

**Secretaria Municipal de Saúde - CAMPINAS**

**CNPJ: 51.885.242/0001-40**

**Av. Anchieta, 200, 11º andar**

**Telefone: 1921160290 - E-mail: saude.gabinete@campinas.sp.gov.br**

**13015-904 - CAMPINAS - SP**

**RELATÓRIO DE GESTÃO - PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2012**

**1. IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO**

**1.1 SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Nome CARMINO ANTÔNIO DE SOUZA

Data da Posse 11/01/2013

A Secretaria de Saúde teve mais de um gestor no período a que se refere o RAG?

Sim, quantidade: 2

Nome do secretário anterior

FERNAND15/04/2012O  
BRANDÃO

Data da Posse

24/01/2012

Nome do secretário anterior

ADILSON ROCHA CAMPOS

Data da Posse

15/10/2011

**1.2 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Instrumento legal de criação do FMS

Lei nº 6759, de 11/11/1991

CNPJ do FMS

13.704.311/0001-83

O Gestor do Fundo é o Secretário da Saúde?

Não

Gestor do FMS

FABIO CREMASCO

Cargo do Gestor do FMS

Diretor Executivo do Fundo Municipal de Saúde

**1.3 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Instrumento legal de criação do CMS

Lei nº 13230, de 21/12/2007

Nome do Presidente do CMS

JOSÉ PAULO PORSANI

Segmento

usuário

Telefone

1921160184

E-mail

saude.cms@campinas.sp.gov.br

**1.4 CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Data da última Conferência de Saúde

05/2011

**1.5 PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE**

A Secretaria de Saúde tem Plano de Saúde aprovado pelo Conselho de Saúde?

Sim

Período a que se refere o Plano de Saúde

2010 a 2013

Aprovação no Conselho de Saúde

Resolução nº 2 Em 04/11/2009

**1.6 PLANO DE CARREIRA, CARGOS E SALÁRIOS**

O Município possui Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS)?

Sim

O Município possui Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS)?

Não

**1.7 CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA**

O Município firmou Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde COAP na região de Saúde?

Não

## 1.8 REGIONALIZAÇÃO

Região de Saúde:  
O Município participa de algum Consórcio  
O Município está organizado em Regiões Intramunicipais

Campinas  
Sim  
5

## 1.9 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

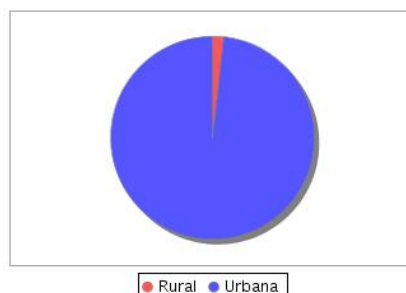
O RAG 2012 da SMS de Campinas foi construído pelo conjunto da SMS, articulado pelo Núcleo de Planejamento e Orçamento da SMS, validado pelo Colegiado de Gestão da SMS e está articulado com Relatórios anuais de gestão das unidades de Saúde. Vide anexo Avaliação do RAG 2012 Unidades e Distritos

## 2. DEMOGRAFIA E DADOS DE MORBI-MORTALIDADE

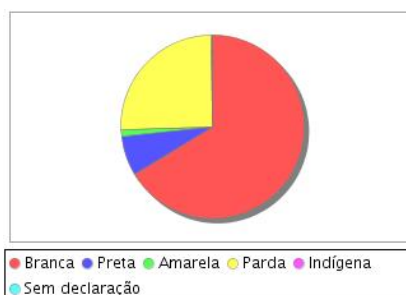
### 2.1. POPULAÇÃO ESTIMADA DO ANO 2012

1.080.113

População do último Censo(ano 2000)	Qte	%
Rural	18.573	1,72%
Urbana	1.061.540	98,28%

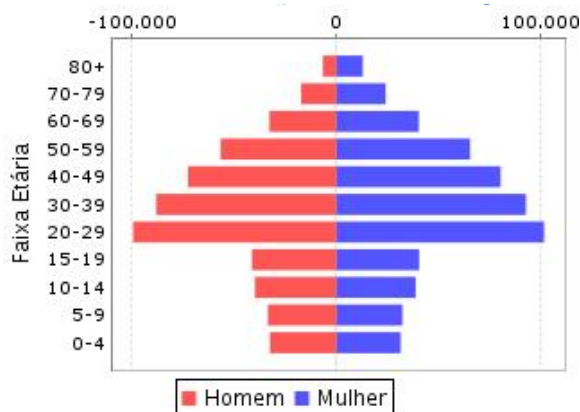


População do último Censo(ano 2000)	Qte	%
Branca	716.386	66,89%
Preta	74.656	6,80%
Amarela	13.275	1,21%
Parda	274.588	24,99%
Indígena	1.043	0,09%
Sem declaração	165	0,02%



### 2.1.1. POPULAÇÃO - SEXO E FAIXA ETÁRIA

Faixas Etárias	Homem	Mulher	Total
0-4	32.541	31.330	63.871
10-14	39.891	38.690	78.581
15-19	41.344	40.346	81.690
20-29	99.403	101.476	200.879
30-39	88.127	92.605	180.732
40-49	72.585	80.231	152.816
5-9	33.570	32.214	65.784
50-59	56.649	65.310	121.959
60-69	32.825	40.197	73.022
70-79	17.289	24.003	41.292
80+	6.641	12.846	19.487
Total	520.865	559.248	1.080.113



### Análise e considerações do Gestor sobre dados demográficos

#### Demografia

O índice de envelhecimento do Município de Campinas é de 44,0 idosos para cada 100 jovens, (cerca de 6 idosos a mais que na RRAS 15 e 7,5 a mais que em SP), 35 no sexo masculino (2 a mais que na RRAS 15 e 5 a mais que em SP) e 52,7 no sexo feminino (5,7 a mais que na RRAS 15 e 9 a mais que em SP). A razão entre os sexos é de 0,93, correspondendo a 93 homens para cada 100 mulheres (4 a menos que na RRAS 15 e 2 a menos que em SP). Há mais homens que mulheres até a faixa de 15 a 19 anos, havendo após inversão, (mais precoce que na RS Campinas, que na RRAS 15 e que em SP), na faixa 80 e mais anos há 52 homens para cada 100 mulheres (3 a menos que na RS Campinas, 7 a menos que na RRAS 15 e 4 a menos que em SP).

A sobreposição das pirâmides populacionais do CGR Campinas de 2000 e 2010 permite visualizar nesse período a redução da população jovem, o aumento das populações em todas as faixas etárias a partir de 20 a 24 anos e o importante incremento de população idosa na região.

A implementação das políticas de Saúde no Município de Campinas deve considerar a dinâmica demográfica que engloba o processo de envelhecimento intenso e desigual entre os sexos.

Vide anexo Demografia e dados de morbimortalidade

## Análise e considerações sobre Mortalidade

### Mortalidade

#### Mortalidade por faixa etária

A distribuição por faixa etária concentrou 31,74% dos óbitos na faixa de 80 anos e mais (proporção mais alta dos últimos 5 anos), seguida por 21,71% na faixa de 70 a 79 anos (proporção mais baixa dos últimos 5 anos) e 16,04% na faixa de 60 a 69 anos (2ª proporção mais baixa nos últimos 5 anos). Na Faixa agrupada de 60 anos e mais concentraram-se 69,48% dos óbitos, a proporção mais alta dos últimos 5 anos. Os dados demonstram aumento dos óbitos em idosos de maior idade.

Os 5 principais grupos de causa (CID10) de óbito de residentes em Campinas em 2010 foram:

1º) IX. Doenças do aparelho circulatório, com 1.905 óbitos em 2010, mantendo-se como 1º grupo de causa na série histórica. Houve diminuição do número de óbitos em relação a 2009 (2.041), 2008 (1996), 2007 (2.033) e 2006

(1910). A distribuição por faixa etária concentrou 37,11% dos óbitos na faixa de 80 anos e mais (proporção mais alta dos últimos 5 anos), seguida por 23,99% na faixa de 70 a 79 anos (proporção mais baixa dos últimos 5 anos) e 18,22% na faixa de 60 a 69 anos (proporção intermediária nos últimos 5 anos). Os dados demonstram diminuição dos óbitos por Doenças do Aparelho Circulatório e aumento da distribuição dos óbitos em idosos de maior idade.

2º) II. Neoplasias (tumores), com 1272 óbitos em 2010, mantendo-se como 2º grupo de causa na série histórica. Houve aumento do número de óbitos em relação a 2009 (1269), 2008 (1137), 2007 (1182) e 2006 (1154). A distribuição por faixa etária concentrou 24,92% dos óbitos na faixa de 70 a 79 anos (proporção intermediária em relação aos últimos 5 anos), seguida por 24,69% na faixa de 60 a 69 anos (proporção mais alta dos últimos 5 anos) e 22,25% na faixa de 80 anos e mais (proporção mais alta dos últimos 5 anos). Na Faixa agrupada de 60 anos e mais se concentraram 71,86% dos óbitos em 2010, a proporção mais alta dos últimos 5 anos. Os dados demonstram aumento dos óbitos por Neoplasias e aumento da distribuição dos óbitos em idosos.

3º) X. Doenças do aparelho respiratório, com 994 óbitos em 2010, mantendo-se como 3º grupo de causa na série histórica. Houve aumento do número de óbitos em relação aos anos de 2009 (949), 2008 (786), 2007 (823) e 2006 (757). A distribuição por faixa etária concentrou 46,08% dos óbitos na faixa de 80 anos e mais, (2ª proporção mais alta dos últimos 5 anos), seguida por 24,55% na faixa de 70 a 79 anos (2ª proporção mais baixa dos últimos 5 anos) e 13,38% na faixa de 60 a 69 anos (proporção mais alta dos últimos 5 anos). A faixa etária agrupada de 60 anos e mais concentrou 84% dos óbitos em 2010, proporção intermediária em relação aos últimos 5 anos. Os dados demonstram aumento dos óbitos por Doenças do Aparelho Respiratório com relativa estabilidade da concentração dos óbitos em população mais idosa.

4º) XX. Causas externas de morbidade e mortalidade, com 632 óbitos em 2010, mantendo-se como 4º grupo de causa na série histórica. Houve aumento em relação a 2009 (613), 2008 (623), 2007 (624) e 2006 (578). A distribuição por faixa etária concentrou 22,94% dos óbitos na faixa de 20 a 29 anos (proporção intermediária em relação aos últimos 5 anos), seguida por 18,20% na faixa de 30 a 39 anos (2ª proporção mais baixa dos últimos 5 anos) e 13,45% na faixa de 40 a 49 anos (proporção mais baixa dos últimos 5 anos). Na faixa agrupada de 60 anos e mais a proporção dos óbitos foi de 27,85%, a mais alta dos últimos 5 anos. Os dados demonstram impacto crescente das causas externas na mortalidade com aumento de distribuição em idosos.

5º) XI. Doenças do aparelho digestivo, com 383 óbitos em 2010, mantendo-se como 5º grupo de causa na série histórica. Houve aumento em relação a 2009 (352), 2008 (349), 2007 (352) e 2006 (356). A distribuição por faixa etária concentrou 23,76% dos óbitos na faixa de 70 a 79 anos (proporção mais alta em relação aos últimos 5 anos), seguida por 22,72% na faixa de 80 anos e mais (proporção intermediária em relação aos últimos 5 anos) e 17,23% na faixa de 50 a 59 anos (2ª proporção mais baixa dos últimos 5 anos). Na faixa agrupada de 60 anos e mais a proporção dos óbitos foi de 63,45%, a mais alta dos últimos 5 anos. Os dados demonstram aumento dos óbitos por Doenças do Aparelho Digestivo e aumento da distribuição dos óbitos em idosos.

Vide anexo Demografia e dados de morbimortalidade

## Análise e considerações sobre Morbidade

### Morbidade hospitalar

Os 5 principais grupos de causa (CID10) de internação SUS de residentes em Campinas em 2012 foram:

1º) XV. Gravidez parto e puerpério, com 10.062 internações, como nos anos anteriores. Houve pequena diminuição em relação a 2009 (10374), 2010 (10312) e 2011 (10077). A distribuição por faixa etária concentrou 52,11% das internações na faixa de 20 a 29 anos (proporção mais baixa dos últimos 5 anos), seguida por 25,41% na faixa de 30 a 39 anos (proporção mais alta dos últimos 5 anos) e 18,71% na faixa de 15 a 19 anos (proporção ligeiramente mais elevada que em 2011 e 2010, com ligeira diminuição de 2009 e bem abaixo de 2008). Os dados demonstram aumento dos partos em mulheres com mais idade.

2º) IX. Doenças do aparelho circulatório, com 5.389 internações, passando de 3º para 2º grupo de causa em 2012. Houve diminuição do número de internações em relação a 2009 (5397), e pequeno aumento em relação a 2010 (5337) e 2011 (5222). A distribuição por faixa etária concentrou 24,07% das internações na faixa de 60 a 69 anos (proporção mais alta dos últimos 5 anos), seguida por 21,21% na faixa de 50 a 59 anos (2ª proporção mais alta dos últimos 5 anos) e 18,57% na faixa de 70 a 79 anos (2ª proporção mais alta dos últimos 5 anos). Os dados demonstram aumento das internações em população de maior idade.

3º) X. Doenças do aparelho respiratório, com 4895 internações, passando de 2º para 3º grupo de causas de internação em 2012. Houve diminuição considerável do número de internações em relação aos anos de 2009 (5582), 2010 (5536) e 2011 (5241). A distribuição por faixa etária concentrou 22,82% das internações na faixa de < de 1 ano,

(proporção mais alta dos últimos 5 anos), seguida por 17,34% na faixa de 1 a 4 anos (proporção mais alta dos últimos 5 anos) e 9,93% na faixa de 70 a 79 anos (ligeira diminuição em relação aos anos anteriores). Ao analisarmos este grupo de causas de internação na faixa etária agrupada de 60 anos e mais constatamos que houve redução de 30,22% em 2011 para 26,84 em 2012. Os dados demonstram aumento das internações em população mais jovem.

4º) XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas, com 4475 internações, passando de 5º para 4º grupo de causa em relação aos anos anteriores. Houve aumento em relação a 2008 (3617), 2009 (4039), 2010 (4364) e pequena diminuição em relação a 2011 (4627). A distribuição por faixa etária concentrou 22,55% das internações na faixa de 20 a 29 anos (proporção intermediária em relação aos últimos 5 anos), seguida por 16,92% na faixa de 30 a 39 anos (2ª proporção mais alta dos últimos 5 anos) e 13,72% na faixa de 40 a 49 anos (proporção mais baixa dos últimos 5 anos). Os dados demonstram impacto crescente deste grupo de causas na atenção hospitalar.

5º) XI. Doenças do aparelho digestivo, com 4141 internações, passando de 4º para 5º grupo de causas de internação em 2012. Houve diminuição considerável em relação a 2009 (4301), 2010 (4540) e 2011 (4579). A distribuição por faixa etária concentrou 16,45% dessas internações na faixa de 50 a 59 anos (proporção intermediária nos últimos 5 anos), seguida por 14,92% na faixa de 40 a 49 anos (2ª proporção mais baixa dos últimos 5 anos) e 13,72% na faixa de 60 a 69 anos (2ª proporção mais alta nos últimos 5 anos). Ao analisarmos este grupo de causas de internação na faixa etária agrupada de 60 anos e mais constatamos que houve redução de 27,45% em 2011 para 25,98% em 2012. Vide anexo Demografia e dados de morbimortalidade

### 3. REDE FÍSICA DE SAÚDE, PÚBLICA E PRIVADA, PRESTADORA DE SERVIÇO AO SUS

#### 3.1 TIPO GESTÃO

Tipo de Estabelecimento	Total	Municipal	Estadual	Dupla
CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	11	11	0	0
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	65	65	0	0
HOSPITAL ESPECIALIZADO	3	1	2	0
HOSPITAL GERAL	7	6	1	0
LABORATORIO CENTRAL DE SAUDE PUBLICA LACEN	1	0	1	0
POLICLINICA	2	2	0	0
POSTO DE SAUDE	5	5	0	0
PRONTO ATENDIMENTO	4	4	0	0
SECRETARIA DE SAUDE	7	6	1	0
Total	105	100	5	0



#### 3.2. ESFERA ADMINISTRATIVA (GERÊNCIA)

Tipo de Estabelecimento	Total	Municipal	Estadual	Dupla
PRIVADA	29	24	5	0
ESTADUAL	10	5	5	0
MUNICIPAL	127	127	0	0
Total	166	156	10	0



#### Análise e considerações do Gestor sobre Prestadores de Serviços ao SUS

Ver Anexo: Estrutura (CNES), Produção (SIA e SIH) e fluxos dos serviços do SUS Campinas

Para demonstrativo da relação convenial com os prestadores ver anexo: Comparativo conveniado X executado

Em 2012 ocorreu o cadastramento de 19 unidades móveis pré-hospitalares, 1 CAPS, 1 Serviço de Assistência domiciliar, 1 SADT (Centro de neurologia) e 1 Unidade Básica (no Centro de detenção provisória). Nenhuma unidade foi descadastrada em 2012.

Leitos, conforme o CNES

Os leitos SUS Gestão Municipal tiveram redução em 2012 de 818 para 765 e os leitos complementares de 151 para 148.

Os leitos SUS Gestão estadual + Municipal tiveram em 2012 redução de 1375 para 1351 e os complementares redução de 261 para 258.

Os leitos totais no Município (SUS e não SUS) tiveram aumento de 2753 para 2948 e os complementares de 503 para 534.

Produção ambulatorial, segundo o SIA: (Dados preliminares)

A Produção ambulatorial de procedimentos de média complexidade foi estável, de 12.192.426 em 2011 para 12.158.442 em 2012. Na esfera municipal houve redução de 5.837.260 em 2011 para 5.675.489 em 2012. Houve pequeno aumento nas esferas estadual e privada.

A Produção ambulatorial de procedimentos de alta complexidade teve redução, de 551.523 em 2011 para 539.052 em 2012. Na esfera municipal houve aumento de 40.197 em 2011 para 45.717 em 2012. Houve redução nas esferas estadual e privada.

A Produção ambulatorial de procedimentos na gestão municipal teve redução, de 13.141.170 em 2011 para 11.239.827 em 2012. As Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos (Subgrupo 0301) tiveram redução de 5.422.588 em 2011 para 4.469.590 em 2012. Diagnóstico em laboratório clínico (Subgrupo 0202) teve aumento de 4.197.297 em 2011 para 4.425.885 em 2012.

A produção ambulatorial de 2012 por unidade de Saúde e Gestão se encontra no anexo, desagregada por grupo de procedimentos, assim como a série histórica de 2008 a 2012.

Complexo Ouro Verde:

As internações no Complexo Municipal Ouro Verde tiveram aumento de 4.782 em 2011 para 5.413 em 2012. A série histórica da produção ambulatorial por subgrupo se encontra no anexo.

Internações SUS

Houve redução das internações SUS em Campinas (englobando gestões Municipal e Estadual), de 76.694 em 2011 para 74.349 em 2012, sendo maior a redução das internações sob gestão municipal, de 41.560 em 2011 para 38.909 em

2012. A evolução das internações por prestador se encontra em tabela anexa.

Evasão: As internações de residentes em Campinas fora do município tiveram redução de 4,22% em 2011 para 4,06% em 2012.

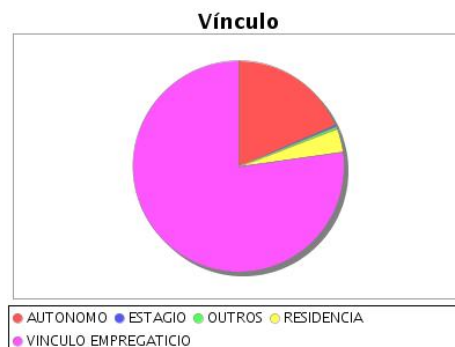
Invasão: A internação de residentes de outros municípios nos hospitais de Campinas foi bem maior. No total aumentou de 33,31% em 2011 para 33,84% em 2012 (nos serviços sob gestão estadual e municipal). Quando analisamos a origem dos usuários 1,88% vieram de outras UF em 2012, (contra 1,98% em 2011), 7,71% de outras RRAS em SP (contra 7,69% em 2011), 18,08% de outros CGR da RRAS 15 (contra 17,48% em 2011) e 6,17% de outros municípios da Região de Saúde de Campinas (contra 6,16% em 2011).

A invasão nos serviços sob gestão municipal foi menor que nos sob gestão estadual. 10,63% em 2012 (contra 10,80% em 2011), sendo 0,31% dos usuários de outras UF (contra 0,27% em 2011), 1,95% de outras RRAS de SP (contra 1,93% em 2011), 5,34% de outros CGR da RRAS 15 (contra 5,59% em 2011) e 3,03% de outros municípios da Região de Saúde de Campinas (contra 3,01% em 2011).

#### 4. PROFISSIONAIS SUS (Fonte: CNES)

Última atualização: 18/03/2013 10:22:49

AUTONOMO	
TIPO	TOTAL
INTERMEDIADO ORG DA SOCIEDADE CIVIL DE	5
INTERMEDIADO P ENTIDADE FILANTROPICA E/OU SEM	1376
INTERMEDIADO POR EMPRESA PRIVADA	149
INTERMEDIADO POR ORGANIZACAO SOCIAL(OS)	1472
SEM INTERMEDIACAO(RPA)	63
SEM TIPO	18
TOTAL	3083
ESTAGIO	
TIPO	TOTAL
SEM TIPO	53
TOTAL	53
OUTROS	
TIPO	TOTAL
BOLSA	1
CONTRATO VERBAL/INFORMAL	49
PROPRIETARIO	8
TOTAL	58
RESIDENCIA	
TIPO	TOTAL
SEM TIPO	608
TOTAL	608
VINCULO EMPREGATICIO	
TIPO	TOTAL
CARGO COMISSONADO	10
CELETISTA	2548
CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	41
EMPREGO PUBLICO	3982
ESTATUTARIO	5484
SEM TIPO	757
TOTAL	12822



#### Análise e Considerações sobre Prestadores de Serviços ao SUS

A relação dos profissionais do SUS Campinas demonstrada acima representa a totalidade de trabalhadores da saúde no município que integram o SUS Campinas, abrangendo além dos estabelecimentos com gestão municipal os conveniados como : Maternidade de Campinas, Hospital e Maternidade Celso Pierro , Serviço de Saúde Candido Ferreira (SSCF) ,



Fundação Síndrome de Down Campinas, Apascamp Campinas, Apae Campinas, Real Sociedade Portuguesa de Beneficência, Hospital Irmãos Penteados, Adacamp Campinas, Centro Corsini Campinas e Fundação Penido Burnier Campinas. O Complexo Hospitalar Ouro Verde tem 979 profissionais contratados através do convênio da Prefeitura Municipal de Campinas e a SPDM. Os serviços sob gestão da SMS, contam com 4.686 profissionais com vínculo efetivo e o Hospital Municipal Dr. Mário Gatti conta com 1507 profissionais efetivos. Além destes, atuaram em nossas unidades 1657 profissionais contratados através de convênio com o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF) e docentes de universidades que orientam estágios.

Ressaltamos que não há nenhum vínculo empregatício precarizado nesta Secretaria de Saúde.

O Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde apresenta através da tabela e gráfico, no arquivo anexo o Quadro Evolutivo de algumas categorias profissionais da Prefeitura Municipal de Campinas e Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira no período de Dezembro/2005 a Dezembro/2012. Esse Departamento vem adotando várias estratégias com objetivo de fortalecimento das diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde e consolidação do SUS Campinas, dentre elas, o Dimensionamento de profissionais, Controle de Quadro, Acolhimento dos novos trabalhadores, projetos: Cuidando dos Cuidadores, Relações do trabalho, Educação Permanente, ordenação e acompanhamento de estágios curriculares e remunerados, participação na avaliação de desempenho.

Em 2012, o grande esforço da SMS foi para a realização de Concurso Público para substituição dos profissionais que eram contratados através do convênio com o SSCF que se encerrará em Março/2013. Apesar da admissão de 785 profissionais (HMMG + SMS), não conseguimos repor os desligamentos: 959 do SSCF e 355 efetivos desligados entre HMMG e SMS. O gráfico com a evolução do Quadro de profissionais da SMS nos mostra que apesar do total de profissionais não ter se mantido em relação a 2011, o número de efetivos aumentou e SSCF diminuiu significativamente, mostrando o esforço desta Secretaria em incorporar estes postos de trabalho ao quadro de efetivo.

Esperamos em 2013, através da convocação dos aprovados nos concursos homologados no período eleitoral e da abertura de novos concursos necessários, repor inicialmente os profissionais do SSCF desligados e futuramente adequar o quadro ao dimensionado para cada unidade.

Apesar de todas as dificuldades conseguimos aumentar em 10% o quadro de Agentes comunitários de saúde e farmacêuticos em relação ao ano de 2011, como nos mostra o quadro evolutivo anexo.

## 5. PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
5. Vigilância em Saúde: Consolidar o Sistema de Vigilância em Saúde no município de Campinas, organizado de forma descentralizada e integrado à rede de serviços com gestão participativa e controle social			0,00	0,00
Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
1- Desenvolver as ações de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária, de controle de zoonoses e de saúde do trabalhador, de maneira integrada com as unidades de referência e de atenção básica.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
1- Inspeccionar os estabelecimentos de alimentos de acordo com o risco sanitário	1- meta variada de acordo com o segmento de atividade	elegemos a atividade de supermercado como de alto risco e realizamos 50% dos supermercados	0,00	0,00
2- Padronizar procedimentos de inspeção em comércio varejista de medicamentos para atender a Resolução RDC 44/09	2- implantar procedimento comum entre as 5 regiões do município	não realizado; o grupo(GT) foi suspenso para discussão da revisão do modelo de vigilância	0,00	0,00
3- Inspeccionar as indústrias de produtos farmacêuticos	3- 50%	70%	0,00	0,00
4- Inspeccionar as distribuidoras de produtos farmacêuticos	4- 100%	100%	0,00	0,00
5- Inspeccionar os estabelecimentos de comércio varejista de produtos farmacêuticos	5- 30%	64%	0,00	0,00
6- Realizar o controle do risco sanitário dos produtos para a saúde/correlatos, cosméticos, produtos de higiene, perfumes e saneantes	6- 100% produtos saúde; 50% os demais	Correlatos: 36%; demais, superou os 50%.	0,00	0,00
7- Realizar 1 evento para divulgação do roteiro de inspeção de anatomia patológica para os RT e RL	7- organizar o evento	não realizado	0,00	0,00
8- Disponibilizar na internet (página da SMS) o roteiro de inspeção de anatomia patológica	8- revisar o roteiro	não realizado	0,00	0,00
9- Organizar cronograma de inspeções conjuntas	9- rever o cronograma e a composição das equipes de inspeção	Foi elaborado o cronograma porém não foi implementado pois o grupo(GT) foi suspenso para discussão da revisão do modelo de vigilância	0,00	0,00
10- Disponibilizar modelo de PGRSS na internet para laboratório clínico e anatomia patológica (página da SMS)	10- modelo disponibilizado	realizado	0,00	0,00
11- Finalizar o roteiro de inspeção para anatomia patológica (educação em saúde).	11- finalizar o roteiro	não realizado; O grupo(GT) foi suspenso para discussão da revisão do modelo de vigilância e o Centro de Vigilância Estadual - CVS pretende publicar nova norma para a área então o GT achou importante aguardar esta publicação. Apesar de ter sido uma atividade prioritária não foi realizada pois haverá publicação de legislação específica.	0,00	0,00
13- Padronizar procedimento para as inspeções.	13- padronizar procedimento	em andamento; Criado o grupo de trabalho para padronização e realização de inspeções conjuntas quando necessário. O grupo tem se	0,00	0,00



		reunido para a reorganização do processo de trabalho e novas estratégias de concentração de algumas ações.			
14- Aplicar o Programa de Inspeção Municipal em clínicas de estética tipo II.	14- programa ampliado para tipo II	Realizado; o diagnóstico no Município permitiu concluir que este segmento não representa risco sanitário significativo		0,00	0,00
15- Elaborar roteiro de inspeção e padronizar de procedimentos nas inspeções.	15- padronização feita	não realizada. O grupo(GT) foi suspenso para discussão da revisão do modelo de vigilância		0,00	0,00
16- Emitir LF sem vistoria (com roteiro ou questionário p/ os RT ou RL) e padronizar procedimentos, com estudo das legislações pertinentes (optometria).	16- procedimento padronizado	Não realizada. Aguardando a revisão do modelo de vigilância e a nova legislação.O Município discute a possibilidade de implantar o SIL(CVS).Em relação a optometria o Município tem se manifestado em documentação para discussão da regulamentação da atividade dentro do CVS.		0,00	0,00
17- Padronizar ações de fiscalização em estabelecimentos veterinários, incluindo laboratórios.	17- padronizar ações	Não realizada. Iniciada a discussão sobre o novo processo de trabalho; não foi finalizada porque as atividades dos grupos técnicos foram suspensas para discussão da revisão do modelo de Vigilância		0,00	0,00
18- Criar grupo específico e temporário para definição e reformulação das ações em transportadoras de alimentos e produtos para a saúde.	18- grupo criado	não realizado. Aguardando a revisão do modelo de vigilância e a nova legislação.		0,00	0,00
19- Aumentar o número de estabelecimentos no município regularizados perante a Vigilância em Saúde	19- 5%	realizado 27,5%		0,00	0,00
20- Realizar o controle do risco sanitário nos serviços de saúde (terapia renal substitutiva, hemoterapia, hospitais, assistência odontológica, clínicas, consultórios, laboratórios, banco de órgãos e ecidos, radiologia e radioterapia)	20- 100%	realizado parcialmente: 84% Atividade odontológica: 80%; hemoterapia: 85%; outras atividades:100%.		0,00	0,00
21- Manter as ações de combate ao tabagismo em ambientes fechados	21- mater ações	realizado		0,00	0,00
22- Organizar inspeções conjuntas (multiprofissional + CEREST) de educação infantil – creche	22- ações realizadas	realizado parcialmente. As ações tem sido realizadas pela equipe das VISAS e também do CEREST, porém sem articulação entre eles e sem foco específico definido.		0,00	0,00
25- Elaborar ou reproduzir materiais educativos	25- material produzido	Não realizado		0,00	0,00
26- Definir fluxos e responsabilidades dos diferentes níveis de ações de vigilância (local, distrital e central).	26- implantação dos fluxos	realizado		0,00	0,00
28- Realizar uma inspeção ao ano nas ILPI cadastradas	28- 50%	realizado 70%		0,00	0,00
29- Realizar ações de vigilância nos serviços de diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e de mama	29- 100%	Realizado parcialmente: 60% houve comprometimento dessa ação pelo envolvimento a equipe com a discussão de revisão de modelo; pela falta de roteiro e legislação específicos e pela pouca clareza das atividades englobadas nessa ação.		0,00	0,00
30- Viabilizar o programa de inspeção de reprocessamento de materiais , padronizando procedimentos de inspeção, capacitando equipe técnica das Visas, concluindo material educativo e definindo estratégia de abordagem dessa questão junto ao setor regulado.	30- programa viabilizado	Realizado; porém existem deliberações das esferas superiores dos sistema de vigilância pendentes com divergências entre CVS e ANVISA.		0,00	0,00
31- Organizar reunião de trabalho para discutir todas as ações a serem desencadeadas em um processo de investigação de infecção hospitalar, a fim de definir competências e atribuições dentro desse processo.	31- reuniões organizadas	Foi iniciada a discussão no grupo de organização ,mas não foi possível ser discutido de forma ampliada		0,00	0,00
32- Realizar oficina para discussão das ações de vigilância junto aos serviços públicos envolvendo SMS, SMAJ, SMFinanças e outros.	32- oficina realizada	Não realizado. Foi criado o grupo municipal e inter setorial para realizar a oficina.		0,00	0,00
33- Regularizar as condições sanitárias das unidades de saúde municipais e ou estaduais, no sentido de qualificar a prestação de serviços e proteger a saúde dos trabalhadores destes serviços.	33- unidades regularizadas	parcialmente realizado. Foram inspecionadas várias unidades; algumas delas foram regularizadas. A regularização das unidades está fora da governabilidade da Vigilância		0,00	0,00
45- Implantar o sistema de informação nominal e por procedência sobre vacinação - SIPNI	45- Sistema implantado	Não realizado; portaria com recurso para aquisição de computadores para as Salas de Vacinas.		0,00	0,00
46- Implementar a rede de frio e promover sua manutenção.	46- rede com manutenção	Realizado. Troca de termômetros de cabos extensor de plástico por digital de máxima e mínima.		0,00	0,00
47- Avaliar necessidade de câmara fria para o almoxarifado, ou outro equipamento adequando às necessidades atuais	47- Câmara adequada	Realizado. Construção da 2ª câmara fria no almoxarifado. Troca das caixas de isopor pela de poliuretano		0,00	0,00
48- Fazer discussão por meio de um grupo de trabalho sobre a forma de pagamento das campanhas, incluindo os profissionais do Cândido Ferreira	48- discussão realizada	Não realizada		0,00	0,00
49- Realizar um evento de Tuberculose com premiação de Unidades de Saúde em novembro de 2011	49- evento realizado	Não realizado. Ação comprometida pelas atividades de revisão do modelo de vigilância		0,00	0,00
50- Realizar campanha de busca ativa de sintomáticos respiratórios em nov. 2011, mar e nov. 2012	50- campanha realizada	não realizada por impossibilidade do laboratório municipal aumentar o n° de baciloscopias realizadas		0,00	0,00
51- Elaborar projeto de Tuberculose em conjunto com políticas existentes com enfoque em moradores de rua e usuários álcool e drogas	51- Inserir Tb no projeto consultório de rua	Realizado - feito treinamento sobre tuberculose para os profissionais do Consultório na Rua.		0,00	0,00

52- Aumentar a taxa de cura de tuberculose	52- 80% de cura	2011 - cura = 81,65%; Não é possível avaliar a cura para 2012 em função da duração do tratamento.	0,00	0,00
53- Diagnosticar os casos de hanseníase com grau de incapacidade menor do que 2	53- 90%	Realizado 91%. Para Hanseníase, considera-se a coorte de 2 anos atrás.	0,00	0,00
54- Manter a taxa de cura de hanseníase	54- 90% de cura	multibacilar = 85%; paucibacilar = 91%. A cura foi diminuída pelo abandono	0,00	0,00
55- Inserir a Vigilância das doenças crônicas nas equipes das VISAS Distritais	55- Doenças crônicas inseridas	Realizado. Aula no CBVE abordando este tema.	0,00	0,00
56- Incrementar a participação da vigilância no grupo de DCNT e na gestão da clínica	56- participação na gestão do projeto	Realizada. Elaboração, junto com a atenção básica, do projeto de vigilância das DCNT. Aprovado projeto de implantação da vigilância das DCNT com liberação e R\$ 250.000,00	0,00	0,00
57- Incrementar a vigilância de violência da pessoa idosa, criança, adolescente e mulher	57- incremento	Realizada. Aumento de 23% de notificação de violências no SISNOV/SINAN - Sistema de Notificação de Violências de Campinas (dado provisório)	0,00	0,00
58- Pautar a discussão de vigilância das violências entre os profissionais de vigilância	58- discussão realizada com todos os profissionais	parcialmente realizado. Envolvida parte da equipe de vigilância.	0,00	0,00
59- Fazer avaliação da capacitação de 2009 e das ações realizadas	59- avaliação realizada	parcialmente realizado	0,00	0,00
60- Dar organicidade aos fóruns existentes em todos os níveis	60- foruns atuantes	parcialmente realizado	0,00	0,00
62- Monitorar os casos de criança vítima de violência sexual	62- monitoramento realizado	Parcialmente realizado. Há dificuldade em mensurar porém movimentos nesta direção foram parcialmente realizados, havendo envolvimento de 1 vigilância na condução do caso, além de realizar uma reunião conjunta do NPVA, Iluminar, área de atendimento do Mário Gatti e combinar com o NVE do Mário Gatti, o monitoramento dos casos agudos de v sexual junto a rede de saúde. Falta completar o estabelecimento dos fluxos e procedimentos.	0,00	0,00
63- Incrementar a vigilância de violência da pessoa idosa institucionalizada como projeto integrador com a VS	63- ações conjuntas	Realizado. É necessário incrementar as notificações.	0,00	0,00
64- aumentar notificações das hepatites virais .	64- 5%	Realizado. Aumento de 10% em relação ao ano anterior	0,00	0,00
65- Reduzir a transmissão vertical de HIV	65- 0,02	Realizado. Nenhum caso notificado. Este indicador seria melhor avaliado se agruparmos alguns anos; poucos casos fica muito sensível.	0,00	0,00
67- Fazer geoprocessamento de casos de zoonoses e de LPI	66- geoprocessamento realizado	Realizado	0,00	0,00
			0,00	0,00
			0,00	0,00
68- Realizar e divulgar análises epidemiológicas	68- informes divulgados	Realizada; informe técnico de febre maculosa, leptospirose, dengue e leishmaniose	0,00	0,00
69- Implementar o Programa de Controle da Leishmaniose Visceral Americana e concluir o Projeto Municipal	69- programa implantado	Realizada. Programa implantado e sendo executado nas áreas de ocorrência dos casos em cães. Não realizadas as ações de nebulização.	0,00	0,00
71- Dar continuidade ao programa de controle da população animal e registro	71- programa continuado	Não se aplica. Trabalho interrompido por falta de pertinência em relação às novas diretrizes do ministério	0,00	0,00
73- Implantar a notificação de zoonoses nas clínicas e nos laboratórios de diagnósticos (imagem e anatomia patológica) de saúde animal	73- notificação implantada	realizado parcialmente, somente nos casos de leishmaniose	0,00	0,00
74- Monitorar e estabelecer comunicação de doses aplicadas de vacinação anti-rábica nos cães e gatos nas clínicas particulares	74- comunicação implantada	não realizado	0,00	0,00
75- Dengue: compra de exames para diagnóstico complementarmente ao Lutz	75- compra realizada	não foi necessário	0,00	0,00
76- Reduzir a taxa de letalidade de febre hemorrágica do dengue	76- menor que 7%	Realizada. nenhum óbito; Ano bastante difícil com diminuição de Rh e saída de profissionais com experiência no programa por mais 10 anos. Demissão de 70% dos funcionários do programa de controle da dengue, o que pode trazer consequências ruins para o município no próximo ano em relação à dengue.	0,00	0,00
77- Manter a taxa de letalidade da febre maculosa	77- menor de 20%	Não realizada. 4 casos e 3 óbitos (75%). Necessário cuidar da assistência aos casos; avanços mantidos, acrescido da redução da infestação acarológica no Lago do café com possibilidade de reabertura do parque.	0,00	0,00
78- Qualificar a investigação das infecções hospitalares (CCIHS) como um projeto integrador entre VE e VS	78- investigação qualificada	Realizada	0,00	0,00

79- Rodas de conversa - Realizar rodas de conversa com técnicos e especialistas para aumentar a capacidade de resposta às doenças e agravos	79- rodas realizadas	Realizada. CBVE	0,00	0,00
80- DST -Implantar notificação da sífilis adquirida e corrimento uretral masculino	80- notificação implantada	Realizado parcialmente. implantado parcialmente na rede básica	0,00	0,00
83- Qualificar o Plantão de Vigilância em Saúde, compondo com os protocolos já existentes de outros setores como Defesa Civil, Bombeiros, etc	83- protocolo implantado	parcialmente realizado. Foi feita a padronização do registro do plantão. Foi realizada a composição dos protocolos com a áreas de VE e VA, porém sem os diferentes setores relacionados à atuação em emergências.	0,00	0,00
85- Providenciar recursos materiais	85- recursos providenciados	não realizado	0,00	0,00
86- Divulgar o plantão e os agravos relacionados no RSI, por ex. agravo grave e fatal do trabalho	86- plantão divulgado	não realizado	0,00	0,00
87- Realizar coleta de amostras clínicas do vírus influenza no HMMG (hospital sentinela)	87- 80%	Realizada parcialmente: 44%. Adequação da vigilância da influenza, com investimento no programa e criação de mais uma unidade sentinela (PA Campo Grande)	0,00	0,00
88- Investigar os surtos graves e inusitados em conjunto COVISA-VISA-unidade	88- investigação conjunta	Realizada	0,00	0,00
89- Criar grupo de Análise de Situação de Saúde na Secretaria de Saúde, interdepartamental, como espaço de articulação dos diferentes setores (agravos VE, STRaba, Sambiental, RH, bancos disponíveis epidemiológicos e de produção)	89- grupo criado	Não realizada; em construção o núcleo de informação do DEVISA	0,00	0,00
90- Editar pelo menos dois boletins epidemiológicos anuais	90- 2 boletins editados	Não realizado (boletim de feishmaniose em fase de editoração)	0,00	0,00
91- SINAN - Adequar números de computadores em cada Ponto de Notificação (serviços próprios da prefeitura) assim como o servidor e correlatos	91- computadores adequados	Não realizado. Há comprometimento da qualidade e quantidade pela insuficiência de suporte de informática	0,00	0,00
92- SINAN - Elaborar relatórios automatizados de análise epidemiológica e análise do sistema	92- relatórios automatizados	Não realizado	0,00	0,00
93- Criar TABNET SINAN	93- TABNET SINAN criado	não realizado- SMS sem tabnet	0,00	0,00
94- Articular com a CII suporte de informática	94- suporte articulado	Não realizado. Há necessidade de discussão com toda SMS.	0,00	0,00
95- Criar banco de dados de reação adversa	95- banco criado	não realizado	0,00	0,00
96- Contratar empresa de Microfilmagem de documentos	96- microfilmagem contratada	não realizado	0,00	0,00
97- Melhoria da vigilância epidemiológica da coqueluche	97- monitoramento realizado	Realizado. nº de casos já estão voltando ao normal; divulgado informe técnico, nenhum óbito.	0,00	0,00
98- Investigar óbitos materno-infantis, promovendo a discussão nos respectivos comitês, visando a redução das taxas de mortalidade pelas causas evitáveis e qualificação das informações.	98- 95%	meta difícil de ser avaliada neste período pois o prazo para encerramento da investigação é de 120 dias a partir do óbito.	0,00	0,00
99- Reduzir a incidência da sífilis congênita	99- reduzir em 20%	Não realizada. 34 casos; aumento dos casos. Em discussão na SMS.	0,00	0,00
100- Reduzir a mortalidade infantil em 2,4%	100- reduzir em 2,4%	Não realizada. 2011: 135 casos (9,14) 2012: 150 casos (9,95)	0,00	0,00
101- Reduzir a mortalidade infantil neonatal em 3%	101- reduzir em 3%	Não realizada. 2011: 88 casos (5,96) 2012: 105 casos (6,96)	0,00	0,00
102- Criar estratégias para ampliar o acesso ao diagnóstico, tratamento e notificação síndrômica das DST na Atenção Básica	102- 2 ações	realizada	0,00	0,00
103- Fiscalizar a elaboração e implantação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde nos estabelecimentos de alta complexidade	103- 25%	Não realizada. Aguardando definições sobre reorganização do Sistema de Vigilância.	0,00	0,00
104- Elaborar instrumento de padronização da classificação dos resíduos dos serviços de saúde próprios.	104- instrumento produzido	Realizado	0,00	0,00
105- Elaborar roteiro/Check list para inspeção do PGRSS dos estabelecimentos de saúde.	105- check list elaborado	Não realizada. Aguardando definições sobre reorganização do Sistema de Vigilância.	0,00	0,00
107- Ampliar a abrangência dos Projetos Catadores Encantadores e Catadores Diógenes, fortalecendo a transversalidade e intersectorialidade, em especial a atenção primária e saúde mental, aprimorando os instrumentos de coleta de dados.	107- ampliação do projeto	Não realizada. Aguardando definições sobre reorganização do Sistema de Vigilância.	0,00	0,00
108- Elaborar instrumento para definição do fluxo para resíduos descartados clandestinamente junto aos atores e setores estratégicos (SMSP, CETESB, Polícia Ambiental, Defesa Civil e outros).	108- fluxo definido	Não realizada. Atividade programada para GT Ambiental (resíduos). Aguardando definições sobre reorganização do Sistema de Vigilância.	0,00	0,00
109- Providenciar local adequado para abrigo de resíduos gerados das ações de Vigilância.	109- abrigo providenciado	Não realizada	0,00	0,00
110- Realizar mapeamento de solução alternativa individual utilizando o software map-info.	110- mapeamento realizado	Realizado parcialmente (Visas Norte e Noroeste).	0,00	0,00
112- Regularizar cadastro SAC (solução alternativa coletiva - poço) no SIVISA.	112- cadastro no SIVISA realizado	Não realizada. Aguardando definição da nova diretriz do Estado de São Paulo.	0,00	0,00
113- Realizar inspeção nos sistemas de captação e nas estações de tratamento de água do Sistema Público.	113- inspeções realizadas	Não realizada	0,00	0,00
114- Implantar Plano Amostral, através de software específico, para coleta e monitoramento da água.	114- plano implantado	Não realizada	0,00	0,00

115- Contratar serviço laboratorial para análise físico-química e microbiológica para avaliação ambiental.	115- serviço contratado	Realizado. Mantido o contrato para análise de agrotóxico.	0,00	0,00
116- Qualificar o registro das ações realizadas em saúde ambiental no SIVISA.	116- ações registradas no SIVISA	Não realizado. Aguardando implantação do SIVISA WEB e capacitação dos técnicos.	0,00	0,00
117- Sensibilizar e capacitar os profissionais da atenção primária para a aplicação dos protocolos de atenção a saúde aos trabalhadores e populações expostas as áreas contaminadas na rotina da atenção à saúde. (Depto Saúde e CEREST).	117- profissionais capacitados	Realizado parcialmente (Visa Noroeste)	0,00	0,00
118- Implantar unidade sentinela para estudo da qualidade do ar no município	118- unidade implantada	Não realizada. Proposta do projeto VigiAr elaborada. Discussão da implantação das US para 2013.	0,00	0,00
119- Adquirir map-info para mapear, controlar e monitorar as áreas.	119- sistema implantado	Não realizada	0,00	0,00
121- Estruturar o Programa de Toxicovigilância no município de Campinas.	121- programa estruturado	Não realizada	0,00	0,00
122- Pactuar responsabilidades e fluxo de ações entre CCI e o Sistema Municipal de Vigilância de Campinas.	122- responsabilidades pactuadas	realizado parcialmente; pontual, em ação específica	0,00	0,00
123- Elaborar, produzir e divulgar material educativo em conjunto com CCI .	123- materiais produzidos	realizado parcialmente; enfoque em animais peçonhentos	0,00	0,00
133- Aumentar a notificação dos agravos de Saúde do Trabalhador	133- aumentar mais 30%	Realizada. Em 2011 houve grande nº de notificações de pneumoconioses por ordem do MPT, o que gera aparente decréscimo de notificações em 2012. Se excluirmos as pneumoconioses observamos aumento de 26,9% no total de notificações. Para AT houve aumento de 73,9% e para LER o aumento foi de 182,3%	0,00	0,00
134- Capacitar as equipes das unidades de saúde para assistência a saúde do trabalhador	134- equipes capacitadas	Realizada parcialmente. Várias unidades de saúde e equipes de outros municípios capacitados em assuntos apontados no PAM - Sinan ST, AT, direito previdenciário, LER/Dort, Transtornos Mentais, Projeto frentistas, Vigilância em ST	0,00	0,00
135- Concluir processo de implantação do SINAN ST em todas as unidades de saúde/sentinelas;	135- 100% das unidades	Realizado parcialmente, principalmente na notificação de AT com uso da RAAT. Em 2012 foram priorizadas as unidades de Urgência e emergência, não tendo sido possível dar continuidade nas capacitações dos CS e Distritos. Pretende-se retomar este trabalho em 2013.	0,00	0,00
136- Estabelecer fluxos e processos de vigilância em saúde para intervir nas condições de trabalho, com prioridade para: acidentes graves e fatais e trabalhadores expostos aos riscos químicos;	136- fluxos estabelecidos	Realizada parcialmente. Realizadas 07 investigações de AT grave/fatal com intervenção. Encerrados processos administrativos que ficaram parados em 2011. Realizadas vitórias em grandes empresas	0,00	0,00
137- Estabelecer fluxos e processos de vigilância em saúde para intervir nos riscos ambientais e ocupacionais do amianto	137- fluxos estabelecidos	Realizada. Pelo CEREST com participação em projetos nacionais (arguição no STF) e de vigilância regional, em conjunto com MPT e MTE. Não no município. A ação no comércio de materiais contendo amianto, indicada no PAM/ST não conseguiu entrar na agenda das Visas regionais.	0,00	0,00
139- Implantar os protocolos de atenção a saúde de trabalhadores e populações expostas as áreas contaminadas na rede pública de saúde	139- implantar em 10 unidades	Realizada parcialmente. Realizada discussão com Visa Noroeste.	0,00	0,00
140- Incrementar o Programa de Atenção e Vigilância à Saúde dos Trabalhadores em postos combustíveis no município de Campinas;	140- programa implantado	realizada parcialmente. A capacitação in loco ficou restrita a um CS. Houve elaboração de vídeo voltado à saúde dos frentistas, amplamente divulgado pela internet.	0,00	0,00
141- Inserir indicadores de saúde do trabalhador nos contratos de gestão e na implementação e acompanhamento dos projetos/ações de ST.	141- indicadores inseridos	não realizado. É necessário rever a redação dessa meta	0,00	0,00
142- Notificar os agravos de Saúde do Trabalhador no SINAN	142- 100% das unidades de saúde	Realizado parcialmente. Apesar do cumprimento da meta de 100% ter permanecido distante do realizado, a implantação no Ouro Verde foi considerada bastante satisfatória e foi suficiente para modificar expressivamente o perfil de notificações de AT no município	0,00	0,00
143- Melhorar a infra-estrutura (logística e administrativa) do DEVISA, a fim de facilitar a ação de gestão e técnica dos trabalhadores	143- recursos providenciados	parcialmente realizado	0,00	0,00
144- Incorporar Engenheiro civil ou arquiteto da PMC nas equipes de Vigilância	144- profissionais incorporados às equipes	Não realizada	0,00	0,00
145- Solicitar retaguarda de assessoria jurídica específica para Vigilância	145- assessoria providenciada	parcialmente realizado Uma assessora foi disponibilizada, porém não é exclusiva e seu contrato foi encerrado para 2013. É necessário um procurador para a Vigilância.	0,00	0,00
147- Elaborar manual administrativo para os técnicos	147- manual elaborado	Realizada	0,00	0,00
148- Padronizar os procedimentos administrativos entre as Visas	148- procedimentos padronizados	realizada	0,00	0,00

149- Criar estratégia para aumentar a regularização de estabelecimentos a partir da publicação da nova legislação (Minuta)	149- estratégia criada	Não realizada. Minuta da nova lei foi elaborada e discutida com os técnicos e gestores e ass jurídica mas não houve viabilidade política para publicação Meta mantida para 2013.	0,00	0,00
152- Garantir recursos para aquisição de equipamentos, materiais e insumos para as capacitações e eventos programados.	152- recursos garantidos	realizada	0,00	0,00
154- Adquirir equipamentos e insumos para trabalho de campo (ex: gps, computadores de mão, impressora de mão, EPIs, trena elétrica, rádio, comunicadores, baterias, máquinas fotográficas digitais, pen drives, memória externa, etc) sempre contemplando as necessidades de cada núcleo (assist. farmacêutica, ambiental, alimentos, serviços de saúde, saúde do trabalhador, controle de zoonoses, epidemiologia) dos cinco distritos e a COVISA	154- recursos garantidos	parcialmente realizada	0,00	0,00
155- Adquirir um SIG (map-info) e os recursos para o seu uso(insumo e capacitação).	155- recursos garantidos	Não realizada	0,00	0,00
<b>Avaliação do objetivo</b>	A área de Vigilância em Saúde no município encontra-se em reorganização do processo de trabalho das equipes dos níveis central e distrital. Este processo de revisão de modelo de gestão e de atenção tem permeado os debates do Colegiado Gestor da SMS. A área mais afeta tem sido a Vigilância Sanitária, porém, a Epidemiológica e a Ambiental também o foram. O Sistema de Informação em Vigilância Sanitária permanece com problemas significativos, mas as inspeções são realizadas nos estabelecimentos prioritários, com limites para o alcance das metas, devido ao quadro de pessoal incompatível com a demanda. O Núcleo de Alimentos encontra-se em processo de reorganização. Permanece a necessidade de avaliação das condições sanitárias das unidades públicas de maneira integrada entre gestão, assistência e vigilância com prioridade de ações em função do risco sanitário e educação permanente para profissionais e gestores. A Vigilância Epidemiológica retomou o processo de organização do trabalho por meio da definição de fluxos e capacitações específicas. A dengue permanece como desafio, de modo especial frente à recomposição da equipe. A Saúde do Trabalhador também vive um processo de recomposição e reorganização. É fundamental a estruturação do DEVISA em 2013. Apesar das dificuldades, houve vários avanços descritos em cada uma das ações em todas as áreas da Vigilância.			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
2- Agregar novas tecnologias para o desenvolvimento de ações educativas como instrumento prioritário de trabalho da vigilância junto a trabalhadores, setor regulado e cidadãos.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
34- Garantir capacitações e atualizações na área de medicamentos, como BPF de medicamentos, BPF farmácia de manipulação, sistemas de água e ar, manipulação para hemodiálise	34- realizar capacitação	Parcialmente realizada. Houve capacitação na área de sistemas de ar e água, em dezembro/2012 dado pelo CV	0,00	0,00
36- Garantir a participação dos técnicos do GT lab, que ainda não fizeram, em curso de auditor interno da SBPC	36- realizar capacitação	Não realizada. Apesar do grupo ter solicitado a PMC não conseguiu viabilizar o pagamento do curso.	0,00	0,00
37- Garantir a participação de 1 técnico de cada Visa e Covisa, anualmente, no Congresso Brasileiro de Patologia Clínica / Medicina Laboratorial – SBPC	37- realizar capacitação	Realizado conforme indicação do grupo	0,00	0,00
38- Garantir a participação de 3 técnicos do GT de Laboratório, anualmente, no Congresso Bras. Análises Clínicas/ Congresso Bras. Citologia Clínica	38- participação no congresso	Não realizado. Devido às demandas das Visas, inviabilizando a ida ao congresso	0,00	0,00
40- Garantir capacitação da equipe técnica incluindo profissionais de serviços de saúde e laboratório em bancos humanos/multi-tecidos e serviços quimioterápicos	40- participação em capacitação	Realizada. 3 capacitações no 2º semestre - Curso da ANVISA de Capacitação para Inspeção em Centros de Tecnologia Celular; VII Brazilian Congress on Stem Cells and Cell Therapy; 25º Congresso Brasileiro de Reprodução Humana(Os três eventos foram pagos pela ANVISA).	0,00	0,00
41- Garantir a participação de técnicos com as temáticas de hemoterapia, hemodiálise, reprocessamento de materiais	41- participação em capacitação	Realizada. Capacitação em hemoterapia com a presença de um técnico de Campinas, em relação a hemodiálise um técnico de Campinas acompanhou toda a discussão da nova legislação e a elaboração do novo roteiro	0,00	0,00
42- Realizar rodas de conversa com técnicos e especialistas para aumentar a capacidade de resposta às doenças, agravos e situações de risco	42- discussões realizadas	Realizada	0,00	0,00
43- Viabilizar capacitação para montagem de processo, autuação e procedimentos	43- capacitação realizada	Realizada. Realizado um seminário geral e 3 turmas de capacitação para procedimentos e processos administrativos. Houve participação de funcionários das Visas, CCZ e Ceresst	0,00	0,00
61- Realizar capacitação de vigilância das violências para profissionais da saúde	61- projeto em andamento	realizado parcialmente (1a. Turma do total de 2 turmas: 50%)	0,00	0,00
82- Realizar TBVE em 2012 para equipe das VISAs, NVE e Unidades de Saúde	82- curso realizado	realizado	0,00	0,00
84- Realizar capacitação para os plantonistas	84- capacitação realizada	realizada	0,00	0,00
124- Realizar oficinas de capacitação para estabelecimentos alvo das ações de vigilância	124- capacitações realizadas	Não realizada.	0,00	0,00
125- Capacitar profissionais das visas para a Avaliação dos PGRSS dos estabelecimentos privados.	125- capacitações realizadas	Não realizada.	0,00	0,00
126- Capacitar técnicos da vigilância para o SIVISA, em ações ambientais.	126- capacitações realizadas	Não realizada.	0,00	0,00

127- Realizar 5 capacitações (uma por distrito de saúde) para profissionais da Atenção Primária e técnicos das Visas sobre atenção a saúde de populações expostas a contaminantes ambientais.	127- 5 capacitações	Não realizada	0,00	0,00
129- Capacitar o sistema de vigilância municipal e parceiros em Toxicovigilância.	129- capacitação realizada	Não realizada	0,00	0,00
130- Garantir recursos para pagamento de taxas de inscrição e cursos técnicos relevantes em saúde ambiental, para profissionais das visas.	130- recurso garantido	realizado	0,00	0,00
<b>Avaliação do objetivo</b>	Foram realizadas capacitações e outras ações educativas e de comunicação, com destaque para a capacitação de vigilância epidemiológica e a educação permanente de gestores. É necessária a ampliação das <b>ações de educação, comunicação e informação, especialmente voltadas à sociedade, pois elas são essenciais para o desenvolvimento das ações de vigilância de forma mais eficaz e eficiente e facilitam o exercício do controle social.</b>			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
3- Estimular a atuação do controle social nas ações de vigilância em saúde.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
156- Formular e implantar política de comunicação em vigilância em Saúde	156- política formulada e implantada	realizado parcialmente. Juntamente com o núcleo de comunicação foram realizadas diversas ações: materiais para tuberculose, dengue, leishmaniose, campanha anti-rábica, vigilância epidemiológica, prevenção de acidentes e violência. Também foram produzidos vários informes e boletins eletrônicos.	0,00	0,00
157- Elaborar plano de comunicação para as Campanhas, especialmente para campanha anti-rábica	157- campanha realizada	Realizada	0,00	0,00
158- Elaborar banners de rua para divulgação de tuberculose	158- banner realizado	Realizada	0,00	0,00
159- Elaborar materiais educativos itinerantes de Tuberculose como painéis interativos, labirinto, etc, conjuntamente com Núcleo de Comunicação e DECOM	159- material produzido	Não realizada	0,00	0,00
160- Criar diretrizes de divulgação de informações epidemiológica	160- diretrizes criadas	Não realizada	0,00	0,00
161- Melhorar estrutura de comunicação com o usuário e técnicos	161- comunicação melhorada	não realizada	0,00	0,00
162- Inserir na capacitação de Conselheiros o módulo Vigilância em Saúde, mediante solicitação	162- capacitação realizada	não realizada	0,00	0,00
163- Realizar ações de educação em saúde para o setor regulado	163- ações realizadas	não realizada	0,00	0,00
164- Fomentar e participar de campanhas e ações educativas sobre destinação de resíduos domésticos e resíduos especiais junto a Secretaria de Serviços Públicos.	164- participação	realizada. Participação no grupo de elaboração do Plano Municipal de Gestão Integrada de Resíduos Sólidos e do Plano Municipal de Saneamento Básico.	0,00	0,00
165- Realizar a 1ª Semana de Saúde Ambiental do Município de Campinas.	165- semana realizada	Realizada	0,00	0,00
166- Qualificar a acessibilidade e conteúdo do site da Vigilância Ambiental.	166- acesso qualificado	Não realizada.	0,00	0,00
167- Instituir Boletim Eletrônico da COVISA (sugestão de periodicidade bimensal com temas por área: ambiental, epidemiológica, sanitária, CCZ, CEREST, CRDST/Aids, CRR, CCI e outros relevantes).	167- boletim eletrônico instituído	Não realizada.	0,00	0,00
168- Convidar a participação do controle social, conselheiros locais, distritais e municipais em capacitações/oficinas e ações educativas em saúde ambiental.	168- participação	Não realizada.	0,00	0,00
<b>Avaliação do objetivo</b>	Existe a participação e representação dos gestores e trabalhadores nos conselhos de saúde. É necessário desenvolver mecanismos efetivos de desenvolvimento do controle social em vigilância, especialmente em relação à vigilância sanitária. Embora as ações de vigilância em Saúde do Trabalhador, por concepção, sejam realizadas em conjunto com sindicatos ainda há necessidade de aprimoramento do controle social nas ações de vigilância, devendo-se estimular as experiências exitosas que aconteceram, ainda que pontuais, e encontrar novas possibilidades de trabalho conjunto. Houve interface entre vigilância em Saúde do Trabalhador e controle social em seminários, debates, manifestações públicas, etc.			

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
3. Urgência e Emergência: Prestar assistência integral e humanizada aos agravos súbitos de saúde com garantia de acesso qualificado a rede SUS Loco - Regional de acordo com o grau de risco e			0,00	0,00

vulnerabilidade. Regionalização do Sistema de Atenção às Urgências orientado pelo princípio da equidade. Ampliar e fortalecer o controle social

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
3.1. Humanização e Qualificação da Assistência			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Intensificar o Acolhimento e Classificação de Risco de pacientes com queixas agudas em todas as portas de entrada da rede de atenção às urgências, utilizando para tal uma única linguagem que permita o entendimento homogêneo de prioridade/gravidade em todos os pontos de atenção da Rede.	Implantar protocolo único em todas as portas de U/E com CR em período integral	Realizado parcialmente	0,00	0,00
Implantar linhas de cuidado para a gestão da clínica em ICC, Diabetes, IAM, AVC e DPOC, identificando e construindo, no cotidiano o caminho que o paciente deverá percorrer entre os vários componentes e pontos de atenção da rede de atenção integral às urgências;	Realizar oficinas de trabalho para balizamento de conceitos entre a atenção primária e as urgências	Realizado parcialmente	0,00	0,00
Divulgar resultados de projetos de humanização implantados nas unidades e que sirvam de referência para outros serviços	Realização de um seminário anual	Não realizado	0,00	0,00
<b>Avaliação do objetivo</b>	3.1. Protocolo pactuado com os Hospitais, Unidades de Pronto Atendimento e Apoiadores da Atenção Básica através do Grupo de Trabalho de Acolhimento e Classificação de Risco. Proximos passos: *Submeter o protocolo a consulta pública no site da SMS e validação do protocolo pelo Rede de Urgência. *Capacitação das unidades para aplicação do protocolo. *Pactuar indicadores a serem apresentados para a qualificação dos serviços/unidades * Construir sa grades de referência das linhas de cuidado a partir do Acolhimento e Classificação de Risco  Devido ao contexto político institucional não foi possível a realização do seminário para apresentação das experiências exitosas			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
3.2. Formação de redes, desenvolvimento e capacitação de recursos humanos			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Contribuir com a formação das teias de atendimento integral e resolutivo nas nos agravos à saúde	Implantar as linhas de cuidado conforme bem como outros protocolos que venham a ser pactuados até dezembro de 2012	Cumprida parcialmente	0,00	0,00
Reativação do Núcleo de Educação nas Urgências (NEU)	NEU instalado e ativo	Não realizado	0,00	0,00
Capacitar os profissionais das unidades básicas, portas de urgência e SAMU-192	Capacitar no mínimo 50% dos servidores das UBS, SAMU; CAPS, UPAS	30% realizado	0,00	0,00
Em parceria com o Centro de Educação dos Trabalhadores em Saúde (CETS) dar continuidade a educação permanente para qualificação de gestores	100% dos serviços	Não realizado	0,00	0,00
<b>Avaliação do objetivo</b>	3.2. Não foi possível a rearticulação do Núcleo de Educação em Urgência devido a indisponibilidade de instrutores. Ações pontuais foram executadas pelo SAMU e Comissão de Urgência As linhas de cuidado estão sendo discutidas através da Câmara Técnica de Políticas Hospitalares			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
3.3. Contínuo monitoramento dos fluxos de atenção às urgências			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Monitorar continuamente os fluxos das linhas de cuidado e o desempenho de dos diferentes pontos de atenção	Monitorar 50% dos atendimentos de acordo com o pactuado junto aos pontos de atenção	sim	0,00	0,00
Ampliar e monitorar os mecanismos de regulação e transferência de pacientes agudos junto às principais portas de urgência	Consolidar o sistema de regulação e transferências entre as portas HMMG - 100% dos leitos de Enfermarias de Clínica Médica, UTI Adultos e Pediátrica; CHOV - 100% dos leitos operacionais; PUCC - 100% dos leitos de Enfermarias de Clínica Médica, UTI Adultos, Pediátrica e Neonatológica; IMC - 100% dos leitos operacionais; Mater Campinas - 100% dos leitos operacionais; Cândido Ferreira - 100% dos leitos operacionais;	Parcialmente	0,00	0,00
Trabalhar pelo redirecionamento gradativo e dinâmico da demanda de baixa complexidade nos prontos socorros hospitalares para as Unidades de Pronto Atendimento e UBS	Pactuação junto aos distritos e coordenação da AP sobre as possibilidades de recepção e cuidado pela AB aos pacientes atendidos pelo SAMU nas patologias mencionadas no	Não	0,00	0,00
<b>Avaliação do objetivo</b>	Não transferência de pacientes para níveis de maior complexidade prejudicada pela falta de leitos de internação. Alta média de permanência de pacientes nsa unidades de pronto socorro e pronto atendimento. Oficinas programadas junto aos distritos para pactuação dos fluxos junto as unidades básicas não foram realizadas devido ao contexto político da SMS			



Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
3.4. Promoção de internação domiciliar nos casos elegíveis			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Articular a atenção domiciliar com SAID (Serviço de Internação Domiciliar) como alternativa aos pacientes acamados crônicos acudizados	Definir, os fluxos e critérios para transferência de cuidado dos pacientes que estejam internados e/ou nas portas de urgência	Realizada Oficina de Atenção Domiciliar Fluxos pactuados somente com as unidades de internação hospitalare	0,00	0,00
<b>Avaliação do objetivo</b>	3.4. Fluxos pactuados somente com as unidades de internação hospitalares			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
3.5. Implementação de uma política de recursos humanos que garanta as necessidades das unidades de urgência			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Realizar processo seletivo ou concurso público garantindo equipes completas de acordo com as demandas dos serviços	Completar as equipes conforme necessidade de cada serviço	Parcialmente	0,00	0,00
Eleições do Comitê de Ética Médica	Definir junto ao CRM os critérios de eleição do CEM	Não	0,00	0,00
Efetivar a atuação da Comissão de Ética de Enfermagem na Secretaria de Saúde/U.E	Realização de nova eleição em julho de 2012	Não realizado	0,00	0,00
<b>Avaliação do objetivo</b>	3.5. Em cumprimento a um TAC foram realizados concursos para substituição dos servidores não concursados do Convênio Cândido Ferreira porem sem a necessária reposição das vagas necessárias para complementação das equipes.			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
3.6. Qualificação do acesso ao primeiro atendimento aos agravos súbitos através de reforma e construção de novas unidades de atendimento			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Construção do Pronto Atendimento Metropolitano em substituição ao Pronto Atendimento Anchieta	Iniciar obra	Não	0,00	0,00
Construção do Pronto Atendimento Suleste (Carlos Lourenço)	Concluir obra	Não	0,00	0,00
Reformar Pronto Atendimento Centro.	Reforma do Pronto Atendimento Centro.	Sim	0,00	0,00
Construção do Pronto Atendimento da região Leste	Regularizar terreno para construção	Não	0,00	0,00
Reformar do Pronto Atendimento São José	Iniciar obra	Não	0,00	0,00
<b>Avaliação do objetivo</b>	3.6. A dificuldade nas execuções das programações se referem, entre outros: 1. Aos constantes problemas em projetos executivos contratados, que devido a incapacidade operacional da equipe técnica na SMS, não é possível realizar uma avaliação adequada antes do envio para licitação. 2. As indicações de terrenos sem possibilidade de regularização para construção, como áreas de Proteção Permanente (APP) e outras. 3. A burocracia instituída pela esfera federal para aprovar os projetos é outro fator impactante no tempo de execução. Para 2013 estão sendo desencadeadas ações para agilizar e qualificar os processos de elaboração de projetos em parceria com as Secretarias de Infraestrutura e Administração ( Diretoria de Convênios), ainda assim, é essencial que a SMS conte com técnicos para monitoramento das obras vinculadas a ela.			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
3.7. Garantir a aquisição de materiais e equipamentos necessários ao atendimento nas unidades de urgência			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Ajustar a demanda de materiais e equipamentos de acordo com a necessidade de cada um dos serviços	Levantamento dos materiais e equipamentos até março de 2012	Sim	0,00	0,00
Realizar a manutenção preventiva sistemática dos equipamentos de urgência utilizados nos serviços.	Contração de empresas	Parcial	0,00	0,00
Planejar a aquisição de materiais e equipamentos de urgência de acordo com cronograma do Departamento Administrativo	Reavaliar anualmente as cotas de materiais e medicamentos para urgência.	Sim	0,00	0,00
<b>Avaliação do objetivo</b>	3.7. A aquisição dos materiais, equipamentos e a manutenção preventiva estão na dependência da disponibilidade dos recursos financeiros disponíveis. As metas não alcançadas foram devido ao contingenciamento de recursos			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado

3.8. Modernização administrativa e informatização do sistema			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Implantar dispensação de dose unitária de medicamentos nos serviços de pronto atendimento	01 unidade	Não	0,00	0,00
Aquisição/comodato de equipamentos para exames laboratoriais de urgência nas UPAS	Equipar as UPAS Campo Grande e São José para realização dos exames laboratoriais de urgência.	Não	0,00	0,00
Manter a recepção de resultados de exames laboratoriais online pelas unidades de pronto atendimento até que sejam implantados os equipamentos para realização destes exames nas unidades	100% dos exames laboratoriais disponíveis online	50%	0,00	0,00
Implantação plena do SIGA nas unidades de urgência propiciando a integração dos serviços	Customização da Ficha de atendimento com a inclusão da Classificação de Risco e dados de produção	Não	0,00	0,00
Estabelecer os indicadores a serem pactuados e acompanhados nas unidades de urgência	Pactuação dos indicadores de produção apontados na FPO	Não	0,00	0,00
<b>Avaliação do objetivo</b>	3.8. Não houve avanço na implantação do SIGA o que dificultou a integração com a rede e a produção de indicadores. A falta de RH não permitiu a implantação da dose unitária na unidade proposta.			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
3.9. Democratização da gestão e controle social			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Consolidar a gestão participativa através dos colegiados dentro das unidades de urgência com a efetiva participação de gestores, trabalhadores e usuários	Todas as unidades com colegiados gestores ativos	Parcialmente	0,00	0,00
Consolidar, em parceria com o Conselho Municipal de Saúde, o controle social das urgências, dentro das diretrizes do SUS, com a participação de usuários, trabalhadores e gestores em todos os níveis do sistema	Todas as unidades com Conselheiros locais	Parcialmente	0,00	0,00
<b>Avaliação do objetivo</b>	3.9. Unidades com conselheiros eleitos; participação nos conselhos distritais e municipal			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
3.10. Participação da Rede de Atenção as Urgências da RRASS XV conforme portaria MS 1600 de 07/07/201			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Participar na construção do Plano Regional de Atenção as Urgências RRASS 15.	Participação do Comitê de Urgência nas discussões regionais	Parcialmente	0,00	0,00
Complementar o diagnóstico situacional da Rede de Atenção as Urgências do município utilizando os instrumentos já elaborados	100% dos instrumentos de diagnóstico preenchidos	70%	0,00	0,00
<b>Avaliação do objetivo</b>	3.10. O Plano Regional de Atenção as Urgências foi construído através do Departamento de Gestão (DGDO) devido a sua representatividade junto ao CGR Campinas com pouca participação da Comissão de Urgência devido ao próprio contexto político institucional. Foram preenchidos os seguintes instrumentos diagnósticos: Atenção Hospitalar, Rede de Saúde Mental, Unidades de Pronto Atendimento. Não foi possível o preenchimento do instrumento diagnóstico da atenção básica por falta de dados estatísticos da demanda da demanda espontânea atendida por cada uma das unidades.			

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
1. Atenção Primária: Consolidar a rede básica como estruturante do sistema de saúde do município de Campinas incorporando os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH); Promover ações de prevenção, assistência e reabilitação em saúde bucal.			0,00	0,00
Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
1.1. Consolidar estratégia de Saúde de Família (ESF) adaptada a realidade do município para todas as Unidades			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Completar as equipes atuais	Completar 152 equipes	Não atingida	0,00	0,00
Definir a composição de cada equipe com revisão de território onde necessário	Composição das equipes e territórios revisados	Sim	0,00	0,00
Definir o numero de equipes/população	1 equipe/5000 pessoas	1 equipe completa para 8000 pessoas em média	0,00	0,00

Fazer gestão junto às unidades para que as Equipes (ainda que não caracteristicamente de Saúde da Família) trabalhem na lógica do PSF	100% das equipes	0%	0,00	0,00
Implantar os NASF gradativamente de acordo com a proposta de cada Distrito	5 NASFs implantados	Não	0,00	0,00
Rever o mapa de vulnerabilidade da população adstrita a cada equipe	100%	0%	0,00	0,00
Cadastrar a população adstrita à Unidade: 100% da população cadastrada SIGA	100% da população cadastrada no SIGA	100%	0,00	0,00
<b>Avaliação do objetivo</b>	1.1.A cobertura do PSF é insuficiente para a população do município. Apesar da realização de processo seletivo público para Agentes Comunitários de Saúde o nº de profissionais contratados e a dificuldade de repor e fixar médicos fez com que as metas não fossem atingidas. Há necessidade de aprimorar a avaliação epidemiológica e a vulnerabilidade dos territórios para melhorar o planejamento e a alocação das equipes. Recomendações: Realizar concursos para os profissionais de saúde da equipe; rever a lei de contratação dos agentes por área de atuação; garantir concursos para médicos de família; rever plano de cargos da saúde; rever a remuneração variável por ICV			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
1.2 Assegurar a rede básica cumpra seu papel Central na Gestão do Cuidado da população, atuando de forma integrada com outros níveis do sistema de saúde			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Capacitação em hebiatria e saúde mental da criança e adolescente para equipe da unidade	Uma atualização	Não realizada	0,00	0,00
Garantir a Atenção Básica como porta de entrada para os casos de sofrimento mental	100%	83,3%	0,00	0,00
Pactuação de rede para matriciamento em Saúde Mental	100%	98,5%	0,00	0,00
Saúde Mental na AB devem obedecer ao modelo de Redes de cuidado de base territorial e atuação transversal com outras políticas específica e que busquem a estabelecimento de vínculo e acolhimento	100%	90%	0,00	0,00
Garantir ações de Redução de Danos nos grupos de maior vulnerabilidade no manejo das situações envolvendo consumo álcool e outras drogas	100%	50%	0,00	0,00
Garantir acesso a usuários de álcool e drogas e seu cadastro como usuário com vulnerabilidade acrescida	100%	89,6%	0,00	0,00
<b>Avaliação do objetivo</b>	Apesar dos avanços na rede de saúde mental com maior inclusão de pacientes com dependência química, as metas a serem atingidas foram prejudicadas pela insuficiência de profissionais e de equipamentos nas diversas áreas. Recomendações: Capacitação da atenção primária; ampliação das equipes de saúde mental na atenção primária segundo diretrizes da última conferência de Saúde Mental; ampliação dos aparelhos territoriais com a cobertura de um CAPS AD por distrito e um CAPSi por distrito.			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
1.3.Trabalhar com grupos de risco de forma sistemática e sistêmica			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Cadastrar a população de hipertensos e diabéticos utilizando-se do SIS- Hiperdia	100% da população referida	30%	0,00	0,00
Garantir a visita domiciliar do agente comunitário às famílias mais vulneráveis, conforme as linhas de cuidado prioritárias, os projetos terapêuticos singulares e os planos de cada equipe de referência.	Ao menos 1,74 visitas por família	60% das famílias com 1,74 visitas	0,00	0,00
Garantir o atendimento ao adulto e ao idoso, conforme diretrizes da área, priorizando a hipertensão, o diabetes, as doenças cardíacas, o câncer de próstata, o paciente acamado, acidentes com as pessoas idosas e egressos de internações hospitalares.	100% dos pacientes acolhidos	100%	0,00	0,00
Implementar a caderneta do idoso.	72% acordo com MS	30%	0,00	0,00
Incorporação dos protocolos de saúde do homem na rotina das UBS e realização dos atendimentos de acordo com os mesmos.	Utilizar os protocolos em 100% das UBS na atenção a população masculina visando uniformidade nas ações	65,6%	0,00	0,00
Sistematizar a linha de cuidados de hipertensos e diabéticos, redefinindo as estratégias de cuidado segundo os riscos.	Documento guia elaborado e discutido nos distritos	Sim	0,00	0,00
Implantação do projeto do pé diabético e hanseniano	100% das unidades envolvidas no projeto	50%	0,00	0,00
Implantação da Linha de Cuidado das Neoplasias - Oncorede	100% das unidades participando da Oncorede	Iniciada a discussão com o Estado de São Paulo CAC PARTICIPOU DE 2 OFICINAS DA SES E MUNICÍPIO SOBRE ONCORREDE E ATUA NOS UNACONS MÁRIO GATTI E PUCC	0,00	0,00
Ampliar o número de unidades com o Programa de Tabagismo implantado	Ampliar para 29 unidades	sim	0,00	0,00
Assegurar manutenção dos Ambientes Livres de Tabaco em todas as Unidades de Saúde (clínicas e administrativas)	100%	100%	0,00	0,00
Aumentar nas Unidades de Saúde já capacitadas o tratamento medicamentoso recebido dos Programas Nacional e	9 unidades credenciadas para receber tratamento	sim	0,00	0,00

Estadual de Tabagismo				
Cadastrar e monitorar as crianças das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (2008 - 28,59%)	50%	46%	0,00	0,00
Cadastrar e monitorar as crianças obesas (passiva e ativamente)	50%	45%	0,00	0,00
Cadastrar e monitorar crianças menores de 5 anos com baixo peso para idade	50%	45%	0,00	0,00
Cadastrar todas as gestantes de alto risco;	100% das gestantes cadastradas com risco atribuído.	90%	0,00	0,00
Qualificar a gestão do fluxo dos usuários para outros níveis do sistema segundo avaliação de vulnerabilidade e risco	Rede pactuada-documento com fluxos e responsabilidades	Parcialmente	0,00	0,00
Garantir atenção à mulher conforme diretrizes da área, priorizando o pré-natal gravidez na adolescência, câncer de colo uterino e de mama e o planejamento familiar.	100% das pacientes acolhidas	90%	0,00	0,00
Solicitar VDRL nas gestantes conforme protocolo	Garantir o exame para 100% da gestantes cadastradas	100% CAC MONITORA PRESENÇA DE CARTÕES DE PRÉ-NATAL NOS PRONTUÁRIOS HOSPITALARES NOS CONVÊNIOS PUCG E MATERNIDADE E NOTIFICA, EM SEUS RELATÓRIOS MENSIAIS, EVENTOS SENTINELA RELACIONADOS À VDRL NAS GESTANTES E RN	0,00	0,00
Visita domiciliar e agendamento de consulta imediata aos RN de risco	80%	80%	0,00	0,00
<b>Avaliação do objetivo</b>	Os pontos de atenção do município tradicionalmente trabalham com a priorização da assistência voltadas aos grupos de maior risco. Continua colocado o desafio da atenção primária ser coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção e das dificuldades continua sendo a limitação do nº de equipes do PSF.			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
1.4. Ampliar as ações de saúde através da intersectorialidade, de praticas integrativas, da educação popular com ênfase na promoção da saúde			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Oferecer curso de caminhada para instrutores de saúde, visando a prevenção e tratamento de DCNT	Programado curso de caminhada para sessenta instrutores em conjunto com a secretaria de Esportes e lazer	Sim	0,00	0,00
Oferecer curso de introdução ao chikung e meditação para instrutores, visando a prevenção e tratamento de DCNT	Curso para 30 instrutores de chikung e meditação.	Sim	0,00	0,00
Oferecer cursos de microsistemas (Yamamoto e So Jok) para médicos da rede, visando o tratamento de DCNT	Quatro cursos de microsistemas durante o ano. Dois no primeiro semestre e dois no segundo semestre	Sim	0,00	0,00
Oferecer curso de Shantala	Oferecer curso para 25 instrutores de Shantala	Sim	0,00	0,00
Oferecer curso de formação em Terapia Comunitária Integrativa	Formação de 30 servidores municipais, em um conjunto de 50 vagas a serem oferecidas para outros municípios da região.	Não	0,00	0,00
Consolidar e ampliar a oferta de grupos de Movimento Vital Expressivo	Curso de formação para 26 instrutores de MVE.	Sim	0,00	0,00
Desenvolver ações de combate ao sedentarismo	Manter 96% das U.B.S. desenvolvendo alguma ação de promoção de saúde.	96%	0,00	0,00
Adequar a oferta de vagas em osteopatia no Ambulatório do Complexo Hospitalar Ouro Verde	Atender 100% das necessidades da rede	100%	0,00	0,00
Fortalecer e ampliar os Centros de Convivência	100%	50%	0,00	0,00
Desenvolver ações voltadas à segurança alimentar	Manter busca ativa de crianças e adolescentes com sobrepeso nas escolas de sua área de abrangência	não	0,00	0,00
<b>Avaliação do objetivo</b>	1.4. O curso de Formação em Terapia Comunitária Integrativa não se efetivou devido a falta de financiamento. As ações de referentes a segurança alimentar foram realizadas por algumas unidades no entanto pela falta de registro não puderam ser mensuradas. São realizadas atividades de práticas integrativas em 96% das Unidades Básicas de Saúde Recomendações: Manter os cursos de formação do s programas do corpo em movimento e da Saúde Integrativa			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
1.5. Desenvolver política de recursos humanos que garanta a inserção, fixação e qualificação dos profissionais.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Desenvolver projetos educativos articulados que envolvam as Equipes de Saúde da Família permitindo-lhes melhorar o acolhimento dos usuários, ampliação da capacidade de se fazer clínica, promoção e prevenção da saúde	Educação Permanente de 335 Gestores Educação Permanente de 90 Enfermeiros Capacitação de profissionais da rede em diversas temáticas	Certificados : 340 Gestores 158 Enfermeiros 5000 trabalhadores em diversas temáticas	0,00	0,00
Implantar o Projeto de Gestão do Cuidado em Rede nas Unidades dos 5 Distritos	100% dos distritos	Capacitados pelo CETS 160 profissionais para atuarem como lideranças clínicas em 100% das unidades do Município.	0,00	0,00
Realizar acolhimento com os trabalhadores que ingressam nos nossos serviços	100% de servidores acolhidos	87,3% Foram acolhidos 88,6 % dos novos servidores na etapa realizada pelo CETS - Nivel central	0,00	0,00

<b>Avaliação do objetivo</b>	1.5. As ações foram desenvolvidas através do CETS com conclusão da etapa 2011/2012 do Programa de Educação Permanente Gestores com capacitação de profissionais de 100% das unidades para desenvolvimento da estratégia de gestão do cuidado em rede e acolhimento da maioria dos novos trabalhadores. Avaliamos que as ações foram positivas e mantemos a proposição de continuar desenvolvendo-as em 2013.			
------------------------------	--	--	--	--

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
1.6. Implantar o processo de planejamento, monitoramento e avaliação participativos, (gestores, usuários e trabalhadores), da Atenção Básica, com vistas a qualificar os processos assistenciais da gestão.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Garantir gestão colegiada nas unidades de saúde	100% das unidades com gestão colegiada	100%	0,00	0,00
Garantir que as UBS façam planejamento considerando território e a população adstrita a cada equipe/UBS	100% das unidades	100%	0,00	0,00
Garantir que as unidades construam dispositivos para se apropriar das questões da Vigilância em Saúde para planejamento e avaliação de suas ações	Todas as unidades com dispositivos implantados	sim	0,00	0,00
<b>Avaliação do objetivo</b>	1.6 As unidades básicas incorporaram a sua rotina o planejamento a vigilância dos agravos prevalentes em seus territórios porem ainda persistem lacunas quanto a avaliação e monitoramento sistemático das ações de saúde.			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
1.7. Promover ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação em Saúde Bucal			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Realização de Campanha anual de prevenção ao câncer bucal.	Realização de 01 campanha ao ano e participação de todas as unidades.	Sim	0,00	0,00
Qualificação dos Cirurgiões Dentistas da rede na área de cirurgia oral menor.	Realização de 2 capacitações	Parcialmente (01 capacitação)	0,00	0,00
Implantação de serviços de urgências odontológicas ( PA odontológico)	Implantação do pronto socorro odontológico no PA Campo Grande	Não	0,00	0,00
Implantação de CEOs nos Distritos	Implantação do CEO Norte	Não	0,00	0,00
Realização de atividades de promoção e prevenção em saúde bucal nos espaços sociais dos territórios	Realizar 2 atividades de prevenção e educação por ano em todas as escolas dos territórios das equipes	Sim	0,00	0,00
Garantir o acolhimento da queixa aguda (urgência) em todas as unidades no período de seu funcionamento	Todas das unidades realizando o acolhimento	Sim	0,00	0,00
Operacionalização do projeto de atendimentos domiciliares em saúde bucal.	Implantação do projeto nos 5 Distritos	Não	0,00	0,00
Garantir infraestrutura e manutenção adequada, bem como suprimentos em quantidade e em tempo hábil	80%	70%	0,00	0,00
Ampliação de ofertas em radiologia odontológica.	Ampliar em 50% a oferta de radiografias panorâmicas para rede	Sim	0,00	0,00
Fazer gestão junto às equipes de Saúde Bucal para cumprir a produtividade média pactuada para 2012	Aumentar a produtividade atual em 10%	Sim	0,00	0,00
Apoiar para a imediata reposição de profissionais ( CDs, ASBs e TSBs ) para completar equipes e diminuir o absenteísmo	Completar as equipes	Não	0,00	0,00
<b>Avaliação do objetivo</b>	1.7 Devido ao contexto político institucional algumas metas não foram cumpridas em razão de um contingenciamento de recursos, principalmente na área de recursos humanos e investimentos Recomendações: Implantar o P.S odontológico do Campo Grande e rediscutir a necessidade de implantação de um outro OS odontológico em região central Rediscutir junto aos Distritos Sul , Leste e Norte estratégias para Implantação de CEOs nesses Distritos Dar continuidade ao programa de PCs e ampliar em 50% a cobertura atual Implantar de fato nos Distritos o projeto de atendimentos domiciliares de acordo com a realidade de cada Distrito.			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
1.8. Ampliar e adequar as Unidades atuais e construir novas Unidades Básicas, segundo critérios demográficos e de vulnerabilidade das populações.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Ampliação do CS Cássio Raposo do Amaral	Encaminhar licitação	Não. Problema titularidade terreno.	0,00	0,00
Ampliação CS São Marcos	Encaminhar licitação.	Não	0,00	0,00
Ampliação CS Santa Odila	Elaboração do projeto	Parcial	0,00	0,00
Ampliação CS São Domingos	Elaboração do projeto	Não. Problema na regularização do terreno (area de proteção permanente - APP)	0,00	0,00
Ampliação do CS Dic III.	Regularização do terreno	Não. Problemas na regularização do terreno	0,00	0,00

Ampliação do Centro de Saúde Capivari	Iniciar obra	Não	0,00	0,00
Construção CS Campina Grande	Elaboração de projeto	Não	0,00	0,00
Construção CS Jd. Itatinga	Iniciar obra	Não	0,00	0,00
Construção CS Jd. Rosália	Concluir obra	Sim	0,00	0,00
Construção CS Satélite Iris	Regularização do terreno	Não	0,00	0,00
Construção CS Pq. Ozziel	Iniciar obra	Não	0,00	0,00
Construção C.S. San Martin	Concluir obra	Parcial	0,00	0,00
Construção C.S. São Bernardo	Iniciar obra	Não	0,00	0,00
Construção C.S. San Diego	Iniciar obra	Não	0,00	0,00
Construção CS Vila Rica	Elaboração de projeto	Sim	0,00	0,00
Construção CS Nova América	Regularização de terreno	Não	0,00	0,00
Construção CS Lisa	Iniciar obra	Não	0,00	0,00
Construção CS São Cristóvão	Iniciar obra	Não	0,00	0,00
Reforma CS Floresta	Concluir obra	Sim	0,00	0,00
Reforma e ampliação do CS Santa Monica	Concluir obra	Parcial	0,00	0,00
Ampliação CS Santo Antonio	Iniciar obra	Não	0,00	0,00
Ampliação do CS Tancredão	Iniciar obra	Não	0,00	0,00
<b>Avaliação do objetivo</b>	1.8. A dificuldade nas execuções das programações se referem, entre outros: 1. Aos constantes problemas em projetos executivos contratados, que por incapacidade operacional da equipe técnica na SMS, prejudicam a avaliação adequada antes do envio para licitação, impactando em diversas rescisões contratuais (processos já licitados) por impossibilidade de execução devido a projetos inadequados. 2. As indicações de terrenos sem possibilidade de regularização para construção, como áreas de Proteção Permanente (APP), de praça e outras. 3. A burocracia instituída pela esfera federal para aprovar os projetos é outro fator impactante no tempo de execução. Para 2013 estão sendo desencadeadas ações para agilizar e qualificar os processos de elaboração de projetos em parceria com as Secretarias de Infraestrutura e Administração ( Diretoria de Convênios), ainda assim, é essencial que a SMS conte com técnicos para monitoramento das obras vinculadas a ela.			

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
2. Atenção Especializada: Garantir o acesso aos usuários de Campinas e Região atencão especializada com qualidade e resolubilidade em todos os níveis de atencão com integralidade e complementaridade das ações entre as unidades de referência e demais serviços de saúde que compõem o SUS-Campinas de forma pactuada, incorporando os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH).			0,00	0,00
Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
2.1. Adequar a oferta considerando a necessidade			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Manter a parceria com a Casa da Criança Paralítica para o atendimento de crianças e adolescentes com deficiência física	Aprox. 200 usuários atendidos integralmente ao mês	Sim	0,00	0,00
Participação da reabilitação na elaboração dos NASFs	100% dos Nasfs com profissionais de reabilitação	Não	0,00	0,00
Participação da reabilitação no projeto "Hiper/dia" com ênfase no pé de risco (diabético, neuropático, reumatoide, etc.)	Participar da capacitação das equipes de saúde da avaliação clínica do pé de risco e das ofertas, manter as entregas de calçados.	Parcialmente	0,00	0,00
Manter as parcerias com a APAE e a FSD para referência na estimulação precoce, no apoio escolar e preparação ao trabalho das pessoas com deficiência intelectual.	Atendimento de aproximadamente 1300 usuários/mês	100%	0,00	0,00
Elaboração da rede de desenvolvimento infantil, com a ampliação das ações do Ambulatório Fênix, do Ambulatório Interdisciplinar Pediátrico do HMMG e dos serviços de estimulação precoce, vinculado com a linha de cuidado materno-infantil	Envolvimento de todos os serviços que cuidam do bebê de risco através da Área da Criança	Sim	0,00	0,00
Manter os fluxos organizados da Saúde auditiva, com ênfase na protetização dos menores de 03 anos.	Atendimento integral de 102 pessoas com Deficiência Auditiva ao mês Matriciamento	Sim	0,00	0,00
Pactuar fluxo junto a DRS7 para reabilitação visual.	Pactuar fluxo junto a DRS7 para reabilitação visual através do CEPRE-UNICAMP	Não	0,00	0,00

Fortalecer as ações de autonomia, inclusão e profissionalização, através de oficinas terapêutica e de geração de renda.	Ampliar as ações e parcerias das oficinas, incluir e fortalecer as redes já existentes.	Não	0,00	0,00
Ampliar a parceria com a Associação de Equoterapia de Campinas	Ampliar 100% oferta ( 20 para 40 vagas mês).	100%	0,00	0,00
Construção da oficina ortopédica do CRR e sua Manutenção	Projeto técnico da oficina ortopédica própria do CRR.	Não	0,00	0,00
Participar junto ao DS Leste da implantação do projeto da academia Saúde.	Construção da Academia de Referência para o DS Leste no CRR	Não	0,00	0,00
Participação do Projeto de Prevenção de Acidentes de Trânsito Inter-institucionalmente.	Ampliar ações, multiplicar para rede básica.	100%	0,00	0,00
Ampliar a oferta das especialidades de maior necessidade, considerando a demanda reprimida, tempo de retorno com o especialista e as pactuações das redes de atenção (cardio, neuro, oftalmo, pneumo adulto, reumato adulto, endócrino adulto e infantil, cirurgia ambulatorial, cirurgia ginecológica, fono, fisio, vascular/varizes, hemato adulto, SADA; exames – mamografia, RX contrastado, ecodoppler de vasos (carótidas e venoso), ENMG, polissonografia, US, teste ergométrico, ecocardiograma transtorácico, exame otoneurológico, nasofibroscopia, espermograma, exames laboratoriais)	Priorizar 100% das especialidades de maior necessidade na ampliação de serviços, considerando a linha do cuidado e a integralidade da assistência aos usuários SUS.	Parcialmente	0,00	0,00
Monitorar o projeto de reforma e adequação do espaço do antigo PS Infantil do HMMG (área anexa a Poli 3) para efetivação do Núcleo de Imagem e Diagnóstico.	Contratar serviços, quando na impossibilidade da demanda ser atendidos na totalidade pelos serviços próprios e conveniados, considerando a necessidade do município e a pactuação das redes de atenção (licitar US devido à finalização do contrato com a empresa atual; exames laboratoriais não disponibilizados pelo LMC; exames anatomopatológicos em substituição à oferta da MaterCamp; polissonografia)	Parcialmente	0,00	0,00
Avaliar periodicamente os convênios quanto à qualidade dos serviços prestados, necessidade da rede (demanda reprimida e PPI) e a capacidade instalada dos prestadores.	Avaliar semestralmente os convênios quanto à qualidade dos serviços prestados, necessidade da rede (demanda reprimida do município e pactuação das redes de atenção) e a capacidade instalada dos prestadores.	Não	0,00	0,00
<b>Avaliação do objetivo</b>	<p>2.1. Visando ampliar a oferta de procedimentos especializados para atender a necessidade dos usuários em tempo adequado, houve ingresso de novos especialistas pelo concurso público, foi inaugurado o Núcleo Diagnóstico da Poli 3, efetivado o convênio na área de oftalmologia com o Hospital Beneficência Portuguesa, ampliados os convênios na área de reabilitação com a Casa da Criança Parálitica e a Associação de Equoterapia.</p> <p>Ao mesmo tempo em que foi possível reduzir de forma significativa o tempo de espera para agendamento em algumas especialidades e exames (lesões suspeitas de câncer de mama, neurologia, hematologia, oftalmologia, cirurgia de varizes, protetização auditiva, eletroencefalografia, ultrassonografia, litotripsia extracorporea, raio-x), houve interrupção da oferta de procedimentos junto aos prestadores conveniados (consultas e cirurgias de otorrinolaringologia, nasofibroscopia, exames de espermograma), bem como não disponibilização da totalidade dos serviços pactuados nos convênios e a não finalização dos processos licitatórios para aquisição de exames (polissonografia, exames anatomopatológicos e curvas glicêmicas), que impactaram na fila de espera.</p> <p>Considerações: Para atender a rede de atenção na área de oftalmologia, ainda se faz necessário pactuar parceria no município de Campinas para encaminhamento dos usuários que necessitem de reabilitação visual.</p> <p>Da mesma forma, para implementação das ações nas linhas de cuidado, deve ser considerado, além da aquisição de equipamentos e concurso para médicos, a complementação da equipe de apoio (administrativo e enfermagem) e a implantação dos NASF para 2013.</p>			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
2.2. Regular o acesso dos usuários à atenção especializada com qualidade e resolubilidade em todos os níveis de atenção			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Fortalecimento e regionalização dos serviços de reabilitação física com ênfase na ampliação das ações no Hospital Ouro Verde como referência ambulatorial e hospitalar.	Potencializar o serviço de CHOV para referência da região sudoeste. Implantação da terceira referência em reabilitação física, no distrito Sul. Implantação da retaguarda especializada para toxina botulínica, nas referências da reabilitação física	Ampliação da equipe técnica do CHOV. Treinamento dos neurologistas do CRR na rede Lucy Montoro para realização do uso de técnicas de bloqueio (S/N)	0,00	0,00
Descentralizar ações da área de reabilitação envolvendo serviços próprios e parceiros conveniados através do matriciamento nas UBSSs e escolas.	Potencializar o matriciamento da Atenção Básica, conduzido pelo CRR, com a participação dos parceiros conveniados.	Sim	0,00	0,00
Definir especialidade / exame para avaliação da qualidade dos encaminhamentos às Unidades de Referência, por meio de instrumento específico elaborado pela CTE.	Avaliar semestralmente os encaminhamentos das Unidades de Saúde aos ambulatoriais de especialidades, nas especialidades/exames e período pactuados em conjunto com a CTE.	Não	0,00	0,00
Finalizar os protocolos em construção de endócrino e otorrinolaringologia, com a participação de profissionais dos serviços próprios e conveniados nos grupos de trabalho	Finalizar os protocolos em construção de endócrino e otorrinolaringologia, com a participação de profissionais dos serviços próprios e conveniados nos grupos de trabalho até dez/12	Sim	0,00	0,00
Revisar os protocolos existentes quando necessário, envolvendo nos grupos de trabalho profissionais dos serviços de saúde próprios e conveniados.	Finalizar revisão do protocolo de fonoaudiologia até agosto/12	Sim. Em 2012 foram elaborados os Protocolos de Acesso em Hematologia (maio) e Cirurgias Eletivas (setembro)	0,00	0,00
Aplicar instrumento de avaliação nos matriciamentos desenvolvidos.	Avaliar 100% dos matriciamentos realizados, por meio do instrumento elaborado pela CTE.	Parcialmente	0,00	0,00
Realizar capacitação dos profissionais da rede previamente à implantação dos protocolos de acesso elaborados pelos grupos da Câmara Técnica de Especialidades e avaliar necessidade de retomar alguns temas já abordados, em parceria com CETS.	Realizar capacitação dos profissionais da rede previamente à implantação dos protocolos de acesso elaborados pelos grupos da CTE, em parceria com CETS.	Sim	0,00	0,00



Ampliar o tele saúde para todos os distritos e em outras especialidades além da cardiologia.	Ampliar o tele saúde para todos os distritos e em outras especialidades: endócrino e reumato, garantindo o acesso ao Skype em, pelo menos, 01 computador por unidade, até dez/12.	Não	0,00	0,00
<b>Avaliação do objetivo</b>	2.2. Houve grande investimento na finalização dos protocolos e na capacitação dos profissionais de saúde na área de Especialidades. Em complementação à capacitação teórica, o apoio matricial e o tele saúde são dispositivos potentes para garantir segurança à equipe da UBS no acompanhamento dos pacientes e na qualificação da demanda. Para 2013, a proposta é ampliar a oferta de Tele-saúde às Unidades de Saúde, como instrumento para contra-referenciamento de pacientes, bem como discussão de casos com os profissionais de saúde.			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
2.3. Elaborar a política de atenção especializada para o município de forma a garantir a integralidade da atenção e complementaridade das ações entre unidades de referência e demais serviços de saúde que compõem o SUS Campinas e região			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Manter reuniões periódicas do grupo de trabalho do INSS	Pactuar oferta e fluxos em Reabilitação para esta parcela de usuários com a DRS7	Não	0,00	0,00
Ampliar a confirmação de agendamento do Disque Saúde	Ampliar a confirmação de agendamento do Disque Saúde de 37% para 50% até o final de 2012.	Não	0,00	0,00
Efetivar a contra referência dos serviços de especialidades às UBS's na conclusão do diagnóstico, seja para o acompanhamento conjunto ou a continuidade do cuidado.	Efetivar a contra referência para as especialidades crônicas (cardio, endócrino, nefro, neuro, reumato, fundo de olho na oftalmo, pneumo) na conclusão do diagnóstico, seja para o acompanhamento conjunto ou a continuidade do cuidado.	Parcialmente	0,00	0,00
Manter atualizado o site da área de Especialidades, incluindo a atualização periódica do manual de recursos disponíveis.	Manter o site de Especialidades 100% atualizado	Sim	0,00	0,00
Realizar reunião da Câmara Técnica de Especialidades com a coordenação da área de Assistência Farmacêutica do município, visando manter canal de discussão sobre os problemas vivenciados pelas unidades de saúde.	Realizar reunião da CTE com a coordenação da área de Assistência Farmacêutica do município, visando manter canal de discussão sobre os problemas vivenciados pelas unidades de saúde, até maio/12.	Sim	0,00	0,00
Articular o acompanhamento conjunto ou a continuidade do cuidado dos serviços de especialidades próprios (Policlínicas 2 e 3 e ambulatório do CHOV) com os Centros de Saúde, priorizando os casos de maior vulnerabilidade.	Efetivar o tele saúde como estratégia para discussão e contra-referenciamento de casos, priorizando pacientes de maior vulnerabilidade.	Parcialmente	0,00	0,00
Realizar reuniões ampliadas nos distritos com os agendadores e participação dos coordenadores das Unidades e equipe distrital, para discutir a gestão local e distrital em relação à atenção especializada, assim como pactuar indicadores/metras.	Realização de reuniões bimestrais com os distritos para pactuação de metas e indicadores	Sim	0,00	0,00
<b>Avaliação do objetivo</b>	2.3. Para implementação das linhas de cuidado, se faz necessária a articulação e integração dos serviços de referência com os demais pontos de atenção. Atualmente, o referenciamento através dos meios convencionais não são suficientes para o alcance desse objetivo. <b>Considerações: Visando qualificar a comunicação entre os serviços, o tele saúde possibilita a discussão de casos, o acompanhamento conjunto e o contra-referenciamento dos pacientes para continuidade do cuidado no Centro de Saúde, de tal forma que o usuário tenha seu cuidado garantido integralmente. Para 2013, a proposta é investir na ampliação do tele saúde</b>			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
2.4. Garantir a efetiva participação do controle social nas unidades de referência			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Garantir processo de eleição do CLS, conforme legislação, nas Policlínicas 2 e 3.	Eleger o CLS das Policlínicas até dez/12	Não	0,00	0,00
Divulgar a composição do CLS das Policlínicas e as datas das reuniões no site, posteriormente à eleição	Divulgar a composição do CLS das Policlínicas e as datas das reuniões no site, posteriormente à eleição.	Não	0,00	0,00
<b>Avaliação do objetivo</b>	2.4. Insuficiente articulação entre os gestores das Policlínicas e Conselho Municipal de Saúde. Reforçar a importância do controle social enquanto potencializador das discussões na área, a meta será mantida para 2013 <b>Considerações: Considerando a participação social como importante ferramenta para a qualificação da assistência e na efetivação de ações, essa meta está mantida para 2013.</b>			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
2.5. Ampliar e adequar as Unidades atuais e construir novas unidades segundo critérios de vulnerabilidade da população.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado

Construção Instituto de Saúde da Mulher	Iniciar obra	Não	0,00	0,00
Reforma C. Imagem (POLI III) Térreo.	Concluir obra	Sim	0,00	0,00
Adequar a área física das Policlínicas com a construção do Ambulatório de Especialidades.	Concluir obra	Não	0,00	0,00
<b>Avaliação do objetivo</b>	2.5. A dificuldade nas execuções das programações se referem, entre outros: 1. Aos constantes problemas em projetos executivos contratados, que por incapacidade operacional da equipe técnica na SMS, prejudicam a avaliação adequada antes do envio para licitação. 2. A burocracia instituída pela esfera federal para aprovar os projetos é outro fator impactante no tempo de execução. 3. A limitação de profissionais técnicos para desencadear processos licitatórios é outro agravante. Para 2013 estão sendo desencadeadas ações para agilizar e qualificar os processos de elaboração de projetos em parceria com as Secretarias de Infraestrutura e Administração ( Diretoria de Convênios), ainda assim, é essencial que a SMS conte com técnicos para monitoramento das obras vinculadas a ela.			

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
4. Assistência Farmacêutica: Consolidar assistência Farmacêutica no município de Campinas incorporando os princípios da Política Nacional de Medicamentos, Política Nacional de Assistência Farmacêutica e Política Nacional de Humanização.			0,00	0,00
Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
4.1 Garantir o acesso a medicamentos de qualidade e seu uso racional desenvolvendo ações que estruturam as etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica, Seleção, Programação, Aquisição			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Oficializar o Comitê de Farmácia e Terapêutica como responsável pela elaboração e atualização da REMUME (Relação Municipal de Medicamentos) com base nas especificidades dos serviços, elaboração de protocolos e incorporação de Tecnologias em Saúde	a. Oficializar o Comitê de Farmácia e Terapêutica b. Elaborar Protocolos. c. Rever a Lista Padronizada	a. NÃO b. SIM c. SIM	0,00	0,00
Revisão da lista padronizada de medicamentos de acordo com as novas Portarias de medicamentos da atenção Básica	a. Lista padronizada de medicamentos revisada	SIM	0,00	0,00
Revisão dos itens padronizados nas linhas de cuidado em concordância com as prioridades do Município,	Elaborar a revisão de itens padronizados por linha de cuidado em concordância com as prioridades do Município,	SIM	0,00	0,00
Elaborar protocolos de utilização de medicamentos, priorizando as linhas de cuidado pactuadas	Elaborar protocolos de utilização de medicamentos, priorizando as linhas de cuidado	Parcialmente Realizado.	0,00	0,00
Ampliar o número de espaços verticais do almoxarifado	Ampliar o número de espaços verticais do almoxarifado	Não realizado	0,00	0,00
Adequar a estrutura física de armazenamento e controles de temperatura e umidade de medicamentos e materiais das farmácias e almoxarifados das Unidades de Saúde	Adequar a estrutura física de armazenamento medicamentos e materiais das Unidades de Saúde	Parcialmente Realizado.	0,00	0,00
Adequar SIG2M para emissão de BEC semanal, de tal forma que a reposição seja feita com base na solicitação quantitativa das unidades, extinguindo a reposição baseada em cotas	Adequar SIG2M para emissão de BEC semanal,	Realizado	0,00	0,00
Adequar espaço físico da Botica e Adquirir Equipamentos necessários para aumentar a produção de fitoterápicos.	Adequar espaço físico da Botica e Adquirir Equipamentos	Parcialmente Realizado	0,00	0,00
Estabelecer indicadores de monitoramento da Assistência Farmacêutica e realizar estudos sistematizados de utilização de medicamentos no Município, objetivando o seu uso racional	Estabelecer indicadores de monitoramento da Assistência Farmacêutica	Realizado.	0,00	0,00
Garantir a utilização, manutenção e aprimoramento dos Sistemas Informatizados de Gerenciamento e Dispensação de materiais e medicamentos – SIG 2M e DIM;	Garantir a utilização, manutenção e aprimoramento dos Sistemas Informatizados de Gerenciamento e Dispensação de materiais e medicamentos – SIG 2M e DIM;	Parcialmente Realizado.	0,00	0,00
<b>Avaliação do objetivo</b>	4.1 A maioria das metas pactuadas executadas foram as que não estavam vinculadas à necessidade de recursos financeiros. Foi realizada a revisão da Lista padronizada de medicamentos, a elaboração de protocolos de utilização de medicamentos utilizados nas especialidades. A utilização dos sistemas informatizados de controle de estoques (SIG2M) e de dispensação de medicamentos (DIM) foram ampliados para todas as unidades com conexão de internet. Os profissionais técnicos de farmácia foram substituídos por profissionais efetivos foram inseridos em algumas Unidades de Saúde prioritárias os profissionais farmacêuticos. O processo de adequação de área física e aquisição de equipamentos para a farmácia de manipulação Botica da Família foram executados necessitando ainda concluir o sistema de exaustão. A gestão municipal teve dificuldades institucionais, que se desdobraram na Gestão municipal da saúde impactando no não cumprimento das metas pactuadas: a. Com relação a meta para ampliação dos espaços e climatização dos espaços de armazenamento do almoxarifado e das Unidades de Saúde. b. Com relação aos medicamentos incluídos que não puderam ser adquiridos. Encontramos ainda dificuldades com: a. falta de conexão de internet em algumas unidades, o que impossibilita a utilização dos sistemas informatizados. b. número insuficiente de profissionais atuando nas farmácias das unidades e almoxarifado, c. abastecimento insuficiente das unidades com relação à lista padronizada. O menor número de itens foi verificado entre abril e junho (aproximadamente 75% ) e o melhor índice foi obtido em dezembro onde 93% dos itens padronizados estavam disponíveis para dispensação.			

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
6. Gestão: aprimorar o sistema de gestão da SMS : integrar todos os níveis organizacionais, democratizar e			0,00	0,00

humanizar as relações, potencializar todos os recursos existentes. Planejar, coordenar e apoiar as atividades relacionadas ao trabalho e a educação na área da saúde, bem como a organização da gestão da educação e do trabalho em saúde em consonância com as diretrizes doutrinárias e organizacionais do SUS. Promover a ordenação de recursos humanos na área da saúde, valorizando... (continua PMS

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
05 Gestão do trabalho			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
5.1 Todo município deve promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho.	Projeto Cuidando do Cuidador: Ações realizadas nos eixos da Prevenção e Apoio no retorno ao trabalho. Realizar atendimentos individuais com servidores e gestores, reinserção no trabalho, atendimento conjunto com o Serviço Médico para readaptação funcional, apoio aos Distritos de Saúde quanto a reorganização dos processos de trabalho e recontratos com trabalhadores. Relações do Trabalho: atendimentos individuais e coletivos com servidores e gestores para instrução, reflexão e recontrato das questões relacionadas ao trabalho bem como avaliação disciplinar, acompanhamento das avaliações de estágio probatório, apoio e orientação aos gestores para aplicação da avaliação de desempenho anual. Apoio aos gestores distritais: apoio às discussões distritais junto aos gestores.	Foram atendidos 602 servidores no projeto do Cuidando do Cuidador, 60 servidores no programa de Relações do Trabalho, 1126 servidores acompanhados no processo de avaliação contínua do estágio probatório, 6 oficinas para qualificação dos gestores para avaliação dos servidores em estágio probatório. Recomendações: Oficinas de sensibilização, promoção e prevenção ao adoecimento no trabalho, grupo de trabalho conjunto com DPSS e DEVISA, referências nas Unidades de Saúde para o Projeto Cuidando do Cuidador. Relações do Trabalho: estabelecer parcerias com os Setores da área Jurídica e com o Departamento de Promoção à Saúde do Servidor; criar Comissão de Ética Médica e de Enfermagem; implementar oficinas de Capacitação.	0,00	0,00
5.2 Todo município deve adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente;	Realizar concurso público.	Em 2012, admitimos através de concurso público as categorias: enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, técnicos de farmácia, ASB, dentistas e médicos em substituição aos profissionais que eram vinculados ao SSCF (Serv Saude Dr Candido Ferreira) e convocamos Agentes comunitários de saúde do processo seletivo aberto no limite dos empregos públicos disponíveis. Abrimos concurso público para todas as outras categorias de profissionais pertencentes a este convênio, para sua substituição no encerramento do Convênio. Recomendações: Realizar concurso para as categorias que não temos mais profissionais aprovados; convocar profissionais aprovados para substituição dos profissionais do convênio SSCF. Ampliação do número de cargos para agente de apoio a saúde farmácia e agente de saneamento.	0,00	0,00
5.3 Estabelecer, sempre que possível, espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores;	A partir da campanha salarial de 2012, ocorrida nos meses de abril e maio, foi composta uma mesa de negociação entre trabalhadores e gestores para discutir as questões específicas da saúde, dentre elas, o Projeto Piloto de redução de jornada para enfermagem, constituída uma comissão de estudos composta por representantes de trabalhadores, gestores e sindicato, com objetivo de implantar e avaliar o projeto piloto no município de Campinas.	O projeto piloto foi implantado em 9 unidades básicas de saúde, de acordo com os critérios estabelecidos anteriormente, tendo iniciado em 17/09/2012 e finalizado em 31/12/2012. Foram realizadas avaliações mensais com usuários, trabalhadores e gestores, de acordo com instrumentos próprios para cada segmento e o resultado das avaliações foi apresentado ao colegiado gestor da Secretaria Municipal de Saúde. Recomendações: ampliação da representação na comissão de estudos de redução de jornada, ampliação aos serviços que atenderem os requisitos; aumentar o período de experimentação; estender aos serviços secundários e terciários.	0,00	0,00
5.4 Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito da gestão local.	A Prefeitura Municipal de Campinas possui um Plano de Carreiras, Cargos e Salários próprio que prevê a Avaliação Periódica de Desempenho para aprimoramento dos métodos de gestão, avaliação do servidor, melhoria da qualidade e eficiência do serviço público e evolução funcional compreendendo o período de julho de 2011 a junho de 2012.	No período avaliatório 3478 servidores da Secretaria Municipal de Saúde foram habilitados à evolução funcional e 157 obtiveram a progressão para evolução funcional de carreira. Recomendações: Estudos para implantação de um Plano próprio de carreira para os servidores da Secretaria Municipal de Saúde.	0,00	0,00
5.5 Implementar e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito municipal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a	Realizar a revisão do premio produtividade.	Para favorecer a captação e fixação de profissionais em regiões de alta vulnerabilidade, a SMS vem utilizando como estratégia o incentivo financeiro através do Prêmio Produtividade, que em 2012 foi revisto apenas	0,00	0,00

atenção básica.	para a categoria dos médicos da atenção básica, buscando incentivar a fixação e captação neste segmento. O DGTES tem também utilizado o dimensionamento de RH para atenção básica como ferramenta de gestão, buscando a qualificação da assistência. Recomendações: Para o ano de 2013, recomendamos a revisão deste prêmio para todas as categorias e a continuidade do Projeto de dimensionamento para as especialidades e referências.
<b>Avaliação do objetivo</b>	Os concursos públicos abertos em 2012 tiveram como objetivo principal o cumprimento do TAC (Termo de ajuste de conduta) firmado entre a PMC e Ministério público para substituir os profissionais contratados pelo convênio com o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira . Avançamos na política de fixação e captação de médicos, consolidamos o acolhimento para novos trabalhadores. Recomendamos para 2013 a ampliação do número de cargos para agente de apoio a saúde farmácia e agente de saneamento e empregos públicos para agentes comunitários de saúde. Recomendamos também a publicação de um decreto que regulamente a definição de área de abrangência para atuação dos ACS como todo território de Campinas como estratégia para aumentar o número de equipes de saúde da família.

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
06 Gestão da educação em Saúde			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
6.1 Todo município deve formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento.	Manter as atividades conforme o proposto no projeto original deste programa - Dez. 2012	Concluído o Programa de Educação permanente de Gestores em seis coletivos (certificação de 340 profissionais) e de Enfermeiros nos distritos Sul e Leste, com certificação de 158 profissionais. Além deste profissionais inseridos em Programas específicos, o CETS apoiou o processo de capacitação de outros 5.000 trabalhadores, em assuntos específicos pertinentes ao trabalho desenvolvidos nas unidades de saúde. Foi um processo desenvolvido coletivamente, com participação efetiva de profissionais atuando como facilitadores e que propiciou rever questões pertinentes do cotidiano da gestão em cada coletivo Recomendações: Manter processo de formação de gerentes, com programa estruturado, tratando de temas do cotidiano da gestão. Manter processos educativos para qualificação do trabalho da equipe de enfermagem, uma vez que correspondem a mais de 70% da força de trabalho em saúde no município.	0,00	0,00
6.2 Todo município deve promover diretamente ou em cooperação com o estado, com os municípios da sua região e com a união, processos conjuntos de educação permanente em saúde;	Participação ativa no fórum regional de EP, com presença em 100% dos eventos programados em conjunto.	Decisão de retomada da CIES (Comissão Interinstitucional de Ensino Serviço). No decorrer do ano de 2012 houve um desaquecimento do espaço interinstitucional de EP, dificultando a proposição e realização de ações conjuntas. Recomendações: Apoiar o processo de fortalecimento da CIES, com participação efetiva do Município	0,00	0,00
6.3 Todo município deve apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde.	O CETS manter-se no processo de acompanhamento do programa.		0,00	0,00
6.4 Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS;	Coordenar a Política de Integração Ensino Serviço, com realização 02 fóruns regionais interinstitucionais para articulação dos processos de formação com a IES.	Como decorrência dos fóruns, fizemos a regulação e acompanhamento dos Programas de Residência Multiprofissional, Residência Médica, Estágios Curriculares (1.525.600 horas), Pró-Saúde, Estágios extra curriculares, Estágios de Vivência no SUS Campinas (42 participantes) e acolhimento de 84 Projetos de Pesquisa a serem desenvolvidos em serviços SMS. Com o processo realizado no decorrer de 2012, observamos uma qualificação nos processos e melhoria contínua nas relações interinstitucionais Recomendações : Dado o sucesso do processo, propomos manter as conquistas realizadas e aprimorá-lo nas equipes locais (cenários de prática)	0,00	0,00
6.5 Promover e articular junto às Escolas Técnicas de Saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem	Coordenar a Política de Integração Ensino Serviço, com realização 02 fóruns regionais interinstitucionais para articulação dos processos de formação com as escola Técnicas e monitoramento de 100% dos estágios realizados nos serviços da SMS. IES.	A regionalização das escolas nos Distritos para realização de atividades de ensino aprendizagem está consolidada, com ganhos na relação com a gestão distrital. Realização de 1.188.805 horas de estágio nos serviços da SMS.	0,00	0,00

		Qualificação nos processos e melhoria contínua nas relações interinstitucionais Recomendações : Manter as conquistas realizadas e aprimorá-lo nas equipes locais (cenários de prática)		
6.7 Inserir a Saúde do homem nos conteúdos de capacitação dos médicos das ESF, incluindo, entre outros temas, a disfunção sexual e outros do caderno temático da saúde do homem.	Apoiar 100% das ações desenvolvidas pela Coordenação da saúde do Homem na SMS.	Apesar de terem sido realizadas poucas ações nesta área, o CETS apoiou todas. A saúde do homem foi enfocada nas ações educativas temáticas, realizadas em parceria com a Áreas Técnicas. Ao abordar o tema Diabetes na estratégia Gestão do Cuidado em Rede, a saúde do homem é trabalhada, mas não especificamente nos temas da disfunção sexual. Recomendações: Manter o apoio às ações desenvolvidas.	0,00	0,00
6.8 Manter a EP em Saúde Integrativa, no sentido de reduzir medicalização, além de ser um instrumento eficaz para melhorar qualidade de vida, socialização entre usuários e servidores;	Apoiar 100% das iniciativas de capacitação para a rede da SMS em práticas integrativas.	Foram capacitadas profissionais nos seguintes temas: Cranioacupuntura, Caminhar para a saúde, Su Jok e Microsistemas, Lian Gong, Meditação, Chi Kung com participação de 203 profissionais. Ampliamos consideravelmente o número de profissionais capacitados para desenvolver ações de Saúde Integrativa. Recomendações: Manter o apoio às capacitações e apoiar também um processo de avaliação do impacto dessas capacitações na saúde das pessoas que frequentam as unidades de saúde da SMS.	0,00	0,00
6.9 Acolhimento e Inserção de Novos Trabalhadores no Processo de Trabalho em Saúde	Acolher 100% dos novos trabalhadores da SMS	Realizado Acolhimento de 350 novos trabalhadores. No decorrer do 1º quadrimestre, foi feita a revisão do Guia de Acolhimento, e preparação da infra-estrutura para o acolhimento realizado nos outros quadrimestres. O CETS tem apostado e investido no processo de acolhimento dos novos trabalhadores, em consonância com deliberações das Conferências de Saúde em Campinas. Recomendações: Manter a política institucional de acolhimento dos novos trabalhadores por entender este momento como estratégico e de fundamental importância para mobilizar/sensibilizar os novos trabalhadores para a missão do serviço público/SUS Campinas.	0,00	0,00
6.6 Projeto de Capacitação da Rede em Saúde do Idoso : Curso de Capacitação para Clínicos e Enfermeiros em Parceria com a DRS	Apoiar 100% dos processos de capacitação para a Saúde do Idoso	Além da Oficina do 1º quadrimestre houve um investimento municipal na liberação de 29 profissionais para o Curso de envelhecimento promovido pela ENSP/FIOCRUZ. No total houve o envolvimento de 56 profissionais em ações formativas para esta área. Recomendações : Manter apoio às ações formativas na área de Saúde do idoso.	0,00	0,00
<b>Avaliação do objetivo</b>	No ano de 2012 houve avanços importantes, principalmente no desenvolvimento da Política de Educação permanente e na condução da política de Integração ensino Serviço, os quais consideramos relevantes ao cumprimento do nosso papel de gestor da educação em saúde.			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
01 Gestão Resp. gerais			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
1.1 Todo município é responsável pela integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o estado e a união;	Sim	Sim	0,00	0,00
1.11 Todo município deve organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;	sim	sim	0,00	0,00
1.10 Todo município deve organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando: a) a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território, b) desenhando a rede de atenção à saúde c)	sim	sim	0,00	0,00

e promovendo a humanização do atendimento;					
1.9 Todo município deve formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;	sim	sim		0,00	0,00
1.8 Todo município deve desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de: a) planejamento, b) regulação, c) programação pactuada e integrada da atenção à saúde, d) monitoramento e avaliação;	sim	sim		0,00	0,00
1.7 Todo município deve, com apoio dos estados, identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;	sim	sim		0,00	0,00
1.6 Todo município deve assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando: a) as unidades próprias e b) as transferidas pelo estado ou pela união;	sim	sim		0,00	0,00
1.5 Todo município deve assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;	sim	sim		0,00	0,00
1.4 Todo município deve participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;	sim	sim		0,00	0,00
1.3 Todo município deve promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais;	sim	sim		0,00	0,00
1.2 Todo município deve garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de: a) promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; b) ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências;	sim	sim		0,00	0,00
1.12 Todo município deve pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o estado, Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;	sim	sim		0,00	0,00
1.13 Todo município que dispõe de serviços de referência intermunicipal, deve garantir estas referências de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;	sim	sim		0,00	0,00
1.14 Todo município deve garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes;	sim	sim		0,00	0,00
1.15 Todo município deve promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, promovendo seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas;	sim	sim		0,00	0,00
1.16 Todo município deve assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito local, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas, compreendendo as ações de: a) vigilância epidemiológica, b) vigilância sanitária e c) vigilância ambiental;	sim	sim		0,00	0,00
1.17 Todo município deve elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.	sim	sim		0,00	0,00
<b>Avaliação do objetivo</b>	O município mantém as responsabilidades gerais do Pacto de Gestão				

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
02 Gestão regionalização			0,00	0,00

Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
2.1 Todo município deve contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;	Manter os compromissos regionais.	Compromissos mantidos.	0,00	0,00
2.2 Todo município deve participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;	Dar continuidade a participação do município nas discussões dos grandes temas de abrangência regional abordados na RS Campinas disponibilizando principalmente suporte técnico e de RH	Elaboração e aprovação do Projeto Rede Cegonha da RS Campinas, início das discussões no âmbito regional da construção da RAU Campinas, do Projeto de Regionalização do SAMU Campinas, participação nas discussões da construção de Complexo Regulador da RS Campinas construção do MAPA do município de Campinas e da RS de Campinas e construção do MAPA do município de Campinas e da RS de Campinas	0,00	0,00
2.3 Todo município deve participar dos colegiados de gestão regionais, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras. Nas CIB regionais constituídas por representação, quando não for possível a imediata incorporação de todos os gestores de saúde dos municípios da região de saúde, deve-se pactuar um cronograma de adequação, no menor prazo possível, para a inclusão de todos os municípios nos respectivos colegiados de gestão regionais.	Dar continuidade à participação efetiva nos colegiados regionais de gestão tanto no âmbito da RS Campinas como da RMC	Participação em 100% das atividades junto aos colegiados de gestão regional	0,00	0,00
2.4 Todo município deve participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano municipal de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano diretor de investimento;	Participar da construção da Rede Cegonha, RAU, RAPS, Reabilitação da RRAS 15 e RS Campinas, do Projeto de Regionalização do SAMU Campinas, do Complexo Regulador da RRAS 15 e RRAS 16	100 % da Meta atingida.	0,00	0,00
2.5 Executar as ações de referência regional sob sua responsabilidade em conformidade com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde acordada nos colegiados de gestão regionais.	Garantia de acesso através da referência aos usuários da região.	As ações de referência continuam a serem executadas com monitoramento insuficiente na média complexidade ambulatorial. A qualificação do monitoramento da PPI depende do cartão metropolitano de Saúde, integrado e higienizado. Para 2013 pautar no âmbito do CGR a operacionalização efetiva da PPI / COAPS início de processo de construção do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), em cumprimento a Lei Complementar 141 de 2012 e o Decreto Regulamentar 7508/11.	0,00	0,00
<b>Avaliação do objetivo</b>	Para 2013 Operacionalizar a implantação da Rede Cegonha no município de Campinas e finalizar a elaboração da RAU na RRAS 15 e RS Campinas, (Efetivar implantação da Rede Cegonha, RAU nos componentes de AB e componente Hospitalar), participar da construção da RAPS, Reabilitação da RRAS 15 e RS Campinas, Finalização do Projeto de Regionalização do SAMU Campinas com aprovação no Conselho Municipal de Saúde e encaminhamento para a Câmara Municipal de Campinas, participação na discussão do Complexo Regulador da RRAS 15 e RRAS 16 com ampliação dos processos regulatórios da Central Municipal de Regulação de Campinas e RS Campinas.			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
3 Gestão planejamento e programação			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
3.1 Todo município deve formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo: a) o plano de saúde e b) submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;	Reestruturação do Grupo de Planejamento e Orçamento da SMS, com reuniões periódicas visando facilitar a capilarização do processo de planejamento participativo e ascendente. E elaboração dos relatórios trimestrais de gestão, em cumprimento ao disposto na Lei Complementar 141/2012.	100% atingido. O Grupo de Planejamento e Orçamento reuniu-se ordinariamente 1 vez/mês; contribuiu nos processos de elaboração dos relatórios Trimestrais de Gestão. Organizou oficina em 09/03/2012 junto ao Conselho Municipal de Saúde com participantes externos (Dr. Gilson Carvalho e Dr. Francisco Funcia), visando proporcionar o debate sobre a LC 141/12, bem como as competências governamentais e do controle externo. Para 2013 viabilizar a integração entre o plano de governo, plano plurianual, plano municipal de saúde e COAP	0,00	0,00
3.2 Todo município deve formular, no plano municipal de saúde, a política municipal de atenção em saúde, incluindo ações intersectoriais voltadas para a promoção da saúde;	Sim	Sim	0,00	0,00
3.3 a) Todo município deve elaborar relatório de gestão anual, b) a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;	Apresentar e aprovar os RAG de 2010 e 2011 da SMS no CMS. Elaborar Relatórios trimestrais de Gestão de 2012. Capilarizar o planejamento na SMS.	O processo de elaboração dos Relatórios Trimestrais de Gestão favoreceu uma melhor e maior aplicabilidade do planejamento no cotidiano dos serviços. Os Relatórios Anuais de Gestão dos anos 2010 e 2011 foram apresentados e aprovados com ressalvas pelo Conselho Municipal de Saúde, estas ressalvas foram apontadas ao final	0,00	0,00



do relatório de 2011. Os Relatórios Quadrimestrais de Gestão foram elaborados e consolidados. O modelo de planejamento adotado no Município de Campinas segue os eixos e diretrizes do Plano Municipal de Saúde vigente (2010/2013). Houve maior capilarização do planejamento nas unidades e Distritos.

3.4. Sistemas de informação alimentados regularmente	100% dos sistemas do MS alimentados regularmente a) Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação SINAN, b) Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI, c) Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos SINASC, d) Sistema de Informação Ambulatorial SIA, e) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde CNES; e quando couber, os sistemas: f) Sistema de Informação Hospitalar SIH g) e Sistema de Informação sobre Mortalidade SIM, bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos	Os sistemas do SUS nacional seguem alimentados 100%, com dificuldades de infra-estrutura de Tecnologia de Informação e Comunicação e insuficiência de pessoal.	0,00	0,00
3.5 assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito local;	Manter as atividades	O município manteve áreas com o papel de produzir e disseminar informação (CII, DeVISA), de coordenar Educação (CETS) e comunicação em Saúde (Núcleo de Comunicação).	0,00	0,00
3.6 elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano municipal de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde;	PPI atualizada	Programação físico-financeira das unidades próprias e conveniadas atualizada e integrada.	0,00	0,00
3.7 Gerir os sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.	Sim	Sim, com ressalva: não retomamos a disseminação de informações com o Tabnet local.	0,00	0,00
3.8 Manter e qualificar os contratos da S. M.S. para apoio as ações desenvolvidas pela Rede Municipal de Saúde.	Manter os contratos já existentes para suporte as famílias de Alimentação, apoio a rede (prestação de serviços de lavanderia, incineração de resíduos, manutenção de sistemas e outros), apoio diagnóstico e laboratorial, manutenção de equipamentos e predial, manipulados e transporte.	Houve melhora nas relações contratuais em especial pela regularização do pagamento, e adquiriu-se eficiência em fiscalização com a criação da figura dos gestores de contratos. Ocorreram dificuldades com alguns contratos, como lavanderia (empresa deixou de cumprir contrato por falência), manutenção de veículos (empresa desqualificada), manutenção predial (falta de RH técnico na SMS para acompanhamento do contrato) e vigilância (gestão realizada por outra Secretária).	0,00	0,00
3.9. Apoio logístico à Rede Municipal de Saúde para transporte, manutenção e abastecimento.	Controle de frota de veículos, regulação de manutenção predial e de equipamentos e gerenciamento da aquisição, armazenamento e distribuição de insumos e materiais permanentes.	O controle de frota é realizado de forma contínua porém ocorreram vários problemas com a empresa contratada para manutenção de veículos, a qual foi encaminhada para penalização. A Coordenadoria de Manutenção vem sofrendo perda frequente de seu quadro técnico, prejudicando a execução de serviços com equipe própria e também dificultando o gerenciamento da empresa contratada de Manutenção Predial, porém foram realizados diversos mutirões buscando minimizar o problema. A Coordenadoria de abastecimento também sofreu perdas de seu quadro de pessoal, prejudicando a regularidade de distribuição de itens, principalmente materiais permanentes, tendo priorizado a distribuição de medicamentos e insumos.	0,00	0,00
3.10. Adquirir novos equipamentos para modernização dos recursos existentes e incorporar novos recursos tecnológicos.	Efetivar a aquisição de materiais e equipamentos de acordo com apontamento de necessidades da Rede Municipal de Saúde.	Foram encaminhados para aquisição os materiais e equipamentos de acordo com o planejamento das Unidades, que foi realizada levando em consideração o grau de necessidade devido a limitação de recursos.	0,00	0,00
3.11. Providenciar locação de imóvel de acordo com a necessidade apontada pela Rede Municipal de Saúde	Viabilizar locações solicitadas.	Todas as locações solicitadas foram encaminhadas. Algumas solicitações de locação não são efetivadas conforme desejado por inadequação de documentação dos proprietários, necessidade de adequações físicas inviáveis ou divergência de valores entre proprietário e PMC.	0,00	0,00
Avaliação do objetivo	3. Houve fortalecimento do Núcleo de planejamento e Orçamento, suficiente para responder às novas normas do Decreto 7.508 e LC 141. Houve maior capilarização do planejamento na SMS. Implantado Núcleo de Convênios governamentais. Para 2013 é estratégica a articulação do Plano de Governo 2013-2016, Plano plurianual 2014-2017, Plano Municipal de Saúde 2014-2017, COAP 2014-2017. A estrutura administrativa da SMS precisa ser compatibilizada com o volume de recursos geridos e o grau de responsabilidade. É necessário ainda readequar a equipe visando qualificar os processos para atender as necessidades da Rede Municipal de Saúde no que tange a infraestrutura e abastecimento.			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
04 Gestão regulação, controle, avaliação e auditoria			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Adotar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais e estaduais;	Aumentar em 20% o número dos protocolos em relação aos recursos já existentes, e 100% de novos recursos (com protocolo definido e publicado)	CMR - Participação na elaboração dos Protocolos Clínicos e diretrizes terapêuticas junto à CTE	0,00	0,00
Monitorar o cumprimento dos protocolos e corrigir distorções no uso dos recursos pelas áreas responsáveis	Manter 100% das solicitações dos procedimentos, especialidades e exames ora regulados pela CMR avaliados e autorizados somente se em consonância com os protocolos e fluxos estabelecidos. Manter, para procedimentos, especialidades e exames sem oferta municipal, articulação junto ao DRS VII ou à outras instâncias regulatórias caso necessário	100% das solicitações dos procedimentos, especialidades e exames ora regulados pela CMR são avaliados e autorizados somente se em consonância com os protocolos e fluxos estabelecidos	0,00	0,00
Adotar protocolos de regulação de acesso, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, estaduais e regionais;	Manter elaboração de protocolos de acesso para 100% dos exames e especialidades regulados pela CMR	Protocolos de acesso para os exames de alta e média complexidade elaborados (100%). Em 2012 elaborado o protocolo de acesso para Hematologia (mai12) e Cirurgias Eletivas (set12)	0,00	0,00
Controlar a referência a ser realizada em outros municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo à solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;	Manter o quantitativo regional de Tomografias Computadorizadas agendadas pela Central Municipal de Regulação junto ao Complexo Hospitalar Ouro Verde para 2012, fluxo 100% regulado. Manter fluxo de agendamento de exames de usuários de outros municípios conforme pactuado e 100% regulado. Manter regulação de 100% dos agendamentos nos AME's e Cirurgia Vascular Varizes e Catarata Valinhos via CMR	TA 17/12 de 31 de maio de 2012 - TC redução da oferta CHOV de 651 para 550 procedimentos mês, sendo 310 para o DRS VII (redução da oferta em 31%), 160 para uso interno do CHOV e 80 para a CMR, frente à ausência de DR. Oferta dos AME's via Sistema CROSS de Regulação e Cirurgia Vascular Varizes e Catarata Valinhos via recurso Pró Santa Casa, 100% via Central Municipal de Regulação. Início da oferta regional de RNM de 60 procedimentos mês em outubro de 2012, fluxo 100% regulado. Mantido fluxo de agendamento de exames de usuários de outros municípios conforme pactuado e 100% regulado	0,00	0,00
Garantir a regulação dos leitos hospitalares	Regulação de 100% dos leitos do HMMG; Regular os leitos em UTI e clínicos do HMCP (PUCC); Manter 100% de regulação dos demais serviços. Estruturar Núcleos Internos de Regulação (NIR) em todos os serviços hospitalares conveniados ao SUS Campinas regulados pela CMR	HMMG - O acesso aos censos de todas as Unidades de Internação do convênio HMMG à CMR através do site <a href="http://www.hmmg.sp.gov.br/info">http://www.hmmg.sp.gov.br/info</a> ocorreu a partir de 14 de novembro de 2012 as 16h00min horas. A oferta dos leitos e a regulação iniciaram em 21 de novembro de 2012 de forma gradual a partir das altas, conforme dimensionamento pactuado, com inserção da Clínica Médica a partir de 25 de novembro de 2012 - Mantida a meta (100% regulado); PUCC - O início do envio dos censos de todas as unidades de internação por meio eletrônico se deu a partir de 19 de novembro de 2012, entendendo que este é um processo transitório até a implantação do Sistema CROSS de Regulação. A oferta de novos leitos e a regulação destes iniciaram em 03 de dezembro de 2012 de forma gradual a partir das altas, conforme dimensionamento pactuado; CHOV - Mantida a meta (100% regulado); Maternidade de Campinas - Regulação da UTI Neonatal (100%); Cândido Ferreira - Mantida a meta (100% dos leitos regulados)	0,00	0,00
Promover a integração dos dispositivos de regulação municipais e estadual.	Aprimorar a integração dos dispositivos de regulação municipais e a CROSS	Houve boa articulação com a Urgência e Emergência do Município (SAMU e Núcleo de Regulação do DRS VII) e junto à CROSS	0,00	0,00
Rever os convênios existentes e readequá-los às Políticas Públicas de Atenção Hospitalar e de Saúde do Município à luz da produção dos encontros entre as Comissões de Acompanhamento e do aspecto jurídico.	100% dos Convênios re-avaliados	A CMR junto à CTPH esteve presente no Comitê de Avaliação e Proposição para renovação dos convênios da SMS com as instituições prestadoras: Maternidade de Campinas (abr12) e SSC (jun12) e dos TA(s) dos convênios SPDM/CHOV (mai12) e Sociedade Campineira de Educação e Instrução - PUC de Campinas/HMCP (jun12, ago12 e out12)	0,00	0,00
Efetivar a regulação da oferta dos AME's, em conjunto com o DRS 7	Manter regulação de 100% dos agendamentos nos AME's	Oferta dos AME's 100% via Central Municipal de Regulação via Sistema CROSS	0,00	0,00
Realizar processo seletivo para ingresso de novos membros na equipe do núcleo de informação, reorganizar a equipe de analistas de sistemas, recompor o quadro de funcionários administrativos.	100 % das necessidades alcançadas	Não atingida	0,00	0,00
Integrar e disponibilizar informações para a SMS	Reinstalar servidor de dados tabnet e modelar ambiente de DW de acordo com as necessidades da secretaria de saúde	não atingido. Bancos de dados disponibilizados através de CD e Tabwin.	0,00	0,00

Monitorar e fiscalizar os contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;	100% dos contratados / conveniados e 100% dos públicos	Atingido 100% dos contratados / conveniados monitorados e fiscalizados. Atingido parcial: 100% dos públicos monitorados	0,00	0,00
Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial;	100% das unidades monitoradas e fiscalizadas	Sim.	0,00	0,00
Implementar a avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos de saúde, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;	100% das unidades com contratos de metas	100% dos serviços conveniados com contrato de metas.	0,00	0,00
<b>Avaliação do objetivo</b>	Necessidade não atingida de recomposição das equipes de Regulação, Monitoramento, Avaliação, Auditoria, Informação e Informática, para possibilitar o cumprimento dos compromissos com o Sistema Nacional de auditoria, a LC 141 e Decreto 7.508.			

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
7 Atenção Hospitalar Consolidar a rede de assistência hospitalar do município de Campinas para garantir o acesso regulado, integrado e humanizado			0,00	0,00
Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
01 Promover a integração da atenção hospitalar no sistema de saúde 02 Estimular a inclusão dos serviços conveniados ao SUS e de gestão estadual nas Redes de Atenção à Saúde do Município 03 Garantir a conformidade das Políticas Públicas para a Atenção			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
a. Garantir articulações entre as várias áreas da assistência (Câmaras Técnicas, Áreas Programáticas etc.) para estabelecer pactuações entre a rede hospitalar e atenção básica, especialidade, urgência e emergência, entre outras.	100% das propostas discutidas/ com participação ampliada Garantir representação das Áreas Programáticas da SMS - nas discussões e projetos Implementar e pactuar as discussões das Redes Assistenciais - Enfoque - Rede Cegonha/Rede de Urgências/Onco Rede - prazo Outubro 2011	50% de participação Com representação das Áreas Programáticas da SMS - nas discussões e projetos	0,00	0,00
b. Garantir e estimular a Câmara Técnica de Políticas Hospitalares com fórum privilegiado para análises e proposições à Política de Atenção Hospitalar do Município, por meio de realizações de reuniões mensais	100% das reuniões mensais realizadas reuniões mensais sempre com um tema que promovam as referidas discussões e 03 grandes encontros com temas específicos de interesse macro - "padronizar"/pactuar os indicadores que serão utilizados para discussão da qualificação da assistência 1) Regulação 2) Discussão de Redes Assistências - linhas de cuidados 3) Custos	Manter  80% das reuniões realizadas dentro dos temas propostos	0,00	0,00
c. Garantir a regulação dos leitos hospitalares no município.	100% dos leitos pactuados regulados HMMG - 100% dos leitos de Enfermarias de Clínica Médica, UTI Adultos e Pediátrica; CHOY - 100% dos leitos operacionais; PUCC - 100% dos leitos de Enfermarias de Clínica Médica, UTI Adultos, Pediátrica e Neonatológica; IMC - 100% dos leitos operacionais/fechamento dos litos clínicos em novembro de 2011; Mater Campinas - 100% dos leitos operacionais; Cândido Ferreira - 100% dos leitos operacionais;	HMMG - Há apenas monitoramento das vagas, ainda não há ações efetivas de regulação. Há negociações para início da regulação, até o final do ano de 2012; CHOY - Atingido meta; PUCC - Avanço com início de monitoramento, mas sem efetividade do mesmo, com início de regulação no final de 2011 de 15 leitos de pediatria e 04 leitos de clínica médica; IMC fechamento dos leitos SUS em novembro de 2011; Mater Campinas - Regulação da UTI Neonatal Cândido Ferreira - Regulação da CTE e CMR	0,00	0,00
d. Promover a integração dos dispositivos de regulação municipais e estadual.	100% de pactuação relacionado a integração dos dispositivos de regulação Processo integralizado até agosto de 2012	Avanços conquistados na implementação da articulação com CRUE/CROSS/DRS - devido discussões das Redes	0,00	0,00
e. Participar efetivamente das reuniões mensais das Câmaras Técnicas de Política Hospitalar, Urgência e Emergência, Especialidades e Assistência e Internação Domiciliar.	100% da participação dos representantes nas reuniões Garantir representação de todos, com amplitude dentro dos temas pautados e representação de todos os serviços envolvidos	Das representações dos Hospitais houve participação efetiva do CAISM, CHOY, PUCC, HC-UNICAMP, HMMG; Maternidade Campinas participação apenas do Co-gerente, mas não dos gestores hospitalares e Cândido Ferreira nenhuma participação.	0,00	0,00
<b>Avaliação do objetivo</b>	Garantir a implementação do Complexo regulador, com a implementação do Sistema CROSS de Regulação e Discussão em unificar a Câmara Hospitalar com a de Urgência e Emergência. Para o Primeiro semestre de 2013: implementar as discussões frente a necessidade de implementação das Redes. Qualificando a pactuação das Comissões Gestoras dentro do preconizado nestas discussões.			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
04 Promover a estruturação da rede hospitalar, com ênfase na adequação das ofertas às necessidades em saúde, segundo as pactuações municipal e regional.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado

f. Aperfeiçoar os mecanismos de integração entre as necessidades em saúde, apontadas pelo Departamento de Saúde e instrumentos como a PPI, e as ofertas identificadas junto a cada prestador. Tais disposições devem se refletir nos Convênios e Contratos e monitoradas pelas Comissões de Acompanhamento e DGDO.	Avaliação contínua de 100% dos Convênios e Contratos Manter e implementar avaliação de forma continuada - Comissões Intergestoras/CTPH/ de todos os convênios hospitalares	A CTPH esteve presente no Comitê de Avaliação e Proposição para renovação dos convênios da SMS com as instituições prestadoras: PUCC, HMMG, CHOV, Cândido Ferreira, Maternidade de Campinas, Beneficência Portuguesa. O enfoque de 2013 deve ser garantir a execução das Redes Temáticas.	0,00	0,00
<b>Avaliação do objetivo</b>	Realizado a avaliação, mas com necessidade de adequação de algumas atividades relacionados ao proposto e não executado, através de apontamentos junto comissões de acompanhamento e intergestoras. Proposta de unificar alguns pontos referentes a contratualização dos hospitais, dentro do estabelecido através redes temáticas			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
05 Qualificar a Atenção e a Gestão Hospitalar levando em conta o acúmulo de conhecimentos advindo das novas tecnologias e das experimentações no Campo da Saúde Pública.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
g. Promoção de eventos, seminários, encontros, oficinas que promovam o desenvolvimento e implementação de ferramentas que atuem na melhora da qualidade da atenção e da gestão hospitalar. Com realização de pelo menos 6 encontros ao ano.	100% dos encontros realizados Garantir pelo menos mais tres eventos com enfoque no citado item b, sendo que o mesmo ocorreu devido as discussões da redes temáticas	80% realizado destes encontros, sendo os mesmos pautados pelas discussões das Redes Temáticas	0,00	0,00
h. Promover a qualificação das Comissões de Acompanhamento para proposições em relação aos Planos de Trabalho e Contratualização dos Convênios, visando a implementação de dispositivos para a qualificação da Atenção e da Gestão.	Enfoque no que se refere ao Planejamento e implementação das Redes, Na apropriação destas metodologias - > Compras e Gestão de RH, as quais determinam e qualificam as discussões relativas aos custos	Algumas reuniões se deram dentro destes temas, mas sem ocorrer capacitações específicas.	0,00	0,00
i. Realização de 1 Seminário ampliado para formulação das Comissões de Acompanhamento	Realizar Seminário em 2012	Não realizado	0,00	0,00
<b>Avaliação do objetivo</b>	Ocorreram em 2012 04 encontros Temáticos - Fechamento Planejamento RRAS 15 - Apresentação Linha de Cuidados AVC - IAM - Trauma - Devolutiva e Apontamentos MS Projeto RRAS 15 - Encontro dos Prestadores Hospitalares RRAS 15 - bem como a Oficina do SAD e da Regulação. Para 2013: Garantir a qualificação das comissões de acompanhamento dos Convênios dentro do preconizado pelas legislações vigentes, bem como socializar ações e metas, pactuadas dentro de cada comissão de acompanhamento com a finalidade de equacionar melhorias frente as avaliações e sistematização dos processos destas comissões. Com a garantia de manter os encontros com os serviços da RRAS 15, para implementação do Planos de ações das Redes Temáticas.			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
06 Promover ações que visem análises e proposições no sentido da garantia da sustentabilidade da Rede de Atenção Hospitalar em conformidade com o Sistema de Saúde do Município.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
j. Rever os convênios existentes e readequá-los às Políticas Públicas de Atenção Hospitalar e de Saúde do Município à luz da produção dos encontro entre as Comissões de Acompanhamento e do aspecto jurídico.	100% dos Convênio re-avaliados.	Realizado pois a maioria dos Convênios assistenciais foram aditados ou renovados neste período, bem como vimos qualificando o setor de prestação de contas da SMS.	0,00	0,00
<b>Avaliação do objetivo</b>	Realizado pois a maioria dos Convênios assistenciais foram aditados ou renovados neste período, bem como vimos qualificando o setor de prestação de contas da SMS. Dentro do proposto através das redes temáticas em conjunto com as discussões das missões dos serviços e integralidade da assistências, equacionar estrutura dos serviços, recurso disponível e demanda.			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
07 Garantir a Humanização e qualificação da Assistência			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
i. Fortalecer a Comissão de Humanização da SMS.	Implementar discussões e integrações entre a CTPH e Comissão de Humanização	Não foi executada	0,00	0,00
<b>Avaliação do objetivo</b>	Não foi realizada, para 2013 manter e enfatizar a meta proposta em conjunto com os serviços de Urgência e Emergência com implementação das discussões de acolhimento e avaliação de risco			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
8. Estimular mecanismos de aproximação das ações de atenção e de gestão hospitalares e as demais áreas de atenção à saúde do município; 9. Garantir espaços formais para estabelecer pactuações entre a rede hospitalar e atenção básica, especialidade, urgência e emergência, entre outras; 10. Promoção de vínculos			0,00	0,00

entre profissionais dos diferentes serviços; 11. Garantir o referenciamento de serviços em função de especialidade e complexidade.

Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
m. Promover ações de Matriciamento envolvendo a atenção hospitalar e outras áreas de assistência	Ampliação do projeto piloto da Região Sudoeste para 100% das Unidades de Saúde - Matriciamento e tele saúde - Ampliação do Projeto Piloto do HMMG, das internações hospitalares sensíveis a Atenção Básica -	Ampliação de matriciamento no que se refere as discussões e capacitações ofertadas pela Câmara Técnica de Especialidade - Com enfoque em otorrino/uro/neuro/fono/entre outras	0,00	0,00
n. Promover atenção por Linha de Cuidado e Gestão de Casos envolvendo as diferentes áreas de assistência à saúde, observando-se as distribuições territoriais;	100% de efetividade nas propostas de atenção a saúde, considerando as linhas de cuidados Implementação das discussões das "Redes" Discussão e implementação dos critérios de avaliação de risco nos diversos níveis do sistema de saúde	A CTPH participou ativamente na implementação da Linha de Cuidado da Traumatologia-Ortopedia e também no desenvolvimento das Linhas de Cuidado das Doenças Coronarianas, Cerebrovasculares e ICC, estas ainda em implementação.	0,00	0,00
<b>Avaliação do objetivo</b>	Para 2013 Validar e disseminar experiências pontuais referentes ao matriciamento como por exemplo a do HMMG relativo às internações sensíveis a AB. Garantir continuidade da implementação das linhas de cuidados, bem como enfrentamento de crises relacionadas a sazonalidade			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
12 - Validação dos Protocolos Assistenciais			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
o - Validar e Implementar os Protocolos : Antibioticoterapia e Cuidados Paliativos	100% de divulgação para rede dos protocolos Ampliar as discussões e implementações dos protocolos já existentes/ bem como implementação de novos - Cuidados Paliativos; Dentro dos protocolos de antibioticoterapia, discussão frente algumas propostas específicas.	Avanço no Protocolo de Cuidados Paliativos	0,00	0,00
<b>Avaliação do objetivo</b>	Implementar os protocolos assistenciais e compor as equipes dos SADs dentro do preconizado pela Portaria Ministerial, dentro das propostas de garantia e efetividade da assistência, com garantia dos cuidados continuamente.			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
13 - Promover a incorporação, solidificação e/ou ampliação de novas tecnologias de assistência a saúde no âmbito da atenção hospitalar;			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
p. Ampliar o Serviço de Assistência e Internação Domiciliar SAID	02 equipes Região sudoeste	Ocorreram algumas adequações de RH, nas equipes existentes, apesar de não efetividade das equipes da região Sudoeste.	0,00	0,00
q. Qualificar tecnicamente as equipes dos SAIDS	01 capacitação a cada bimestre no mínimo 06 capacitações ano SAIDS	Ocorreram as devidas capacitações, sendo 04 de abordagem para toda equipe e as demais em serviço	0,00	0,00
r. Garantir os critérios e fluxo de encaminhamentos, com UBS, Especialidades e Hospitais	100% dos encaminhamentos referenciados	Houve avanço na área hospitalar, não ocorrendo nas outras áreas.	0,00	0,00
s. Estabelecer critérios e fluxo para Apoio Técnico, em todas as especialidades	100 % dos casos com necessidade de Apoio técnico, com elaboração de PTI	Não houve avanços. Avaliação da pertinência destes encaminhamentos, com levantamentos mensais destes casos, com as devidas ações desencadeadas e condutas necessárias	0,00	0,00
t. Estabelecer critérios de retaguarda das especialidades, internação hospitalar, transporte e exames complementares em relação ao paciente do SAID	100% da necessidade de retaguarda dos pacientes SAID atendida	Houve avanços significativos na constituição de rede assistencial envolvendo as ações do SAID, junto às outras áreas de atenção. Os serviços de especialidades e retaguarda CMR/hospitalar/SAMU e transporte, dentro da possibilidade sempre consideraram os pacientes dos SAID como prioritários	0,00	0,00
u. Garantir em todos os SAIDS do Município Recursos Humanos adequados, segundo critérios estabelecidos dentro dos critérios da Portaria 2.527 de outubro de 2011.	100% das equipes com RH adequado ano de 2012	Complementação de alguns profissionais, nas equipes existentes, principalmente relacionado a enfermagem e médico, mas com grande déficit nas outras categorias e sem reposição dos médicos que se demitiram no final de 2011.	0,00	0,00
<b>Avaliação do objetivo</b>	Alcance parcial das metas, para 2013 adequação das equipes de SAID dentro do preconizado pela Portaria Ministerial, com complementação das equipes existentes e ampliação para chegar nas 11 de EMAD e 04 de EMAP em 2014 , com as adequações necessárias de equipamentos espaço físico e equipamentos. Bem como socializar os protocolos clínicos e de acesso com toda a rede de saúde.			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado

14. Promover a incorporação, solidificação e/ou ampliação de novas tecnologias de gestão no âmbito da atenção hospitalar.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
y. Fortalecer mecanismos de processos democráticos de gestão;	Garantir em 100% das Unidades Hospitalares a implantação dos Colegiados de gestão	Não houve avanços na discussão e indução à implantação dos Colegiados de Gestão nas Unidades Hospitalares.	0,00	0,00
z. Criação de Fórum para análise e proposições relativas ao custeio e otimização dos recursos disponíveis no sistema hospitalar, em conformidade com a realidade financeira do município.	Efetivar proposta metodológica para 100% das Instituições, de forma propositiva considerando as capacidades instaladas	Houve uma discussão conceitual, com pauta da CTPH, sobre Custeio Hospitalar.	0,00	0,00
Avaliação do objetivo	É necessário estabelecer estratégias para a implantação de colegiados de gestão nos hospitais do SUS Campinas a partir da reorganização metodológica da operação da CTPH Priorizar constituição de núcleo de análise de custos em 2013			

## 6. INDICADORES DA TRANSIÇÃO PACTO-COAP - 2012

Última atualização: 27/03/2013 11:49:51

<b>Diretriz 1 - Garantia do 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</b>			
<b>Objetivo: Objetivo Nacional 1.1 - Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.</b>			
Indicadores	Meta2012	Resultado2012	Unidade
MEDIA DA ACAO COLETIVA DE ESCOVACAO DENTAL SUPERVISIONADA	0,50	0,52	%
COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAUDE DO PROGRAMA BOLSA FAMILIA	52,74	50,00	%
COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENCAO BASICA	46,21	42,12	%
COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES BASICAS DE SAUDE BUCAL	8,50	8,70	%
<b>Objetivo: Objetivo Nacional 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 especializada.</b>			
Indicadores	Meta2012	Resultado2012	Unidade
PROPORCAO DE SERVICOS HOSPITALARES COM CONTRATO DE METAS FIRMADO	100,00	100,00	%

**Avaliação da diretriz Diretriz 1 - Garantia do 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.: Não foi possível completar as equipes (seja com médicos ou agentes comunitários de saúde, dentistas, ACDs...) devido a falta de concursos ou insuficiência de profissionais. Entretanto, tendo como base a portaria 2488, a Secretaria está estimulando os Distritos a cadastrarem equipes com clínicos e outros profissionais. Isto não significa abrir mão da estratégia da Saúde da Família, mas receber recursos federais que possibilitassem avanços na APS.**

<b>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 prontoc-</b>			
<b>Objetivo: Objetivo Nacional - Implementação da Rede de Atenção às Urgências.</b>			
Indicadores	Meta2012	Resultado2012	Unidade
NUMERO DE UNIDADES DE SAUDE COM SERVICIO DE NOTIFICAO DE VIOLENCIA IMPLANTADA	24,00	22,00	N ABSOLUTO

**Avaliação da diretriz 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 prontoc-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.: Estão consideradas todos os tipos de unidades de atendimento, sejam de atenção primária e do sistema de urgência e emergência. A notificação é crescente, demonstrando sensibilidade da rede. O Plano Regional de Atenção as Urgências foi construído através da Câmara Técnica de Política Hospitalar, com a participação de todos os serviços envolvidos, bem como discussão ampliada com o Grupo de Gestão da Clínica na constituição das propostas das linhas de cuidados (AVC, IAM e o Trauma), com ampliação de participação junto ao CGR Campinas com pouca participação da Comissão de Urgência devido ao próprio contexto político institucional, valendo ressaltar que o SAMU192 CAMPINAS participou de todo o processo de organização das linhas de cuidados, sendo que para o ano de 2013 iremos realizar a implementação do plano de ação, em especial da RAU e Rede Cegonha.**

<b>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.</b>			
<b>Objetivo: Objetivo Nacional 3.1 - Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de útero.</b>			
Indicadores	Meta2012	Resultado2012	Unidade
RAZAO DE EXAMES CITOPATOLOGICOS DO COLO DO UTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS E A POPULACAO FEMININA NA MESMA FAIXA ETARIA	66,00	0,75	RAZAO
RAZAO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA REALIZADAS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULACAO DA MESMA FAIXA ETARIA.	50,00	0,48	RAZAO
SEGUIMENTO/TRATAMENTO INFORMADO DE MULHERES COM DIAGNOSTICO DE LESOES INTRAEPITELIAIS DE ALTO GRAU DO COLO DO UTERO	100,00	70,00	%
<b>Objetivo: Objetivo Nacional 3.2 - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.</b>			
Indicadores	Meta2012	Resultado2012	Unidade
PROPORCAO DE PARTOS NORMAIS	34,00	34,44	%
PROPORCAO DE NASCIDOS VIVOS DE MAES COM NO MINIMO 7 CONSULTAS DE PRE-NATAL.	82,50	79,03	%

NUMERO DE OBITOS MATERNOS EM DETERMINADO PERIODO E LOCAL DE RESIDENCIA	4,00	5,00	N ABSOLUTO
TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL	9,15	9,92	N.Absoluto
TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL.	Não Informado	9,92	/1000
PROPORCAO DE OBITOS INFANTIS E FETAIS INVESTIGADOS	90,00	79,30	%
PROPORCAO DE OBITOS MATERNOS E DE MULHERES EM IDADE FERTIL (MIF) POR CAUSAS PRESUMIVEIS DE MORTE MATERNA INVESTIGADOS	90,00	87,23	%
INCIDENCIA DE SIFILIS CONGENITA.	27,00	34,00	N.Absoluto

**Avaliação da diretriz 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.:** No momento há óbitos infantis, fetais, maternos e de mulheres em idade fértil ainda em investigação, que poderão modificar positivamente os valores anotados. A escolha de indicadores adequados é fundamental na avaliação da qualidade da assistência à mulher e ao binômio mãe/filho. Alguns indicadores tradicionais continuam sendo de grande importância como as taxas de morte materna, mortalidade por câncer de colo uterino e de mama, principalmente para avaliação da efetividade de várias ações de saúde. Assim, podemos perguntar até que ponto a disseminação da oferta de mamografias impacta o resultado final que é evitar a morte por câncer de mama. Ou, podemos analisar se essa oferta de mamografias e as ações desencadeadas por elas estão fazendo com que a mortalidade por câncer de mama se desloque para uma faixa etária mais avançada. Já a alguns anos, a mortalidade por câncer de colo uterino em Campinas tem flutuado em patamares muito baixos, próximos ao de países desenvolvidos. Assim, talvez, a disponibilização de exames de prevenção do câncer do colo tenha chegado ao limite de sua capacidade de impactar a mortalidade por essa doença e avaliar a cobertura já não seja o mais importante. Outras ações talvez possam ainda impactar nessa mortalidade como prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e a vacinação contra o HPV. A mortalidade infantil neonatal precoce é o resultado final de todo um processo que se inicia num planejamento familiar abrangente e disseminado, num pré-natal com cobertura e vigilância adequadas a acesso fácil e oportuno à assistência hospitalar. Assim, a análise da incidência de partos prematuros, torna-se de especial importância na repercussão sobre a mortalidade neonatal. Por exemplo, a proporção de diagnósticos de infecção urinária na gravidez diagnosticados e adequadamente tratados e esforços para conhecer esse indicador e melhorá-lo, provavelmente teria mais impacto do que as 6 consultas de pré-natal. Ainda há muito que melhorar nos indicadores clássicos, como no caso das mortes maternas, mas trabalhar simultaneamente com o near miss, talvez traga mais impacto sobre esse indicador do que trabalhar com a razão de morte materna isoladamente.

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

**Objetivo: Objetivo Nacional - Ampliar o acesso à Atenção Psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.**

Indicadores	Meta2012	Resultado2012	Unidade
COBERTURA DE CENTROS DE ATENCAO PSICOSSOCIAL (CAPS)	1,34	1,32	/100.000

**Avaliação da diretriz Diretriz 4 - Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.:** O Município conta com rede substitutiva de atenção em Saúde Mental que engloba CAPS III, CAPSIII AD, CAPS II AD, CAPSi, Residências Terapêuticas, e tem projetos de Unidades de Acolhimento, Projeto de Inclusão Social ao Trabalho, Centro de Convivência e 1 Consultório de Rua e uma Enfermaria de Psiquiatria no Hospital Geral (CHOV) contando com 15 leitos de internação. A variação negativa do indicador deveu-se ao crescimento vegetativo da população.

**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: Objetivo Nacional - Melhoria das condições de Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.**

Indicadores	Meta2012	Resultado2012	Unidade
TAXA DE INTERNACAO HOSPITALAR DE PESSOAS IDOSAS POR FRATURA DE FEMUR	15,67	15,80	/10.000

**Avaliação da diretriz 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.:** O município conta com Centros de Convivência para promoção do envelhecimento saudável ativo, onde são realizadas palestras educativas, atividades físicas como caminhada (Programa de Caminhar para a Saúde, tendo este sido escolhido como um dos cinquenta melhores programas de atividade física para a terceira idade pelo Ministério da Saúde, com a cooperação das Secretarias Saúde e Esportes e Lazer): Tai chi chuan, Lian Gong (primeira, segunda e terceira partes), Movimento Vital Expressivo, Dança Circular, Chikung, Meditação e Consciência Postural. Somos referência nacional no trabalho de prevenção as Doenças Crônicas não Transmissíveis fortalecendo a gestão da clínica, linha de cuidado para doenças crônicas com foco para ICC, HAS, DM. . Conta com um Centro de Referência de Atenção ao Idoso, com ênfase no idoso frágil referenciado pelas UBS e hospitais e contemplados com projeto terapêutico individualizado.

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

**Objetivo: Objetivo Nacional 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.**

Indicadores	Meta2012	Resultado2012	Unidade
COBERTURA VACINAL COM VACINA TETRAVALENTE (DTP+HIB)/PENTAVALENTE EM CRIANCAS MENORES DE UM ANO	95,00	97,00	%
PROPORCAO DE CURA NAS COORTES DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILIFERA	80,00	81,65	%
PROPORCAO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENIASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES	85,00	88,00	%
PROPORCAO DE REGISTRO DE OBITOS COM CAUSA BASICA DEFINIDA	97,94	97,82	%
PROPORCAO DE CASOS DE DOENCAS DE NOTIFICACAO COMPULSORIA (DNC) ENCERRADOS OPORTUNAMENTE APOS NOTIFICACAO	80,00	78,36	%
TAXA DE INCIDENCIA DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE.	2,00	0,00	/100.000
TAXA DE INCIDENCIA DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE	Não Informado	0,00	N ABSOLUTO
NUMERO ABSOLUTO DE OBITOS POR DENGUE	Não Informado	0,00	N ABSOLUTO



**Objetivo: Objetivo Nacional 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 do crescimento.**

Indicadores	Meta2012	Resultado2012	Unidade
PERCENTUAL DE REALIZAÇÃO DAS ANÁLISES DE VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA, REFERENTE AO PARÂMETRO COLIFORMES TOTAIS.	38,00	38,00	%

**Avaliação da diretriz Diretriz 7 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.: O município tem desenvolvido ações de promoção e vigilância para reduzir significativamente os riscos e agravos à saúde da população. A cobertura vacinal é satisfatória e demonstra a necessidade de manutenção de esforços permanentes para mantê-la. A cura de tuberculose e Hanseníase aumentou, ultrapassando as metas, porém há que se envidarem esforços para aumentá-las. Há casos em aberto com possibilidade de encerramento oportuno nos meses de janeiro e fevereiro, podendo alterar positivamente esse resultado. Não houve casos de Aids em menores de 5 anos, demonstrando a efetividade das ações de prevenção e controle. Não houve óbito por dengue, demonstrando a efetividade das ações de assistência aos pacientes. Estão sendo cumpridas as metas da vigilância da qualidade da água.**

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

**Objetivo: Objetivo Nacional - Qualificação de instrumentos de gestão, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.**

Indicadores	Meta2012	Resultado2012	Unidade
PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OUVIDORIAS IMPLANTADAS	1,00	1,00	N ABSOLUTO

**Avaliação da diretriz Diretriz 13 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.: Sim, com todos os elementos. Utilizamos dispositivos como Educação permanente para gestores, contratualização com todos os serviços conveniados, gestão colegiada, como ferramentas de qualificação da gestão.**

**AVALIAÇÃO GERAL DAS DIRETRIZES**

A Secretaria Municipal de Saúde de Campinas conta com estruturas de gestão adequadas para concentrar esforços para o alcance das metas dos indicadores de transição/ Diretrizes do Plano Nacional de Saúde. Entretanto alguns desafios ainda se impõem presentes, em especial, a necessidade de se ampliar e fixar os profissionais na SMS, nos dois últimos anos, foi fator desestruturante que resultou em alcance parcial das metas na atenção primária, atenção especializada e urgência e emergência. Em relação à atenção especializada ambulatorial houve aumento da oferta e diminuição de fila de espera em algumas especialidades e dificuldades em outras, permanecendo a recomendação de ênfase na ferramenta TeleSaúde para 2013 e no que tange à atenção especializada hospitalar temos 100% dos serviços com contrato de metas firmado e comissão de acompanhamento para avaliação das metas, bem como a implementação das Linhas dos cuidados em Redes. Em relação à saúde da mulher e da criança seguimos com boa situação em relação ao Câncer de colo uterino e situação inadequada em relação ao Câncer de Mama. Continuamos com boa cobertura de pré-natal mas baixa proporção de partos vaginais. A mortalidade infantil segue baixa em relação aos padrões brasileiros e regionais. Em 2012 houve início da implementação da Rede cegonha. A SMS oferece ações de promoção em saúde, para o envelhecimento saudável na grande maioria das unidades, a serem ampliadas em 2013. Em relação à saúde mental os indicadores estão satisfatórios e a rede substitutiva existente é importante, com planejamento de ampliação. No que tange aos indicadores epidemiológicos e ações de vigilância houve alcance e superação das metas (cobertura vacinal satisfatória, cura de tuberculose e hanseníase acima da meta e nenhuma criança menor do que 5 anos com AIDS, não houve óbito por dengue), mas há que se manter e ampliar as ações realizadas em Vigilância em Saúde a fim de se manter / ou melhorar esses indicadores. Utilizamos dispositivos como Educação permanente para gestores, contratualização com todos os serviços conveniados, gestão colegiada, como ferramentas de qualificação da gestão.

**7. DEMONSTRATIVO DA UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS (Fonte: SIOPS)**

**7.1 BLOCO DE FINANCIAMENTO**

Última atualização: 26/03/2013 14:55:28

	RECEITAS (R\$)						DESPESAS (R\$)					Movimentação Financeira		
	Transferência fundo a fundo			Op. Crédito /Rend. /Outros	Recursos Próprios	Total	Dotação	Empenhada	Liquidada	Paga	Orçada	RP/Outros Pagamentos	Saldo Finan. do Exercício Anterior	Saldo Finan. do Exercício Atual
	Federal	Estadual	Outros Município											
Atenção Básica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Atenção de MAC Ambulatorial e Hospitalar	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vigilância em Saúde	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Assistência Farmacêutica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Gestão do SUS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Bloco Investimentos na Rede de Serviços de Saúde Convênios	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Prestação de Serviços de Saúde	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Receitas do SUS	3.410.546,66	0,00	0,00	0,00	0,00	3.410.546,66	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20.376.412,01	23.786.958,67
Outros Programas Financ por Transf Fundo a Fundo	67.677,45	0,00	0,00	0,00	0,00	67.677,45	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7.002,25	0,00	60.675,20

**Análise sobre a Utilização dos Recursos**

o valor apresentado não condiz com o valor apontado nos quadros do siops, veja arquivo anexo: SIOPS Campinas 2012.pdf

**7.2. INDICADORES FINANCEIROS (Fonte: SIOPS)**

Última atualização: 26/03/2013 14:55:28

Participação da receita de impostos total do município	43,12%
--	--------

Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município	48,53%
Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município	20,29%
Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no	99,67%
Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município	72,28%
Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município	79,17%
Despesa total com Saúde, sob a responsabilidade do Município, por habitante	R\$773,24
Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	51,67%
Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	1,94%
participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	42,01%
Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	0,50%
Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde	32,77%
Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000	27,06%

### Análise e considerações sobre os Indicadores Financeiros

No ano de 2012 a situação da Saúde no município no quesito orçamentário avançou de modo substancial, proporcionando o atendimento, como também a manutenção de programas e serviços da rede. O financiamento municipal em relação a EC 29 foi de 27,06 em 2012, todavia é insuficiente para garantir a política de RH necessária, ressaltando que as despesas com pessoal + serviços de terceiros consomem 93,68 do orçamento, custeados principalmente pelo tesouro municipal, pois apenas 32,49 % dos recursos são repassados pelo Ministério da Saúde. Receitas A participação da receita de impostos total do município caiu de 43,81% em 2011 para 43,12% em 2012. A participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município subiu de 46,00% em 2011 para 48,53% em 2012. A participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município elevou-se de 18,66% em 2011 para 20,29% em 2012. A participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município elevou-se de 98,84% em 2011 para 99,67% em 2012. A participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município elevou-se de 62,84% em 2011 para 72,28% em 2012. A participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município reduziu-se de 79,46% em 2011 para 79,17% em 2012. Despesas A despesa total com Saúde, sob a responsabilidade do Município, por habitante elevou-se de R\$ 684,47 em 2011 para R\$ 773,24 em 2012 A participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde caiu de 52,32% em 2011 para 51,67% em 2012. A participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde elevou-se de 1,68% em 2011 para 1,94% em 2012 A participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde elevou-se de 39,44% em 2011 para 42,01% em 2012. A participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde caiu de 1,60% em 2011 para 0,50% em 2012. A participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde elevou-se de 31,79% em 2011 para 32,77% em 2012. A participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000 elevou-se de 25,20% em 2011 para 27,06% em 2012.

## 8. DEMONSTRATIVO ORÇAMENTÁRIO - DESPESAS COM SAÚDE (Fonte: SIOPS)

Última atualização: 26/03/2013 14:54:16

### 8.1. RECEITAS

RECEITAS	PREVISÃO INICIAL (R\$)	PREVISÃO ATUALIZADA (a) (R\$)	RECEITAS ATUALIZADAS	
			Jan a Dez (b) (R\$)	% (b/a)
RECEITA DE IMPOSTOS LIQUIDA E TRANSFERENCIAS CONSTITUCIONAIS LEGAIS (I)	2.323.346.930,00	2.323.360.065,00	2.187.296.108,64	94,14
Impostos	1.122.072.935,00	1.122.072.935,00	1.092.649.947,10	97,37
Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos	13.363.129,00	13.363.129,00	7.869.606,39	58,89
Divida Ativa dos Impostos	23.398.819,00	99.651.724,00	59.248.716,39	59,46
Multas, Juros de Mora, Atualizac?o Monetaria e Outros Encargos da Divida Ativa dos Impostos	99.570.884,00	23.331.114,00	31.373.164,09	59,46
Receitas de Transferencias Constitucionais e Legais	1.064.941.163,00	1.064.941.163,00	996.154.674,67	93,54
Da União?	54.299.998,00	54.299.998,00	53.180.410,24	97,93
Do Estado	1.010.641.165,00	1.010.641.165,00	942.974.264,43	93,30
TRANSFERENCIA DE RECURSOS DO SISTEMA UNICO DE SAUDE - SUS (II)	331.813.090,28	313.398.760,12	279.791.411,13	89,27
Da União? para o Município	331.402.797,28	306.027.450,97	277.457.146,47	90,66
Do Estado para o Município	0,00	6.961.016,15	914.772,72	13,14

Demais Municípios para o Município	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Receitas do SUS	410.293,00	410.293,00	1.419.491,94	345,97
RECEITA DE OPERAÇÕES DE CREDITO VINCULADAS A SAUDE (III)	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTRAS RECEITAS ORÇAMENTARIAS	1.818.277.392,63	678.781.875,01	494.620.141,05	72,86
(-) DEDUÇÃO PARA O FUNDEB	212.988.232,00	212.988.232,00	199.052.950,00	93,45
TOTAL	3.059.175.185,91	3.102.552.468,13	2.762.654.710,82	89,04

## 8.2. DESPESAS COM SAÚDE

### 8.2.1. DESPESAS COM SAÚDE (Por Grupo de Natureza de Despesa)

DESPESAS COM SAÚDE (Por Grupo de Natureza de Despesa)	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (c) (R\$)	DESPESAS EXECUTADAS		
			LIQUIDADAS Jan a Dez (d) (R\$)	INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (e) (R\$) Dez (d) (R\$)	% ((d+e)/c)
DESPESAS CORRENTES	826.601.366,00	900.291.869,95	845.213.162,75	3.921.850,76	94,31
Pessoal e Encargos Sociais	426.515.298,00	448.234.382,17	438.943.008,42	4.212,29	97,92
Juros e Encargos da Dívida	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Despesas Correntes	400.086.068,00	452.057.487,78	406.270.154,33	3.917.638,47	90,73
DESPESAS DE CAPITAL	51.201.768,00	52.240.834,28	4.287.633,94	9.851.201,54	27,06
Investimentos	51.201.768,00	52.240.834,28	4.287.633,94	9.851.201,54	27,06
Inversões Financeiras	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Amortização da Dívida	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL (IV)	877.803.134,00	952.532.704,23	849.500.796,69	13.773.052,30	90,62

### 8.2.2. DESPESAS PRÓPRIAS COM SAÚDE, AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

DESPESAS PRÓPRIAS COM SAÚDE E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (c) (R\$)	DESPESAS EXECUTADAS		
			LIQUIDADAS Jan a Dez (d) (R\$)	INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (e) (R\$) Dez (d) (R\$)	% ((d+e)/c)
DESPESAS COM SAÚDE	N/A	N/A	849.500.796,69	13.773.052,30	100,00
(-) DESPESAS COM INATIVOS E PENSIONISTAS	N/A	N/A			
(-) DESPESAS CUSTEADAS COM OUTROS RECURSOS DESTINADOS A SAÚDE	N/A	N/A	249.958.751,56	9.881.301,80	30,09
Recursos de Transferências do Sistema Único de Saúde - SUS	N/A	N/A	249.298.876,86	9.876.922,85	30,02
Recursos de Operações de Crédito	N/A	N/A	0,00	0,00	0,00
Outros Recursos	N/A	N/A	659.874,70	4.378,95	0,07
(-) RESTOS A PAGAR INSCRITOS NO EXERCÍCIO SEM DISPONIBILIDADE	N/A	N/A	0,00		
TOTAL DAS DESPESAS PRÓPRIAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	N/A	N/A		603.433.795,63	69,90

### 8.3. CONTROLE DE RESTOS A PAGAR VINCULADOS À SAÚDE INSCRITOS EM EXERCÍCIOS ANTERIORES

CONTROLE DE RESTOS A PAGAR VINCULADOS À SAÚDE INSCRITOS EM EXERCÍCIOS ANTERIORES	RESTOS A PAGAR INSCRITOS COM DISPONIBILIDADE FINANCEIRA DE RECURSOS PRÓPRIOS VINCULADOS	
	Inscritos em exercícios anteriores (R\$)	Cancelados em 2012 (R\$)
RP DE DESPESAS PRÓPRIAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	0,00	11.605.737,78

### 8.5. PARTICIPAÇÃO DAS DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSPARÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS

PARTICIPAÇÃO DAS DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSPARÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS - LIMITE CONSTITUCIONAL <15%> [(V - VI) / I]	[(V - VI) / I]
PARTICIPAÇÃO DAS DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSPARÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS - LIMITE CONSTITUCIONAL <15%> [(V - VI) / I]	27,06

### 8.5.1.DESPESAS COM SAÚDE (por subfunção)

DESPESAS COM SAÚDE (por subfunção)	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (c) (R\$)	DESPESAS EXECUTADAS		
			LIQUIDADAS Jan a Dez (d) (R\$)	INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (e) (R\$) Dez (d) (R\$)	% ((d+e)/c)
Atenc?o Basica	122.163.800,00	139.816.816,04	113.135.881,92	22.541.797,44	14,45
Assistencia Hospitalar e Ambulatorial	351.366.752,00	342.498.479,34	302.396.219,26	33.862.628,99	35,81
Suporte Profilatico e Terapeutico	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vigilancia Sanitaria	2.387.000,00	2.387.000,00	659.874,70	1.722.746,35	0,25
Vigilancia Epidemiologica	2.848.900,00	2.676.340,00	1.586.512,00	1.089.828,00	0,28
Alimentac?o e Nutric?o	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Subfunc?es	399.036.682,00	465.154.068,85	431.722.308,81	30.041.854,46	49,18
TOTAL	877.803.134,00	952.532.704,23	849.500.796,69	89.258.855,24	100,00

### Considerações Gerais sobre demonstrativo orçamentário

A utilização dos recursos financeiros através dos blocos de financiamentos é de grande valia como instrumento de gestão, porém é necessário expor que o orçamento culturalmente não é elaborado por blocos, o que nos obriga mudanças na confecção da peça orçamentária.

## 9. ANÁLISE E CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O RELATÓRIO DE GESTÃO

### 9.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

#### 9.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

##### Situação de Saúde

No ano de 2012 a Situação de Saúde no município manteve série histórica de melhora, com bons indicadores de Saúde. Os destaques positivos se mantêm em relação a anos anteriores:

Mortalidade se concentrando na população acima de 80 anos, alta cobertura de pré-natal, baixa mortalidade infantil, baixa mortalidade por câncer de colo uterino, baixa mortalidade por homicídios, baixa proporção de internações "evitáveis". Melhora das coberturas vacinais e taxas de cura de agravos de notificação.

Os Destaques negativos também se mantêm: baixa proporção de partos vaginais, alta mortalidade por câncer de mama, alta mortalidade por doenças do ap. circulatório, alta mortalidade por acidentes de trânsito.

O principal problema da SMS continua sendo a dificuldade de e fixar e ampliar recursos humanos, na atenção primária, especializada, Urgência e Emergência e Gestão.

O elevado financiamento municipal da Saúde em relação à EC29 elevou-se de 25,20% em 2011 para 27,06% em 2012, mantêm-se insuficiente para garantir a política de RH necessária.

As despesas com pessoal + serviços de terceiros aumentaram de 91,76% em 2011 para 93,68% em 2012, custeados principalmente com recursos próprios (Apenas 32,77% são recursos transferidos pelo Ministério da Saúde, contra 31,79% em 2011).

Destaques da variação do quadro de profissionais na SMS em 2012: a) aumento: ACS de 484 para 554 e de Farmacêuticos, de 44 para 54, e b) redução: Enfermeiros, de 514 para 507, Auxiliares de Enfermagem de 1270 para 1207, Médicos, de 1067 para 973, Técnicos de Enfermagem de 147 para 118 e Dentistas, de 239 para 215.

Em 2012 o foco dos Concursos e contratações foi o cumprimento do TAC referente à substituição dos profissionais anteriormente contratados via Cândia.

Conseguimos executar 94,31% das despesas de custeio em 2012, contra 94,97% em 2011.

Ainda com relação aos recursos para custeio, estes foram insuficientes para garantir insumos/logística, o que impactou em não cumprimento das metas pactuadas. Ressaltamos o aumento da participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde: elevou-se de 1,68% em 2011 para 1,94% em 2012. Isso refletiu na melhora da disponibilidade de medicamentos no final do ano. O indicador Disponibilidade de itens padronizados na AB variou em 2012 entre 75% entre Abril e Junho e 93% em Dezembro.

Outro problema de importância crucial é baixa execução de recursos de investimentos, que melhorou de 21,38% em 2011 para 27,06% em 2012.

Dificuldades na execução das programações se referem, entre outros:

1. Aos constantes problemas em projetos executivos contratados, que por incapacidade operacional da equipe técnica na SMS, prejudicam a avaliação adequada antes do envio para licitação.
2. A burocracia instituída pela esfera federal para aprovar os projetos é outro fator impactante no tempo de execução.
3. A limitação de profissionais técnicos para desencadear processos licitatórios é outro agravante. Para 2013 estão sendo desencadeadas ações para agilizar e qualificar os processos de elaboração de projetos em parceria com as Secretarias de Infraestrutura e Administração ( Diretoria de Convênios), ainda assim, é essencial que a SMS conte com técnicos para monitoramento das obras vinculadas a ela.

Assistência à Saúde : Atenção primária, Urgência e Emergência , Atenção especializada e Assistência Farmacêutica  
Em relação à atenção primária mantivemos a adesão ao Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade PMAQ, como estratégia de organização da atenção primária e continuamos desenvolvendo esforço para incentivar a promoção à Saúde, a intersetorialidade, o desenvolvimento da autonomia dos usuários do SUS.

A dificuldade para manter e ampliar o número de profissionais, nos dois últimos anos, foi fator desestruturante que resultou em alcance parcial das metas na atenção primária, atenção especializada e urgência e emergência, corroborado pela dificuldade em realizar as adequações estruturais necessárias. Há uma necessidade de se envidar esforços para ampliar os profissionais na SMS e fixação desses, o número de Equipes de PSF e incremento na habilitação das equipes intermediárias, visando maior cobertura da população adstrita, bem como aumento na captação de recursos junto ao Ministério da Saúde.  
Urgência e Emergência: Em 2012 houve elaboração de Protocolo de Humanização e Qualificação da Assistência, para posterior validação e capacitação das equipes, Capacitação em Suporte Básico à Vida, de todas as Unidades Básicas de Saúde, pelo Núcleo de Educação do SAMU, participação de conselheiros eleitos nas unidades de saúde nos Conselhos Distritais e Municipal de Saúde, elaboração do Plano Regional de Atenção às Urgências, foi também realizada Oficina Regional para qualificar e pactuar ações do SAD na internação domiciliar e o acesso qualificado foi garantido aos usuários, principalmente nas situações de urgência. Algumas unidades necessitam reformas e



readequações de projetos, mas já estão em processo de avaliação e licitações.

Manteve-se a insuficiência de leitos de internação para níveis de maior complexidade, provocando demoras nas transferências.

A aquisição de materiais, equipamentos e manutenção preventiva, está limitada aos recursos disponíveis, necessitando avaliações e priorização para o atendimento que contemple todas as unidades com os itens de maior urgência.

A produção de indicadores e a integração da Rede de Saúde foi prejudicada pela falta de avanço na implantação do SIGA e de investimentos na informatização do sistema.

Atenção especializada: Houve grande investimento na elaboração e revisão de protocolos técnicos, atualização técnica às Equipes das Unidades de Saúde, diminuição no tempo de espera para atendimento a algumas especialidades e procedimentos.

Assistência Farmacêutica: Houve elaboração de alguns protocolos de utilização de medicamentos na Atenção Especializada, revisão da lista de medicamentos padronizados no Município de Campinas e contratação de farmacêuticos para as Unidades Básicas de Saúde, com ampliação dos Sistemas Informatizados de Controle de Estoque e Dispensação, entretanto permanece a necessidade de ampliação do Almoxarifado Central e adequação dos almoxarifados / Área de dispensação das Unidades Básicas de Saúde, capacitação dos farmacêuticos, visando melhoria da adesão aos tratamentos e implantação do Programa Remédio em Casa.

Atenção hospitalar: A Câmara Técnica de Política Hospitalar manteve as ações de fortalecimento das interfaces entre gestão e serviços. Manteve-se a renovação dos Convênios em vista o processo de adequação das ofertas às necessidades e às redes temáticas: mantivemos a participação ativa na organização e implementação da Rede Regional de Atenção à Saúde, (RRAS), Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências (RAU), com qualificação do setor de prestação de contas. Há necessidade de integrar a discussão de humanização na atenção hospitalar.

Em relação a Atenção Hospitalar há que se evidenciar a qualificação da gestão por meio da implementação da Linha de Cuidados AVC - IAM - Trauma, 100% dos serviços conveniados com contrato de metas estabelecido, realização de oficinas do SAD e do Sistema de Regulação, ampliação em torno de 64% dos leitos do Complexo Ouro Verde (de 115 para 180leitos) .

Vigilância em Saúde: encontra-se em reorganização do processo de trabalho das equipes dos níveis central e distrital. Houve bons resultados nas ações e indicadores, nas capacitações e na participação dos usuários. Profissionais em número insuficiente para alcançar metas na vigilância sanitária.

Gestão: O município manteve as responsabilidades gerais do Pacto de Gestão/ Diretrizes Nacionais de saúde e Plano Municipal de Saúde, houve fortalecimento e maior capilarização do planejamento na SMS, com Coordenação e elaboração do Mapa de Saúde da Região de Saúde de Campinas. Foi implantado Núcleo de Convênios governamentais. Foram realizadas capacitações sobre Lei 141, COAP, gestão de convênios, auditoria, avaliação e controle. Foram realizados concursos públicos em 2012 para cumprimento do TAC firmado entre a PMC e o Ministério público para substituir profissionais contratados via Cândido Ferreira.

Não conseguimos avançar de modo suficiente na informatização da rede de serviços. Recomendamos manter a ênfase na informatização (Cadastro metropolitano de Saúde, Sistema de Regulação e registro da produção individualizado para os procedimentos de média complexidade ambulatorial para potencializar as Redes (RRAS 15 e redes temáticas, Cegonha, de Atenção às Urgências, de Saúde Mental e Oncologia).

Mantêm-se a necessidade de se adequar a estrutura administrativa da SMS compatível com o volume de recursos geridos e o grau de responsabilidade.

Manteve-se a Política de Integração Ensino Serviço e houve qualificação dos gestores por meio do Programa de Educação Permanente com a certificação 340 profissionais. E avanços na integração Ensino-Serviço.

Informações adicionais:

Listagem dos arquivos anexos

Demografia e Dados de morbimortalidade

Dados do CNES, da produção ambulatorial e hospitalar no SUS em Campinas

Comparativo Convênio X Executado SUS Campinas 2012

Profissionais SUS

Avaliação do RAG 2012 Unidades e Distritos

SIOPS Campinas 2012

## 9.2. RECOMENDAÇÕES PARA A PRÓXIMA PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE E/OU REDIRECIONAMENTOS PARA O PLANO DE SAÚDE

### RECOMENDAÇÕES PARA A PAS 2013

A SMS mantém o destaque para qualificação das unidades existentes, ambiência e equipamentos e informatização.

Em relação ao Complexo Municipal Ouro Verde, a recomendação de municipalização da gestão se mantém, com otimização da capacidade instalada para 100%.

Destaque para reforma administrativa, articulação entre o Plano de Governo, o novo Plano pluri-anual (PPA 2014-2017), o novo Plano Municipal de Saúde (PMS 2014-2017), e o primeiro Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde (COAP 2014-2017). E ainda:

Atenção primária: Há uma necessidade de se envidar esforços para ampliar os profissionais na SMS e fixação desses, o número de Equipes de PSF e incremento na habilitação das equipes intermediárias, visando maior cobertura da população adstrita, bem como aumento na captação de recursos junto ao Ministério da Saúde.

Urgência e Emergência: a) Recomposição das equipes de Urgência e Emergência; b) Ampliação dos leitos de retaguarda de urgência, conforme definido na Rede de Atenção às Urgências; c) Aprovação do SAMU Regional junto a Câmara de Vereadores de Campinas; d) Produção de indicadores e a integração da Rede de Saúde como resultado de avanço na implantação do SIGA e de investimentos na informatização do sistema.

Atenção especializada: investimento na implementação das ações do Tele-Saúde, nas adequações estruturais da Poli II e efetivação da participação social no acompanhamento das ações.

Assistência Farmacêutica: permanece a necessidade de ampliação do Almoxarifado Central e adequação dos almoxarifados / Área de dispensação das Unidades Básicas de Saúde, capacitação dos farmacêuticos, visando melhoria da adesão aos tratamentos e implantação do Programa Remédio em Casa.

Atenção hospitalar: está prevista a otimização dos serviços do Complexo Hospitalar Ouro Verde, a implantação do Sistema de regulação online (Sistema CROSS) em consonância com a Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo.

Vigilância: faz-se necessário a manutenção dessas ações, com ampliação das ações de educação, comunicação e informação, especialmente voltadas à sociedade.

Gestão: operacionalização e implantação das Redes Temáticas, SAMU regional e do sistema de regulação regional. A estrutura administrativa da SMS precisa ser compatibilizada com o volume de recursos geridos e o grau de responsabilidade. A ampliação do número de cargos, concurso, contratação para profissionais de Saúde em todos os níveis de atenção é de grande importância.

### 9.3. ARQUIVOS ANEXOS

Documento	Tipo de Documento

## 10. APRECIÇÃO DO RELATÓRIO DE GESTÃO

### 10.1 RELATÓRIO QUADRIMESTRAL (LC 141/12)

Enviado para Câmara de Vereadores em	1º QUA	2º QUA	3º QUA
Enviado ao Conselho de Saúde em	08/08/2012	24/10/2012	27/03/2013
Enviado para Câmara de Vereadores em	29/06/2012	27/09/2012	18/02/2013

### 10.2. RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO (RAG)

#### 10.2.1. INFORMAÇÕES DO GESTOR

Horário de Brasília

Enviado ao Conselho de Saúde para apreciação em	27/03/2013 16:01:27
Enviado ao Tribunal de contas a que está jurisdicionando em	
Enviado à Câmara de Vereadores em	
Reenviado ao Conselho de Saúde para reapreciação em	

#### 10.2.2. INFORMAÇÕES DO CONSELHO DE SAÚDE

Horário de Brasília

Data de Recebimento do RAG pelo CS	27/03/2013 16:01:27
Apreciado pelo Conselho de Saúde em	
Reapreciado pelo Conselho em	
Parecer do Conselho de Saúde	
Status da Apreciação	Em Análise
Resolução da Apreciação	Data

CAMPINAS - SP, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.