação e facilitação da captação das mulheres dentro dos critérios para a coleta de CO; f) Monitorar os fluxos de envio e recebimento de exames coletados visando diminuir o tempo entre a coleta do exame e o resultado g) Estabelecer fluxo direto com o prestador para obtenção rápida de resultados via web.
2º Quadrimestre	0,09	Exames realizados em pop residente entre 25-64 anos = 9.899 Pop feminina entre 25-65 anos = 329.325 Recomendações mantidas Foi programada uma capacitação para médicos do PSF que por razões logísticas não aconteceu, mas está sendo reprogramado para o próximo quadrimestre. Visando dar garantia estrutural foram adquiridas e entregues 12 autoclaves. Foram instaladas 8 autoclaves: Nos CS Valença, São Quirino, Aeroporto, Santa Lúcia, São Vicente, Cássio Raposo do Amaral, Ipaussurama e Santa Bárbara). A instalação já foi iniciada e segue conforme cronograma do Setor de Manutenção.
3º Quadrimestre	0,34	Exames realizados em pop residente entre 25-64 anos = 37.984/ Pop feminina entre 25-65 anos = 329.325/3 = 109.775 = 0,34 – Fonte: Registro de CO nos Centros de Saúde (Relatórios PDF) Ainda visando a garantia da continuidade das coletas e mesmo o aumento do número de coletas após busca ativa da faixa etária recomendada, foram comprados espelhos descartáveis P M e G para disponibilidade da rede nos casos de aumento da demanda (mutirões) e ou indisponibilidade de autoclave. Foram instaladas 4 autoclaves em setembro: Nos CS Vila União, Costa e Silva, São Marcos e Oziel.

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

Meta 2016: 100%



Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	100%	Recomendações: Realização de campanhas para conscientização da necessidade da coleta e controle absoluto dos exames alterados e seu seguimento registrado na UBS por pelo menos 5 anos. Manter o monitoramento de 100% dos casos e implementar o SISCAN. Estabelecer um fluxo entre as Unidades, a Área Técnica da Saúde da Mulher e a Oncorre de e os Serviços de Referência para trocas sistemáticas de informações sobre o seguimento dos casos alterados.
2º Quadrimestre	100%	Manter o controle rígido dos casos alterados e o seguimento adequado de cada um deles. Aumentar a carga horária e o processo de trabalho do Ambulatório de

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



		Patologia Cervical e do trato Genital Inferior na Poli I
3º Quadrimestre	100%	Manter o controle rígido dos casos alterados e o seguimento adequado de cada um deles.
		Insistir numa posição definitiva do Coren sobre a permissão de coleta por técnicos de enfermagem. Viabilizar a capacitação de médicos generalistas tanto para a coleta quanto para a interpretação dos resultados que tem sido alterada nos últimos anos. Implementar o SISCAN. Pactuar com a DRS VII a garantia de processamento das lâminas e a emissão de laudo em prazo de 60 dias no máximo, até que concluído o Hospital da Mulher a SMS possa assumir esse serviço.

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

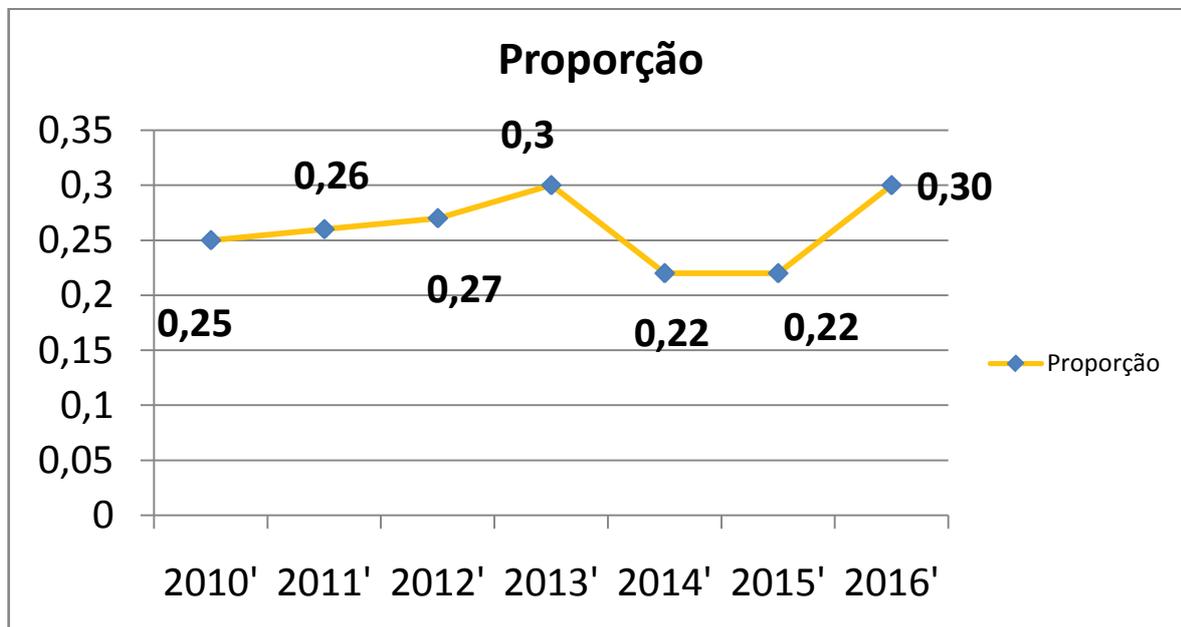
Aumentar 0.03 ao ano.

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

RAZÃO DE MAMOGRAFIA MULHERES DE 50 A 69 ANOS

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

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



OBS.:



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



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



Indicador 19: Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária													
Município de residência = Campinas	1º Quad 2014	2º Quad 2014	3º Quad 2014	Indicador 2014	1º Quad 2015	2º Quad 2015	3º Quad 2015	Indicador 2015	1º Quad 2016	2º Quad 2016	3º Quad 2016	Indicador 2016	Tendência 2014 a 2016
Total	4.671	2.497	4.169	11.337	4.438	4.889	4.751	14.078	4.472	5.723	5.325	15.520	
2082128 HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO	2.354	1.909	3.149	7412	2.569	1266	2.401	6.236	2.552	2.774	2.912	8.238	
6053858 COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI	1.427	280	697	2404	1.516	984	1.964	4.464	1.620	2.654	1.899	6.173	
2079798 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS	300	269	276	845	322	161	255	738	281	250	231	762	
2022710 POLICLINICA II	550	0	0	550	0	0	0	0	0	0	0	0	
Outros	40	39	47	126	31	36	131	198	19	45	283	347	
População residente IBGE estimativa 2014 a 2016 TCU*	109.155				110.086				103.405				
Razão	8,56%	4,58%	7,64%	20,77%	8,06%	8,88%	8,63%	25,58%	8,65%	11,07%	10,30%	30,02%	

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1401 a 1612.DBC

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

Dados reprocessados na SMS/DGDO/CAC

Meta 2016: 0,39

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	0,13	<p>Memória de cálculo: total de exames de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos (numerador) = 7.315/ (População 112.404 /2) (denominador) = 0,13. Com a implantação de um novo equipamento de mamografia no nosso serviço de mastologia teremos um incremento na oferta de exames de mamografia de rastreamento e diagnóstica. Está em licitação a aquisição de um mamógrafo digital que aumentará a capacidade de atender a demanda do município. Também estamos aguardando a parceria com o Hospital de Câncer de Barretos previsto para iniciar suas atividades ainda este ano</p> <p>Recomendações:</p> <p>a) Acompanhar e monitorar a capacidade do DA em disponibilizar os contratos de manutenção preventiva e corretiva dos mamógrafos da rede, visando garantir oferta e qualidade de imagem, com disponibilização rápida de resultado.</p> <p>b) Acompanhar a proposta da Gestão de conveniar o Centro de Engenharia Biomédica da UNICAMP para a reorganização e condução do processo de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos de saúde.</p> <p>c) Fortalecer a ampliação do cadastro das famílias nos territórios para a identificação, aproximação e facilitação da captação das mulheres dentro dos critérios para a realização de mamografia.</p>
2º Quadrimestre	0,12	<p>Memória de cálculo: total de exames de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos (numerador) = 6.792/ (População 112.404 /2) (denominador) = 0,12.</p> <p>Mamógrafo digital (protocolo nº 2014/10/62210) aguardando instalação e perspectiva de mais um mamógrafo no Hospital Mario Gatti. No momento a oferta de exames está maior do que a lista de espera de modo que o exame tem sido agendado dentro do</p>

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



		<p>mês da solicitação.</p> <p>Quanto à calibração do mamógrafo existente na POLI I – o DS terá maiores informações.</p> <p>Continuamos sem contrato de licitação e as UBS têm sido incentivadas a compor mais e de modo mais efetivo suas equipes de modo a facilitar a busca de mulheres que não frequentam habitualmente os Centros de Saúde</p> <p>No mês de outubro haverá a Campanha Outubro Rosa e Mulheres de Peito para oferta de mamografia de rastreamento à todas mulheres residentes em Campinas.</p>
3º Quadrimestre	0,30	<p>Memória de cálculo: total de exames de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos: $15.520 / (\text{População } 103.405 / 2)$ (denominador) = 0,30</p> <p>Estamos aguardando a instalação do mamógrafo digital já entregue e o início do funcionamento do Hospital do Câncer de Barretos, já em construção.</p> <p>Consolidação do SISCAN</p>

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

Meta 2016: 100%



Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	100%	<p>Uma vez feito o diagnóstico o tratamento tem sido iniciado dentro dos 60 dias conforme a lei.</p> <p>Recomendações:</p> <p>a) Implantar o SISCAN em toda a rede.</p> <p>b) Agilizar os tratamentos. Reanalisar a disponibilidade das equipes cirúrgicas responsáveis pelas cirurgias e tratamentos oncológicos de modo a cumprir as diretrizes do Ministério e as leis referentes ao diagnóstico precoce e atendimento integral em tempo adequado.</p> <p>c) Incluir nos termos dos Convênios a obrigatoriedade de implantação e registro no SISCAN, visando o monitoramento e avaliação das usuárias em acompanhamento.</p>
2º Quadrimestre	100%	<p>Houve avanço na implementação do SISCAN, com capacitação de fornecedores e de solicitantes embora o mesmo ainda não esteja em pleno funcionamento. Os diagnósticos têm sido feitos em tempo hábil porém temos tido demanda reprimida para cirurgia. Estamos ainda com deficiência no número de mastologistas na Rede de modo que ainda temos fila para iniciar tratamento, especialmente cirúrgico.</p>
3º Quadrimestre	100%	<p>Com o reparo do mamógrafo da Poli I e instalação do mamógrafo digital devemos estar capacitados a manter a oferta suficiente para a demanda,</p> <p>É necessário aumentar as vagas de cirurgias, quimioterapia e radioterapia pelo SUS para que tenhamos maior equilíbrio entre diagnóstico e tratamento adequado.</p>

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



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

20. Proporção de Parto Normal

Relevância do indicador: Avalia o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto. Analisa variações geográficas e temporais da proporção de partos normais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribui na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de Saúde, no contexto do modelo assistencial adotado.

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

PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL DE MÃES RESIDENTES EM CAMPINAS

Ano	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
vaginal	5.423	4.997	5.069	5.440	5.634	5.441	4.917	5.155	4.945	5.210	5.655	5.352
cesaria	8.224	8.373	8.602	8.788	8.902	9.271	9.547	9.657	10.073	10.421	10.136	9.425
ignorado	9	16	30	8	12	8	12	0	2	13	7	2
total	13.656	13.386	13.701	14.236	14.548	14.720	14.476	14.812	15.021	15.644	15.798	14.779
Proporção	39,7	37,3	37,0	38,2	38,7	37,0	34,0	34,8	32,9	33,3	35,8	36,2

Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática.

DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

Dados atualizados em 13/01/2017, sujeitos à revisão.

Meta 2016: 36%



Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	<p>37% (Total de partos)</p> <p>49% (Parto vaginal no SUS)</p> <p>(dados Parciais)</p>	<p>Meta para 2016: 36% de todos os partos e 50,65% ao considerarmos somente os partos SUS.</p> <p>Recomendações:</p> <p>a) Fortalecer a realização de grupos de gestantes e preparo para o parto vaginal na REDE SUS Campinas</p> <p>b) Aumentar o conhecimento da sociedade sobre os riscos de indicações desnecessárias de cesárea.</p> <p>c) Manter programas de grupos de gestantes e preparo para o parto vaginal.</p> <p>d) Realizar um contínuo processo de discussões junto às equipes de obstetras das maternidades visando à melhoria deste indicador.</p> <p>e) Valorar de forma a dar peso maior no cálculo do IVQ ao cumprimento da meta de parto normal pelas maternidades.</p> <p>f) Discutir valoração diferenciada para parto normal junto a área hospitalar.</p> <p>g) Buscar a capacitação e participação de enfermeiros e médicos da Saúde da Família no acompanhamento do pré-natal de baixo risco</p>
2º Quadrimestre	<p>36,4% (Total de partos)</p>	<p>Meta para 2016: 36,4% de todos os partos e 50,65% ao considerarmos somente os partos SUS.</p>

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



	<p>50% (Parto vaginal no SUS)</p> <p>(dados Parciais)</p>	<p>Embora a taxa de cesareanas tenha diminuído entre as Usuárias do SUS, nos convênios e particulares permanece muito alta, influenciando a análise total dos dados. Ha que se considerar também que as taxas propostas pelo ministério da saúde são irrealis à luz dos avanços tecnológicos nos meios diagnósticos tanto em obstetrícia quanto em perinatologia que contribuem para aumento do índice de partos operatórios.</p> <p>Recomendações: mantidas</p>																														
3º Quadrimestre	<p>36,2% (Total de partos)</p> <p>49,6% (Parto vaginal no SUS)</p>	<p>Meta para 2016: 36,2% de todos os partos e 49,6% ao considerarmos somente os partos SUS.</p> <p>Embora a taxa de cesareanas tenha diminuído entre as Usuárias do SUS, nos convênios e particulares permanece muito alta, influenciando a análise total dos dados. Ha que se considerar também que as taxas propostas pelo ministério da saúde são irrealis à luz dos avanços tecnológicos nos meios diagnósticos tanto em obstetrícia quanto em perinatologia que contribuem para aumento do índice de partos operatórios.</p> <hr/> <p style="text-align: center;">TIPO DE PARTO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>TIPO</th> <th>Vaginal</th> <th>Cesário</th> <th>Não informado</th> <th>Total</th> <th>% parto vaginal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sus</td> <td>4153</td> <td>4226</td> <td>2</td> <td>8381</td> <td>49,6%</td> </tr> <tr> <td>Convenio</td> <td>1198</td> <td>5199</td> <td>0</td> <td>6397</td> <td>18,7%</td> </tr> <tr> <td>Ign</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>100,0%</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>5352</td> <td>9425</td> <td>2</td> <td>14779</td> <td>36,2%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática. DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 13/01/2017, sujeitos à revisão</p> <p>Recomendações:</p> <p>a)Fortalecer a realização de grupos de gestantes e preparo para o parto vaginal na REDE SUS Campinas b)Aumentar o conhecimento da sociedade sobre os riscos de indicações desnecessárias de cesárea. c) Manter programas de grupos de gestantes e preparo para o parto vaginal. d) Realizar um contínuo processo de discussões junto às equipes de obstetras das maternidades visando à melhoria deste indicador. e)Valorar de forma a dar peso maior no cálculo do IVQ ao cumprimento da meta de parto normal pelas maternidades.</p>	TIPO	Vaginal	Cesário	Não informado	Total	% parto vaginal	Sus	4153	4226	2	8381	49,6%	Convenio	1198	5199	0	6397	18,7%	Ign	1	0	0	1	100,0%	Total	5352	9425	2	14779	36,2%
TIPO	Vaginal	Cesário	Não informado	Total	% parto vaginal																											
Sus	4153	4226	2	8381	49,6%																											
Convenio	1198	5199	0	6397	18,7%																											
Ign	1	0	0	1	100,0%																											
Total	5352	9425	2	14779	36,2%																											

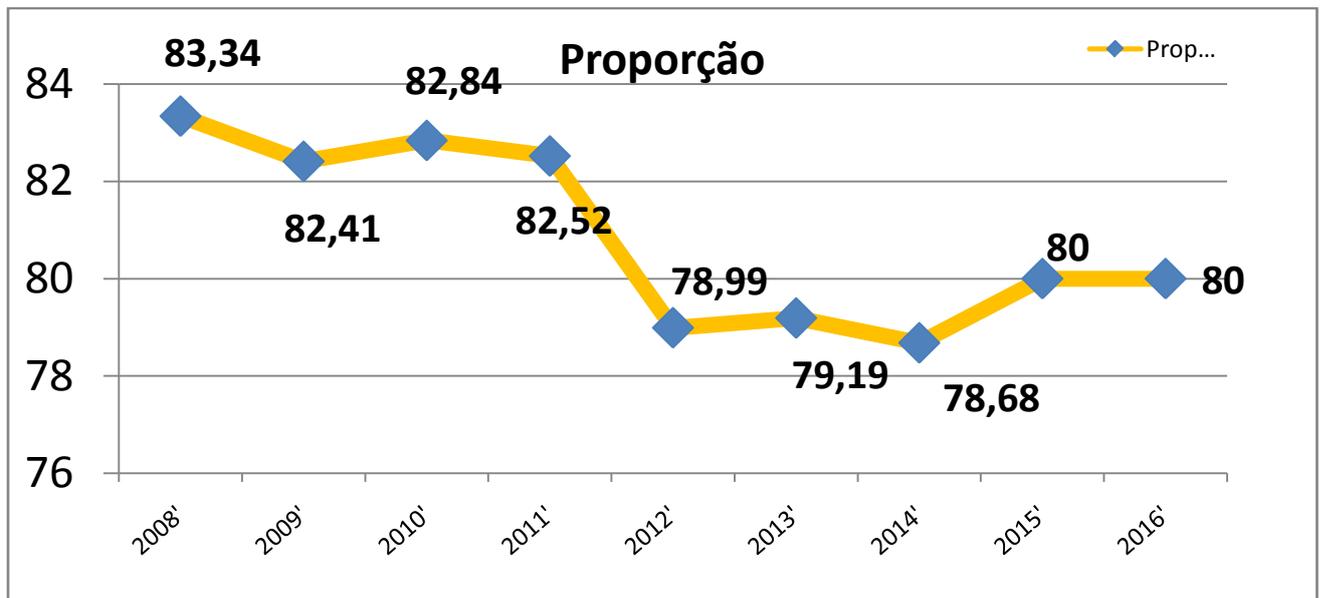
OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



		<p>f) Discutir valoração diferenciada para parto normal junto a área hospitalar.</p> <p>g) Buscar a capacitação e participação de enfermeiros e médicos da Saúde da Família no acompanhamento do pré-natal de baixo risco</p>
--	--	---

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

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



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

Meta 2016: 80%



Resultados	Considerações/Recomendações																																							
1º Quadrimestre	76%	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Período:2016</th> </tr> <tr> <th>NºCons Pré-Natal</th> <th>SUS</th> <th>Convenio</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nenhuma</td> <td>46</td> <td>20</td> <td>66</td> </tr> <tr> <td>1-3 consultas</td> <td>102</td> <td>42</td> <td>144</td> </tr> <tr> <td>4-6 consultas</td> <td>376</td> <td>229</td> <td>605</td> </tr> <tr> <td>7e+ consultas</td> <td>1619</td> <td>1302</td> <td>2921</td> </tr> <tr> <td>Ignorado</td> <td>48</td> <td>36</td> <td>84</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>2191</td> <td>1629</td> <td>3820</td> </tr> <tr> <td>Perc. 7e+ consultas</td> <td>42%</td> <td>34%</td> <td>76%</td> </tr> </tbody> </table>			Período:2016				NºCons Pré-Natal	SUS	Convenio	Total	Nenhuma	46	20	66	1-3 consultas	102	42	144	4-6 consultas	376	229	605	7e+ consultas	1619	1302	2921	Ignorado	48	36	84	Total	2191	1629	3820	Perc. 7e+ consultas	42%	34%	76%
Período:2016																																								
NºCons Pré-Natal	SUS	Convenio	Total																																					
Nenhuma	46	20	66																																					
1-3 consultas	102	42	144																																					
4-6 consultas	376	229	605																																					
7e+ consultas	1619	1302	2921																																					
Ignorado	48	36	84																																					
Total	2191	1629	3820																																					
Perc. 7e+ consultas	42%	34%	76%																																					
<p>Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática. DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.</p>																																								

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



		<p>Dados atualizados em 29/04/2016, sujeitos à revisão</p> <p>Recomendações:</p> <p>a) Reorganizar as equipes de saúde, incluindo ginecologista a partir de novas contratações após resultados do último concurso.</p> <p>b) Contratar e treinar número suficiente de agentes comunitários de saúde.</p> <p>c) Realizar busca ativa de gestantes menos assíduas.</p>																																													
2º Quadrimestre	81%	<p>Apesar de um grande número de gestantes tenha feito sete ou mais consultas, o índice de sífilis congênita chama a atenção para a qualidade desse pré natal sendo necessário que se estabeleça um cuidado maior e uma estratégia específica para que esses índices apresentem queda.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">PERCENTUAL DE CONSULTAS DE PRE-NATAL POR NASCIDOS VIVOS ANO 2016* PARCIAL</th> </tr> <tr> <th>Nº CONS. PRE NATAL</th> <th>Sus</th> <th>Convenio</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>nenhuma</td> <td>62</td> <td>27</td> <td>89</td> </tr> <tr> <td>1-3 consultas</td> <td>251</td> <td>83</td> <td>334</td> </tr> <tr> <td>4-6 consultas</td> <td>918</td> <td>588</td> <td>1506</td> </tr> <tr> <td>7e+ consultas</td> <td>4430</td> <td>3741</td> <td>8171</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>5661</td> <td>4439</td> <td>10100</td> </tr> <tr> <td>Perc. 7e+ consultas</td> <td>78%</td> <td>84%</td> <td>81%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática. DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 09/09/2016, sujeitos à</p> <p>Recomendações mantidas</p>	PERCENTUAL DE CONSULTAS DE PRE-NATAL POR NASCIDOS VIVOS ANO 2016* PARCIAL				Nº CONS. PRE NATAL	Sus	Convenio	Total	nenhuma	62	27	89	1-3 consultas	251	83	334	4-6 consultas	918	588	1506	7e+ consultas	4430	3741	8171	Total	5661	4439	10100	Perc. 7e+ consultas	78%	84%	81%													
PERCENTUAL DE CONSULTAS DE PRE-NATAL POR NASCIDOS VIVOS ANO 2016* PARCIAL																																															
Nº CONS. PRE NATAL	Sus	Convenio	Total																																												
nenhuma	62	27	89																																												
1-3 consultas	251	83	334																																												
4-6 consultas	918	588	1506																																												
7e+ consultas	4430	3741	8171																																												
Total	5661	4439	10100																																												
Perc. 7e+ consultas	78%	84%	81%																																												
3º Quadrimestre	80,02%	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">PERCENTUAL DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL</th> </tr> <tr> <th>Nº Cons Pré-Natal</th> <th>Sus</th> <th>Convenio</th> <th>Ign</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nenhuma</td> <td>66</td> <td>28</td> <td>1</td> <td>95</td> </tr> <tr> <td>1-3 consultas</td> <td>342</td> <td>108</td> <td>0</td> <td>450</td> </tr> <tr> <td>4-6 consultas</td> <td>1311</td> <td>831</td> <td>0</td> <td>2142</td> </tr> <tr> <td>7e+ consultas</td> <td>6481</td> <td>5345</td> <td>0</td> <td>11826</td> </tr> <tr> <td>Ignorado</td> <td>181</td> <td>85</td> <td>0</td> <td>266</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>8381</td> <td>6397</td> <td>1</td> <td>14779</td> </tr> <tr> <td>% DE 7 + CONS.</td> <td>77,3%</td> <td>84%</td> <td>0%</td> <td>80,02%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fonte: SINASC - Coordenadoria de Informação e Informática. DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 13/01/2017, sujeitos à revisão</p>	PERCENTUAL DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL					Nº Cons Pré-Natal	Sus	Convenio	Ign	Total	Nenhuma	66	28	1	95	1-3 consultas	342	108	0	450	4-6 consultas	1311	831	0	2142	7e+ consultas	6481	5345	0	11826	Ignorado	181	85	0	266	Total	8381	6397	1	14779	% DE 7 + CONS.	77,3%	84%	0%	80,02%
PERCENTUAL DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL																																															
Nº Cons Pré-Natal	Sus	Convenio	Ign	Total																																											
Nenhuma	66	28	1	95																																											
1-3 consultas	342	108	0	450																																											
4-6 consultas	1311	831	0	2142																																											
7e+ consultas	6481	5345	0	11826																																											
Ignorado	181	85	0	266																																											
Total	8381	6397	1	14779																																											
% DE 7 + CONS.	77,3%	84%	0%	80,02%																																											

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



22. Número de testes de sífilis por gestante ANUAL

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

Nº DE TESTES DE SÍFILIS POR GESTANTE

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

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

Meta 2016: 2

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	14,27	<p>Número de VDRL gestante=31.552*/Número de partos:2.211. *De jan/mar de 2016-Dados SIA/SIH/DATASUS. A base de dados do DATASUS NÃO DISPÕE de dados de RESIDENTES no município, só por LOCAL DE ATENDIMENTO. A proposta é trabalhar com dados fornecidos pelo próprio laboratório para o próximo quadrimestre, já que os dados do DATASUS não correspondem aos residentes no município.</p> <p>Recomendações:</p> <p>a) Manter o protocolo municipal com a realização de, no mínimo, dois exames para sífilis durante o pré-natal.</p> <p>b) Implantar as ações do Plano Operativo da Oficina de Combate a sífilis congênita.</p> <p>c) Campanhas de conscientização da população sobre a doença e suas consequências para o RN.</p> <p>d) Ampliar as estratégias de combate a sífilis congênita junto à rede privada. Divulgação do III Fórum de Morbimortalidade Materna e Neonatal de Campinas a se realizar em agosto próximo onde o tema será amplamente abordado.</p> <p>e) estreitar a troca de informações entre o laboratório municipal e a Área Técnica do DS para detecção rápida dos casos de gestantes com sorologia positiva e criar um grupo de controle e combate à sífilis na gestação, que trabalharia pontualmente nas Unidades onde forem encontrados exames alterados.</p>
2º Quadrimestre	2,35	<p>Número de VDRL em gestantes: 11.191 (até junho- por local de atendimento) / Número de partos 4.757 (até junho- por residência) Dados do SIA/SIH/DATASUS acessados em 05/09.</p> <p>O Número de exames de VDRL não é um bom índice no Município de Campinas por que o nosso laboratório usa um teste treponêmico para triagem e o VDRL deveria ser solicitado apenas titulação em casos de testes treponêmicos positivos para determinação da fase da doença e mensalmente até o final da gestação e por 1 ano após o tratamento. Dessa forma só seriam submetidas ao VDRL aquelas com a doença atual ou prévia. Devemos pensar ou em mudar o indicador ou mudar a maneira de interpretação e significado do mesmo.</p>

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



3º Quadrimestre	2,54	<p>Meta atingida. Número de exames de sífilis em gestante: 20.932/Número de partos 8.225</p> <p>Considerações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Os dados sobre teste rápido de sífilis em gestante pela rede, não foram evidenciados nos dados de produção fornecidos pela CAC. ➤ Apesar da restrição de exames laboratoriais, os exames de sífilis em gestante foram mantidos. ➤ Importante manter a disponibilização de exames para este agravo. ➤ Ações conjuntas entre DEVISA, DS, Programa DST/AIDS. <p>Fonte: DATASUS/CAC.*DADOS ATÉ NOVEMBRO</p>
-----------------	------	---

23. Número de óbitos maternos ANUAL

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

SÉRIE HISTÓRICA DA MORTALIDADE MATERNA RES. DA MÃE - CAMPINAS

ANO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2016	2015
NASCIDOS VIVOS	13.581	13.891	14.451	14.806	14.997	14.767	15.122	15.342	15.996	15.798	14.779
ÓBITOS MATERNOS	7	6	4	8	2	5	5	9	9	6	5
RAZÃO MORT. MATER.	51,54	43,19	27,68	54,03	13,34	33,86	33,06	58,66	56,26	37,98	33,83

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

DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

Dados atualizados em 13/01/2017, sujeitos à revisão.

Meta 2016: até 5



Avaliação Anual - Ano 2016	Considerações/Recomendações
5	<p>Meta atingida. A Razão de Mortalidade Materna em 2016= 33,83/100.000 NV. Dados até o dia 13/01/2017.</p> <p>Considerações: A baixa carga horária de ginecologistas em diversas UBS e a distribuição irregular dos mesmos desfavorecendo as regiões mais vulneráveis do município tem dificultado a estabilização da morte materna em níveis mais baixos do que vimos apresentando. A reorganização do pré natal de alto risco do município e o treinamento dos médicos do PSF e enfermeiros para o atendimento do PN de baixo risco nas Unidades, devem ser discutidos e implementados com o máximo de brevidade.</p> <p>Recomendações: a) Reorganizar o pré-natal de alto risco e capacitar PSF e enfermagem para acompanhamento de pré-natal de baixo risco e completar as equipes com ginecologistas. b) Dialogar sobre processo de trabalho visando à qualificação do pré-natal.</p>

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



	<p>c) Reforçar a implementação dos componentes da Rede Cegonha.</p> <p>d) Realizar evento sentinela dos casos visando um contínuo processo de qualificação das equipes de saúde e prevenção da ocorrência de outros eventos.</p> <p>e) Complementar as equipes de saúde com profissionais médicos e enfermeiros, bem como a realização de pré-natal pelos médicos das ESF.</p> <p>f) Manter e fortalecer o Comitê de Morte Materna.</p>
--	---

24. Taxa de Mortalidade Infantil ANUAL

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

TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL

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

Fonte: SIM - Coordenadoria de Informação e Informática. DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 03/02/2017, sujeitos à revisão.

Dados de 2016

CM infantil	0 a 6 dias	7 a 27 dias	28 a 364 dias	< 1 ano
Nº de óbitos	59	25	52	136
Nascidos vivos	14207	14207	14207	14779
Coeficiente	3,3/1000 NV	1,6/1000 NV	3,1/1000 NV	9,2/1000 NV

Dados até o dia 15/01/2017.

Meta 2016: manter 9,20 

Avaliação Anual – 2016	Considerações/Recomendações
<p>9,2/1000 NV</p> <p>136 óbitos em menores de 1 ano em 14.779 nascimentos</p>	<p>Proporcionar discussões no Comitê Municipal de Mortalidade Materno Infantil, dos óbitos infantis, a fim de ampliar as discussões locais e melhorar os acompanhamentos da gestação /parto /RN / puerpério.</p> <p>Considerações:</p> <p>Os coeficientes de mortalidade infantil apresentou um aumento sendo que temos que aguardar a finalização dos dados de nascidos vivos de 2016.</p> <p>Recomendações:</p> <p>a) Manter monitoramento do indicador, assim como a assistência do pré-natal de baixo, médio e alto risco.</p> <p>b) Realizar a captação o mais precoce possível das gestantes.</p> <p>c) Manter vigilância dos óbitos infantis monitorando situações que possam colaborar para aumento da mortalidade.</p> <p>d) Intensificar monitoramento dos leitos de UTI neonatal (ocupação e tempo de permanência) pela CMReg.</p>

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



	<p>e) Manter o acompanhamento precoce das crianças menores de 1 ano(puericultura), promovendo o acompanhamento dos casos de alto risco.</p> <p>f) Aprimorar e rever as primeiras 72h de vida, realizar atendimento no CS do binômio pela Equipe de Saúde, garantindo o Aleitamento Materno.</p> <p>g) Participação dos apoios distritais e da Área da Mulher, Criança e Adolescentes nas discussões Distritais, a fim de viabilizar propostas de atendimento/acompanhamento a fim de qualificar o pré-natal nas Unidades; envolvendo outros serviços quando necessário.</p>
--	---

25. Proporção de óbitos infantis e fetais investigados

Relevância do indicador: identificar determinantes que originaram o óbito, com o objetivo de adotar medidas direcionadas a resolver o problema, evitando a ocorrência de eventos similares.

Meta 2016: 90%



Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	<p>47%</p> <p>Infantis = 40,4%</p> <p>Fetais = 58,6%</p>	<p>19 investigados de 47 ocorridos. Resultados por períodos: 0 a 6 dias- 9/19= 47,4%; 7 a 27 dias- 2/8= 25%; Total neonatal- 0 a 27 dias- 11/27= 40,7%; Tardio- 28 dias a < 1 ano- 8/20= 40%;</p> <p>Fetal- 17 investigados de 29 ocorridos (58,6%) (dados provisórios, o prazo para investigação é de 120 dias a partir da data do óbito).</p> <p>Recomendações:</p> <p>a) Manter e qualificar as discussões locais, bem como todas as ações de qualificação do pré-natal.</p> <p>b) Manter vigilância e ações do Comitê de Mortalidade Materna e Infantil;</p> <p>c) Implementar e qualificar todos os componentes da Rede Cegonha.</p>
2º Quadrimestre	<p>Infantis= 73/89= 82%</p> <p>Fetais= 50/62= 80,7%</p>	<p>Período considerado para análise: Óbitos ocorridos até 31/07/2016 devido à logística da informação para investigação.</p> <p>Prazo para investigação= 120 dias após o óbito Prazo considerado oportuno para investigação= 30 dias após o óbito Óbitos infantis e fetais investigados oportunamente (até 30 dias após o óbito)= 122/163= 75%</p> <p>Por períodos investigados até 120 dias após o óbito= 0 a 6 dias= 33/37= 89,2% 7 a 27 dias= 15/17= 88,2% Pós neo-natal (28 dias até < 1 ano) = 25/35= 71,4%</p> <p>Houve melhora importante na investigação no prazo de 120 dias em relação ao 1º quadrimestre. Mas é preciso melhorar a investigação oportuna.</p>
3º Quadrimestre		Óbitos infantis e fetais investigados oportunamente (até 30 dias após

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



	Ano 2016 80,7%	o óbito) = 197/244= 80,7%																								
	Infantis= 113/137= 83,1%	Resultados por período: 0 a 6 dias = 47/59= 79,7% 7 a 27 dias = 22/25= 88,0% Pós neonatal (28 dias até < 1 ano)= 44/52= 84,6%																								
	Fetais= 84/108= 77,8%	Dados até o dia 15/01/2017. Participação da área da criança e adolescente nas discussões distritais, e ampliar as ações no território.																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ANO</th> <th colspan="2">óbitos infantis</th> <th colspan="2">óbitos fetais</th> </tr> <tr> <th>nº</th> <th>%</th> <th>nº</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2014</td> <td>122/130</td> <td>93,85</td> <td>121/126</td> <td>96,03</td> </tr> <tr> <td>2015</td> <td>129/129</td> <td>100</td> <td>134/135</td> <td>99,26</td> </tr> <tr> <td>2016*</td> <td>113/137</td> <td>82,48</td> <td>84/108</td> <td>77,78</td> </tr> </tbody> </table>			ANO	óbitos infantis		óbitos fetais		nº	%	nº	%	2014	122/130	93,85	121/126	96,03	2015	129/129	100	134/135	99,26	2016*	113/137	82,48	84/108	77,78
ANO	óbitos infantis			óbitos fetais																						
	nº	%	nº	%																						
2014	122/130	93,85	121/126	96,03																						
2015	129/129	100	134/135	99,26																						
2016*	113/137	82,48	84/108	77,78																						
<p>Fonte: SIM/CII dados até 01/02/2017</p> <p>* - Dados provisórios - período de investigação de até 120 dias</p>																										

26. Proporção de óbitos maternos investigados

Relevância do indicador: identificar a causa do óbito materno e o que a originou com o objetivo de evitar a ocorrência de eventos similares

Meta 2016: 100% 

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	100%	Ocorreram dois óbitos maternos neste 1º quadrimestre e já foram investigados.
2º Quadrimestre	100%	Os três óbitos ocorridos de 01 de janeiro até 31 de agosto de 2016 foram investigados
3º Quadrimestre	100%	Meta atingida. Cinco óbitos ocorridos e investigados. Causas diretas: 3 óbitos (e evitáveis) , Causa indireta: 1 óbito (inevitável) e Causa inconclusiva porque o óbito ocorreu em domicílio e ainda não foi recebido o laudo do IML. Recomendações: 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. Implementar todos os componentes da Rede Cegonha, tendo como finalidade a prevenção da ocorrência do evento morte materna. Valorar no contrato de metas assistência dentro dos protocolos ministeriais (Maternidade de Campinas e HMCP).

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



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

Relevância do indicador: Detectar casos de óbitos maternos não declarados, ou descartar, após investigação, a possibilidade dos óbitos dessas mulheres terem sido maternos, independente da causa declarada no registro original.

Meta 2016: 90% 

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	43,8%	No primeiro quadrimestre ocorreram 89 óbitos e foram investigados até o momento 39 óbitos. Cumprir ressaltar que o prazo para investigação de óbitos é de até 120 dias a partir da data do óbito. Resultado de 2015= 6 óbitos maternos e todos investigados; 284 óbitos MIF investigados de 286 ocorridos (99,3%) Recomendações: manter a investigação de todos os óbitos.
2º Quadrimestre	79,9%	Período considerado para análise: óbitos ocorridos até 31/07/2016 devido à logística da informação para investigação. 139 óbitos investigados entre 174 ocorridos.
3º Quadrimestre	Ano 2014: 100% Ano 2015: 100% Ano 2016: 78,3%	216 óbitos investigados entre 276 ocorridos. Dados até o dia 15/01/2017. Cumprir ressaltar que o prazo para investigação de óbitos é de até 120 dias a partir da data do óbito. – Portanto, este indicador poderá modificar ultrapassando os 90%.

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

Relevância do indicador: Ajuda a analisar a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades durante a gestação e também durante o parto.

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

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

ANO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sífilis Gestantes	21	98	142	169	271	269	319
Sífilis congênita	14	21	30	59	71	86	87
Taxa de detecção de sífilis gestante	1,4	6,64	9,39	11,02	16,94	16,67	21,1
Coefficiente de incidência sífilis congênita	0,93	1,42	1,98	3,85	4,44	5,33	5,75

Fonte: DeVISA Campinas atualizado até 22.02.2017

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

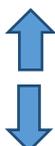


Meta para 2016: 36



Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	39	<p>A meta da OPAS é uma meta ousada, que os países da América Latina enfrentam dificuldades para persegui-la, porém, a meta de eliminação da sífilis congênita deve ser nosso objetivo a ser alcançado. Neste quadrimestre superamos a meta anual. Avaliamos que os pontos críticos do sistema são: a baixa detecção da sífilis na gestante, o aumento da prevalência da sífilis na população e baixa adesão do parceiro sexual da gestante ao tratamento; esses dois últimos fatores propiciam que a gestante se infecte ou reinfecte durante o período gestacional.</p> <p>Para fortalecimento do enfrentamento deste agravo, sugerimos a implantação de teste rápido nas maternidades da rede de assistência e na rede básica com vistas a ampliar a oferta diagnóstica e de forma oportuna para gestantes mais vulneráveis. Além de propor acompanhamento ao parceiro sexual da gestante apropriado a cada casal.</p> <p>Recomendações: Manter todas as ações programadas na Oficina de Sífilis Congênita realizada em outubro de 2014.</p> <p>a) ações de tratamento do parceiro, pois isto tem demonstrado uma grande fragilidade na prevenção da sífilis congênita no Município de Campinas.</p> <p>b) ações de avaliar e qualificar o pré-natal, implantar ações de envolvimento do parceiro para o acompanhamento do pré-natal.</p> <p>c) ações de capacitação para profissionais médicos e enfermeiros nos Distritos de Saúde.</p> <p>d) Vigilância de exames laboratoriais da rede privada.</p> <p>e) orientação dos profissionais da rede privada quanto ao tratamento da gestante.</p> <p>f) Discussão dos casos de sífilis congênita nos Comitês Distritais de Mortalidade Materna e Infantil.</p>
2º Quadrimestre	84	<p>Destes casos, em 8 os parceiros foram tratados, em 30 a informação é ignorada e em 46 o parceiro não foi tratado.</p> <p>Reiteradas as observações do quadrimestre anterior. Destaca-se a importância elaborar estratégias para sensibilizar o parceiro para que realize o tratamento completo.</p>
3º Quadrimestre	87	<p>Meta não atingida.</p> <p>Total de 87 casos de Sífilis Congênita, entre estes 5 abortos e 5 natimortos e 77 crianças com Sífilis. Houve um total de 189 notificações, sendo 102 casos descartados.</p> <p>Reitera-se a importância de desenvolvimento de estratégias para o tratamento da mulher e seu parceiro e evitar a reinfecção durante a gravidez.</p> <p>DADOS: até 22/02/2017. FONTE: SINAN/DEVISA</p>

OBS.:



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



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

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

29. Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS

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

COBERTURA DE CENTROS DE APOIO PSICO-SOCIAL								
Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Proporção	1,23	1,31	1,44	1,33	1,41	1,41	1,22	1,22

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

Meta 2016: 1,51 

Resultados	Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre 1,45	<p>CAPS AD III Sudoeste em processo da locação de imóvel frente, sendo que pela dificuldade de encontrar 1 casa, foi proposto então 2 casas, uma já com contrato em processo final junto a Secretaria de ADM, outra ainda em negociação</p> <p>CAPS com gestão municipal: 2 CAPSI J sendo 1 na região Noroeste e na região Sul, ambos tipo II, 1 CAPS AD na região SUDOESTE em formação neste momento Tipo II.</p> <p>CAPS conveniados pela SMS sendo gestão realizada pelo Serviço de Saúde Candido Ferreira: 4 CAPs TIPO II sendo (2 infanto-juvenil Leste-Norte e Sudoeste), 2 CAPs AD tipo II (SUL E Noroeste), 7 CAPs TIPO III, sendo 6 deles com atenção voltada ao quadro de neuróticos e psicóticos graves assim distribuídos: 1 região LESTE, 2 SUDOESTE, 1 SUL, 1 NOREOSTE 1 NORTE. E 1 CAPs AD região LESTE-NORTE.</p> <p>As residências Terapêuticas são classificadas quanto a necessidade do cuidado de gestão interna, ou seja: Tipo I (autonomia) e Tipo II (os moradores demandam cuidados e dependência). Os serviços de residências terapêuticas são conveniados pela SMS sendo gestão realizada pelo Serviço de Saúde Candido Ferreira e temos 20 residências no Município:</p> <ul style="list-style-type: none"> • LESTE (8): 2 Tipo I e 6 Tipo II; • SUL (2): 1 Tipo I e 1 Tipo II; • NORTE (2): 1 Tipo I e 1 Tipo II; • SUDOESTE (5): 4 Tipo I e 1 TIPO II; • NOROESTE (3): 3 Tipo I. <p>Recomendações: a) Finalizar a implantação do CAPSi Sul (organização e habilitar junto ao MS).</p>

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



		<p>b) Implantar CAPS AD III Sudoeste.</p> <p>c) Adequar à área física dos seguintes Serviços, com início das obras previsto para 2016: CAPS Integração (Reformas e ampliação) e CAPS AD Faria Lima (Construção), reforma do Tear das Artes com recurso próprio da PMC.</p> <p>d) No segundo semestre de 2016: Transformar CAPS AD Antônio Orlando em III -24h constituído com 10 leitos/noite.</p>
2º Quadrimestre	1,49	<p>Sob Gestão Municipal, foi inaugurado CAPS I no Distrito Noroeste, no Distrito SUL CAPS I em processo de mudança de imóvel próprio da PMC e complementação das equipes.</p> <p>No Distrito Sudoeste onde já estão em atividade temos equipe do CAPS AD III que devido à dificuldade de locação de imóvel para contemplar a demanda, está em processo de locação de 2 imóveis. Sendo que 1 das casas em andamento no departamento administrativo para fechamento de contrato, a outra sendo realizada busca ativa por toda equipe e colegiado distrital.</p> <p>Neste momento 1 CAPS AD II na região SUDOESTE atuando tipo II.</p> <p>CAPS conveniados pela SMS sendo gestão realizada pelo Serviço de Saúde Candido Ferreira: 4 CAPs TIPO II sendo 2 infanto-juvenil (Leste-Norte e Sudoeste), 2 CAPs AD tipo II (SUL E Noroeste), 7 CAPs TIPO III, sendo 6 deles com atenção voltada ao quadro de neuróticos e psicóticos graves assim distribuídos: 1 região LESTE, 2 SUDOESTE, 1 SUL, 1 NOROESTE e 1 NORTE. E 1 CAPs AD região LESTE-NORTE.</p> <p>As residências Terapêuticas são classificadas quanto à necessidade do cuidado de gestão interna, ou seja: Tipo I (autonomia) e Tipo II (os moradores demandam cuidados e dependência). Os serviços de residências terapêuticas são conveniados pela SMS sendo gestão realizada pelo Serviço de Saúde Candido Ferreira e temos 20 residências no Município:</p> <ul style="list-style-type: none">• LESTE (8): 2 Tipo I e 6 Tipo II;• SUL (2): 1 Tipo I e 1 Tipo II;• NORTE (2): 1 Tipo I e 1 Tipo II;• SUDOESTE (5): 4 Tipo I e 1 TIPO II;• NOROESTE (3): 3 Tipo I. <p>-Foi entregue a Manutenção Predial do CAPS I Noroeste em 28/06/2016.</p> <p>-CAPS AD Faria lima será construído pelo Programa Estadual Requalifica UBS – ver melhores informações com Núcleo de Convênios Governamentais/ DGDO</p> <p>-Processo de locação de Imóvel para CAPS i Sul está sendo finalizado: há problema com documentação de inventário.</p> <p>-Processo de locação de Imóvel para CAPS AD III Sudoeste está em tramitação e encontra-se no Comitê Gestor.</p> <p>Recomendações:</p> <p>a) Realizar mudança do CAPSi Sul (organização e habilitar junto ao MS).</p> <p>b) Implantar CAPS AD III Sudoeste com os imóveis adequados.</p> <p>c) Adequar à área física dos seguintes Serviços, com início das obras previsto para</p>

OBS.:



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



		<p>2016: CAPS Integração (Reformas e ampliação) e CAPS AD Faria Lima (Construção), reforma do Tear das Artes com recurso próprio da PMC.</p> <p>d) No segundo semestre de 2016: Transformar CAPS AD Antonio Orlando em III - 24h constituído com 10 leitos/noite.</p>
3º Quadrimestre	1.45	<p>Sob Gestão Municipal, foi inaugurado CAPS I no Distrito Noroeste, no Distrito SUL CAPS I em processo de mudança de imóvel próprio da PMC e complementação das equipes.</p> <p>No Distrito Sudoeste onde já estão em atividade temos equipe do CAPS AD III que devido à dificuldade de locação de imóvel para contemplar a demanda, está em processo de locação de 2 imóveis. Sendo que 1 das casas em andamento no departamento administrativo para fechamento de contrato, a outra sendo realizada busca ativa por toda equipe e colegiado distrital.</p> <p>Neste momento 1 CAPS AD II na região SUDOESTE, a equipe está atuando como CAPS AD tipo II. Porém, como o serviço ainda não possui sede, não será considerado para efeito do cálculo deste indicador</p> <p>CAPS conveniados pela SMS sendo gestão realizada pelo Serviço de Saúde Candido Ferreira: 3 CAPs TIPO II sendo 2 infanto-juvenil (Leste-Norte e Sudoeste), 1 CAPs AD tipo II SUL , 8 CAPs TIPO III, sendo 6 deles com atenção voltada ao quadro de neuróticos e psicóticos graves assim distribuídos: 1 região LESTE, 2 SUDOESTE, 1 SUL, 1 NOROESTE e 1 NORTE. E 2 CAPs AD III (1 de referencia para região LESTE-NORTE e outro de referencia para região sudoeste noroeste através da requalificação de um CAPS AD II em CAPS AD III).</p> <p>As residências Terapêuticas são classificadas quanto à necessidade do cuidado de gestão interna, ou seja: Tipo I (autonomia) e Tipo II (os moradores demandam cuidados e dependência). Os serviços de residências terapêuticas são conveniados pela SMS sendo gestão realizada pelo Serviço de Saúde Candido Ferreira e temos 20 residências no Município:</p> <ul style="list-style-type: none">• LESTE (8): 2 Tipo I e 6 Tipo II;• SUL (2): 1 Tipo I e 1 Tipo II;• NORTE (2): 1 Tipo I e 1 Tipo II;• SUDOESTE (5): 4 Tipo I e 1 TIPO II;• NOROESTE (3): 3 Tipo I. <p>- CAPS AD Faria lima será construído pelo Programa Estadual Requalifica UBS – ver melhores informações com Núcleo de Convênios Governamentais/ DGDO</p> <p>-Processo de locação de Imóvel para CAPS AD III Sudoeste está em tramitação e encontra-se no Comitê Gestor.</p> <p>Iniciado reforma de adequação do prédio da antiga sede do CAPS III Sul para abrigar o CAPSi do distrito Sul</p>
PAS 2017	1,53	<p>Finalizar a adequação das equipes dos caps de gestão direta da PMC</p> <p>Finalizar a Reforma do prédio da antiga sede do caps III Sul e realocar neste espaço o CAPSi Sul</p>

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



	<p>Monitorar o processo de construção do CAPS AD III da Sudoeste Monitorar o processo de locação da sede provisória do CAPS AD Sudoeste Iniciar a reclassificação do CAPS AD II Sul para CAPS AD III Sul Meta municipal de cobertura para final de 2017, considerando a base populacional de 1.173.370: 1.53</p>
--	--

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

Meta 2015 0,33, 2016 0,4

Meta 2016: 0,40



Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	0,4	<p>Recomendações:</p> <p>a) Ampliar a discussão sobre internação psiquiátrica em Hospital Geral com demais parceiros conveniados (PUC) da PMC que possuem Hospital Geral.</p> <p>b) Aguardando a ampliação de leitos no CHPEO, já contemplados no chamamento com previsão para 1º semestre de 2017.</p> <p>c) Reavaliado a necessidade de manutenção de leitos psiquiátricos em hospital psiquiátrico, sendo pactuado um cronograma de redução gradativa do nº de leitos, iniciando com o desligamento de 10 leitos até final do 1º semestre de 2016 e mais 10 sendo desligados até no 2º de 2016, totalizando o fechamento de 20 leitos em 2016.</p> <p>d) Implantação do PS psiquiátrico no CHPEO contando com 3 leitos de observação no 2º semestre de 2016.</p>
2º Quadrimestre	0,4	<p>Recomendações:</p> <p>a) Ampliar a discussão sobre retaguarda psiquiátrica em PS de Hospital Geral com demais parceiros conveniados (PUC) da PMC .</p> <p>b) Aguardando a ampliação de leitos no CHPEO, já contemplados no chamamento com previsão para 1º semestre de 2017.</p> <p>c) Executar o que foi pactuado no cronograma de redução gradativa do nº de leitos do Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira, iniciando com o desligamento de 10 leitos até final do 1º semestre de 2016 e mais 10 sendo desligados até no 2º de 2016, totalizando o fechamento de 20 leitos em 2016.</p> <p>d) Implantação do PS psiquiátrico no CHPEO contando com 3 leitos de observação no 2º semestre de 2016.</p> <p>Obs: Realizado ajuste no indicador, pois houve um equívoco em não considerar os leitos de retaguarda em hospital psiquiátrico no denominador</p>
3º Quadrimestre	0,5	Atualmente: 20 leitos psiquiátricos no CHPEO e 20 leitos psiquiátricos em hospital psiquiátrico (SSCF)
PAS 2017	1	Ampliação de 5 leitos de retaguarda psiquiátrica em hospital geral do CHPEO Dar continuidade a Política de desinstitucionalização, fortalecendo a Rede de cuidado territorial, com redução gradual da utilização de leitos psiquiátricos em hospital

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



	psiquiátrico. Estimular novas parcerias para ampliação de retaguarda psiquiátrica em hospitais gerais
--	--

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

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

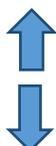


Meta 2016: 100%



Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	100%	Recomendações: a) Manter a produção dos dados. b) Ampliar a utilização de informações de saúde mental como instrumento de gestão pela coordenação local.
2º Quadrimestre	100%	Recomendações mantidas
3º Quadrimestre	100%	a) Manter a produção dos dados. b) Ampliar a utilização de informações de saúde mental como instrumento de gestão pela coordenação local
PAS 2017	100%	a) Manter a produção dos dados. b) Ampliar a utilização de informações de saúde mental como instrumento de gestão pela coordenação local

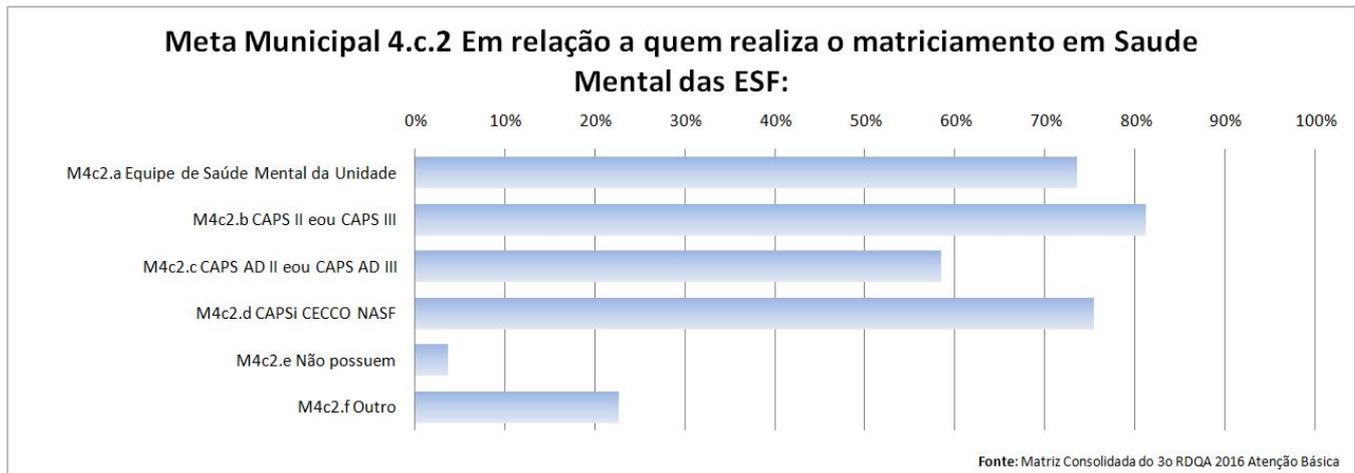
OBS.:



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



Meta Municipal 4.c – Unidades de Saúde mental com equipes capacitadas na atenção a grupos específicos em conformidade com a missão do serviço. Indicador razão de unidades de saúde com matriciamento= número de unidades que recebem matriciamento de saúde mental/total de unidades de saúde. 2015 95% e a partir de 2016 100%.

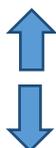


Meta 2016: 100%



Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	100%	<p>Recomendações:</p> <p>a) Manter a meta de atingir 100% de matriciamento as unidades de atenção básica, apoiando e participando ativamente da implantação dos NASFs, qualificando o processo de matriciamento e cuidado integral e resolutivo ao usuário do SUS Campinas.</p> <p>b) Ampliar as discussões clínicas em Rede para fortalecer a linha de cuidado do usuário com sofrimento mental.</p> <p>c) Organizar as diversas formas de matriciamento em instrumentos que facilitem os variados espaços de discussão existentes na RAPS.</p>
2º Quadrimestre	100%	<p>Recomendações mantidas</p>
3º Quadrimestre	100%	<p>a) Manter a meta de 100% de matriciamento as unidades de atenção básica, apoiando e participando ativamente da implantação dos NASFs, qualificando o processo de matriciamento e cuidado integral e resolutivo ao usuário do SUS Campinas.</p> <p>b) Ampliar as discussões clínicas em Rede para fortalecer a linha de cuidado do usuário com sofrimento mental.</p>
PAS 2017	100%	<p>a) Manter a meta de 100% de matriciamento as unidades de atenção básica, apoiando e participando ativamente da implantação dos NASFs, qualificando o processo de matriciamento e cuidado integral e resolutivo ao usuário do SUS</p>

OBS.:



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



		<p>Campinas.</p> <p>b) Ampliar as discussões clínicas em Rede para fortalecer a linha de cuidado do usuário com sofrimento mental.</p> <p>c) Qualificar o matriciamento através da análise qualitativa das atividades desenvolvidas</p>
--	--	---

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

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

Meta 2016: 80%



Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	65%	<p>Recomendações:</p> <p>Trabalhar a apropriação das equipes de saúde da família em relação aos usuários com transtornos mentais, melhorar e qualificar os dados de registros destes pacientes na atenção básica.</p>
2º Quadrimestre	65%	<p>Recomendações:</p> <p>Trabalhar a apropriação e qualificação das equipes de saúde da família em relação aos usuários com transtornos mentais.</p> <p>Intensificar o trabalho junto a Equipe de Saúde da Família na apropriação da importância do registro dos dados destes pacientes na atenção básica.</p>
3º Quadrimestre	70%	<p>45 unidades realizam algum registro dos usuários com transtorno mental e uso de álcool e outras drogas. Porém, apenas algumas unidades apresentam sistematização deste instrumento e utilização do mesmo dentro de seu processo de trabalho. Intensificar o trabalho junto a Equipe de Saúde da Família na apropriação da importância do registro dos dados destes pacientes na atenção básica.</p>
PAS 2017	100%	<p>Implantar o agendamento/acesso para avaliação em saúde mental na atenção primária através de profissionais da equipe de saúde da família de referência do usuário em 100% das unidades de atenção primária</p> <p>Implantar instrumento de monitoramento dos casos de saúde mental do território de referência por equipe de saúde da família</p>

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

Meta Municipal 4.e – Fortalecer as ações de reinserção social e de promoção da saúde relacionadas a associação do consumo de álcool, situações de violência e sofrimento mental, através da ampliação de Centros de convivência até atingir 10 Centros de Convivência em 2017. Sendo: 2015: 08, 2016:09 e 2017:10.

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



Meta 2016:9



Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	8	Recomendações: Ampliar 1 CECO no Distrito de Saúde Norte, completando a equipe técnica (RH) de um CECO para região do Boa Vista, atingindo a meta 2017 de 9 CECOS no município.
2º Quadrimestre	7	Recomendações: Reestruturar 1 CECO no Distrito de Saúde Norte, completando a equipe técnica (RH) de um CECO para região do Boa Vista, permanecendo com 8 equipamentos e assim DEIXAR NOSSA META MUNICIPAL EM 8, não mais 9 conforme pactuado mas não possível neste momento.
3º Quadrimestre	9	Atualmente possuímos 2 CECOS na região sul (Rosa dos Ventos e Portal das Artes), 2 CECOS na região sudoeste (Tear da Artes e Andorinhas), 2 CECOS na região leste (espaço das Vilas e Casa dos Sonhos), 1 CECO na Região Noroeste (CECO Toninha), 2 CECO na Norte (CECO Viver e conviver-equipe incompleta e CECO Aurélia)
PAS 2017	9	Estruturação do CECO Norte "Viver e Conviver" com complementação de RH faltante.

Meta Municipal 4.f – Garantir a gestão participativa nas unidades especializadas em saúde mental em 100% das unidades. Indicador: número de unidades com gestão participativa/ total de unidades. Meta em 2015: 50%, 2016: 80% e em 2017: 100%

Meta 2016: 80%



Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	67%	Recomendações: Aproximação das equipes de SF das UBS com os CAPS, através de Matriciamento, discussão de casos, compartilhamento do PTS, que as agendas dos profissionais envolvidos tenham disponibilidade para essas atividades.
2º Quadrimestre	95%	Recomendações: Garantir a continuidade da gestão participativa nas unidades e para primeiro semestre de 2017 100%
3º Quadrimestre	90%	Alguns equipamentos tem equipes pequenas demais (CECOS) o que não comportaria a composição de um colegiado gestor
PAS 2017	100%	Garantir a continuidade da gestão participativa nas unidades e para primeiro semestre de 2017 100% Qualificar as formas de gestão compartilhadas executadas nos serviços

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

Meta para 2015: ampliar 5, 2016: ampliar 5 vagas e manter em 2017. (Em final de 2014 – existiam 162 vagas). – Meta 2016: 172 vagas

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

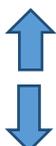


Meta 2016: 172



Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	163	<p>Considerações: Capacidade/vagas: 163 - 1ºQ / 2016, após readequações e realocações (Portaria MS/GM nº 3.090 de 23 de dezembro de 2011) realizadas ao longo de 2015, foi ampliada 01 vaga de SRT. Das 163 vagas são 86 vagas para residências tipo II e 77 vagas para residência tipo I.</p> <p>Ocupação/moradores: 151 - 1ºQ / 2016 o que mostra uma taxa de ocupação de 92,6%. Dos 151 moradores 83 são residentes de moradias tipo II, o que leva a uma taxa de ocupação para este perfil de moradores de 96,5%, sendo que o tipo I possui uma taxa de ocupação de 88,3%.</p> <p>Recomendações: Ampliar discussão na comissão de avaliação das residências terapêuticas, discutir a inserção de usuários mediante a necessidade e disponibilidade de novas habilitações bem como o recebimento de pedido para receber os usuários oriundos das desospitalizações que estão ocorrendo no estado de São Paulo.</p>
2º Quadrimestre	163	<p>Capacidade/vagas: 163 - 1ºQ / 2016, após readequações e realocações (Portaria MS/GM nº 3.090 de 23 de dezembro de 2011) realizadas ao longo de 2015, foi ampliada 01 vaga de SRT. Das 163 vagas são 86 vagas para residências tipo II e 77 vagas para residência tipo I.</p> <p>Ocupação/moradores: 151 - 1ºQ / 2016 o que mostra uma taxa de ocupação de 92,6%. Dos 151 moradores 85 são residentes de moradias tipo II, o que leva a uma taxa de ocupação para este perfil de moradores de 98,8%, sendo que o tipo I possui uma taxa de ocupação de 85,7%.</p> <p>Recomendações: Ampliar discussão na comissão de avaliação das residências terapêuticas de como qualificar o perfil de inserção dos usuários.</p> <p>As condições clínicas e sociais muitas vezes acabam se associando e as discussões necessitam de protocolos.</p>
3º Quadrimestre	163	<p>Capacidade/vagas: 163 - 1ºQ / 2016, após readequações e realocações (Portaria MS/GM nº 3.090 de 23 de dezembro de 2011) realizadas ao longo de 2015, foi ampliada 01 vaga de SRT. Das 163 vagas são 86 vagas para residências tipo II e 77 vagas para residência tipo I.</p> <p>Hoje temos 155 usuários inseridos, com disponibilidade atual de 8 vagas, não demandando no momento a necessidade de ampliação destas. A previsão de ampliação para 172 vagas foi por demanda no início de 2016, que já foi absorvida pela rede assistencial atual.</p>
PAS 2017	163	<p>Reavaliação freqüente do censo e necessidade de abertura de novas casas devido ao processo de desinstitucionalização do Estado de São Paulo. Neste momento, não há como prever a necessidade de ampliação de vagas, pois o processo está em andamento.</p>

OBS.:



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



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

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

30. Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).

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

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

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

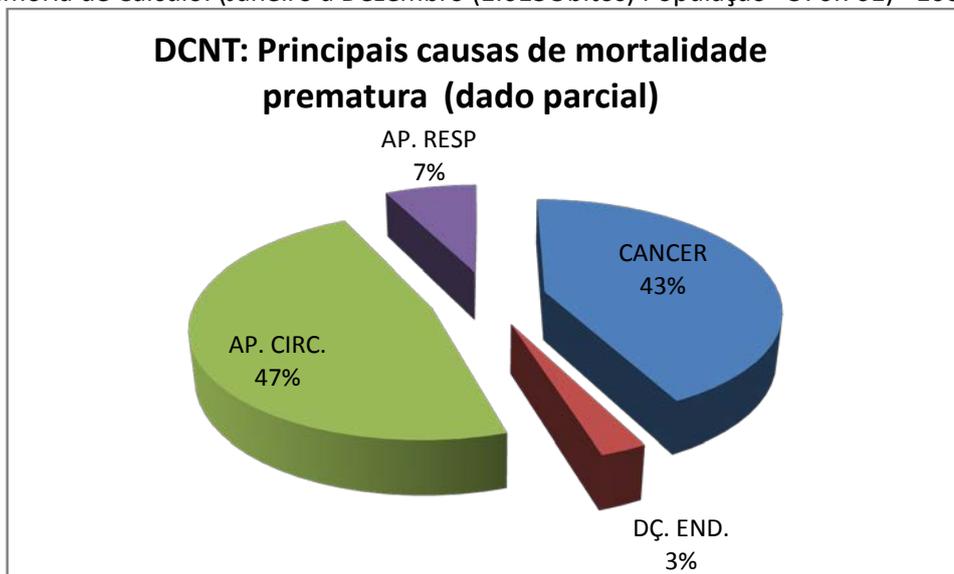
Ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Taxa mort. Prematura (< 70 anos)	334,94	311,02	307,58	307,93	297,62	299,13	290,93	286,65	284,37	307,06	282,95

Fonte: SIM - Coordenadoria de Informação e Informática.

DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

Dados atualizados em 03/02/2017, sujeitos à revisão.

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



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

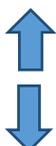


Meta para 2016: 284,13



ANO 2016	Considerações/Recomendações										
282,95 <table border="1"><tr><td>CID C00 - C97</td><td>686</td></tr><tr><td>CID E10 - E14</td><td>43</td></tr><tr><td>CID I00 - I99</td><td>766</td></tr><tr><td>CID J30 - J98</td><td>120</td></tr><tr><td>Total</td><td>1615</td></tr></table>	CID C00 - C97	686	CID E10 - E14	43	CID I00 - I99	766	CID J30 - J98	120	Total	1615	<p>Recomendações:</p> <p>a) Ampliar para os outros distritos de saúde a “Alta Programada – ICSAP” hoje realizado no Hospital Municipal Dr. Mário Gatti e no Distrito de Saúde Sul.</p> <p>b) Manter as ações de prevenção, dentre elas a imunização.</p> <p>c) Promover ações educativas voltadas para a população insulino-dependente.</p> <p>d) Aumentar grupos de Tabagismo formalmente instituído recebendo e registrando insumos fornecidos.</p> <p>e) Ampliar os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) a partir do monitoramento dos pacientes através do GEMM.</p> <p>f) Realizar cadastro dos hipertensos e diabéticos através do E-SUS. (Sistema em fase de implantação).</p> <p>g) Incentivar ações de promoção e educação em saúde voltada para a abordagem do alcoolismo.</p> <p>h) Monitorar e analisar óbitos com a instituição hospitalar e com as unidades de procedência do usuário.</p> <p>i) Implantação do protocolo da saúde do homem utilizando-se de estratégias bem-sucedidas como, por exemplo, o pré natal da mulher.</p> <p>Quanto as ações de promoção e prevenção as DCNT, apenas 43 % das U.B.S. descreveram que realizam práticas integrativas, comentando quais, provavelmente devido a diretriz não orientá-los quanto a isto. Sugestão: Orientar U.B.S. a descreverem suas ações de promoção e prevenção as DCNT.</p> <ul style="list-style-type: none">• Após a realização do curso de auriculoterapia em conjunto com o Ministério da Saúde, Universidade Federal de Florianópolis, tendo Campinas como uma das cidades multiplicadoras da técnica, com formação de duzentos (200) profissionais em Campinas e região, aumentado oferta da técnica.• Finalizado Curso de Formação de multiplicadores da Saúde Integrativa.• Finalizado a Primeira, segunda e terceira parte do curso de Qualificação em Lian Gong, conforme planejamento de 2016.• Não realizado capacitação de Lian Gong (primeira e segunda parte) por problemas de RH.• Realizado o curso de caminhar para a saúde, capacitando 70 profissionais visando fortalecer os programas de promoção e prevenção das DCNTs.
CID C00 - C97	686										
CID E10 - E14	43										
CID I00 - I99	766										
CID J30 - J98	120										
Total	1615										

OBS.:



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



- Quanto as ações de promoção e prevenção as DCNT, 58 Unidades Básicas de Saúde responderam o RAG quanto as ações de promoção e prevenção as DCNT. Deste universo 81% das Unidades responderam que realizam ações, porém 34% (20 unidades) não descreveram quais. 47% (27 unidades) descreveram práticas corporais, tais como: grupos de caminhada (19 locais), Lian Gong (10 locais), movimento vital expressivo (9 locais), grupo nutricional (4 locais), meditação (2 locais), Yoga (2 locais), Chikung (1 local), Terapia Comunitária Integrativa (1 Local). 2 locais descreveram perdas de profissionais de Lian Gong por exoneração do funcionário (aposentadoria). Há descrição de Unidade que possui pratica corporal, porém não a utiliza como ferramenta para as DCNT. Orientar U.B.S. a descreverem suas ações de promoção e prevenção as DCNT.
- No 3º quadrimestre, assim como no 1º e 2º quadrimestres, o Programa de Tabagismo focalizou em prevenção e tratamento do tabagismo, além do aumento dos ambientes livres de tabaco nas 26 Unidades credenciadas no recebimento dos fármacos de tabagismo. Objetivos do Programa: aumentar taxa de cessação do tabagismo e diminuir a taxa de iniciação. Há Unidades não credenciadas (algumas destas interessadas em credenciar-se) executando ações de acordo com estes objetivos. Atenção crescente está sendo colocada nos encontros com as Equipes de Tabagismo para a diminuição do tabagismo gestacional passivo e ativo, com consequentes benefícios para o duo materno-fetal e por todo o ciclo vital.

ANO 2016

Causa (CID 10 3C)	30-39	40-49	50-59	60-69	TOTAL
C00 -C97	30	81	240	335	686
E10-E14	1	6	7	29	43
I00-I99	50	115	231	370	766
J30-J98	7	12	34	67	120
TOTAL	88	214	512	801	1615

Memória de cálculo: (jan- dez 2016) 1615/ pop. 570.761 x 100.000: 282,95

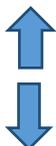
PAS 2017

Meta: 281,13

Recomendações para 2017:

- No ano de 2017, realizar formação de instrutores ao menos de Lian Gong, pois os grupos estão sendo interrompidos por não termos instrutores formados.

OBS.:



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



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

Objetivo 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde

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

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

Meta para 2016 no SISPACTO: 100%



Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	<p>Coberturas vacinais: BCG: 34,24% Rotavírus: 28,69% Influenza: 51,15% Penta: 28,18% VIP: 29,72% Tríplice Viral: 33,43% Meningo C: 29,71% Pneumo: 28,01%</p>	<p>A meta para o quadrimestre está dentro do esperado.</p> <p>Faz-se necessário observar que este indicador apresenta uma análise geral do município, merecendo que cada território esteja sempre atento à homogeneidade da cobertura vacinal, a fim de evitar bolsões de suscetíveis para as doenças imunopreveníveis.</p> <p>Recomendações:</p> <p>a) Priorizar abertura de salas de vacina durante todo o horário de funcionamento da Unidade.</p> <p>b) Incrementar estratégias de vacinação de rotina e de campanha, além da busca ativa de faltosos com medidas eficazes.</p> <p>c) Indicar Responsável Técnico (RT) de Enfermagem para as salas de vacina.</p> <p>d) Capacitar funcionários, monitorando as ações.</p> <p>f) Realizar monitoramento dos casos de Procedimentos Inadequados de Vacinação como eventos sentinela.</p> <p>e) Implantar sistema de informações do PNI Web(SI PNI) nas Unidades de Saúde –com a chegada da aquisição de computadores para as salas de vacina.</p>
2º Quadrimestre	<p>Coberturas vacinais BCG: 60,6 %; Rotavírus: 52,7%; Influenza: 96,13 Penta: 51,8 VIP (Poliomielite): 52 % Tríplice Viral: 55,5%; Meningo C: 52,5 Pneumo: 54,6%%;</p>	<p>A cobertura vacinal avaliada refere-se aos meses de Janeiro a Julho, pois a digitação dos dados referentes ao mês de Agosto não está concluída.</p> <p>A meta proporcional para este quadrimestre é de <u>55,5%</u>, exceto os imunobiológicos Rotavírus e BCG que são de 52,4%.</p> <p>As metas municipais foram atingidas para BCG, Rotavírus e tríplice viral; as demais vacinas ficaram próximas da meta.</p> <p>Acredita-se que o desabastecimento de algumas vacinas (não</p>

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



		especificamente as que ainda não alcançaram a meta) e a mudança no esquema vacinal da poliomielite possam ter desestimulado a procura por vacinas nas unidades de saúde. Com o restabelecimento das entregas dos imunobiológicos faz-se necessário reforçar a estratégia de busca ativa de faltosos e intensificação de ações de educação em saúde. Na Campanha de Multivacinação, que ocorrerá em Setembro, temos a diretriz de intensificação das ações, com o objetivo de atualizar o calendário vacinal e atingir a cobertura vacinal anual esperada.
3º Quadrimestre	Coberturas vacinais: BCG: 99,6% Rotavírus: 92,7% Influenza: 96,13 Penta: 93,7% Poliomielite: 93,9% Tríplice Viral: 95,9%; Meningo C: 93,2% Pneumo: 96,6%;	Meta atingida: BCG, ROTAVÍRUS, INFLUENZA, TRÍPLICE VIRAL e PNEUMO - Meta não atingida: PENTA, PÓLIO e MENINGO C. Considerações: ➤ Contribuição positiva da Campanha de Multivacinação na obtenção dos resultados. ➤ Desafios na implantação do SIPNI nas salas de vacina durante o ano de 2016. ➤ Inconstância no funcionamento das salas de vacina ao longo do ano.

Obs.: 1) O indicador nacional tem como meta “alcançar, em pelo menos 70% dos municípios, as coberturas vacinais adequadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança”. No SISPACTO o indicador é a “proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas”. As metas de coberturas são específicas para cada uma das vacinas, isto é: **deve-se atingir no mínimo 95% para as vacinas:** Pólio, Pentavalente, SCR, Pneumocócica e Meningocócica; e **atingir no mínimo 90% para BCG e Rotavírus.**
2) Para o Município de Campinas é importante o monitoramento quadrimestral das coberturas por cada tipo de vacina, tendo como finalidade atingir a maior cobertura possível.

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

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

INCIDÊNCIA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE, RESIDENTES EM CAMPINAS, NO PERÍODO DE 2006 A 2014									
Ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nº Casos Novos	278	275	297	313	282	280	316	300	316
População	1.034.904	1.045.405	1.056.274	1.067.421	1.079.140	1.090.000	1.100.970	1.112.050	1.123.241
Coef. Incidência	26,9	26,3	28,1	29,3	26,1	25,7	28,7	27	28,1
Fonte: Sistema TB Web - DeVISA									

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



MORTALIDADE POR TUBERCULOSE, RESIDENTES EM CAMPINAS, NO PERÍODO DE 2006 A 2014									
Ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nº Óbitos	16	12	19	13	8	7	11	18	14
População	1.034.904	1.045.405	1.056.274	1.067.421	1.079.140	1.090.000	1.100.970	1.112.050	1.123.241
Coef. Incidência	1,55	1,15	1,8	1,22	0,74	0,64	1	1,62	1,24

Fonte: Sistema TB Web - DeVISA

PROPORÇÃO DE CASOS DE CURA DE TUBERCULOSE PULMONAR, RESIDENTES EM CAMPINAS, NO PERÍODO DE 2006 A 2013									
Ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Nº Casos Novos	278	275	297	313	282	280	316	300	
Percentual Cura	72,3	76,73	73,74	78,59	79,79	81,07	81,65	82,33	
Percentual óbito	11,87	9,45	14,14	9,27	10,64	7,5	10,13	8,33	

Fonte: Sistema TB Web - DeVISA

Meta para 2016: 84% 

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	72,61%	Foram analisados casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, que tiveram início de tratamento no período de 01/01/2015 a 30/04/2015. Ao analisarmos os elementos que comprometem a elevação da taxa de cura, temos: 4 casos abertos no sistema de informação (3 em tratamento ambulatorial prolongado e 1 internado); 8 óbitos (3 por tuberculose e 5 não tuberculose); a porcentagem de abandono (10 óbitos, sendo 6 casos com co-morbidades complexas). Recomendações: Garantir e ampliar a oferta de kit café da manhã para pacientes em tratamento diretamente observado; analisar todo caso de abandono como evento sentinela entre Distritos de Saúde, Visas e Unidades de Saúde. Incrementar a implantação do Projeto Terapêutico Singular para todo caso de Tuberculose com vulnerabilidade acrescida.
2º Quadrimestre	73,03%	Foram analisados casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, que tiveram início de tratamento no período de 01/01/2015 a 31/08/2015. Neste período, há 2 casos em abertos no sistema de informação (tbweb) com tratamento prolongado. Foram 16 óbitos (8 por tuberculose). A taxa de abandono de 10,77%. Reiterada as recomendações do quadrimestre anterior.
3º Quadrimestre	77,39%	Meta não atingida. Foram analisados casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, que tiveram início de tratamento no período de 01/01/2015 a 31/12/2015. Apresentaram 29 óbitos, sendo 14 por tuberculose e 15 casos por não tuberculose. Outra situação foram 29 casos de abandono de tratamento e com as comorbidades apresentadas, a saber: álcool 51,72%, drogas 51,72%, HIV 17,24% (5 casos), diabetes 10,34% (3 casos), pessoa em

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



		<p>situação de rua (3 casos).</p> <p>Recomendações: Garantir e ampliar a oferta de kit café da manhã para pacientes em tratamento diretamente observado; analisar todo caso de abandono como evento sentinela entre Distritos de Saúde, Visas e Unidades de Saúde. Incrementar a implantação do Projeto Terapêutico Singular para todo caso de Tuberculose com vulnerabilidade acrescida.</p>
--	--	--

37. Proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose

Relevância do indicador: Reflete o quantitativo de casos de tuberculose que foram testados para HIV. Devido ao fato da tuberculose ser a primeira causa de óbito em pacientes portadores de AIDS, a identificação precoce dos casos de HIV positivo torna-se importante para que um resultado satisfatório possa ser alcançado.

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

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

Fonte: Sistema TB Web - DeVISA

Meta 2016: 89%



Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	65,48%	<p>O período analisado foi de 01/01/16 a 30/04/2016. Há 38 casos em andamento e 12 casos sem informação. Há dificuldades de fluxo e abastecimento de informações sobre a realização do teste de HIV, desde a informação das unidades para as VISAs, que é feito pelo Boletim de Acompanhamento, e das VISAs regionais que abastecem o sistema de informação TBWEB. As unidades de saúde foram capacitadas para fazer o Teste rápido para o HIV; é necessário consolidar a implantação do Teste Rápido HIV para os pacientes com tuberculose. Garantir nas VISAs regionais o abastecimento de dados no sistema de informação no tempo oportuno.</p> <p>Recomendações:</p> <p>a) Reforçar junto às equipes o abastecimento do TBWEB, a oferta precoce do teste do HIV.</p> <p>b) Manter todas as ações a fim de se garantir o cumprimento da meta.</p>
2º Quadrimestre	87,43%	<p>O período analisado foi de casos com início de tratamento de 01/01/16 a 31/08/2016. Há 14 casos em andamento, 2 não realizados e 3 casos sem informação. Neste quadrimestre foi ampliada a cobertura de testagem de HIV em relação ao quadrimestre anterior, porém ainda permanece a dificuldade de fluxo e abastecimento de informações sobre a realização do teste de HIV, desde a informação das unidades para as VISAs, que é feito</p>

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



		pelo Boletim de Acompanhamento, e das VISAs regionais que abastecem o sistema de informação TBWEB. Este aumento se deve a sensibilização e esforço das equipes para o envio dos dados, e das Visas Regionais de abastecer o sistema de informação em tempo oportuno, permanecendo ainda a importância de fortalecer a consolidação e realização do Teste Rápido HIV para os pacientes com tuberculose.
3º Quadrimestre	90,15%	Meta atingida. Analisado casos novos de tuberculose com início de tratamento de 01/01 a 31/12/2016. Há 33 casos em aberto (18 em andamento, 7 não realizados, 2 sem informação e 6 em branco). Considerações: A realização ao teste rápido HIV realizado nas unidades básicas e o constante esforço das Visas Regionais para inserção dos dados no sistema de informação TBWEB, contribuíram positivamente.

38. Proporção de registro de óbitos com causa básica definida

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

Meta 2016: 98,00% 

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	98,23%	Registrados 2056 óbitos com causa definida num total de 2093 óbitos. Não estão inclusos os decorrentes das causas dispostas no capítulo XVIII R00-R99.
2º Quadrimestre	98,44%	No período de janeiro a agosto/2016 foram registrados 4629 óbitos com causa definida, num total de 4702 óbitos. Não estão inclusos os decorrentes das causas dispostas no capítulo XVIII R00-R99. Este indicador demonstra a qualidade do SIM (Sistema de Informação de Mortalidade); e a qualidade diagnóstica disponível no município, este indicador tem se mantido acima da média nacional que é de 94% (DATASUS/2011).
3º Quadrimestre	98,2%	Meta atingida. No ano de 2016 (dados tabulados até 13/01/2017) foram registrados 6.889 óbitos com causa definida, num total de 7015 óbitos. Reitera-se as observações do trimestre anterior.

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

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

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



Meta 2016: no mínimo 80,00%



Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	78,31%	Os registros de casos suspeitos de arboviroses demandam intensamente o trabalho das VISAs, com impacto negativo no encerramento dos casos dos demais agravos. Realizar análise por VISA regional buscando identificar situações que retardem o encerramento dos casos.
2º Quadrimestre	80,39%	Os registros de casos suspeitos de arboviroses demandam intensamente o trabalho das VISAs
3º Quadrimestre	80%	Meta atingida. Considerações: Este indicador depende de toda a rede de atenção para as coletas de exames e dados de acompanhamento do paciente, além do retorno dos resultados laboratoriais de maneira ágil para as VISAs conseguirem fechar a investigação epidemiológica oportunamente; Necessário aprimoramento do fluxo de informação entre rede/laboratório/VISAs para o impacto positivo neste indicador.

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

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

Meta 2016: 370



Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	100%	Todos os municípios* da área de abrangência do CEREST de Campinas (RENAST/MS) notificam doenças ocupacionais e acidentes de trabalho no SINAN. (*) Campinas, Valinhos, Paulínia, Cosmópolis, Artur Nogueira, Sumaré, Hortolândia, Americana e Nova Odessa.
2º Quadrimestre	100%	Todos os municípios* da área de abrangência do CEREST de Campinas (RENAST/MS) notificam doenças ocupacionais e acidentes de trabalho no SINAN. (*) Campinas, Valinhos, Paulínia, Cosmópolis, Artur Nogueira, Sumaré, Hortolândia, Americana e Nova Odessa.
3º Quadrimestre	100%	Todos os municípios* da área de abrangência do CEREST de Campinas (RENAST/MS), notificam as doenças ocupacionais e acidentes de trabalho no SINAN. (*) Campinas, Valinhos, Paulínia, Cosmópolis, Artur Nogueira, Sumaré, Hortolândia, Americana e Nova Odessa.

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



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

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

Meta 2016: 100%



Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	100%	Todos os tipos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias ao município foram realizadas.
2º Quadrimestre	100%	Todos os tipos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias ao município foram realizadas.
3º Quadrimestre	100%	Meta Atingida. Todos os tipos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias ao município foram realizadas.

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

Relevância do indicador: expressa o número de casos novos de AIDS, na população de menores de 5 anos, residente em determinado local, no ano considerado. Mede o risco de ocorrência de casos novos de AIDS nessa população.

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

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

Fonte: SINAN -

Meta 2016: até 1 caso



Avaliação Anual - Ano 2016	Considerações/Recomendações
2	Foram dois casos registrados no primeiro quadrimestre deste ano. Um caso, a mãe fez pré-natal em outro município e apresentava resistência aos antirretrovirais. Outro caso, diagnosticado aos 4 anos; mãe com resultados negativos para HIV no pré-natal; pai HIV +; provável transmissão no periparto ou no aleitamento.

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

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

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



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

Fonte: SINAN -

Meta para 2016: 18,23%



Avaliação Anual - Ano 2016	Considerações/Recomendações
17,5%	<p>Meta atingida. Dados referentes até 31/08/16.</p> <p>Considerações: A diminuição no percentual de pacientes recém-diagnosticados com CD4 menores que 220 células refletem um aumento no diagnóstico mais precoce da infecção pelo HIV. Esse aumento pode ser atribuído á ampliação de realização de exames de HIV, em especial os testes rápidos para HIV.</p> <p>Fonte: Portal do Ministério, Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Recomendações: Manter a estratégia de capacitação acima descrita, aumentando o número de profissionais que possam fazer o diagnóstico precoce de infecção pelo HIV na rede.</p>

44. Número de testes sorológicos anti-HCV realizados

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

NÚMERO DE TESTES SOROLÓGICOS ANTI-HEPATITE C REALIZADOS		
Ano	2013	2014
Número de exames de hepatite C (CTAs e LMC)	43.764	52.611

Fonte: DeVISA Campinas

(20,21%)

Meta 2016: 63.659 exames



Avaliação Anual - Ano 2016	Considerações/Recomendações
63.937	<p>Meta atingida.</p> <p>Considerações: Importante manter a ampliação da oferta do teste rápido nas unidades de saúde da rede pública.</p> <p>Recomendações: Manter a estratégia de capacitação acima descrita, aumentando o número de profissionais que possam fazer o diagnóstico precoce de infecção por hepatites virais na rede. Monitorar as ações para cumprimento da meta. Precoce de infecção por hepatites virais na rede.</p>

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



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

Relevância do indicador:

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

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

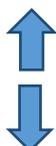
Fonte: SINAN NET- atualizado em 02.06.2015

Meta 2016: 90%



Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	85,71%	<p>Considerados os casos novos diagnosticados no período de 01 de janeiro a 30 de abril de 2015 para os casos Paucibacilares (PB) e de 01 de janeiro a 30 de abril de 2014, para os casos Multibacilares (MB). Foram registrados 7 casos nesse período (5 Multibacilares e 2 Paucibacilares). Entre os PB, a cura foi de 100%; na forma MB, foi de 80% de cura, pois ocorreu um óbito de causa não relacionada à Hanseníase.</p> <p>Recomendações: Repactuar com os serviços que realizam tratamento da hanseníase quanto ao acompanhamento dos casos em tratamento prolongado.</p> <p>Realizar estudo para avaliação da melhor estratégia de acompanhamento dos casos de hanseníase no município de Campinas, considerando as estratégias utilizadas até o momento e o impacto positivo para os pacientes.</p>
2º Quadrimestre	78,57%	<p>Os períodos analisados foram casos novos diagnosticados no período de 01 de janeiro a 31 de agosto de 2015 para os casos Paucibacilares (PB) e de 01 de janeiro a 31 de agosto de 2014. Para os casos Multibacilares (MB), sendo 5 casos PB e 13 casos MB. Quanto ao desfecho dos casos 11 foram cura, 1 transferido para o mesmo município, 4 transferidos para fora de Campinas, 1 óbito não relacionado a Hanseníase e 1 abandono de tratamento.</p> <p>Obs: Casos transferidos não foram computados no cálculo da cura.</p>
3º Quadrimestre	88,0%	<p>Considerado casos novos diagnosticados no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2015 para os casos Paucibacilares (PB) e de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2014, para os casos Multibacilares (MB). Foram registrados 30 casos novos, sendo 10 Paucibacilares e 20 Multibacilares.</p> <p>Entre os Paucibacilares: 9 alta cura e 1 caso abandono.</p> <p>Nos casos Multibacilares: 13 alta cura, 5 transferências (município e estado), 1 abandono e 1 óbito não relacionado a hanseníase. Estas situações não favoreceram para o alcance da meta.</p> <p>Buscar e fortalecer junto as equipes através das Visas regionais na busca de estratégias para adesão dos pacientes ao tratamento e monitoramento dos casos. Manter a realização anual da Campanha de Hanseníase e realizar</p>

OBS.:



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



	capacitação par manejo clínico dos casos.
--	---

46. Proporção de contatos intra-domiciliares de casos novos de hanseníase examinados

Relevância do indicador: Mede a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos intra-domiciliares de caos novos de hanseníase, nos anos das coortes, para detecção de outros casos novos.

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

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

Fonte: SINAN NET- atualizado em 02.06.2015

Meta 2016: 90% 

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	85,7%	Considerados os casos novos diagnosticados no período de 01 de janeiro a 30 de abril de 2015 para os casos Paucibacilares (PB) e de 01 de janeiro a 30 de abril de 2014, para os casos Multibacilares (MB). Necessário o fortalecimento da avaliação dos contatos dos casos de hanseníase, de forma conjunta entre equipes das Unidades de Saúde, Distritos e Visas regionais.
2º Quadrimestre	75,86%	Os períodos analisados foram casos novos diagnosticados de 01/janeiro a 31/agosto de 2015 para os casos Paucibacilares (PB), e de 01 de janeiro a 31 de agosto de 2014, para os casos Multibacilares (MB). Na Campanha de Hanseníase, agendada para 05 a 16 de setembro, um dos objetivos é a realização de busca ativa dos contactantes, bem como fortalecer junto as unidades de saúde a importância da avaliação dos contatos de hanseníase.
3º Quadrimestre	87,9%	Meta não atingida. Os períodos analisados foram contatos registrados e examinados dos casos novos diagnosticados de 01/janeiro a 31/dezembro de 2015 para os casos Paucibacilares (PB), e de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2014, para os casos Multibacilares (MB). Manter a estratégia da Campanha de Hanseníase e o fortalecimento das unidades para a realização da busca ativa dos contatos.

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



47. Número absoluto de óbitos por Leishmaniose Visceral

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

Meta 2016: 0



Avaliação Anual - Ano 2016	Considerações/Recomendações
zero	<p>Não há casos de LV humana em Campinas. Todos os casos atendidos que buscam atendimento clínico em Campinas, principalmente na UNICAMP, são importados. Muito importante que não haja introdução da doença humana no município. Casos caninos precedem casos humanos. De forma que a manutenção do programa estruturado de vigilância canina com aporte de recursos humanos, materiais e financeiro é prioridade.</p> <p>Recomendações: Manter a continuidade das ações realizadas diante de casos positivos em cães, com a manutenção de recursos (financeiros e de infraestrutura) para prevenção do agravo e controle dos fatores de risco.</p>

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

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

Meta 2016:



Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	Não se aplica	A campanha antirrábica canina/felina será realizada nos dias 18, 19, 25 e 26 de junho de 2016, sendo objeto de análise no segundo quadrimestre.
2º Quadrimestre	70,3%	<p>A campanha antirrábica canina/felina foi realizada nos dias 18, 19, 25 e 26 de junho de 2016. Foram vacinados 78.188 cães durante os quatro dias de campanha. A cobertura vacinal pactuada com o Estado é definida pelo número absoluto de cães vacinados em 2016, dividido pela média de cães vacinados das séries históricas em Campinas (111.092), dada pelo Instituto Pasteur, com quociente 70,3%. A campanha de vacinação de 2016, se comparada à campanha anterior (2014), vacinou 19,2% a mais de cães.</p> <p>Em relação aos gatos, a campanha de 2016 vacinou 15.660 animais; esses foram os melhores resultados obtidos desde o início da realização de campanhas em Campinas e são relevantes, pois animais da espécie felina possuem instinto predador, sendo mais vulneráveis a se infectarem pelo vírus rábico através de contato com morcegos.</p> <p>Ressalta-se também o trabalho de vigilância passiva de morcegos, no qual os animais encontrados em situações suspeitas para raiva são recolhidos, identificados e encaminhados para diagnóstico de raiva no Instituto Pasteur. No 2º quadrimestre de 2016 foram recolhidos, por meio da vigilância passiva, 190 morcegos em situação suspeita, sendo 3 com resultado positivo para raiva.</p>
3º Quadrimestre	70,3%	A campanha antirrábica canina/felina foi realizada nos dias 18, 19, 25 e 26 de

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



	<p>junho de 2016. Foram vacinados 78.188 cães durante os quatro dias de campanha. A cobertura vacinal pactuada com o Estado é definida pelo número absoluto de cães vacinados em 2016, dividido pela média de cães vacinados das séries históricas em Campinas (111.092), dada pelo Instituto Pasteur, com quociente 70,3%. A campanha de vacinação de 2016, se comparada à campanha anterior (2014), vacinou 19,2% a mais de cães.</p> <p>Em relação aos gatos, a campanha de 2016 vacinou 15.660 animais; esses foram os melhores resultados obtidos desde o início da realização de campanhas em Campinas e são relevantes, pois animais da espécie felina possuem instinto predador, sendo mais vulneráveis a se infectarem pelo vírus rábico através de contato com morcegos.</p> <p>Ressalta-se também o trabalho de vigilância passiva de morcegos, no qual os animais encontrados em situações suspeitas para raiva são recolhidos, identificados e encaminhados para diagnóstico de raiva no Instituto Pasteur.</p>
--	--

51. Número absoluto de óbitos por dengue

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

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

Fonte: VISA

Meta 2016: no máximo dois óbitos por ano



Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	zero	Os dados preliminares da ocorrência de Dengue no primeiro quadrimestre totalizam 1.288 casos confirmados de Dengue, sem nenhum óbito. Há casos de Dengue em fase de investigação. Recomendações: a) Instituir espaços de assistência qualificada durante a epidemia. b) Sensibilizar e capacitar às UBS, PAs e Hospitais, visando o acompanhamento e monitoramento do doente (Dengue, Zika vírus e Chicungunya), evitando complicações ou óbitos, minimizando a taxa de letalidade.
2º Quadrimestre	Zero	Não ocorreu nenhum óbito confirmado até o momento. Os dados preliminares da ocorrência de Dengue nos dois primeiros quadrimestres do ano totalizam 3.184 casos confirmados. Há alguns óbitos, nos quais uma das causas relacionadas é dengue,

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



		porém estão em fase de investigação.
3º Quadrimestre	Zero	Não houve óbito relacionado a dengue no município de Campinas no ano de 2016. Em 2016 ocorreram 3.485 casos confirmados de dengue. As investigações de casos foram concluídas.

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

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

Meta 2016: 46,60%



Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	27,7%	Essa atividade se aplica a períodos sem transmissão. Durante o primeiro quadrimestre, ocorreu transmissão de dengue e Zika vírus, exigindo ações de campo localizadas nas áreas de transmissão. Foram visitados 453.021 imóveis nas atividades de casa a casa, bloqueio e controle de criadouros e mutirões, visitas realizadas prioritariamente em áreas de transmissão, não seguindo a programação rotineira para períodos sem transmissão. Ainda assim, a meta anual deverá ser atingida. O município registra 408.452 imóveis (Sisaweb 2016). Recomendações: a) Intensificar ações com base em critérios epidemiológicos e entomológicos b) Intensificar ações de prevenção c) Reforçar a inserção de informações no sistema de informação.
2º Quadrimestre	37,3%	A Pactuação feita entre estado e município estabelece a realização de 4 visitas por ano nos 408.452 imóveis do município, com um total previsto de 1.633.808 visitas. Detectado uma inconsistência dos dados digitados na região Noroeste, fato este que está sendo apurado pela SUCEN. Porém, considerando os dados preliminares, nos dois quadrimestres de 2016 foram visitados 609.476 visitas, com resultado de 37,3%. A avaliação é boa e positiva, refletindo o trabalho de visitas domiciliares realizados pelas equipes próprias e empresas contratadas.
3º Quadrimestre	62,6%	Meta municipal atingida. A orientação estadual estabelece a realização de 4 visitas por ano nos 428.737 imóveis do município cadastrados no SISAWEB, com um total previsto de 1.714.948 visitas. A avaliação é positiva, refletindo o trabalho de visitas domiciliares realizados pelas equipes próprias e empresas contratadas.

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



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

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

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

Meta 2016: 100%



Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	Colif. totais = 0% Turbidez = 0% Cloro residual combinado = 0%	Ação não realizada devido à ausência de retaguarda laboratorial do IAL. Apresentar a situação ao GTVS para buscar soluções. Adequar o programa de manutenção dos equipamentos de análise de cloro residual do programa de vigilância. Recomendações: Retomada do programa tão logo a SES providencie os insumos para o laboratório
2º Quadrimestre	Colif. totais = 0% Turbidez = 0% Cloro residual combinado = 0%	Ação não realizada devido à falta de insumos no laboratório de retaguarda (IAL). O programa de coleta está sendo retomado em setembro de 2016. Estão sendo adquiridos três aparelhos medidores de cloro e pH.
3º Quadrimestre	Colif. totais = 33% Turbidez = 33% Cloro residual combinado = 0%	Meta não atingida. O programa de vigilância da água para consumo humano (PROAGUA) foi retomado em setembro de 2016. No quadrimestre foram realizadas 60 análises de coliformes totais e turbidez. A medição de cloro residual não está sendo realizada, pois esta sendo aguardada a compra de equipamento.

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

Meta até 2017: 25%



Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	1,37%	Duas áreas cadastradas no primeiro quadrimestre correspondendo a 1,37% da meta até 2017 (S:1, SO:1) Recomendações: Manter ações de cadastramento e monitoramento.
2º Quadrimestre	2,74 %	Duas novas áreas cadastradas no segundo quadrimestre. A indisponibilidade temporária de profissional responsável pela atividade (SISSOLO) e priorização de ações na área de Mansões Santo Antônio dificultaram a obtenção de melhores resultados para a meta.

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



3º Quadrimestre	3,47%	Não atingida. Cinco novas áreas cadastradas nos três quadrimestres (2016). Considerações: Em 2017 deverão ser reavaliadas as Vigilâncias com áreas contaminadas para cadastrar conforme preconiza o VIGISOLO. Recomendação: Programação juntos às VISAs com o objetivo de finalizar o cadastramento.
-----------------	-------	--

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

Meta até 2017: 25%



Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	3,44%	5 áreas contaminadas com ações de monitoramento (avaliação e ou intervenção), que correspondem a 3,44% da meta até 2017 (S:1, L:1, SO:2) Recomendações: Dar continuidade das ações conjuntas de avaliação e intervenção.
2º Quadrimestre	7,6%	Meta não atingida. Nos dois quadrimestres foram realizadas 11 avaliações/intervenções em áreas contaminadas. As ações serão intensificadas no terceiro quadrimestre.
3º Quadrimestre	11,8%	Meta não atingida. Nos três quadrimestres foram realizadas avaliações/intervenções em 17 das 145 áreas contaminadas. Recomendações: Em 2017 foi Atualizado o número de áreas contaminadas no município a partir de nova classificação da CETESB: 168 áreas contaminadas no município, objeto da meta para o ano de 2017.

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

Meta: no mínimo 50% até 2017



Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	Lixão da Pirelli: 100%; Mansões Santo Antônio: 0%. Município: 50%	Lixão da Pirelli (NO): Iniciado acompanhamento em 100% da população residente em área de risco do CS Satélite. Lixão da Pirelli (NO): Iniciado acompanhamento em 100% da população residente em área de risco do CS Satélite. Mansões Santo Antônio (L): Revisão do protocolo de assistência com definição de estratégias para adesão de população exposta. Recomendações: Priorizar a revisão do protocolo de Atenção à Saúde do Caso Mansões Santo Antônio. Reavaliar as estratégias de atenção à saúde da população que considerada exposta, com o objetivo de proporcionar a

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



		adesão da população.
2º Quadrimestre	100%: Noroeste Leste: 0 % Município: 50%	Lixão da Pirelli (NO): situação inalterada em relação ao 1º quadrimestre. Mansões Santo Antônio (L): Avaliação dos resultados de monitoramento ambiental (vapores e água subterrânea). Previstas ações com a comunidade moradora da área contaminada Mansões Santo Antônio para o 3º Quadrimestre.
3º Quadrimestre	Noroeste:100% Leste: 0 %	Mansões Santo Antônio (L): Continuidade da avaliação dos resultados de monitoramento ambiental (vapores e água subterrânea). Considerações: Realizada discussão e atualização do status da área com a equipe de saúde da família de referência da área contaminada (Equipe Vinho da UBS Taquaral). Recomendação: Capacitação (1º Quadrimestre de 2017) da equipe de referência considerando que houve mudança de profissionais da ação com a comunidade como preparação para a ação junto a comunidade da área contaminada Mansões Santo Antônio mencionado do 2º quadrimestre. Avaliação dos prontuários de atendimento e do protocolo de atenção à saúde da população definida como exposta.

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

Meta 2016: 50% ao Ano 

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	33%	A pactuação com o Estado prevê a avaliação de PGRSS de grande gerados de resíduos. São considerados grandes geradores hospitalares, hospitais dias, que no município totalizam 30 serviços de saúde. Foram avaliados os PGRSS de 10 estabelecimentos.
2º Quadrimestre	53%	Meta atingida. Foram avaliados PGRSS de 16 grandes geradores. O município registra 30 grandes geradores de Resíduos. Estão programadas inspeções para o terceiro quadrimestre.
3º Quadrimestre	100%	Meta atingida. Foram avaliados PGRSS dos 30 grandes geradores.

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



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

Meta 2016: 100% ao Ano 

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	100%	Origem Natural: Norte: 1 (enchente no Village); Leste: 2 Origem antrópica: Nenhuma conhecida Recomendações: Promover o incremento das notificações no Sistema de Vigilância, incluindo o CIEVS, buscando interlocução com a Defesa Civil.
2º Quadrimestre	100%	No 2º quadrimestre ocorreu um grande evento de origem natural (micro-explosão). Proposta de rediscussão do processo de investigação e notificação para o terceiro quadrimestre de forma aprimorar o processo.
3º Quadrimestre	100%	No 3º Quadrimestre não houve notificação para investigação de acidentes ambientais. Não foi realizada discussão sobre investigação e notificação de acidentes ambientais.

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

Meta 2016: 25% ao Ano 

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	50%	Realizada inspeção em duas ETAS.
2º Quadrimestre	100%	Meta atingida. Já foram realizadas inspeções nas 3 Estações de Tratamento de água do município, e na Estação Produtora de Água de Reuso – EPAR Capivari.
3º Quadrimestre	100%	Meta atingida. Já foram realizadas inspeções nas 3 Estações de Tratamento de água do município, e na Estação Produtora de Água de Reuso – EPAR Capivari.

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

Meta 2016: 70% ao Ano 

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	50%	Foram recebidos e avaliados 311 relatórios de controle da qualidade da água.
2º Quadrimestre	88%	Meta atingida. Foram recebidos e avaliados 492 relatórios de um total de 560 relatórios de controle da qualidade da água previstos.
3º Quadrimestre	88%	Meta atingida. Foram recebidos e avaliados 1.258 relatórios de controle de um total de 1.435 relatórios de controle da qualidade da água previstos para o ano de

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



	2016.
--	-------

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

Meta 2016: 100% ao Ano



Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	75%	Relatórios das 3 ETAS referentes aos meses de janeiro, fevereiro e março. Não foram inseridos os relatórios referentes ao mês de Abril, pois os mesmos são entregues no final do mês subsequente. Este percentual será contabilizado no 2º RDQA.
2º Quadrimestre	100%	Relatórios das 3 ETAS referentes aos sete primeiros meses. Da mesma forma que mencionado no item acima, como os relatórios são enviados no mês seguinte, não está computado o mês de agosto.
3º Quadrimestre	100%	Foram avaliados todos os relatórios das 3ETAs referentes ao ano de 2016, inclusive dezembro. Desde agosto/2016 os resultados das análises de controle estão sendo inseridos no SISAGUA pela SANASA. Recomendação: Em 2017, a avaliação deste indicador será realizada pela VISA diretamente no SISAGUA.

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

Meta 2016: 100% ao Ano



Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	100%	Foram recebidas e avaliadas 38 solicitações.
2º Quadrimestre	100%	Meta atingida. Foram recebidas e avaliadas 81 solicitações nos dois quadrimestres.
3º Quadrimestre	100%	Meta atingida. Foram recebidas e avaliadas 106 solicitações nos três quadrimestres.

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

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

Meta 2016: 100% ao Ano



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



Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	25%	Meta não atingida. Neste primeiro quadrimestre foram inspecionados três serviços. As inspeções desses serviços estão programadas para os outros quadrimestres.
2º Quadrimestre	42% (5/12)	Meta não atingida. Em 2016 foram inspecionados 5 serviços. Há outros 5 serviços que devem ser inspecionados no terceiro quadrimestre, ocasião da renovação das Licenças.
3º Quadrimestre	83,3% (10/12)	Meta não atingida. 10 inspeções completas. Dos 02 serviços não inspecionados, um teve o serviço de Tratamento da Água vistoriado.

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

Meta 2016: 100% ao Ano 

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	52,63%	Um novo serviço cadastrado. Entre os 19 estabelecimentos existentes 10 foram inspecionados.
2º Quadrimestre	47%	Nove serviços foram inspecionados num total de 19 existentes. A equipe que inspeciona atividades de assistência à saúde de alta complexidade é a mesma nas VISAs. Este ano ocorreu uma alteração na legislação pertinente à serviços de endoscopia, que fez com que a equipe concentrasse esforços no cumprimento desta legislação, prejudicando assim a execução de algumas metas envolvendo os serviços de alta complexidade.
3º Quadrimestre	72% (13/18)	Meta não atingida. O Serviço da PUCC foi considerado como apenas um: Unidade de coleta e Transfusão (antes estava desmembrado em Posto de coleta e Unidade Transfusional); por este motivo, se contabilizam 18 serviços em vez dos 19 anteriores.

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

Meta 2016: 100% ao Ano 

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	26%	Entre os 23 estabelecimentos existentes seis foram inspecionados totalmente e outros sete tiveram inspeção parcial. As inspeções estão sendo reorganizadas, de forma que a cada mês, os demais hospitais sejam avaliados.
2º Quadrimestre	70%	Dos 23 hospitais existentes 16 foram inspecionados.
3º Quadrimestre	95,6%	Meta não atingida. Dos 23 hospitais 22 foram inspecionados.

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



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

Meta 2016: 100% até 2017



Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	70%	De 89 estabelecimentos 63 foram inspecionados desde 2014 e, sendo quatro deles pela primeira vez neste primeiro quadrimestre.
2º Quadrimestre	75%	Meta atingida. Atualmente, temos 95 estabelecimentos conhecidos (incorporados 6 novos neste quadrimestre). Registradas inspeções em 71 deles, desde 2014.
3º Quadrimestre	81%	Meta atingida. No momento, temos 92 serviços conhecidos, em atividade; Destes, 75 já foram vistoriados desde 2014.

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

Meta 2016: 100% ao Ano



Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	25%	Das 8 empresas existentes 2 foram inspecionadas.
2º Quadrimestre	86%	Meta atingida. Uma empresa encerrou as atividades. Das 7 empresas existentes 6 foram inspecionadas.
3º Quadrimestre	100%	Meta atingida. No terceiro quadrimestre uma empresa encerrou as atividades. Das 6 empresas existentes todas foram inspecionadas.

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

Meta 2016: 80% ao Ano



Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	zero	Não foi priorizada esta meta considerando que o CRF possui programa contínuo de capacitações para drogarias para cumprimento das normas sanitárias e outros temas.
2º Quadrimestre	zero	Não foi priorizada esta meta considerando que o CRF possui programa contínuo de capacitações para drogarias para cumprimento das normas sanitárias e outros temas.
3º Quadrimestre	zero	Meta não atingida. Não foi realizada ação alguma, pois considerando que o CRF possui programa contínuo de capacitações para drogarias para cumprimento das normas sanitárias e outros temas, não foi priorizada esta meta.

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



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

Meta 2016: 100% ao Ano 

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	81%	Das 26 empresas existentes 21 empresas foram inspecionadas.
2º Quadrimestre	85%	Meta Atingida. Das 26 empresas existentes 22 empresas foram inspecionadas.
3º Quadrimestre	85%	Meta Atingida. Das 26 empresas existentes 22 empresas foram inspecionadas.

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

Meta até 2017: 100% 

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	93%	Das 15 empresas existentes 14 foram inspecionadas desde 2014.
2º Quadrimestre	87%	De 15 empresas, 13 foram inspecionadas. A diferença de valor em relação aos quadrimestres anteriores é explicada pelo encerramento de atividades de uma das empresas (que já tinha sido inspecionada) e início de atividades de outra empresa (ainda sem inspeção). Assim, o número total permaneceu 15, porém o número de empresas inspecionadas caiu para 13.
3º Quadrimestre	87%	Meta Atingida. De 15 empresas, 13 foram inspecionadas. No 3º quadrimestre foram realizadas inspeções em empresas, porém são as mesmas empresas já vistoriadas em quadrimestres anteriores.

Meta Municipal 7.r – Realizar, anualmente, 6 (seis) reuniões técnicas com gerentes de loja e gerentes regionais de hipermercados e supermercados; Indicador: Número de reuniões técnicas realizadas / número total de reuniões técnicas programadas X 100. Ações: Realizar reuniões técnicas com gerentes de loja e gerentes regionais de hipermercados e supermercados.

Meta 2016: 6 

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre		Esta meta foi incluída neste ano em substituição a outra meta da área de vigilância sanitária de alimentos. A equipe está motivada e organizando as ações para o cumprimento da meta.
2º Quadrimestre	1	O evento atmosférico ocorrido em junho/16 desalojou a equipe de sua sede, o que dificultou a realização das reuniões e conseqüentemente avançar no cumprimento da meta. A equipe retornou à sede em

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



		31/08/16.
3º Quadrimestre	8	Meta atingida. A equipe priorizou e empenhou esforços em atingir a meta, visto as dificuldades ocorridas no 2º quadrimestre.

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

Meta até 2017: 100%



Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	100%	Todas as esterilizadoras foram inspecionadas no período de 28 meses.
2º Quadrimestre	100%	Todas as esterilizadoras foram inspecionadas no período de 28 meses.
3º Quadrimestre	100%	Meta atingida. Todas as esterilizadoras foram inspecionadas no período de 36 meses.

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

Meta até 2017: 100%



Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	37% (26/70)	Sete laboratórios foram inspecionados neste primeiro quadrimestre e dois encerraram atividades. A equipe realizou inspeções em alguns laboratórios que já foram inspecionados nos anos anteriores. As condições de recursos humanos relatados em anos anteriores persistem sendo um dos principais motivos para os resultados obtidos. Recomendações: É necessário completar a equipe, conforme o dimensionamento mencionado no 1º RDQA (necessários mais um de 36h e um de 30h). Inserir ações educativas visando à qualificação dos estabelecimentos.
2º Quadrimestre	61% (45/74)	Meta não atingida. Quatro laboratórios iniciaram atividades. Ao longo dos 32 meses quarenta e cinco laboratórios foram inspecionados. Também foram inspecionados estabelecimentos com atividade de Banco de Células e Tecidos Germinativos (BCTGs) e postos de coleta. Da mesma forma que o Grupo Vigilância de Alimentos, evento atmosférico ocorrido em junho/16 desalojou a equipe de sua sede prejudicando o desenvolvimento dos trabalhos da equipe.
3º Quadrimestre	61% (45/74)	Meta não atingida. Considerações: Foram priorizadas ações em Bancos de Células Tecidos e Órgãos e os Serviços de Reprodução Humana Assistida e inspeções para Licença em novos serviços de Postos de Coleta Descentralizados com o objetivo de concluir as vistorias neste segmento. Concluído o treinamento prático para 14 laboratórios referente ao projeto em parceria com o IAL "Qualificação das

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



		Práticas do Diagnóstico Laboratorial da Tuberculose – Campinas/SP”, em consonância com o PNCT/MS. A insuficiência de recursos humanos da equipe do SEDITE contribuiu negativamente no cumprimento da meta Recomendações: Em 2017 é esperado grande aumento de demanda, visto que a UNICAMP deve apresentar mais 80 laboratórios para a avaliação e Licenciamento, além de outros estabelecimentos que durante 2016 tiveram avaliados os respectivos LTAs. É imprescindível adequar o número de profissionais na equipe frente à nova realidade.
--	--	--

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

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

Meta até 2017: 100%



Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	76%	No presente ano 20 estabelecimentos foram inspecionados, sendo que alguns já haviam sido inspecionados nos anos anteriores.
2º Quadrimestre	58% (43/74)	Estão sob reavaliação os critérios e a metodologia de levantamento do indicador. Até o momento, há registros de 60 serviços de radiologia médica e 14 de radiologia odontológica; Quarenta e três serviços foram inspecionados desde 2014.
3º Quadrimestre	83% (62/75)	Meta atingida. Cadastro atualizado, segundo a definição dos serviços que estariam compreendidos nesta meta: 63 serviços de radiodiagnóstico médico e 12 de radiologia odontológica (total 75); 62 deles inspecionados desde 2014.

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

Meta até 2017: 100%



Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	87,5%	Dos 8 serviços existentes 7 foram inspecionados desde 2014.
2º Quadrimestre	87,5%	Existem 8 serviços no município, sendo que desde 2014 foram inspecionados sete serviços.
3º Quadrimestre	87,5	Meta Atingida. Sete dos 8 serviços foram inspecionados desde 2014.

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

Meta até 2017: 100%



Resultados		Considerações/Recomendações

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



1º Quadrimestre	87,5%	Existem 8 serviços no município, sendo que desde 2014 foram inspecionados sete serviços.
2º Quadrimestre	87,5%	Existem 8 serviços no município, sendo que desde 2014 foram inspecionados sete serviços.
3º Quadrimestre	87,5%	Meta Atingida. Existem 8 serviços no município, sendo que desde 2014 foram inspecionados sete serviços.

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

Meta 2016: 100% ao ano



Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	Zero	Não há registros de denúncias em 2016.
2º Quadrimestre	1	Registro de ocorrência envolvendo alimentos, tendo sido atendida.
3º Quadrimestre	2	Meta atingida. Recebida uma denúncia no último quadrimestre de 2016, que foi prontamente investigada. Todas as denúncias foram atendidas.

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

Meta até 2017: 100%



Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	Atenção Primária = 19%(12/63) Atenção Secundária = 61% (11/18) Atenção Terciária 100% (2/2)	As equipes das VISAs regionais têm avaliado e discutido os Laudos Técnicos de Avaliação junto com DS, DA e DGDO. As salas de vacina têm sido avaliadas, bem como o controle e dispensação de Talidomida, investigação das notificações de fármaco e tecnovigilância, todas buscando a qualificação dos serviços.
2º Quadrimestre	Atenção Primária = 22%(14/63) Atenção Secundária = 88% (16/18) Atenção Terciária 100% (2/2)	Um serviço inspecionado é contabilizado uma vez só, independente de quantas inspeções forem realizadas. As equipes das VISAs regionais tem avaliado e discutido os Laudos Técnicos de Avaliação junto com DS, DA, DGDO. As salas de vacina têm sido avaliadas, bem como o controle e dispensação de Talidomida, investigação das notificações de fármaco e tecnovigilância, todas buscando a qualificação dos serviços. Capacitação em farmacovigilância.

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



3º Quadrimestre	Atenção Primária: 22% (14/63) Atenção Secundária: 100% (18/18) Atenção Terciária: 100% (2/2)	Meta atingida. Um serviço inspecionado é contabilizado uma vez só, independente de quantas inspeções forem realizadas. As equipes das VISAs regionais tem avaliado e discutido os Laudos Técnicos de Avaliação junto com DS, DA, DGDO. As salas de vacina têm sido avaliadas, bem como o controle e dispensação de Talidomida, investigação das notificações de fármaco e tecnovigilância, todas buscando a qualificação dos serviços. Capacitação em farmacovigilância.
-----------------	--	--

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

Meta 2016: aumentar, no mínimo, 5% ao ano



Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	50,74%	Foram licenciados 754 estabelecimentos. Em 2015 foram Licenciados 1.415 estabelecimentos. Acrescendo a este valor 5%, o universo a ser licenciado em 2016 é de 1.486 estabelecimentos.
2º Quadrimestre	72,07%	Meta atingida. Foram licenciados 1071 estabelecimentos, em relação a expectativa para 2016 (1.486).
3º Quadrimestre	110,5%	Meta atingida. Foram licenciados 1.642 estabelecimentos, o que corresponde a 156 estabelecimentos a mais que no ano 2015, correspondendo a 10,50% a mais que a meta pactuada.

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

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

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

Meta para 2016: 10%

Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	3,61%	Meta Atingida (3/83). Três estabelecimentos foram inspecionados. Em 31/12/2014 os registros da VISA informavam a existência de 74 supermercados e 14 Hipermercados, totalizando 88 estabelecimentos. Neste primeiro quadrimestre, sete supermercados encerraram atividades e dois Hipermercados iniciaram as atividades, alterando o total para 83

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



		estabelecimentos em atividade.
2º Quadrimestre	3,61%	Meta não atingida. O evento atmosférico ocorrido em junho/16 que desalojou a equipe de sua sede; As ações decorrentes do fato de o município ter sido base para algumas delegações dos jogos Olímpicos; e a baixa disponibilidade de veículos, inviabilizaram a realização de inspeções no segmento de alimentos relativos à meta.
3º Quadrimestre	6,02% (5/83)	Meta não atingida. Do universo de 83 estabelecimentos, foram vistoriados cinco. Em virtude do evento atmosférico ocorrido em junho/16 e as outras circunstâncias acima relatadas a equipe priorizou as ações referentes à meta 7.r, o que acabou prejudicando o cumprimento da presente meta.

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

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

Meta até 2017: aumentar, no mínimo, 20%



Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	14,1% (Total) 9,4% (Campinas)	<p><u>Campinas e Região:</u> Dados obtidos no SINAN em 29/04/2016 (Campinas) e 15/04/2016 (Região) - agravos segundo ano de notificação. Total de 287 notificações, sendo 168 em Campinas e 119 nos demais municípios da área de abrangência do CEREST Campinas (RENAST/MS). CEREST e DEVISA/ST iniciaram em abril, um Ciclo de Palestras em Agravos de ST que irá ocorrer até novembro com a discussão de um agravo por mês. O objetivo é qualificar os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros de Campinas e região, para o diagnóstico e notificação dos acidentes de trabalho (AT) e doenças ocupacionais (DO).</p> <p><u>Campinas:</u> Já nos reunimos com a Câmara Técnica de U/E onde orientamos os Coordenadores de Pronto Atendimento e/ou seus representantes sobre a importância das notificações dos ATs. Nesta ocasião os PS não estavam presentes, mas iremos no próximo quadrimestre realizar esta repactuação com estes. Também no 2º quadrimestre, o CEREST e DEVISA/ST irão realizar uma Oficina com a área da VE para discutir as notificações dos AT/DO.</p> <p><u>Região:</u> Com relação aos municípios da área de abrangência do CEREST, este assunto foi apresentado e discutido na CIR Metropolitana, onde os gestores municipais de saúde se comprometeram a impulsionar as ações de ST, inclusive indicando à DRS o nome dos articuladores da área de ST (titular e suplente). No 2º quadrimestre iremos nos reunir com DRS / GVE / GVS para discutirmos o andamento das ações.</p>
2º Quadrimestre	35,8%% (Total)	<u>Campinas e Região:</u> Dados obtidos no SINAN em 01/09/2016 (Campinas e Região). Total de 730 notificações, sendo 441 em Campinas e 289 nos

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



	24,6% (Campinas)	demais municípios da área de abrangência do CEREST Campinas (RENAST/MS). CEREST e DEVISA/ST iniciaram em abril, um Ciclo de Palestras em Agravos de ST que irá ocorrer até novembro com a discussão de um agravo por mês. O objetivo é qualificar os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros de Campinas e região, para o diagnóstico e notificação dos acidentes de trabalho (AT) e doenças ocupacionais (DO). Recomendações: <u>Campinas</u> : No 3º quadrimestre, o CEREST e DEVISA/ST irão realizar uma Oficina com a área da Vigilância epidemiológica para discutir as notificações dos AT/DO. <u>Região</u> : Com relação aos municípios da área de abrangência do CEREST, no 3º quadrimestre há proposição de realizar reunião com DRS / GVE / GVS para retomar o andamento das ações.
3º Quadrimestre	59,3% (Total) 43,1% (Campinas)	<u>Campinas e Região</u> : Dados obtidos no SINAN em 07/02/2017 (Campinas) e 09/01/2017 (Região) - agravos segundo ano de notificação. Total de 1210 notificações, sendo 771 em Campinas e 439 nos demais municípios da área de abrangência do CEREST Campinas (RENAST/MS). CEREST e DEVISA/ST concluíram o Ciclo de Palestras em Agravos de ST qualificando os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros de Campinas e região, para o diagnóstico e notificação dos acidentes de trabalho (AT) e doenças ocupacionais (DO). Apesar de não termos atingido a meta anual, destacamos que o nº de notificações quadriplicou em relação ao final do 1º quadrimestre, resultado positivo das ações que conseguimos realizar neste ano.

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

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

Meta 2016: aumentar, no mínimo, 20% ao ano



Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	0%	Após análise das ações realizadas em 2013 e 2014, a Coordenação da Área de ST/DEVISA decide reorganizar esta meta para 2016. Iremos sistematizar os dados recebidos da DRM/SMF, convocar os representantes do comércio de materiais de construção de Campinas e o Sindicato dos Trabalhadores deste setor, para reorientação a respeito da legislação relacionada ao banimento do amianto no Estado de SP. Isto visa uma ação de comunicação de impacto mais rápida e após a reunião a realização de ações vigilância para verificar o cumprimento das determinações legais.

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



2º Quadrimestre	0%	Reiterada as observações do quadrimestre anterior.
3º Quadrimestre	0%	Neste período foi possível, através dos dados recebidos da DRM/SMF, mapearmos os estabelecimentos de material de construção. Através desse mapeamento, no 1º quadrimestre de 2017 iremos realizar uma ação de comunicação de impacto mais rápida e após a reunião a realização de ações vigilância para verificar o cumprimento das determinações legais.

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

Meta 2016: 100% ao ano



Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	100%	Fomos comunicados da ocorrência de 3 (três) acidentes de trabalho fatais no município de Campinas e nenhum na região. Os 3 AT foram investigados e notificados no SINAN. Obs.: Os acidentes de trabalho no trânsito são objetos de discussão e estudo do Observatório Municipal de Trânsito que conta com várias instituições públicas e Secretarias Municipais com objetivo de fortalecer políticas de prevenção de lesões e mortes no trânsito.
2º Quadrimestre	100%	Recebido o comunicado da ocorrência de 6 (seis) acidentes de trabalho fatais no município de Campinas e 4 (quatro) na região. Os 10 (dez) AT foram investigados e notificados no SINAN. Reiterada a observação do quadrimestre anterior.
3º Quadrimestre	100%	<u>Campinas e Região</u> : Dados obtidos no SINAN em 07/02/2017 (Campinas) e 09/01/2017 (Região). Recebido o comunicado da ocorrência de 10 (dez) acidentes de trabalho fatais típicos no município de Campinas e 02 (dois) na região. Os 12 (doze) AT fatais típicos foram investigados e notificados no SINAN. Totalizamos a investigação de 25 (vinte e cinco) AT Fatais Típicos comunicados no SINAN, neste ano.

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

Meta 2016: 10% ao ano



Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	11,6% (Campinas)	Foram notificados 152 acidentes de trabalho graves (AT), sendo 95 em Campinas e 57 na região. Foram investigamos 11 em Campinas. Obs.1: São considerados AT Graves aqueles acidentes envolvendo fraturas,

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



		amputações, queimaduras, choque elétricos, quedas de alturas. Cada investigação de AT gera no mínimo duas inspeções ao local do acidente. Paralelo a esta meta, a equipe de Saúde do Trabalhador investiga os AT Fatais e realiza inúmeras ações de vigilância em apoio ao MPT através de convênio oficialmente formalizado entre esta instituição e a PMC/SMS/CEREST. Obs.2: Os acidentes de trabalho no trânsito são objetos de discussão e estudo do Observatório Municipal de Trânsito que conta com várias instituições públicas e Secretarias Municipais com objetivo de fortalecer políticas de prevenção de lesões e mortes no trânsito.
2º Quadrimestre	12,2% (Campinas)	Meta atingida. Foram notificados 257 acidentes de trabalho graves (AT), sendo 156 em Campinas (19 investigados) e 101 na região. As observações 1 e 2 do primeiro quadrimestre são reiteradas.
3º Quadrimestre	10,2% (Campinas)	<u>Campinas e Região</u> : Dados obtidos no SINAN em 07/02/2017 (Campinas) e 09/01/2017 (Região). Foram notificados 573 acidentes de trabalho graves (AT), sendo 384 em Campinas (39 investigados) e 189 na região. As observações 1 e 2 do primeiro quadrimestre são reiteradas.

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

Meta 2016: 12



Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	15	Foram realizadas 15 (quinze) vistorias em canteiros de obras no município de Campinas, sendo 06 pela VISA Sudoeste, 02 pela VISA Noroeste e pela VISA Leste. Obs.: Alguns profissionais das VISAs participam da Comissão Permanente Regional (CPR) da Construção Civil em Campinas, discutindo com representantes dos empregadores e empregados, questões de Saúde e Segurança do Trabalho.
2º Quadrimestre	20	Foram realizadas 20 (vinte) vistorias em canteiros de obras no município de Campinas. Reiteradas as observações do quadrimestre anterior.
3º Quadrimestre	22	Totalizamos 22 (vinte e duas) vistorias em canteiros de obras no município de Campinas até o final deste quadrimestre. Reiteradas as observações do quadrimestre anterior.

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

Meta até 2017: 100%



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



Resultados		Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	Em andamento	<p>A Rede de Urgência e Emergência (U/E) de Campinas possui 3 Pronto Socorros e 5 Pronto Atendimentos. A fim de agilizarmos a notificação de AT por esta Rede, o CEREST iniciou em 2013 a implantação do Relatório de Atendimento ao Acidentado no Trabalho (RAAT). Hoje, o RAAT se encontra implantado no PS HMMG, PS Ouro Verde, PA Campo Grande e PA Anchieta. Faltam ainda PS Unicamp, PS PUCC, PA São José e PA Centro.</p> <p>Os RAAT são recebidos pela equipe do CEREST que faz a análise dos documentos e inserção dos dados num banco em EPIInfo, onde posteriormente é realizado um estudo epidemiológico. Baseado neste estudo e em critérios epidemiológicos, as informações são passadas para a equipe de vigilância para a respectiva investigação e intervenção nos ambientes de trabalho.</p> <p>O estudo epidemiológico permite identificar os segmentos econômicos que mais acidentam, os tipos de AT, a distribuição geográfica dos estabelecimentos, entre outras coisas. A partir dessas informações, a equipe de vigilância organiza as ações de forma a dar celeridade e impacto a intervenção nos ambientes de trabalho onde ocorrem os AT, a exemplo das ações desenvolvidas junto ao segmento da construção civil.</p> <p>Ainda não temos um único sistema informatizado que possa auxiliar neste fluxo.</p> <p>O CEREST irá divulgar mensalmente às VISAs os dados epidemiológicos para que as mesmas realizem as intervenções nos estabelecimentos de seu território.</p> <p>Está agendado para outubro, no Ciclo de Palestras de Agravos em ST, a capacitação de Acidentes de Trabalho, com objetivo de qualificarmos os médicos e enfermeiros da rede, quanto ao diagnóstico e notificação deste agravo. O DEVISA/ST e CEREST estão preparando para o 2º quadrimestre uma Oficina para discutir com as equipes das VISAs as notificações de agravos de ST.</p>
2º Quadrimestre		
3º Quadrimestre	Não concluída	Além das ações já mencionadas nos quadrimestres anteriores, conseguimos neste quadrimestre (dezembro) realizar Capacitação de Acidentes de Trabalho, a fim de qualificarmos as ações neste ano, porém para o ano de 2017 iremos avaliar a implantação desse Sistema e indicarmos as ações necessárias para sua conclusão.

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

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

Indicadores:

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



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

Meta para 2016:execução contínua do Plano

Resultados	Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	<p>a) Em reunião com a CIR Metropolitana sob a Coordenação da DRS. Nesta reunião, o Coordenador do CEREST e da Área de ST/DEVISA fez uma explanação sobre as ações de ST na área de abrangência do CEREST Campinas, onde foram esclarecidas a PNSTT, o papel do CEREST nesta área e a importância dos gestores de saúde municipais apoiarem e estimularem suas equipes, assim como o apoio e matriciamento do CEREST. Os gestores municipais de saúde se comprometeram em apoiar e impulsionar as ações de ST nos seus territórios. Cada município se comprometeu com a DRS de enviar nomes dos interlocutores (titular e suplente) para que o CEREST pudesse ter uma referência da gestão nas questões da ST. No 2º quadrimestre iremos nos reunir com DRS / GVE / GVS para acompanhar o andamento das ações.</p> <p>b) No 2º quadrimestre o CEREST e DEVISA/ST irão realizar uma Oficina com a área da VE para discutir as notificações dos AT/DO e a formalização da notificação universal no município.</p> <p>c) Teve início no mês de abril o “Ciclo de Capacitações de Agravos em Saúde do Trabalhador”, no qual serão discutidos, mensalmente (até novembro), os diagnósticos e notificações desses agravos, baseados nos protocolos de atenção. Estas capacitações estão ocorrendo em dois dias e em períodos diferentes (manhã e tarde) para darmos oportunidade de participação a todos os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) de Campinas e região.</p> <p>d) Os demais cursos específicos estão previstos para 2017, visto a realização do Ciclo de Capacitação (item “d” acima).</p> <p>e) Aguardando readequação do orçamento por parte da Fio Cruz para que o curso de especialização em Saúde do Trabalhador possa atender às nossas necessidades.</p> <p>f) O CEREST está sistematizando os dados recebidos da DRM/SMF, para posterior classificação do impacto de risco à saúde do trabalhador. Paralelo a isso estamos verificando qual o sistema informatizado será utilizado para o geoprocessamento desses dados.</p>

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

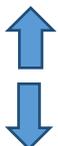


	<p>g) Conselho Municipal de Saúde já tem como pauta a constituição da CIST.</p> <p>h) A Coordenação do CEREST protocolizou ao Departamento Administrativo da Saúde, as necessidades (atualizadas) de manutenção da estrutura física da unidade do CEREST.</p>
2º Quadrimestre	<p>a) Ação realizada, com repercussão nos resultados obtidos na meta 7.aa. Importante a realização de novos encontros de sensibilização.</p> <p>b) No 3º quadrimestre o CEREST e DEVISA/ST irão realizar uma Oficina com a área da VE para discutir as notificações dos AT/DO e a formalização da notificação universal no município. Não foi possível a viabilização desta Oficina no 2º quadrimestre, conforme informado anteriormente.</p> <p>c) Prosegue o “Ciclo de Capacitações de Agravos em Saúde do Trabalhador”, mensalmente (até novembro), com discussão dos diagnósticos e notificações desses agravos, baseados nos protocolos de atenção.</p> <p>d) Reiterada a observação do 1º quadrimestre.</p> <p>e) Houve a necessidade de solicitar à FioCruz que readequasse o 1º orçamento enviado ao CEREST, para correção e/ou adaptação de alguns itens, dentro de algumas especificidades do Curso para as características de nossa região e do nosso público alvo. Estamos aguardando a devolução por parte desta Instituição.</p> <p>f) Iniciamos o mapeamento com os segmentos de comércio de material de construção (produtos com amianto), cooperativas de reciclagem e demais estabelecimentos já vistoriados.</p> <p>g) Reiterada a observação do 1º quadrimestre.</p> <p>h) A Secretaria de Infraestrutura iniciou a avaliação das necessidades de manutenção da estrutura física da unidade do CEREST, para a elaboração de um projeto de reforma.</p>
3º Quadrimestre	<p>a) Ação realizada, com repercussão nos resultados obtidos na meta 7.aa. Importante a realização de novos encontros de sensibilização.</p> <p>b) Esta ação está relacionada com as metas 7.aa e 7.af que foram acima descritas.</p> <p>c) Ação realizada.</p> <p>d) Prevista para ocorrer em 2017, face a realização do Ciclo de Capacitação realizado neste ano de 2016.</p> <p>e) A Especialização está aguardando que a FioCruz finalize as adequações do orçamento, solicitadas para adequação ao plano.</p> <p>f) Iniciamos o mapeamento com os segmentos de comércio de material de construção (produtos com amianto), cooperativas de reciclagem e demais estabelecimentos já vistoriados. Aguardamos os Sindicatos de Trabalhadores que participam do Conselho Gestor do CEREST enviarem lista das empresas de sua base de dados.</p>



	<p>g) Não realizada. Não foi possível a viabilização desta meta junto ao CMS.</p> <p>h) A Secretaria de Infraestrutura iniciou a avaliação das necessidades de manutenção da estrutura física da unidade do CEREST, para a elaboração de um projeto de reforma.</p>
--	---

OBS.:



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



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

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

Meta municipal 8.a - Ofertar, no mínimo, 90% dos itens padronizados (medicamentos e materiais) Meta 2016: no mínimo 90%



Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	90%	Manter a meta.
2º Quadrimestre	80%	Licitações fracassadas, atraso nas entregas pelos fornecedores. Justificativa : Pode-se atribuir esse resultado a um conjunto de elementos que afetaram não apenas os procedimentos internos à administração municipal, mas também, fatores externos. A quantidade média de faltas neste quadrimestre foi de 64 itens. Estas faltas podem ser classificadas de acordo com a causa: a) 9% - atraso do andamento dos processos administrativos que ocorreram no ano de 2015, que implicou algum reflexo neste quadrimestre. b) 20% - atraso na emissão de empenhos. Neste quadrimestre observa-se um prazo mais estendido na etapa de indicação de dotação orçamentária de alguns processos c) 25% - atraso nas entregas por parte do fornecedor Muitas vezes o descumprimento contratual gera necessidade de iniciar nova licitação para repor os estoques e retomar o abastecimento. d) 45% - itens desertos e fracassados em processos licitatórios. Quando ocorrem estes resultados, inicia-se nova licitação e assim, o prazo para homologação de um item fica maior, pois são duas licitações.
3º Quadrimestre	86%	Meta atingida parcialmente. Licitações fracassadas, atraso nas entregas pelos fornecedores. Justificativa : Pode-se atribuir esse resultado a um conjunto de elementos que afetaram não apenas os procedimentos internos à administração municipal, mas também, fatores externos como atraso nas entregas por parte do fornecedor e itens desertos e fracassados em processos licitatórios.
PAS 2017	90%	Recomendações - intensificar o empenho que já vem sendo desenvolvido pela SMS a fim de atingir a meta com os recursos existentes.

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



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



Meta 2016: 80 %

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	8,66%	520 pacientes em atendimento. Recomendações: a) todos os pacientes que recebem medicamentos e materiais em casa devem ser cadastrados no sistema informatizado Gestão Estratégica de Materiais e Medicamentos – GEMM, no Grupo Remédio em Casa; b) Contratar e capacitar profissionais farmacêuticos para ampliar o número de pacientes; c) Ampliar a quantidade de viaturas para realização de visitas domiciliares e cadastro de pacientes.
2º Quadrimestre	9,11%	547 pacientes em atendimento. Recomendações: a) cadastrar no sistema informatizado Gestão Estratégica de Materiais e Medicamentos – GEMM (Grupo Remédio em Casa), todos os pacientes que recebem medicamentos e materiais em casa, nos atendimentos domiciliares realizados por todos os profissionais de saúde (Agentes, Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Farmacêuticos) b) Contratar e capacitar profissionais farmacêuticos para ampliar o número de pacientes; c) Ampliar a quantidade de viaturas para realização de visitas domiciliares e cadastro de pacientes.
3º Quadrimestre		

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

Meta 2016: no mínimo 90%



Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	100% (Medicamentos homeopáticos) 14% (Medicamentos fitoterápicos)	Medicamentos homeopáticos e fitoterápicos.
2º Quadrimestre	100% (Medicamentos homeopáticos) 41%	Medicamentos Homeopáticos: Há contrato vigente, prorrogado por mais um ano em junho passado e atendendo a demanda. Protocolo nº 2014/10/50381.

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



	(Medicamentos fitoterápicos)	Medicamentos homeopáticos: Realizado a prorrogação do contrato por um ano, visando evitar desta forma o desabastecimento na rede.
3º Quadrimestre	<p style="text-align: center;">100%</p> <p>(Medicamentos homeopáticos)</p> <p style="text-align: center;">51,85%</p> <p>(Medicamentos fitoterápicos)</p>	<p>Medicamentos Homeopáticos: manter a meta</p> <p>Medicamentos Fitoterápicos - Recomendações: Garantir a compra de insumos para ampliar a disponibilidade de medicamentos fitoterápicos.</p>

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

Meta 2016: no mínimo 62%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	59,40%	59,40% das farmácias estão abertas em todo horário de funcionamento das Unidades Básicas. Recomendações: Necessidade de ampliação do quadro de profissionais da farmácia para garantir abertura da farmácia em todo horário de funcionamento da Unidade.
2º Quadrimestre	59,30%	59,30% das farmácias estão abertas em todo horário de funcionamento das Unidades Básicas. Recomendações: Necessidade de ampliação do quadro de profissionais da farmácia para garantir abertura da farmácia em todo horário de funcionamento da Unidade.
3º Quadrimestre	56,25%	56,25% das farmácias estão abertas em todo horário de funcionamento das Unidades Básicas. Recomendações: Necessidade de ampliação do quadro de profissionais da farmácia para garantir abertura da farmácia em todo horário de funcionamento da Unidade.

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

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

Meta 2016: 100%

Avaliação Anual - Ano 2016	Considerações/Recomendações
----------------------------	-----------------------------

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



Este indicador é de avaliação Anual	A atualização da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), vem sendo realizada no decorrer do ano de 2016.
-------------------------------------	--

54. Percentual de municípios com o Sistema Hórus implantado

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

Meta 2016: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	100%	O município utiliza sistema próprio para controle de estoque e dispensação GEMM (Gestão Estratégica de Materiais e Medicamentos), que faz integração com o Hórus. Todos os Centros de Saúde estão com sistema GEMM implantado.
2º Quadrimestre	100%	O município utiliza sistema próprio para controle de estoque e dispensação GEMM (Gestão Estratégica de Materiais e Medicamentos), que faz integração com o Hórus. Todos os Centros de Saúde estão com sistema GEMM implantado.
3º Quadrimestre	100%	O município utiliza sistema próprio para controle de estoque e dispensação GEMM (Gestão Estratégica de Materiais e Medicamentos), que faz integração com o Hórus. Todos os Centros de Saúde estão com sistema GEMM implantado.

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

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

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



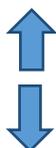
Sudoeste	AEROPORTO	Inadequado	NÃO	Inadequado	SIM
Sudoeste	CAPIVARI	Inadequado	NÃO	Inadequado	NÃO
Sudoeste	DIC I	Inadequado	NÃO	Adequado	SIM
Sudoeste	DIC III	Inadequado	NÃO	Inadequado	SIM
Sudoeste	SANTA LÚCIA	Inadequado	NÃO	Inadequado	NÃO
Sudoeste	SANTO ANTÔNIO	Inadequado	NÃO	Inadequado	SIM
Sudoeste	SANTOS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

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



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

OBS.:



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



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

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

Meta até 2016: 70% 

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	7,93% dos CS (05 CS: possuem Almojarifado e dispensários adequados)	<p>Em 30/04/16:</p> <p>Noroeste: 13 UBS - 09 dispensários com aparelhos de ar condicionado instalados e 11UBS estão com área inadequada. 05 almojarifados contam com aparelhos de ar condicionado instalados, e 09 almojarifados estão com a área física inadequada.</p> <p>Sudoeste: 12 UBS - 04 dispensários com aparelhos de ar condicionado instalados e 10 dispensários estão com área inadequada. 12 almojarifados com aparelhos de ar condicionado instalados e com área física inadequada.</p> <p>Sul: 16 UBS - 10 dispensários com aparelhos de ar condicionado instalados com 11 dispensários com área física inadequada. 02 almojarifados com aparelhos de ar condicionado instalados e 13 almojarifados com área física inadequada.</p> <p>Norte: 12 UBS - 10 dispensários com aparelhos de ar condicionado instalados e 7 dispensários com área física inadequada. 05 almojarifados com aparelhos de ar condicionado instalados e 05 almojarifado com área física inadequada.</p> <p>Leste: 10 UBS (sendo que 02 UBS estão em reforma) 01 dispensário com aparelho de ar condicionado instalado e 3 dispensários com área física adequada. Almojarifado local - 01 possui área física adequada e nenhum possui ar condicionado instalado.</p> <p style="text-align: right;">JUSTIFICATIVA:</p> <p>OBTIVEMOS EMPRESA CONTRATADA PARA INSTALAÇÃO DE</p>

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



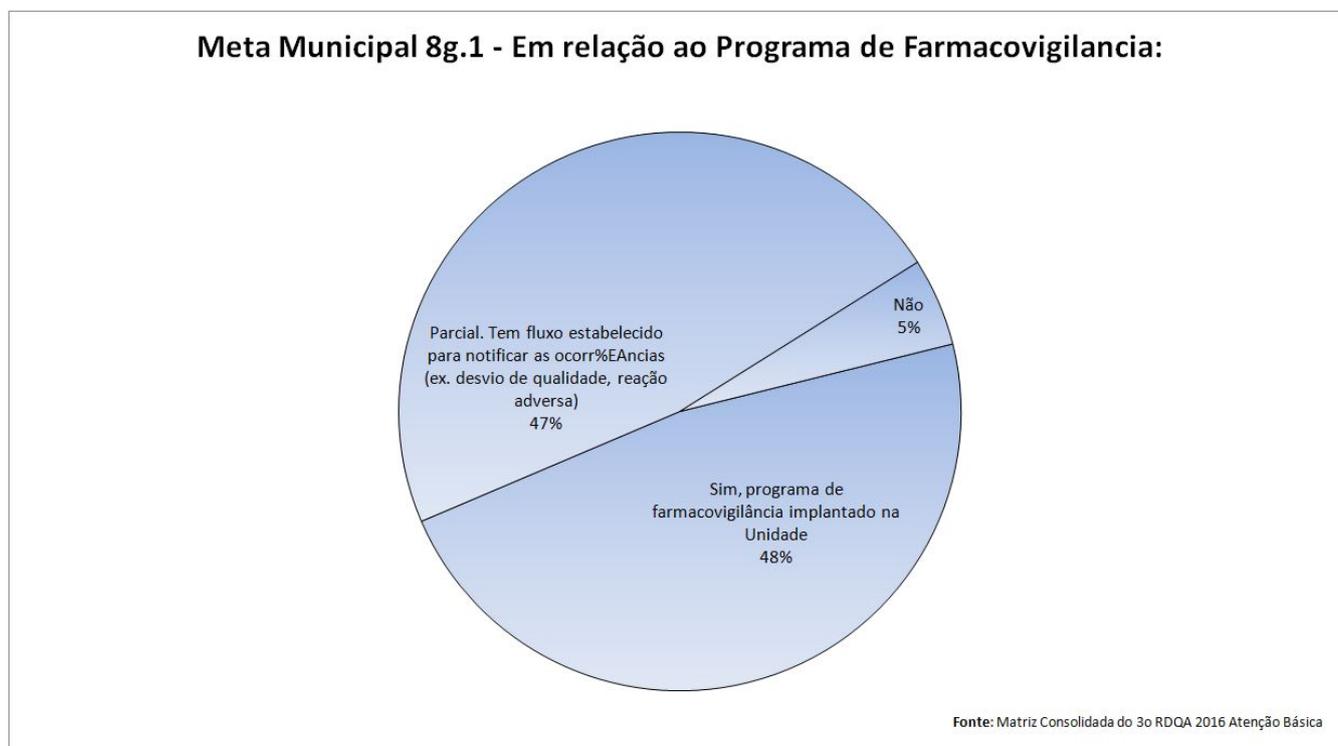
		<p>APARELHOS DE AR CONDICIONADO A PARTIR DE 03/07/2015 - PROTOCOLO Nº 13/10/31426.</p> <p>Recomendações:</p> <p>a) Realizar reformas e ampliações conforme cronograma de obras do PPA.</p> <p>b) Instalar aparelhos de ar condicionado nas farmácias e almoxarifados.</p>
2º Quadrimestre	11,11% dos CS (07 CS: possuem Almoxarifado e dispensários adequados)	<p>Observação de 15/09/2016: As adequações relativas às áreas físicas estão em fase de análise. Segue a Instalação de aparelhos de ar condicionados:</p> <p>Noroeste: 13 UBS - 12 dispensários com aparelhos de ar condicionado instalados, 06 almoxarifados contam com aparelhos de ar condicionado instalados;</p> <p>Sudoeste: 12 UBS - 06 dispensários com aparelhos de ar condicionado instalados, 02 almoxarifados com aparelhos de ar condicionado instalados;</p> <p>Sul: 16 UBS - 8 dispensários com aparelhos de ar condicionado instalados, 05 almoxarifados com aparelhos de ar condicionado instalados;</p> <p>Norte: 12 UBS - 08 dispensários com aparelhos de ar condicionado instalados, 07 almoxarifados com aparelhos de ar condicionado instalados;</p> <p>Leste: 10 UBS - 04 dispensários com aparelhos de ar condicionado instalados, 03 almoxarifados com aparelhos de ar condicionado instalado.</p>
3º Quadrimestre	15,87% dos CS (10 CS: possuem Almoxarifado e dispensários adequados)	<p>Em 07/12/16:</p> <p>Noroeste: 13 UBS - 10 dispensários com aparelhos de ar condicionado instalados e 11UBS estão com área inadequada. 06 almoxarifados contam com aparelhos de ar condicionado instalados, e 09 almoxarifados estão com a área física inadequada.</p> <p>Sudoeste: 12 UBS - 08 dispensários com aparelhos de ar condicionado instalados e 10 dispensários estão com área inadequada. 00 almoxarifado com aparelhos de ar condicionado instalados e 12 almoxarifados estão com área física inadequada.</p> <p>Sul: 16 UBS - 8 dispensários com aparelhos de ar condicionado instalados com 10 dispensários com área física inadequada. 04 almoxarifados com aparelhos de ar condicionado instalados e 13 almoxarifados com área física inadequada.</p> <p>Norte: 12 UBS – 07 dispensários com aparelhos de ar condicionado instalados e 06 dispensários com área física inadequada. 07 almoxarifados com aparelhos de ar condicionado instalados e 05 almoxarifado com área física inadequada.</p> <p>Leste: 10 UBS (sendo que 02 UBS estão em reforma) - 04 dispensários com aparelhos de ar condicionado instalados e 7 dispensários com área física inadequada. 03 almoxarifados com aparelhos de ar condicionado instalados e 09 almoxarifados com</p>

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



		<p>área física inadequada.</p> <p>JUSTIFICATIVA: obtivemos empresa contratada para instalação de aparelhos de ar condicionado a partir de 03/07/2015 - Protocolo Nº 13/10/31426.</p> <p>Recomendações:</p> <p>a) Realizar reformas e ampliações conforme cronograma de obras do PPA.</p> <p>b) Instalar aparelhos de ar condicionado nas farmácias e almoxarifados;</p>
--	--	--

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



Meta até 2016: 100%



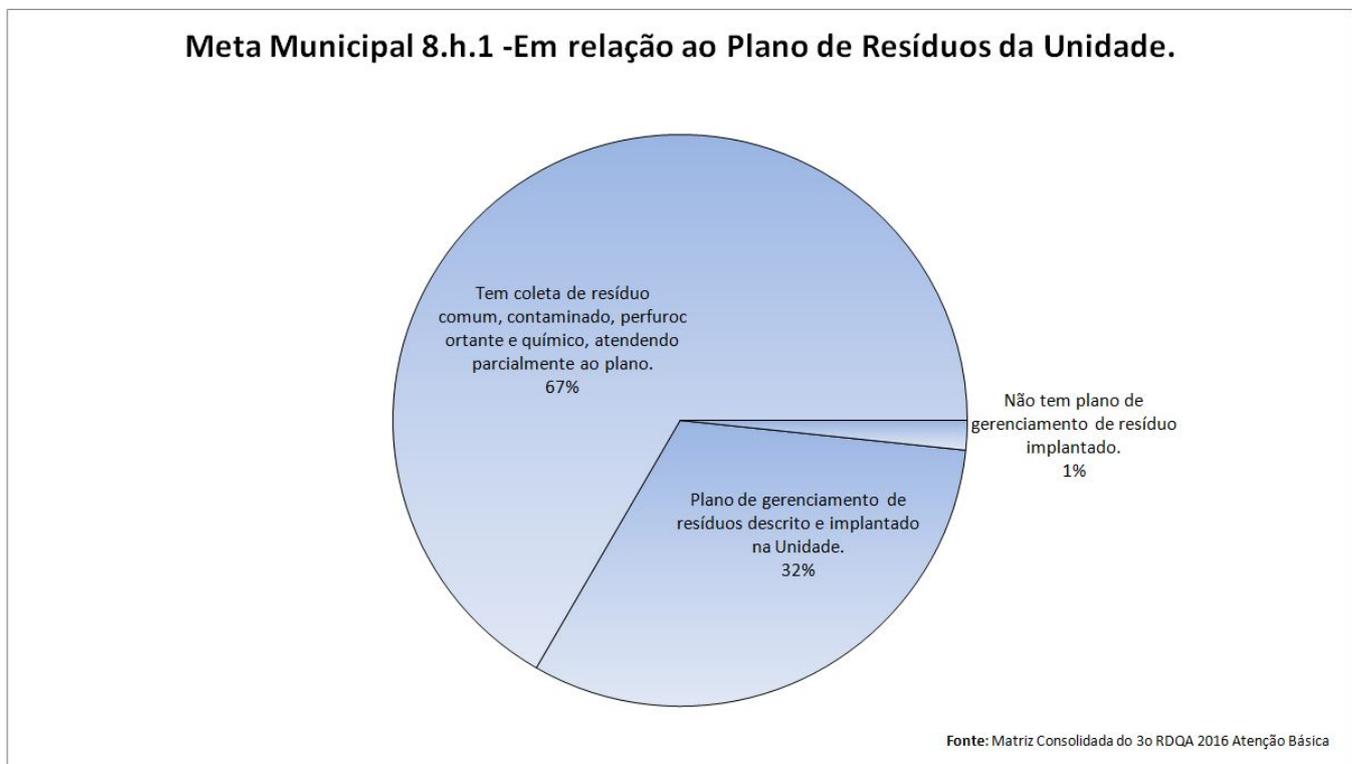
Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	92,20%	Programa de farmacovigilância implantado em 50,0% dos serviços de saúde de forma plena e em 42,2% dos serviços de saúde de forma parcial, totalizando 92,20%, conforme dados da Matriz de Monitoramento RDQA da Atenção Básica 2016.
2º Quadrimestre	90,70%	Programa de farmacovigilância implantado em 47,5% dos serviços de saúde de forma plena e em 43,2% dos serviços de saúde de forma parcial, totalizando 90,7%, conforme dados da Matriz de Monitoramento RDQA da Atenção Básica

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



		2016.
3º Quadrimestre	95%	Programa de farmacovigilância implantado em 48% dos serviços de saúde de forma plena e em 47% dos serviços de saúde de forma parcial, totalizando 95%, conforme dados da Matriz de Monitoramento RDQA da Atenção Básica 2016.
PAS 2017	100%	Recomendações: a) Ampliar o programa de farmacovigilância para todos serviços de saúde. b) Envolvimento de todas as áreas técnicas e DEVISA para promoção e ampliação do programa de farmacovigilância.

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



Meta até 2016: 100% 

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	93,7%	O Programa de Gerenciamento de Resíduos foi implantado em 40,6% dos serviços de saúde de forma plena e em 53,1% dos serviços de saúde de forma parcial, totalizando 92%, conforme dados da Matriz de Monitoramento RDQA da Atenção Básica 2016.

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



2º Quadrimestre	93,20%	O Programa de Gerenciamento de Resíduos foi implantado em 39,8% dos serviços de saúde de forma plena e em 53,4% dos serviços de saúde de forma parcial, totalizando 93,20%, conforme dados da Matriz de Monitoramento RDQA da Atenção Básica 2016.
3º Quadrimestre	99%	O Programa de Gerenciamento de Resíduos foi implantado em 32% dos serviços de saúde de forma plena e em 67% dos serviços de saúde de forma parcial, totalizando 99%, conforme dados da Matriz de Monitoramento RDQA da Atenção Básica 2016.
PAS 2017	100%	Recomendações: a) Ampliar para 100% dos serviços de saúde o programa de gerenciamento de resíduos; b) Envolvimento de todas as áreas técnicas e DEVISA para promoção e ampliação do Programa de Gerenciamento de Resíduos nos serviços de saúde.

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

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

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

Meta 2016: 100,00%



Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	25%	Das 8 empresas existentes duas empresas foram inspecionadas.
2º Quadrimestre	86%	Uma empresa encerrou as atividades. Das 7 empresas existentes 6 foram inspecionadas.
3º Quadrimestre	100%	Meta atingida. No terceiro quadrimestre uma empresa encerrou as atividades. Das 6 empresas existentes 6 foram inspecionadas.

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



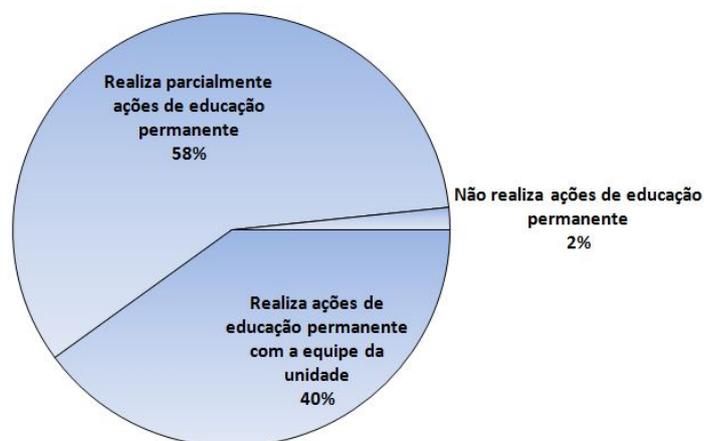
Diretriz 11- Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho e dos trabalhadores dos SUS.

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

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

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

57.1 Em relação a ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas:



Meta 2016: 70%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	50%	754 profissionais com participação em ações educativas realizadas pelo CETS em parceria com áreas técnicas SMS e DEVISA.
2º Quadrimestre	97,4%	Vale destacar que os Centros de Saúde informaram que 97,40% realizam ações de educação permanente com a equipe da Unidade. Ademais, 1511 profissionais participaram em ações educativas realizadas pelo CETS em parceria com áreas técnicas SMS e DEVISA.
3º Quadrimestre	98%	1513 profissionais com participação em ações educativas realizadas pelo CETS e/ou áreas técnicas e DEVISA em parceria com o CETS.
PAS 2017	50%	Recomendações: Capacitar 50% dos profissionais das equipes de saúde da família para fortalecimento do Modelo de Atenção e em temas específicos na área de Vigilância em Saúde voltados ao cuidado ofertado às diferentes clientelas. Capacitação temática dos ACS, para incremento no trabalho realizado. Intensificar o processo de valorização das ações de Educação Permanente

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



	realizadas em nível local (Unidades de Saúde) e distrital, além de manter ações macro, de cunho geral, direcionadas a profissionais das diferentes unidades de saúde.
--	---

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

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

Meta 2016:100%

Avaliação Anual - Ano 2016	Considerações/Recomendações
Residência de Medicina de Família e Comunidade era 8 vagas e foi para 20 vagas (aumento de 125%). Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família: era Zero e foi para 12 vagas	Foram criados os programas de Residência de Medicina da Família e Comunidade, com a oferta inicial de 08 vagas e posteriormente ampliada para 20 vagas (correspondendo a um aumento de 125% na oferta das vagas), e a Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família, com a oferta de 12 vagas (sendo 04 vagas para Enfermagem, 04 vagas para Fisioterapia e 04 vagas para Nutrição). Memória de cálculo - Residência de Medicina de Família e Comunidade era 8 vagas e foi para 20 vagas (aumento de 125%). Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família: era Zero e foi para 12 vagas Recomendações: Manter o quantitativo de vagas e especialidades. Intensificar os esforços de ampliação e oferta de vagas dos Programas de Residência de Medicina da Família e Comunidade e Residência Multiprofissional para o ano de 2017.

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

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

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



Avaliação Anual - Ano 2016	Considerações/Recomendações
50%	Considerações: Foi ampliada a oferta de vagas do programa de Residência Médica em Psiquiatria de 04 para 06 vagas (correspondendo a um aumento de 50% na oferta de vagas). Recomendações: Qualificar o processo de Ensino-Serviço ampliando os Fóruns de articulação

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



	<p>com as entidades formadoras de residências médicas já existentes.</p> <p>Manter parcerias com os Programas de Residência Multiprofissional (HMMG, PUCC e UNICAMP), onde o CETS organizará a inclusão de um Módulo Introdutório anterior ao início dos estágios nos Serviços de Saúde do SUS Municipal, ampliando gradativamente a participação dos residentes dos Programas de Residência Médica.</p>
--	--

60. Número de pontos do Teles Saúde Brasil Redes implantados

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

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	zero	<p>Ainda não implantado conforme a Portaria Ministerial. Entretanto ocorre o matriciamento entre os Centros de Saúde e Serviços de Especialidades. As discussões de casos são realizadas entre profissionais da Policlínica 3 e Unidades de Saúde através do Skype. Ou ainda, em idas de especialistas até os Centros de Saúde para atendimento conjunto e discussão de casos com as equipes de saúde. Projeto Piloto de implantação no Distrito de Saúde Sul</p> <p>Recomendações: permanecem as recomendações para implantação em conformidade com a Portaria do Ministério da Saúde, conforme as metas acima descritas.</p> <p>Recomendações: Permanecem as recomendações para implantação gradativa dos Pontos Teles, em conformidade com a Portaria do Ministério da Saúde e às metas acima descritas.</p>
2º Quadrimestre	Zero	<p>Recomendações: Permanecem as recomendações para implantação gradativa dos Pontos Teles, em conformidade com a Portaria do Ministério da Saúde e às metas acima descritas.</p>
3º Quadrimestre		

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

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



Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	100%	<p>Considerações: Realização de 44 ações, sendo 13 ações relacionadas aos Programas de Residência Médica e Multiprofissional (UNICAMP, PUC-Campinas e CHPEO); 05 reuniões pactuação e avaliação de estágios de nível médio; de 17 reuniões de pactuação e avaliação de estágios de nível superior (graduação); 03 ações em unidades de saúde com equipes locais; 06 reuniões da CT PIES com periodicidade quinzenal; Capacitação de 15</p>

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



		<p>profissionais para atuar como Articuladores de Ensino Serviço, em nível local e distrital; Realização do Módulo Introdutório aos Estágios no SUS, com a participação de 104 profissionais residentes.</p> <p>Recomendações: Organizar 02 novas turmas do Curso de Formação de Articuladores do Ensino Serviço, previsto para o segundo quadrimestre; Manter os processos em andamento nos próximos quadrimestres.</p>
2º Quadrimestre	100%	<p>Considerações: Realização de 39 ações, sendo 05 ações relacionadas aos Programas de Residência Médica e Multiprofissional (UNICAMP, PUC-Campinas e CHPEO); 07 reuniões pactuação e avaliação de estágios de nível médio; de 09 reuniões de pactuação e avaliação de estágios de nível superior (graduação); 06 reuniões da IES para tratar de assuntos específicos; 02 reuniões com Escola técnica para tratar de assuntos específicos; 01 ação em unidade de saúde com equipe local; 04 reuniões da CT PIES com periodicidade mensal e 05 reuniões do PET GraduaSUS (PUC e Unicamp).</p> <p>Recomendações: Organizar 02 novas turmas do Curso de Formação de Articuladores do Ensino Serviço, previsto para o terceiro quadrimestre; Manter os processos em andamento nos próximos quadrimestres.</p>
3º Quadrimestre	100%	<p>Realização de 48 ações, sendo: 06 relacionadas aos Programas de Residência Médica e Multiprofissional (Unicamp, PUC-Campinas, CHPEO); 07 reuniões de pactuação e avaliação estágios de nível médio; 08 reuniões de pactuação e avaliação de estágios de graduação; 10 reuniões com IES para tratar de assuntos específicos, 03 reuniões com Escola Técnica para tratar de assuntos específicos; 08 ações em unidades de saúde com equipe local; 04 reuniões da CT PIES (Periodicidade mensal) e 02 reuniões do PET GraduaSUS (PUC e Unicamp)</p> <p>Recomendações: manter a meta em 100% e qualificar o processo com a renovação dos convênios interinstitucionais e com a capacitação de novos 50 profissionais para atuar no fortalecimento desta política nas unidades de saúde</p>

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

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

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

Meta 2016: no mínimo 80% 

Indicador de avaliação Anual - Resultados Ano 2016	Considerações/Recomendações
100%	<p>Recomendações: Manter e monitorar o vínculo protegido para os trabalhadores do SUS.</p> <p>Todos os trabalhadores da SMS possuem vínculo protegido. Em relação</p>

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



	aos serviços conveniados há a obrigatoriedade de apresentar Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas atualizada, assim como os serviços contratos quando do ato da assinatura do contrato e da vigência.
--	---

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

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

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

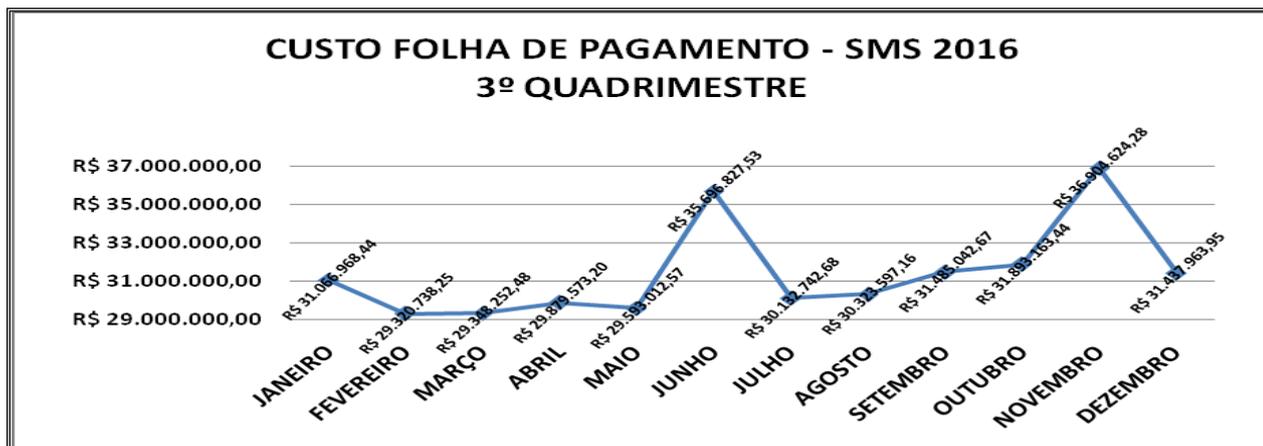
Meta 2016: 1 mesa ao ano 

Avaliação Anual - Ano 2016	Considerações/Recomendações
zero	Existem mesas de negociação para discussões de relações do trabalho na área da saúde, contudo estas não atendem as determinações descritas neste indicador pelo MS.

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

ACOMPANHAMENTO CUSTO FOLHA DE PAGAMENTO - SMS 2016		
MÊS	QUADRO	VALOR
JANEIRO	5352	R\$ 31.066.968,44
FEVEREIRO	5317	R\$ 29.320.738,25
MARÇO	5322	R\$ 29.348.252,48
ABRIL	5311	R\$ 29.879.573,20
MAIO	5350	R\$ 29.593.012,57
JUNHO	5354	R\$ 35.696.827,53
JULHO	5368	R\$ 30.132.742,68
AGOSTO	5366	R\$ 30.323.597,16
SETEMBRO	5361	R\$ 31.485.042,67
OUTUBRO	5351	R\$ 31.893.163,44
NOVEMBRO	5329	R\$ 36.904.624,28
DEZEMBRO	5317	R\$ 31.437.963,95
	64098	R\$ 377.082.506,65

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



Fonte: Folha Consist

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

Meta para 2016: 80%



Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	38%	<p>Memória de cálculo: 27 acolhimento / 71 ingressantes: 38%</p> <p>Realizado acolhimento de 27 novos profissionais. Planejamento das ações de acolhimento a serem desenvolvidas a partir do segundo quadrimestre.</p> <p>Recomendações: Investir no Acolhimento dos novos profissionais como ação de rotina, com definição de uma semana/ mês para realização do processo. Isso se realizará a partir de março de 2016.</p>
2º Quadrimestre	8,8%	<p>Considerações: Realizado acolhimento de 03 novos profissionais. (Memória de cálculo → 03 acolhimentos / 34 ingressantes = 8,8%). Planejamento das ações de acolhimento a serem desenvolvidas a partir do segundo quadrimestre.</p>
3º Quadrimestre	0%	<p>Não foi realizado acolhimento de novos trabalhadores neste quadrimestre. Houve revisão de material didático para colocar em prática a partir de meados do 1º quadrimestre.</p> <p>Recomendações: Manter o investimento no Acolhimento de 80% dos Novos Trabalhadores que ingressam no serviço público, a partir de Abril de 2017</p>

Em 2016, no período de maio a agosto, tendo como fim último a assistência integral e com qualidade à saúde da população de Campinas e a valorização e fixação do quadro de servidores da Secretaria Municipal de Saúde, o setor de Ingresso Qualificado do DGTES realizou as seguintes ações visando à entrada de novos profissionais ou à movimentação de servidores:

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



MOVIMENTAÇÃO DE SERVIDORES

No terceiro quadrimestre de 2016, **10** servidores alteraram suas lotações, movimentando-se por meio do Programa Permuta Qualificada, e em dezembro de 2016, contava com **175** servidores inscritos à espera de possibilidade de mudança de lotação.

Neste período, não houve Processo Seletivo Interno.

PROGRAMA PERMUTA QUALIFICADA		
Categoria Profissional	Nº de Permutas	Nº Profissionais Envolvidos
Auxiliar de Enfermagem	3	6
Dentista	1	2
Técnico em Enfermagem	1	2
TOTAL	5	10

Não computadas tentativas não efetivadas

INGRESSO DE PROFISSIONAIS

CONCURSO PÚBLICO

No terceiro quadrimestre de 2016, foram realizadas **05** reuniões de preenchimento de vagas nas quais foram oferecidas **9** novas vagas (e mais **04** reconvoções de vagas não preenchidas).

ADMISSÕES 3º QUADRIMESTRE – SMS 2016					
CARGO	VAGAS OFERECIDAS	EM ADMISSÃO	ADMITIDOS	VAGAS ABERTAS	OBSERVAÇÃO
Médico- Clínica Geral		1	12		
Engenheiro de Alimentos	2		2		
Engenheiro Químico	1		1		
Técnico de Alimentos	3		3		
Agente Comunitário de Saúde	1		1		Ordem judicial
Técnico em Agropecuária	1	1			
Biólogo	1			-	Vaga não preenchida, edital expirado
TOTAL	9	2	19	0	

*Não computadas vagas para o HMMG

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



OUTROS CERTAMES

Edital 01/2016 (divulgado em 09/03/2016) - Concurso realizado pela SMRH/SMS: **Médico – Radiologia e Diagnóstico por Imagem**: 05 vagas previstas em edital e **24** candidatos aprovados. **Homologado em 23/05/2016.**

Edital 02/2016 (divulgado em 22/03/2016): **Médicos – 12 especialidades** para SMS e HMMG, num total de 19 vagas em edital. Total de **146** candidatos aprovados (média de 7,68 / vaga). **Homologado em 09/08/2016.**

Edital 04/2016 (divulgado em 22/03/16): **Cargos diversos – Condutor de Veículos e Máquinas Empilhadeira, Assistente Social, Fonoaudiólogo, e Terapeuta Ocupacional**, num total de 19 vagas em edital. Total de **486** candidatos aprovados (média de 25,58/vaga). **Homologado em 06/09/2016.**

A Secretaria Municipal de Saúde solicitou a abertura de novos editais de concurso público para **171** vagas de diversos cargos sem edital válido ou candidatos remanescentes por meio do protocolado 2015/10/48154, 2016/10/1061 e 2016/10/5285, em tramitação na SMRH.

BALANÇO 2016 (Ingresso Qualificado/DGTES)

PROGRAMA PERMUTA QUALIFICADA	
Nº Servidores Insritos	Nº de Servidores Permutados
175	20

Não computadas tentativas não efetivadas

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO e CONCURSO PÚBLICO		
Reuniões de Preenchimento	Nº Vagas Oferecidas	Admissões Efetivas em 2016
38	271	259*

*Outras 2 vagas em processo de admissão

Admissões efetivas em 2016:

ADMISSÕES EFETIVAS – SMS 2016	
Descrição do Cargo	Nº de Servidores Admitidos
Agente Comunitário de Saúde	6
Auxiliar de Consultório Dentário	8
Biomédico	1

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



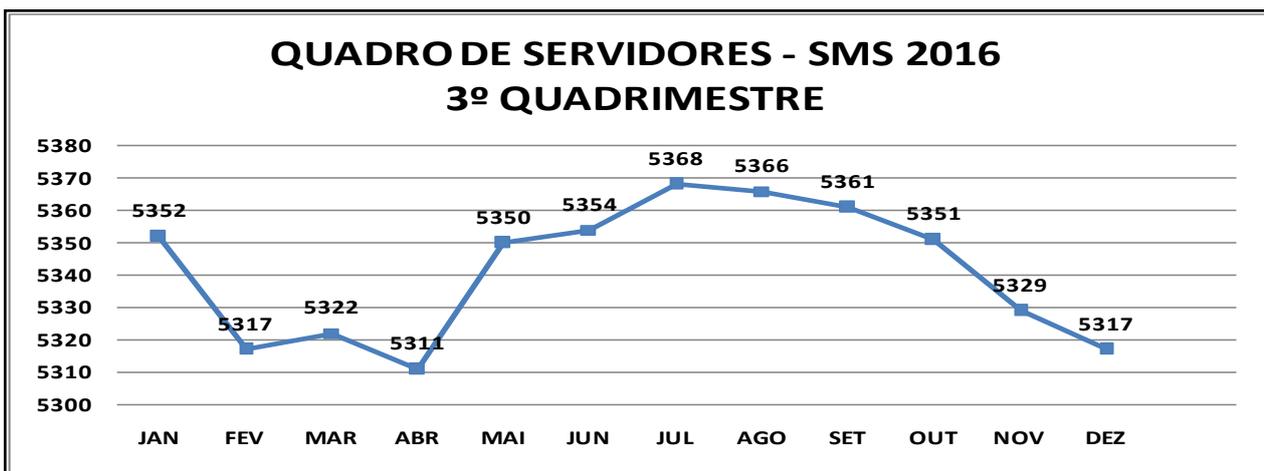
Condutor de Veículos (Emergência)	39
Dentista	6
Enfermeiro	44
Engenheiro de Alimentos	2
Engenheiro Químico	1
Farmacêutico	1
Médico – Cardiopediatria	1
Médico – Clínica Geral	86
Médico – Família e Comunidade	12
Médico – Ginecologia e Obstetrícia	14
Médico – Pediatria	15
Médico – Psiquiatria	9
Médico Veterinário	1
Técnico em Alimentos	3
Técnico em Agropecuária	1
Técnico em Enfermagem	9
TOTAL	259

QUADRO GERAL SMS - 2016												
CARGO AGRUPADO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
ADMINISTRATIVO	290	289	285	284	282	281	280	278	276	274	274	273
AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE	742	741	739	735	735	732	731	728	728	727	727	728
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	927	923	913	908	904	902	895	891	890	891	886	884
AUXILIAR DE SAUDE PUBLICA	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
DENTISTA	220	219	219	221	222	222	225	225	224	223	223	223
ENFERMEIRO	519	516	523	526	543	543	545	544	543	539	535	535
EQUIPE COMBATE ENDEMIAS	128	127	127	127	125	125	125	124	123	122	122	122
EQUIPE FARMACIA	175	173	173	172	172	172	170	170	170	170	169	169
EQUIPE SAUDE BUCAL	152	152	150	150	149	148	155	154	154	154	154	151
ESTAGIARIO	40	39	38	40	39	35	38	37	40	39	37	37
FARMACEUTICO	63	62	62	62	62	62	62	63	63	63	62	62
MEDICO	869	864	856	850	884	899	904	918	920	921	921	914

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



MOTORISTA DE AMBULANCIA	69	69	93	95	96	99	104	104	103	102	101	101
OPERACIONAL	238	224	224	222	222	219	219	218	217	216	213	213
OUTROS NIVEL MEDIO	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
OUTROS NIVEL TECNICO	89	89	88	87	87	87	87	86	86	86	86	89
OUTROS UNIVERSITARIOS	316	314	312	311	311	311	311	311	309	310	307	305
TECNICO EM RADIOLOGIA	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55
TECNICO ENFERMAGEM	439	440	444	445	441	441	441	439	439	438	436	435
TOTAL	5352	5317	5322	5311	5350	5354	5368	5366	5361	5351	5329	5317



Fonte: Folha Consist/RH Gestão

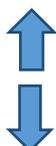
Meta Municipal 11.c - Aumentar em 20% a proporção de vagas oferecidas para remanejamento

Meta 2016: 63,60%



Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	91,6%	Em 23 Processos Seletivos Internos realizados, foram ofertadas 217 vagas. Em 21 reuniões de preenchimento de vagas de Concurso Público realizadas, foram ofertadas 237 novas vagas.
2º Quadrimestre	0,0%	Considerações: Não houve aprovação para oferta de novas vagas em Concurso Público/Processo Seletivo Público.
3º Quadrimestre	0,0%	Considerações: 09 Vagas aprovadas com lotação única, sem possibilidade de remanejamento. Resultado em 2016 => 217 vagas preenchidas em 269 vagas ofertadas (80,7%) Resultado no Quadriênio => 1303 vagas preenchidas em 1699 vagas ofertadas (76,7%)

OBS.:



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



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

Avaliação Anual - Ano 2016	Considerações/Recomendações
	Recomendações: Reestruturar o Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos, visando atender a nova legislação com foco na Assistência e Gestão do SUS.

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

Meta 2016: 100% 

Resultados	Considerações/Recomendações
100%	O período avaliativo de 01/07/2014 a 30/06/2015 foi concluído em sua totalidade. Considerações: O período avaliativo de 01/07/2015 a 30/06/2016, ainda não foi realizado, aguardando cronograma a ser elaborado pela SMRH.

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

Meta 2016: 04 oficinas / ano 

Resultados	Considerações/Recomendações
1º Quadrimestre	02 Grupo de "Representação Distrital" para elaboração e redefinição dos projetos de promoção nas unidades básicas. Reunião de "Preparação e Elaboração de Estratégias de Ação de Promoção" no CS Pedro A. Aquino
2º Quadrimestre	02 Considerações: Grupo de "Representação Distrital" para elaboração de instrumentos de Avaliação e Estratégias de Promoção à Saúde nas unidades básicas.
3º Quadrimestre	04 Considerações: Grupo de "Representação Distrital" para elaboração e redefinição dos projetos de promoção nas unidades básicas; Reunião de equipe ampliada do CS Aurélia para apresentação do Programa Cuidando do Cuidador e do CS Aeroporto para apresentação e discussão do Manual de RH.

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



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

Meta 2016: 100%



Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	81	Quantidade de servidores acompanhados com demandas referentes a Relações e Processos de Trabalho, processos de Saúde e Retorno/Reinserção ao Trabalho
2º Quadrimestre	95	Considerações: Quantidade de servidores acompanhados com demandas referentes a Relações e Processos de Trabalho, processos de Saúde e Retorno/Reinserção ao Trabalho.
3º Quadrimestre	100% (90 profissionais)	Considerações: Quantidade de servidores acompanhados com demandas referentes a Relações e Processos de Trabalho, processos de Saúde e Retorno/Reinserção ao Trabalho.

Objetivo 11.5 - Democratização e Humanização das relações de trabalho

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

Meta 2015: 100%



Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	100%	19 processos acompanhados através da intermediação das relações de conflito visando o estabelecimento de novos compromissos e responsabilidades.
2º Quadrimestre	100%	17 processos acompanhados através da intermediação das relações de conflito visando o estabelecimento de novos compromissos e responsabilidades.
3º Quadrimestre	100%	09 processos acompanhados através da intermediação das relações de conflito visando o estabelecimento de novos compromissos e responsabilidades.

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

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

Meta 2016: 100%



Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	80%	O Projeto de Dimensionamento está em andamento no Eixo Especialidades (CRI/CRR/AMDA/Policlínicas e Laboratório Municipal) e 80% da meta realizada no Eixo Vigilância Sanitária.

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



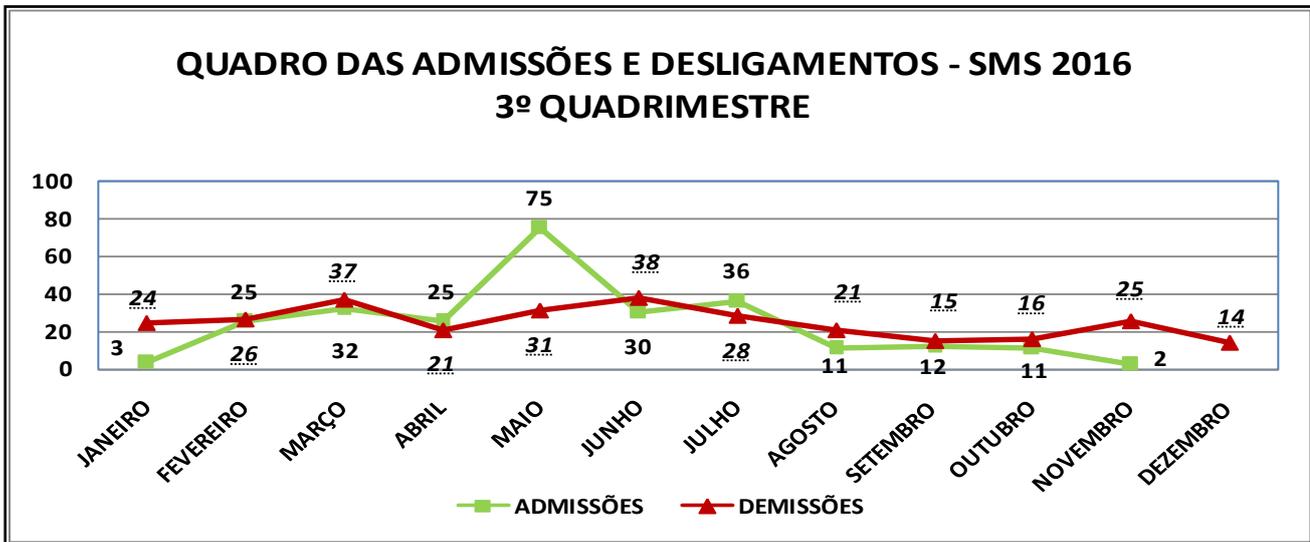
		Recomendações: Concluir o Processo de Dimensionamento, visando o equilíbrio entre a Assistência e a Gestão na recomposição do quadro.
2º Quadrimestre	80%	Considerações: Concluída a atualização do Processo de Dimensionamento referente à Atenção Básica, visando o equilíbrio entre a Assistência e a Gestão na recomposição do quadro.
3º Quadrimestre	100%	Recomendações: Efetuar a atualização do Dimensionamento, em conformidade ao Novo Modelo Assistencial da Atenção Primária à Saúde no município de Campinas, atendendo às Diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

QUADRO DAS ADMISSÕES SMS - 2016													
CARGO AGRUPADO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE	2	2	1										
DENTISTA			2	1		2	1						
ENFERMEIRO		10	6	7	15	1							
EQUIPE ENFERMAGEM	1	4	4										
EQUIPE SAUDE BUCAL						7	1						
ESTAGIO				2	1		4	2	4				
FARMACEUTICO								1					
MEDICO				13	54	16	27	8	8	8			
MOTORISTA DE AMBULANCIA		9	19	2	4	4	1						
OUTROS NIVEL TECNICO							1					2	
OUTROS UNIVERSITARIOS							1			3			
VETERINARIO					1								
TOTAL	3	25	32	25	75	30	36	11	12	11	2	0	
QUADRO DAS DEMISSÕES SMS - 2016													
CARGO AGRUPADO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
ADMINISTRATIVO		1	5		4			1		2		1	
AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE	1	6	2	4	2	1	2	1	1	1			
DENTISTA		1							1	1			
ENFERMEIRO	4	3	4		2	2	2	1	2	4	3		
EQUIPE COMBATE ENDEMIAS	1				2			1	2				
EQUIPE ENFERMAGEM	10	3	14	6	7	2	10	3	2	1	6	1	
EQUIPE FARMACIA		1		1	1		2				1		
EQUIPE SAUDE BUCAL			2		1	1	1	1				3	
ESTAGIO	1	2			4	3	3	1		2	1		
FARMACEUTICO											1		
MEDICO	3	7	5	7	5	26	7	8	5	4	3	8	
MOTORISTA											1		
MOTORISTA DE AMBULANCIA			2		2			1	1		1		
OPERACIONAL	2	1		2		1		1	1	1	1		
OUTROS NIVEL TECNICO			1	1				1					
OUTROS UNIVERSITARIOS	2	1	2		1	2	1	1			7	1	
TOTAL	24	26	37	21	31	38	28	21	15	16	25	14	

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



Fonte: Folha Consist/RH Gestão



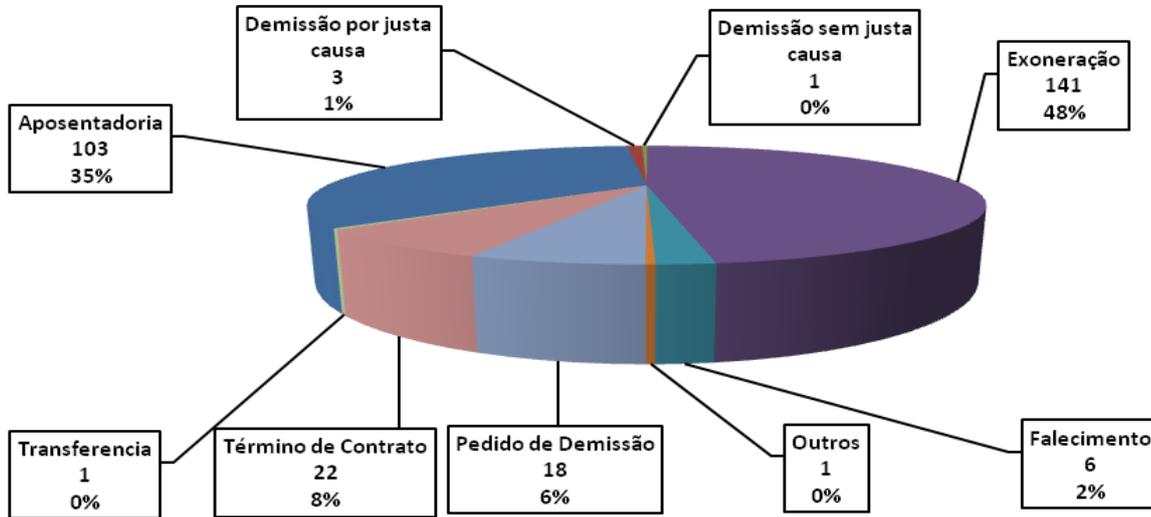
Fonte: Folha Consist/RH Gestão

DESLIGAMENTOS POR MOTIVO - SMS 2016												
MOTIVO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
APOSENTADORIA	12	3	17	7	9	7	8	10	1	1	18	10
DEMISSÃO POR JUSTA CAUSA					1			1			1	
DEMISSÃO SEM JUSTA CAUSA					1							
EXONERAÇÃO	9	19	19	11	14	15	12	7	14	12	5	4
FALECIMENTO	1		1	1	1			1		1		
OUTROS		1										
PEDIDO DE DEMISSÃO	1	3		2	5	1	5	1				
TÉRMINO DE CONTRATO						15	3	1		2	1	
TRANSFERÊNCIA	1											
TOTAL	24	26	37	21	31	38	28	21	15	16	25	14

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



DESLIGAMENTOS POR MOTIVO - SMS 2016 3º QUADRIMESTRE



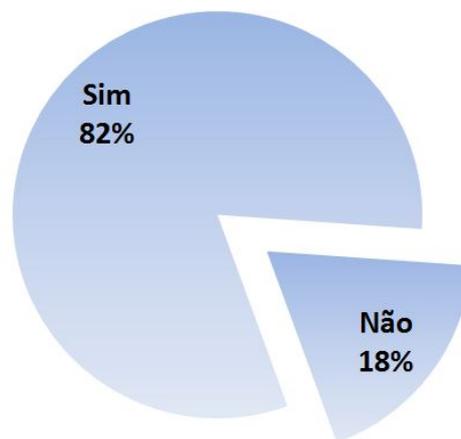
OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



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

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

Meta Municipal 12.k.1 -Existe Gestão colegiada na unidade:



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

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

Meta 2013: 1/ Meta 2017: 1

Resultados	Considerações/Recomendações
Ano de 2016	NÃO SE APLICA

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

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

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

Avaliação Anual - Ano 2016	Considerações/Recomendações
100%	Existe Conselho Distrital de Saúde nos 5 Distritos de Saúde com reuniões

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



periódicas.

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



Meta 2016: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	62	Conforme informação do Conselho Municipal de Saúde.
2º Quadrimestre	62	Conforme informação do Conselho Municipal de Saúde.
3º Quadrimestre	60	Conforme informação dos Coordenadores de Centros de Saúde (CS Florence, CS Santos Dumont, CS Fernanda, CS Joaquim Egídio) Recomendações: a) Manter e monitorar os CLS dos Centros de Saúde, com periodicidade de reuniões mensais, sendo de, no mínimo, 12 reuniões ao ano. b) Implantar CLS nos demais Serviços de Saúde (que ainda não possuem) com periodicidade de reuniões mensais, sendo de, no mínimo, 12 reuniões ao ano. Obs. VIDE RELATÓRIOS DOS SERVIÇOS

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

Meta 2016: 100%

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	100%	Cumprir registrar que todos os serviços conveniados possuem Comissões de acompanhamento vigentes, com avaliação de contrato de metas das entidades conveniadas. Obs. VIDE RELATÓRIOS DOS SERVIÇOS CONVENIADOS ANEXOS.
2º Quadrimestre	100%	Cumprir registrar que todos os serviços conveniados possuem Comissões de acompanhamento vigentes, com avaliação de contrato de metas das entidades conveniadas.
3º Quadrimestre	100%	Cumprir registrar que todos os serviços conveniados possuem Comissões de

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



	acompanhamento vigentes, com avaliação de contrato de metas das entidades conveniadas. Recomendações: Estimular a participação dos conselheiros nas reuniões mensais. Obs. VIDE RELATÓRIOS DOS SERVIÇOS CONVENIADOS ANEXOS.
--	--

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

Meta 2016: no mínimo 25 

Ano de 2016	
Não atingimos a meta	Não foram realizados processos formais de capacitação de representantes do Controle Social. Recomendações: Fortalecer a integração entre Gestão e Controle Social com espaços de formação e compartilhamento das questões afetas ao SUS. Considerando que houve substituição de muitos conselheiros, propomos a capacitação de 50%, com vistas ao fortalecimento do controle social

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

Ano de 2016	
Considerações: X Conferência Municipal de Saúde aconteceu em junho de 2015. Recomendações: a) Receber a publicação do relatório da X Conferência Municipal de Saúde. b) Adequação do Plano municipal de Saúde 2014-2017 conforme as resoluções da X Conferência Municipal de Saúde.	

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

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

Meta 2016: 2 

Ano de 2016	
7 oficinas 100%	Realização de 02 Oficinas dentro do processo de implantação de NASF, com vistas à implementação no modelo de atenção, contando com a participação de 273 profissionais, incluindo profissionais dos NASF, equipe apoiadas, gestores e convidados. Está planejada a realização de 02 novas Oficinas a partir do 2º quadrimestre Realização de 01 Oficina dentro do processo de implantação de NASF, com vistas à implementação no modelo de atenção, contando com a participação de 156 profissionais, incluindo profissionais dos NASF, equipe apoiadas, gestores e convidados. Realização de 01 de evento comemorativo da Semana de Enfermagem 2016, com a

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



	<p>participação de 80 profissionais. Realização de Evento Comemorativo da Semana Mundial de Amamentação e Agosto Dourado, com a participação de 116 profissionais.</p> <p>Realização de 01 Oficina dentro do processo de qualificação da Vigilância aos óbitos materno e infantil, com a participação de 101 profissionais.</p> <p>Realização de 02 eventos voltados à qualificação do processo de trabalho da equipe de enfermagem, com a participação de 202 profissionais.</p> <p>Recomendações: Realização de 02 Oficinas voltadas à revisão do Modelo Assistencial com o objetivo de fortalecimento dos profissionais que atuam na gestão e nas equipes de saúde. Realização de 01 de evento comemorativo da Semana de Enfermagem 2017 no 2º Quadrimestre. Realização de Seminário Comemorativo da Semana Mundial de Aleitamento Materno 2017 no 3º Quadrimestre</p>
--	--

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

Meta: 60% das UBS informatizadas em 2016



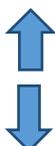
Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	15,63%	<ul style="list-style-type: none"> - Não houve informatização de novas unidades básicas de saúde, aguardando recursos para a continuidade. - Foram adquiridos 121 computadores através de emenda parlamentar e recursos próprios. - Etapa de levantamento de requisitos de infraestrutura e sistemas do Projeto Saúde em Ação foi concluída. Aguardando definições da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. - Mantida a repactuação com a IMA a informatização de 40 Centros de Saúde. Os demais CS serão informatizados quando do término das obras de reforma/ampliação ou construção que estarão acontecendo por licitação ou no projeto junto a Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo – “SUS em Ação”. <p>Foram informatizadas as seguintes Unidades Básicas de Saúde: CS Capivari, CS Santo Antônio, CS São Marcos, CS Centro, CS São Quirino, CS Orosimbo Maia, CS San Martin, CS Rosália, CS São Vicente e CS Oziel. E as VISAs: VISA Sul VISA Noroeste (63 serviços)</p> <p>Recomendação: Monitorar, mensalmente, o processo de informatização. Informatizar todas as salas de vacina até julho de 2016 para implantação do, bem como os consultórios de gineco-obstetrícia para implantação do SIS-Pré-natal Web e SISCAN</p> <p>OBS: Foram cabeados os CS a seguir e que aguardando aquisição de computadores para informatizar: CS Aurélia, CS Boa Esperança, CS Carvalho de Moura, CS Florence, CS Ipaussurama, CS São Cristovão, CS 31 de Março, CS Campina Grande,</p>

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



		<p>CS Campo Belo, CS DIC III, CS Cássio Raposo, CS Costa e Silva, CS Fernanda, CS Joaquim Egídio, CS Pq. Da Figueira, CS Santa Mônica, CS Tancredo Neves, CS União dos Bairros, CS Vila União , CS Vila Ipê, CS Barão Geraldo, CS DIC I, CS Eulina, CS Itajaí, CS Paranapanema, CS Rossin, CS Santa Odila, CS Santa Rosa, CS São Domingos, CS Sousas e CS Vila Rica Fonte: CII/DGDO/SMS.</p>
2º Quadrimestre	15,63%	<p>- Não houve informatização de novas unidades básicas de saúde, aguardando recursos para a continuidade.</p> <p>- Foram adquiridos 121 computadores através de emenda parlamentar e recursos próprios.</p> <p>- Etapa de levantamento de requisitos de infraestrutura e sistemas do Projeto Saúde em Ação foi concluída. Aguardando definições da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.</p> <p>- Mantida a repactuação com a IMA a informatização de 40 Centros de Saúde. Os demais CS serão informatizados quando do término das obras de reforma/ampliação ou construção que estarão acontecendo por licitação ou no projeto junto a Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo – “SUS em Ação”.</p> <p>Foram informatizadas as seguintes Unidades Básicas de Saúde: CS Capivari, CS Santo Antônio, CS São Marcos, CS Centro, CS São Quirino, CS Orosimbo Maia, CS San Martin, CS Rosália, CS São Vicente e CS Oziel. E as VISAs: VISA Sul VISA Noroeste (63 serviços)</p> <p>Recomendação: Monitorar, mensalmente, o processo de informatização. Informatizar todas as salas de vacina até julho de 2016 para implantação do, bem como os consultórios de gineco-obstetrícia para implantação do SIS-Pré-natal Web e SISCAN</p> <p>OBS: Foram cabeados os CS a seguir e que aguardando aquisição de computadores para informatizar: CS Aurélia, CS Boa Esperança, CS Carvalho de Moura, CS Florence, CS Ipaussurama, CS São Cristovão, CS 31 de Março, CS Campina Grande, CS Campo Belo, CS DIC III, CS Cássio Raposo, CS Costa e Silva, CS Fernanda, CS Joaquim Egídio, CS Pq. Da Figueira, CS Santa Mônica, CS Tancredo Neves, CS União dos Bairros, CS Vila União , CS Vila Ipê, CS Barão Geraldo, CS DIC I, CS Eulina, CS Itajaí, CS Paranapanema, CS Rossin, CS Santa Odila, CS Santa Rosa, CS São Domingos, CS Sousas e CS Vila Rica Fonte: CII/DGDO/SMS.</p>
3º Quadrimestre	18,75 %	<p>Unidades totalmente informatizadas: CS Capivari, CS Centro, CS Orozimbo Maia, CS Rosália, CS San Martin, CS Santo Antônio, CS São Marcos, CS Oziel/Monte Cristo, CS São Cristovão, CS São Quirino, CS União dos Bairros, CS São Vicente, Policlínica I, VISA Noroeste e VISA Sul.</p> <p>Unidades totalmente cabeadas: CS 31 de Março, CS Aurélia, CS Barão Geraldo, CS Boa Esperança, CS Campina Grande, CS Campo Belo, CS Carvalho de Moura, CS Cássio Raposo do Amaral, CS Costa e Silva, CS DIC I, CS DIC III, CS Eulina, CS</p>

OBS.:



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



	<p>Fernanda, CS Figueira, CS Florence, CS Ipaussurama, CS Itajaí, CS Joaquim Egídio, CS Paranapanema, CS Rossin, CS Santa Mônica, CS Santa Odila, CS Santa Rosa, CS São Domingos, CS Sousas, CS Tancredo Neves, CS Vila União, CS Vila Ipê, CS Vila Rica.</p> <p>As demais unidades de saúde se encontram parcialmente cabeadas.</p> <p><u>Em relação ao projeto Informatizar rede de saúde interoperando sistemas:</u></p> <p>Elaboração de Projeto Básico para a aquisição de 371 computadores através de Emenda Parlamentar e recursos próprios. Previsão para entrega em 2017.</p> <p>Acompanhamento na elaboração de Projeto Básico para informatização do processo de pedidos de exames laboratoriais.</p> <p>início da implantação do sistema AGHU no Complexo Hospitalar Prefeito • Edivaldo Orsi. Início do planejamento para implantação do sistemas SI-PNI Web, • SISPRENATAL e módulo PEC (Prontuário Eletrônico do Pacientes) do ESUS AB.</p> <p>Implantação do sistema Emerges/TRIUS para informatizar a rotina de • Classificação de Risco nos Pronto Atendimentos e Pronto Socorros do município de Campinas: Implantado nos PAs (Anchieta, Campo Grande e São José) o Implantado nos PSs (Mário Gatti e Prefeito Edivaldo Orsi - Ouro Verde)</p> <p>Fonte: CII/DGDO/SMS.</p>
--	---

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

Ano de 2016

Implantar o Cartão SUS Metropolitano nas 20 cidades da região metropolitana de Campinas.

Considerações: O Projeto de Identificação do usuário de saúde da Região Metropolitana de Campinas através do Cartão SUS está em fase de elaboração, com financiamento externo do BID.

Em 29/02/2016 - Houve revisão do Projeto e só será utilizado recurso de captação junto ao BID (Banco Interamericano de Desenvolvimento). Ações que estão em desenvolvimento ou já realizadas: a) Readequação do projeto no início de 2015; b) Apresentação do projeto readequado à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Câmara Temática da RMC, em Julho de 2015; c) Apresentação do projeto readequado à Conselho de Desenvolvimento da RMC, em setembro de 2015; d) Projeto aprovado em todas as apresentações. e) Elaboração de cronograma conforme determinação do BID, com exigência de publicação de edital de licitação de serviços de hardware e de software até julho de 2016 para conclusão dos serviços até julho de 2018. f) Realização de visitas nos Municípios para conhecimento das realidades de sistemas e infraestrutura dos serviços de saúde- até o momento foram realizadas visitas em todos os 20 Municípios. g) Elaborado e encaminhado questionário para fins diagnósticos do parque tecnológico de TI da RMC e em fase final de consolidação das respostas pela CII; h) Elaborado e encaminhado para SES - São Paulo o conteúdo técnico para fins de elaboração de edital de licitação do componente Barramento do Projeto de TI - Saúde em Ação.

Fonte: CII/DGDO/SMS Meta para 2016: mudança de previsão com expansão para 2018

Ações realizadas em 2016:

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



- Foram visitados todos os municípios com relatórios da situação encontrada na infraestrutura de TI em cada um.
- Finalização da consolidação das respostas dos questionários.
- Encaminhada documentação técnica para licitação do barramento.
- Conclusão do documento de diagnóstico da situação encontrada na Região Metropolitana de Campinas.
- Definição do modelo de dados. Consolidação dos dados de infraestrutura e sistemas utilizados na Região Metropolitana de Campinas.
- Apresentação dos resultados para Câmara Temática em Saúde da Região Metropolitana de Campinas e Unidade de Controle de Projetos da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.
- Ciência e estudo da resolução nº 6, de 25 de agosto de 2016 da Comissão Intergestores Tripartite do Gabinete do Ministério da Saúde que institui o conjunto mínimo de dados da Atenção Básica à Saúde.
- Estudo para definição dos requisitos mínimos de infraestrutura elétrica e lógica das Unidades de Saúde a serem contempladas no projeto.
- Estudo dos sistemas de informação em uso na Região Metropolitana de Campinas.
- Estudo para a inclusão dos sistemas para a Regulação no projeto BID.

Fonte: CII/DGDO/SMS.

Recomendações: Estão previstas as seguintes ações para o ano de 2017:

Divulgação através de Workshops dos trabalhos realizados pelo Grupo Técnico do Projeto.

Elaboração dos editais para licitação das soluções de informática pela SES-SP.

Objetivo 12.3 - Equidade com ênfase a populações em maior vulnerabilidade

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

Ano de 2016	
PAS 2016 – Manter	
Recomendações: Permanecem as implementações de propostas apresentadas pelo Comitê Técnico da Saúde da População Negra em ano de 2015:	
I)	Implementar esta Política em âmbito municipal;
II)	Organizar o funcionamento administrativo e financeiro do Comitê Técnico da Saúde da População Negra;
III)	Capacitar os trabalhadores das UBS, com relação a informações e cursos sobre as especificidades da saúde da população negra;
IV)	Implantar políticas direcionadas à saúde da população negra conforme estabelecidas na Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009;
V)	Incluir o quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS;
VI)	Elaborar materiais de informação, comunicação e educação sobre o tema Saúde da População

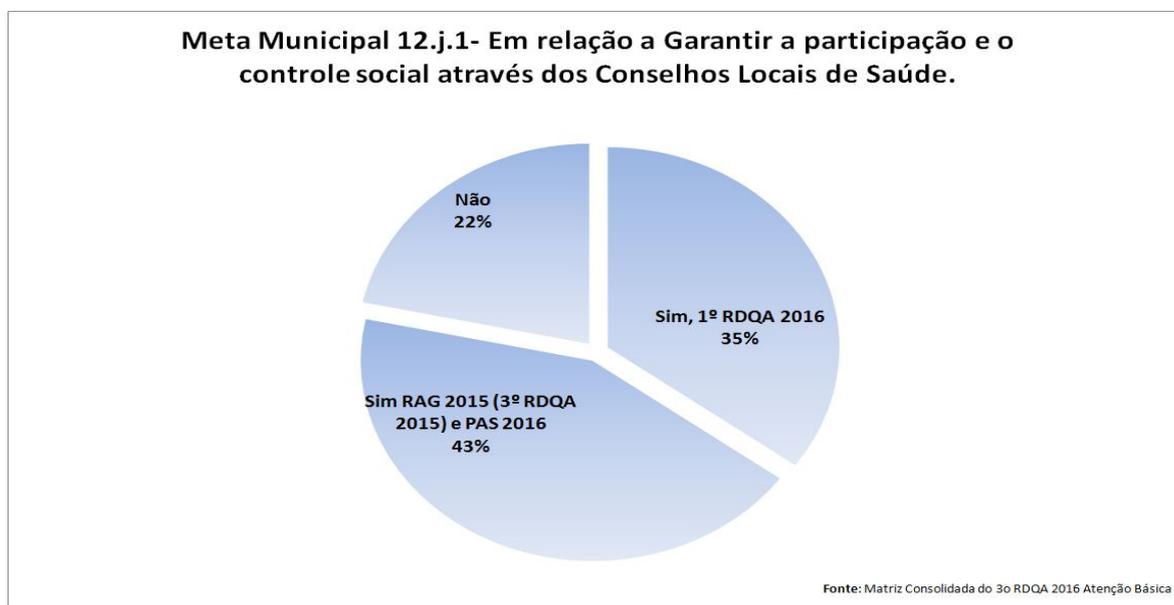
OBS.:  a seta para cima indica que a melhor tendência do indicador é aumentar
 a seta para baixo indica que a melhor tendência do indicador é diminuir



	Negra, respeitando os diversos saberes e valores, inclusive os preservados pelas religiões de matrizes africanas;
VII)	Melhorar a qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, processamento e análise dos dados desagregados por raça, cor e etnia;
VIII)	Elaborar banco de dados referentes às informações sobre pacientes das especificidades, relacionadas a saúde da população negra;
IX)	Definir gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite - CIB;
X)	Coordenar, monitorar e avaliar a implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde;
XI)	Garantir a inclusão desta Política no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, em consonância com as realidades e necessidades locais;
XII)	Garantir da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela portaria GM/MS No. 1.996, de 20 de agosto de 2007;
XIII)	Fortalecer a gestão participativa, com incentivo e participação popular e ao controle social;

Humanizar o processo de acolhimento, no serviço de dispensação na assistência farmacêutica, na atenção diferenciada na internação e atendimento nas UBS.

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



Meta para 2016:100%

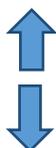
Resultados	Considerações/Recomendações
------------	-----------------------------

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



1º Quadrimestre	65,60%	A maioria dos serviços apresenta o RAG e RQDA aos Conselhos Locais de Saúde.
2º Quadrimestre	66,10	A maioria dos serviços apresenta o RAG e RQDA aos Conselhos Locais de Saúde.
3º Quadrimestre	78%	A maioria dos serviços apresentou o 1º RQDA (35%) e o 3º RDQA 2016 (43%) aos Conselhos Locais de Saúde.
PAS 2017	100%	Recomendações: Incentivar, monitorar e requerer que os RQG sejam apresentados periodicamente nos CLS. Enfatizar junto aos Coordenadores de Centros de Saúde a importância da elaboração do planejamento junto com os CLS e a apresentação dos resultados das ações planejadas
Informação segundo os Coordenadores de Serviços da SMS de apresentação do Relatório Quadrimestral de Gestão junto aos Conselhos Locais de Saúde		

OBS.:



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



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

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

65. Proporção de municípios com ouvidoria implantada

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

Meta 2016: 1

Indicador Anual	Considerações/Recomendações
1	<p>Considerações: Há a Ouvidoria Municipal, que atende a todas as áreas da Prefeitura.</p> <p>No ano de 2016 foram realizados 4.180 atendimentos referentes aos seguintes assuntos: assistência à saúde 1300, assistência farmacêutica 1000, transporte 1.680 e outras manifestações 200. Em relação às manifestações foram: 2926 por telefone (70%) e 1254 presenciais (30%).</p> <p>A classificação das demandas foi a seguinte: Reclamação 49,09% (2.051), solicitação 30,27% (1.265), elogio 18,81% (786) e denúncia 1,83% (76) – total de 4.180.</p> <p>Recomendações: Manter e monitorar o processo de ouvidoria.</p>

66. Componente do SNA estruturado

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

Meta 2016: 2

Ano de 2016
<p>Considerações: O Departamento de Prestação de Contas da SMS em pleno funcionamento e a Coordenadoria de Avaliação e Controle com atendimento parcial ao determinado pela Lei Complementar 141/2012 e seu Decreto de Criação/1996.</p> <p>PAS 2016 - Meta para 2016: 2</p> <p>Recomendações: Permanecem as necessidades e o apontamento de adequar a CAC em consonância com o disposto na Lei 141/2012.</p>

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



Relatório Anexo: RQG1º Quadrimestre2015CAC

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

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

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

Ano de 2016

PAS 2016 - Meta para 2016:

Recomendações: Capacitar e formar profissionais para **alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde.**

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

Ano de 2016

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

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

Resultados	Considerações/Recomendações	
1º Quadrimestre	100%	PAS 2016 - Meta para 2016: 100% dos serviços conveniados (atualmente 13 Convênios)
2º Quadrimestre	100%	100% dos serviços conveniados (atualmente 13 Convênios)
3º Quadrimestre	100%	100% dos serviços conveniados (atualmente 13 Convênios) Recomendações: Manter e monitorar a prestação de contas <i>online</i> de todos os Convênios de prestadores de serviços de atenção em saúde em parceria com a SMS.

Meta Municipal 13.c - Financiamento estável

Meta 2016: 100%

Resultado no Ano de 2016	Considerações/Recomendações
	Considerações: Prestações de contas do Fundo Municipal de Saúde. No próximo ano é necessário a metodologia de registro e apuração de custos.
	Recomendações: a) Rever a metodologia de apuração de custos. b) Implementar ações de monitoramento de custos.

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

Meta 2016: 100% 

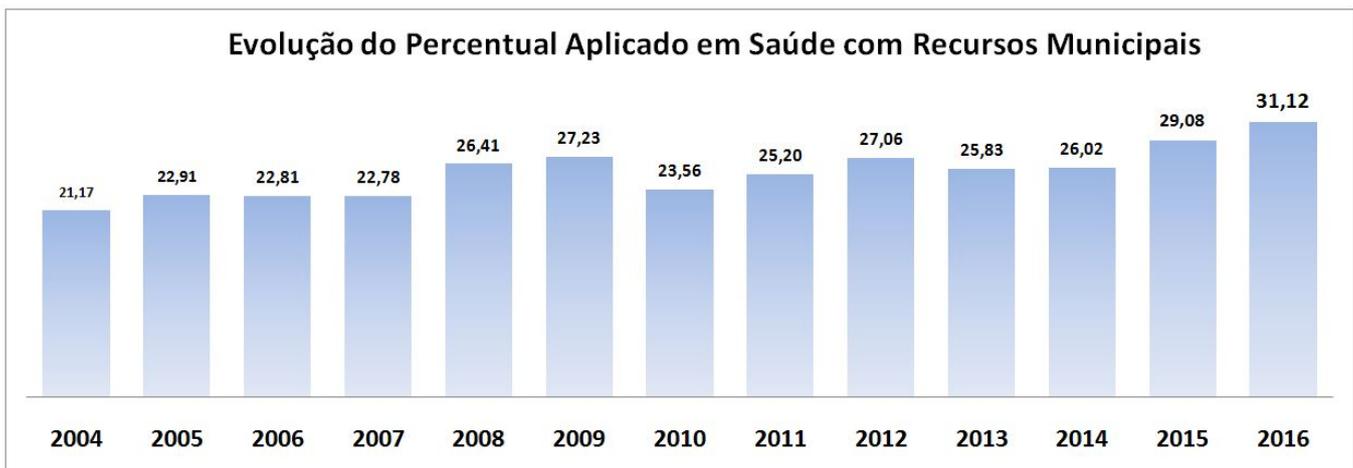
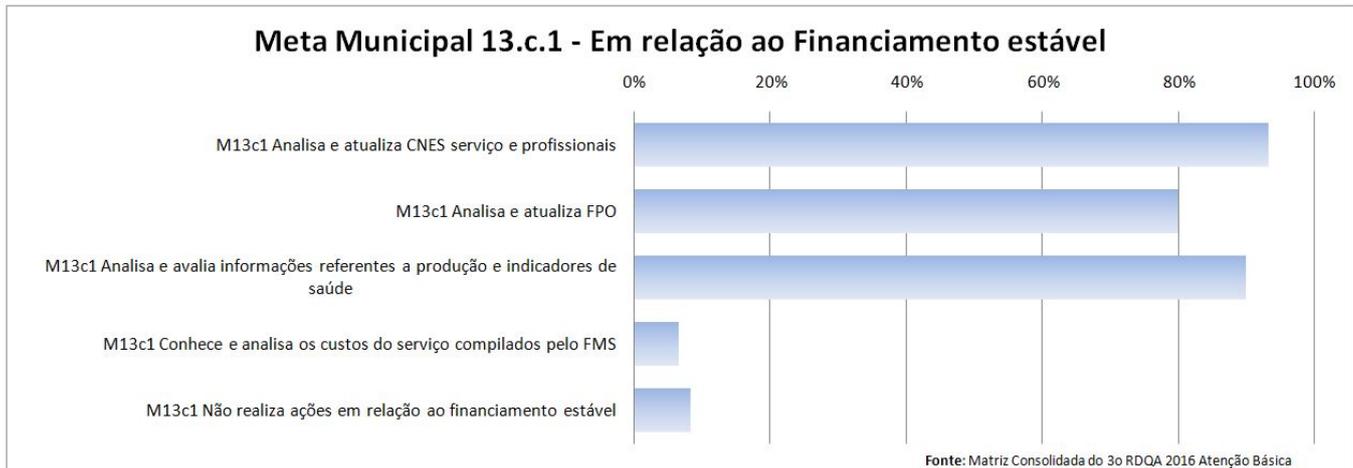
Resultado no Ano de 2016	Considerações/Recomendações
	Considerações: Todos os serviços conveniados ao SUS Municipal possuem Contratos de Metas. No ano de 2014 estamos em processo de revisão destes contratos em virtude das novas Portarias de Contratualização editadas pelo Ministério da Saúde. Todos os leitos conveniados estão sob regulação da Central Municipal de Regulação e após as 22 horas estão sob a Regulação da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo. Recomendação: revisão

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



de todas as metas de Contratualização, conforme determinação do Ministério da Saúde.

- Recomendações:** a) Reavaliar os Indicadores de Metas conforme os critérios estabelecidos nas portarias do Ministério da Saúde.
b) iniciar processo de indicadores de contrato de metas junto aos gestores da SMS.



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

Campinas, 24 de fevereiro de 2017

CARMINO ANTONIO DE SOUZA
Secretário Municipal de Saúde

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



Anexos – RAG e 3º RDQA 2016

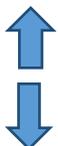
3 RDQA2016 - CS FLORENCE	3RDQA2016-2022613 - CS TANCREDAO (CAMPOS ELÍSEOS)
3 RDQA2016 - CS VALENÇA	3RDQA2016-2022664 - CS BARÃO GERALDO
3RDQA 2016 - CS ANCHIETA	3RDQA2016-2022702 - CS SOUSAS
3RDQA 2016 - CS SANTO ANTONIO	3RDQA2016-2022796 - CS ESMERALDINA
3RDQA2016 - CS FLORESTA	3RDQA2016-2022842 CS INTEGRAÇÃO
3RDQA2016 - CS OROZIMBO MAIA	3RDQA2016-2022915-CS SAO VICENTE
3RDQA2016 - CS PARANAPANEMA	3RDQA2016-2022923 - CS JARDIM IPAUSSURAMA
3RDQA2016 - CS PEDRO DE AQUINO	3RDQA2016-2023083 - CS CARVALHO DE MOURA
3RDQA2016 - CS ROSÁLIA	3RDQA2016-2023172 - CS SANTA MONICA
3RDQA2016 - CS SANTA LÚCIA	3RDQA2016-2023199 - CS COSTA E SILVA
3RDQA2016 - CS SANTA ODILA	3RDQA2016-2023377 - CS STA BÁRBARA
3RDQA2016 - CS SÃO MARCOS	3RDQA2016-2023458 - CS SÃO DOMINGOS
3RDQA2016 - CS SATÉLITE ÍRIS	3RDQA2016-2023628 - CS SÃO JOSÉ
3RDQA2016 - CS UNIÃO DE BAIROS	3RDQA2016-2032643 - CS DIC I
3RDQA2016 - CS VILA IPÊ	3RDQA2016-2034263 - CS SÃO CRISTOVÃO
3RDQA2016 - CS VILA RICA	3RDQA2016-2037262 - CS JD. AEROPORTO
3RDQA2016 - CS VISTA ALEGRE	3RDQA2016-2039664 - CSCAPIVARI
3RDQA2016 -2022672 - CS AURÉLIA	3RDQA2016-3190188 - CS ITAJAI
3RDQA2016 -2022826 - CS BOA VISTA	3RDQA2016-6028179-CS BOA ESPERANCA
3RDQA2016 -6032362 - CS LISA	3RDQA2016-6032397 - CS NOVA AMÉRICA
3RDQA2016- CS CÁSSIO RAPOSO DO AMARAL	3RDQA2016-6032419 - CS OZIEL
3RDQA2016- CS JARDIM EULINA	3RDQA2016-6032638 CS FERNANDA
3RDQA2016- CS JOAQUIM EGÍDIO	3RDQA2016-6865321 - CS SANTA ROSA
3RDQA2016-032443 - CS VILLAGE	3RDQA2016-7520433 - CS SAN MARTIN
3RDQA2016-CS 31MARÇO	
3RDQA2016-CS CAMPO BELO	
3RDQA2016-CS ROSSIN	
3RDQA2016-CS VILA UNIÃO	
3RQDA2016-2022788 - CS PERSEU	
3RQDA2016-2023164- CS CONCEIÇÃO	
32016 - 6032141- CS CAMPINA GRANDE	

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



-  3º RDQA 2016 DA
 -  3º RDQA 2016 DPC
 -  RAG e 3º RDQA 2016 HMMG
 -  RAG e 3º RDQA 2016 ENSINO
 -  RAG e 3º RDQA 2016 RELAÇÕES INTERFEDERATIVAS
 -  RAG e 3º RDQA 2016 - IMC
 -  RAG e 3º RDQA 2016 - SSCF
 -  RAG e 3º RDQA 2016 PENIDO
 -  RAG e 3º RDQA 2016 - RSPB
 -  RAG e 3º RDQA 2016 CHPEO
 -  RAG e 3º RDQA 2016 CII
 -  RAG e 3º RDQA 2016 CSRA
 -  RAG e 3º RDQA 2016 MATERNIDADE
 -  RAG e 3º RDQA 2016 NPO SMS
 -  RAG e 3º RDQA 2016 NUCLEOCONVENIOS GOVERNAMENTAIS
 -  RAG e 3º RDQA PADRE HAROLDO
 -  RAG e RDQA 3º 2016 APAE
 -  RAG e RDQA 3º 2016 GRUPO VIDA
 -  RAG e RDQA 3º 2016 APASCAMP
 -  RAG e RDQA 3º 2016 CASA DA CRIANÇA
 -  RAG e RDQA 3º 2016 SÍNDROME DE DOWN
 -  RAG e RDQA 2016 PUCC
 -  RDQA_TERCEIRO_QUADIM_16_CAC
-

OBS.:



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