



PREFEITURA DA
SERRA

**SECRETARIA DE
SAÚDE | SESA**

**PREFEITURA MUNICIPAL DA SERRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2026-2029**



**SERRA
2026**



PREFEITURA DA
SERRA

**SECRETARIA DE
SAÚDE | SESA**

PREFEITO

Weverson Valcker Meireles

VICE PREFEITA

**Gracimeri Vieira Soeiro de Castro
Gaviorno**

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE
SAÚDE

Fernanda Coimbra Mota da Silva

SUBSECRETÁRIA DE GESTÃO
ADMINISTRATIVA, DO TRABALHO E
DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE
Andria Carla Nascimento Pesente

SUBSECRETÁRIA DE GESTÃO EM
SAÚDE

Juliana Rocha Rangel

SUPERINTENDENTE DE VIGILÂNCIA
EM SAÚDE

**Paulo Roberto Jussim de Souza
Junior**

SUPERINTENDENTE DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA à SAÚDE

Marize Prata Rangel

SUPERINTENDENTE DO FUNDO
MUNICIPAL DE SAÚDE

Rayllane Moraes Bastos

SUPERINTENDENTE DE ATENÇÃO
ESPECIALIZADA À SAÚDE

Karina Daleprani Espindula

SUPERINTENDENTE DE GESTÃO
ADMINISTRATIVA

**Ana Paula Ferreira de Matos da
Cunha**

SUPERINTENDENTE DE GESTÃO
DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO
EM SAÚDE

Andrea Aparecida S. Lemos da Silva

ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO

Raphaella Schmidt Ferreira



PREFEITURA DA
SERRA

**SECRETARIA DE
SAÚDE | SESA**

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DA SERRA

Presentes na 101ª Reunião Extraordinária de 09 de fevereiro de 2026 para
apreciação do Plano Municipal de Saúde 2026-2029

Conselheiros Titulares - Seguimento dos Usuários do SUS

Kael Miguel Lopes - Fórum LGBT

Moyses de Jesus - Mitra Arquidiocesana

Conselheiros Suplentes - Seguimento dos Usuários do SUS

Jodimar da Silva - FAMS

Elizamara Brandes Costa dos Santos - AMUS

Manoel Bueno dos Santos - ASPEJ

Rennan Alves Silva dos Santos - Fórum LGBT

Conselheiros Titulares - Seguimento Trabalhadores do SUS

Carla de Oliveira Maria - SINDSAUDE

Mariana Meneguelli D'Agostin - SESA/PMS

Conselheiros Titulares - Seguimento dos Gestão/Prestador de Serviço

Raphaella Schimitd Ferreira -SESA/PMS

Conselheiros Suplentes - Seguimento dos Gestão/Prestador de Serviço

Marcilene Ferreira dos Santos - SBCP Cidade do Garoto

Marília Ribeiro de Oliveira - SESA/PMS

Carla de Oliveira Maria

Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Flávia de Macedo Cavallini

Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde



PREFEITURA DA
SERRA

**SECRETARIA DE
SAÚDE | SESA**

ELABORAÇÃO

Grupo de Trabalho Instituído pela Portaria SESA Nº 044, DE 03 DE ABRIL DE 2025

Elaine N. dos Santos Montarroyos - Superintendência de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

Eliane Magalhães de Souza - Superintendência de Atenção Primária à Saúde

Fátima Tolentino da Silva - Representantes do Conselho Municipal de Saúde

Flavia de Macedo Cavallini - Secretária Executiva do Conselho Municipal de Saúde

Juliana Bastos Fia Ghidetti - Superintendência de Atenção Especializada em Saúde

Juliana Rocha Rangel - Subsecretaria de Gestão em Saúde

Karina Daleprani Espíndula - Superintendência de Atenção Especializada em Saúde

Luzeni Rocha Azeredo - Superintendência de Atenção Especializada em Saúde

Marília Ribeiro de Oliveira - Superintendência de Atenção Especializada em Saúde

Marize Prata Rangel - Superintendência de Atenção Primária à Saúde

Paulo Roberto Jussim de Souza Junior - Superintendência de Vigilância em Saúde

Rafaela Venturini Cancian - Assessoria de Planejamento Estratégico

Raphaella Schimidt Ferreira - Assessoria de Planejamento Estratégico

Roniscley Nascimento Silva - Superintendência de Atenção Especializada em Saúde

Sérgio Machado de Ávila - Assessoria de Planejamento Estratégico

Veruska Segato Garcia da Silva - Assistência Farmacêutica

Zênia Rodrigues Batista - Assessoria de Planejamento Estratégico



PREFEITURA DA
SERRA

**SECRETARIA DE
SAÚDE | SESA**

CONTRIBUIÇÕES

Agner Loss Rodrigues - Superintendência de Gestão Administrativa
Albertina Bibiana Silva - Superintendência de Atenção Primária à Saúde
Alberto Nunes - Superintendência de Vigilância em Saúde
Ana Maria R. de Souza Ferreira - Superintendência da Vigilância em Saúde
Ana Paula da Silva - Superintendência de Atenção Primária à Saúde
Ana Paula Ferreira de Matos da Cunha - Superintendência de Gestão Administrativa
Andrea Aparecida Santos Lemos da Silva - Superintendência de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
Andreia Miranda - Superintendência da Vigilância em Saúde
Andria Carla Nascimento Pesente - Subsecretária de Gestão Administrativa, do Trabalho e da Educação em Saúde
Betsaida Moulin Malheiros - Superintendência de Atenção Especializada em Saúde
Carla de Lima Will de Siqueira - Superintendência de Atenção Primária à Saúde
Carla de Oliveira Maria - Superintendência de Atenção Primária à Saúde
Caroline Santos Lorencon - Superintendência de Vigilância em Saúde
Celia Regina Nascimento Recco - Superintendência de Vigilância em Saúde
Clarice Sampaio Cunha - Superintendência da Vigilância em Saúde
Cláudia Miossi - Superintendência de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
Cleidiane Lemos S.Ribeiro - Superintendência de Atenção Primária à Saúde
Debora Andrade Ribeiro - Superintendência de Atenção Primária à Saúde
Denise Martins de Oliveira - Superintendência da Vigilância em Saúde
Eliseu de Ávila Silveira - Superintendência de Atenção Especializada em Saúde
Claudino Rodrigues dos Santos Junior - Superintendência de Atenção Primária à Saúde
Erica Xavier dos Santos - Assessoria de Planejamento Estratégico
Fabiana Oliveira - Superintendência de Gestão Administrativa
Fabiano Martins - Superintendência de Vigilância em Saúde
Fernando Antonio Alves de Jesus - Superintendência da Vigilância em Saúde
Gabriel Nunes de Sales Correa - Superintendência da Vigilância em Saúde



PREFEITURA DA
SERRA

**SECRETARIA DE
SAÚDE | SESA**

Ivana Ananias de Oliveira - Superintendência de Atenção Especializada em Saúde
Jackson Pereira de Souza - Superintendência de Atenção Primária à Saúde
Jailto Francisco Rodrigues Junior - Superintendência da Vigilância em Saúde
Jéssica Melgaço Rodrigues - Assessoria de Planejamento Estratégico
Jociane Penha da Silva - Superintendência de Atenção Especializada em Saúde
Józima Januário de Souza e Souza - Superintendência da Vigilância em Saúde
Julia Cotto Bonella - Superintendência da Vigilância em Saúde
Juliana Bastos Fia Ghidetti - Superintendência de Atenção Especializada em Saúde
Juliana Rodrigues de Almeida Brandão - Superintendência da Vigilância em Saúde
Juliana Rocha Rangel - Subsecretaria de Gestão em Saúde
Karina Daleprani Espindula - Superintendente de Atenção Especializada em Saúde
Kênia Maria Rolim - Superintendência de Atenção Especializada em Saúde
Larissa Soares Coelho - Superintendência de Atenção Primária à Saúde
Letícia Henriques Viana Pinto - Superintendência de Atenção Especializada em Saúde
Letícia Peisino Buleriano - Assessoria de Planejamento Estratégico
Luana da Cruz Gallo Bernardi - Superintendência de Atenção Primária à Saúde
Luciana Nascimento Costa Troccoli - Superintendência de Atenção Primária à Saúde
Luciana Rodrigues de Carvalho Almeida - Superintendência de Atenção Primária à Saúde
Lucimar Ribeiro Caja - Superintendência de Atenção Primária à Saúde
Luiz Carlos da Silva Braga - Superintendência de Gestão Administrativa
Mariana Meneguelli Dagustinho - Superintendência de Gestão Administrativa
Marília Ribeiro de Oliveira - Superintendência de Atenção Especializada em Saúde
Marineuza Zatta - Superintendência de Vigilância em Saúde
Marize Prata P. Rangel - Superintendência de Atenção Primária à Saúde
Matheus Cidame - Superintendência de Atenção Primária à Saúde
Michelle Santos de Oliveira - Superintendência da Vigilância em Saúde
Mycheli Felberk Damasceno Cardoso - Superintendência de Vigilância em Saúde
Nívia Alves Mota - Superintendência de Atenção Primária à Saúde
Patrícia Regina Silva e Stuck Moraes - Superintendência de Gestão Administrativa



PREFEITURA DA
SERRA

**SECRETARIA DE
SAÚDE | SESA**

Paulo Roberto Jussim de Souza Junior- Superintendência da Vigilância em Saúde

Paulo Rodrigues Weigert - Superintendência da Vigilância em Saúde

Plínio Meira Wetter - Superintendência da Vigilância em Saúde

Polyanna Pimentel Muniz -Superintendência de Gestão Administrativa

Priscilla do Nascimento Mathias - Superintendência de Atenção Primária à Saúde

Raquel Marchesini Sipioni - Superintendência de Atenção Primária à Saúde

Reginaldo P. Sobreira - Superintendência de Vigilância em Saúde

Renata B.Bernardes - Superintendência de Atenção Primária à Saúde

Renata Lugão de Carvalho Azevedo - Superintendência da Atenção Primária à Saúde

Rodrigo Resende Brandão - Superintendência da Vigilância em Saúde

Rodrigo S. Cipriano - Superintendência da Vigilância em Saúde

Roniscley Nascimento Silva - Superintendência de Atenção Especializada em Saúde

Rosiane Cosme Nascimento - Superintendência de Atenção Primária à Saúde

Sabine de Souza Wendling - Superintendência de Vigilância em Saúde

Sabrina de Aquino Souza - Superintendência de Atenção Especializada em Saúde

Sândia Goulart de Souza Daher de Moraes- Superintendência de Atenção Primária à Saúde

Sílvia Cardoso Lyrio - Superintendência de Atenção Primária à Saúde

Síntia Dias Portugal - Superintendência de Atenção Primária à Saúde

Sonyara Gonçalves Cortes Scaquetti - Superintendência de Atenção Primária à Saúde

Suellen Machado Sabino - Superintendência da Vigilância em Saúde

Tarcísio Vargas de Araújo - Superintendência de Atenção Especializada em Saúde

Tatiane Viana Ramos Silva - Superintendência de Atenção Primária à Saúde

Tereza Valeska de S. - Superintendência de Atenção Primária à Saúde

Thays Capello Moreira - Superintendência da Vigilância em Saúde

Thiago do Nascimento Montarrois - Superintendência da Vigilância em Saúde

Valda Aparecida B. do Nascimento- Superintendência de Atenção Especializada em Saúde



PREFEITURA DA
SERRA

**SECRETARIA DE
SAÚDE | SESA**

Valdirene Varejão Nascimento Santana - Superintendência de Atenção Especializada em Saúde

Valéria Cristina Chinelli de Almeida - Superintendência de Vigilância em Saúde

Vânia Azevedo de Souza - Superintendência de Atenção Primária à Saúde

Vitor Daltio Capdeville - Superintendência de Atenção Primária à Saúde

Vitor Rosa de Oliveira - Superintendência da Vigilância em Saúde

Viviane Marins Barbosa - Superintendência de Vigilância em Saúde

O Planejamento Estratégico em Saúde registra agradecimento ao servidor Alexandre Coutinho Sattler Coutinho pelas contribuições técnicas no levantamento, sistematização e análise de dados, que subsidiaram a elaboração do presente Plano, em especial na construção do diagnóstico situacional do Município da Serra.



PREFEITURA DA
SERRA

**SECRETARIA DE
SAÚDE | SESA**

INFORMAÇÕES DA UNIDADE GESTORA

Secretaria Municipal de Saúde

Nome do Órgão: Secretaria Municipal de Saúde

Numero no CNES: 6311903

Endereço: R. Domingos Martins, 181 - Serra Centro, Serra - ES, 29176-060

E-mail: sesa@serra.es.gov.br

Telefone: (27) 3252-7497

Informações da Gestão

Prefeito: Weverson Valcker Meireles

Secretário de Saúde: Fernanda Coimbra Mota da Silva

E-mail do Secretário: sesa@serra.es.gov.br

Telefone do Secretário: (27) 3252-7497

Fundo de Saúde

Lei de Criação: Lei 1505, de 17 de Junho de 1991

Data de Criação: 17/06/1991

CNPJ: 14.814.026/0001-88

Natureza Jurídica: Fundo Municipal de Saúde

Nome do Gestor do Fundo: Rayllane Moraes Bastos

Plano de Saúde

Período do Plano: 2026-2029

Status do Plano: Aprovado

Data da Aprovação Conselho de Saúde: 09/02/2026

Resolução da Aprovação Conselho de Saúde: Resolução do CMSS nº 698, de 11 de fevereiro de 2026.



PREFEITURA DA
SERRA

**SECRETARIA DE
SAÚDE | SESA**

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01: População distribuída por raça/cor e ciclos de vida.

Figura 02: Organograma Institucional.



LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Série histórica da população residente de Serra com linha de tendência até 2029.

Gráfico 2: Pirâmide populacional de 2010 e 2020 da população residente de Serra.

Gráfico 3: Série histórica da taxa bruta de natalidade por mil habitantes - Serra (2014 a 2024).

Gráfico 4: Índice de envelhecimento em 2010 a 2022.

Gráfico 5: Série histórica de pessoas inscritas no Cadastro único em situação de pobreza, segundo faixa do Programa Bolsa Família (03/2023 a 08/2025).

Gráfico 6: Série histórica do percentual de parto vaginal de residentes de Serra (2012-2024).

Gráfico 7: Série histórica dos registros de atendimentos em serviços de atenção básica do crescimento e desenvolvimento na puericultura de crianças de até 2 anos.

Gráfico 8: Série histórica dos registros de atendimentos em serviços de atenção básica do crescimento e desenvolvimento na puericultura de crianças por mês de 2022 a 2024.

Gráfico 9: Série histórica da frequência absoluta de internações de residentes por ano e taxa de internação por mil habitantes, de 2021 a 2024.

Gráfico 10: Série histórica do número de atendimentos médicos nas UPAS de Serra (2019-2024).

Gráfico 11: Série histórica da frequência absoluta de internações em menores de 5 anos por condições sensíveis à atenção básica residentes de Serra.

Gráfico 12: Distribuição da frequência de casos de sífilis adquirida, em gestante e congênita de residentes de Serra de 2016 a 2024.

Gráfico 13: Distribuição da incidência de casos de sífilis congênita de 2016 a 2024 de residentes de Serra.

Gráfico 14: Série histórica do número de casos confirmados de dengue clássica, dengue com sinais de alarme e dengue grave de 2020 a 2024.

Gráfico 15: Distribuição dos óbitos por ano e por doença de 2016 a 2024 residentes de Serra.



PREFEITURA DA
SERRA

**SECRETARIA DE
SAÚDE | SESA**

Gráfico 16: Distribuição da frequência absoluta de casos notificados de atendimento da profilaxia da raiva em residentes de Serra de 2020 a 2024 por ano e espécie de animal agressora.

Gráfico 17: Série histórica de casos notificados de AIDS/HIV+ por ano de diagnóstico residentes de Serra (2015 a 2024).

Gráfico 18: Coeficiente de incidência de AIDS/HIV+ por sexo de residentes de 2020 a 2024.

Gráfico 19: Coeficiente de mortalidade por HIV/AIDS de residentes de Serra, 2015-2024.

Gráfico 20: Série histórica da taxa de incidência de hepatite A da região sudeste, do estado do ES e de Serra.

Gráfico 21: Série histórica comparativa da taxa de detecção de casos confirmados de hepatite B por cem mil habitantes do ES, da região sudeste e da cidade de Serra.

Gráfico 22: Série histórica da taxa de detecção de hepatite C por 100 mil habitantes da região sudeste, ES e do município de Serra.

Gráfico 23: Série histórica da violência interpessoal e autoprovocada em residentes de Serra, 2020 a 2024.

Gráfico 24: Série histórica de notificação de violências por ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso) de residentes no período de 2020 a 2024.

Gráfico 25: Série histórica de casos novos de hanseníase residentes por ano por tipo de entrada (2020-2024).

Gráfico 26: Série histórica dos indicadores epidemiológicos de contatos investigados e cura de casos novos (anos da coortes) de hanseníase residentes de Serra (2020-2024).

Gráfico 27: Série histórica do coeficiente de incidência de casos novos de tuberculose residentes de Serra por ano por 100 mil habitantes de 2018 a 2024.

Gráfico 28: Coeficiente de mortalidade por tuberculose padronizado por 100 mil habitantes dos principais municípios da Grande Vitória.

Gráfico 29: Positividade de vírus respiratório dos casos de SRAG notificados por faixa etária de residentes de Serra em 2025.

Gráfico 30: Distribuição mensal da taxa de positividade da síndrome gripal e do



PREFEITURA DA
SERRA

**SECRETARIA DE
SAÚDE | SESA**

perfil epidemiológico viral na UPA Castelândia/SERRA-ES (2024).

Gráfico 31: Distribuição temporal de casos confirmados e óbitos de COVID-19 de 2020 a 2025.

Gráfico 32: Distribuição de óbitos por COVID por ano e sexo de residentes de Serra (2020-2025).

Gráfico 33: Série histórica de meningite notificada e confirmada em residentes de Serra, 2020 a 2025.

Gráfico 34: Série histórica da frequência de casos notificados por ano por forma clínica de 2020-2025.

Gráfico 35: Distribuição por ano das notificações de acidentes de trabalho ocorridos em Serra.

Gráfico 36: Série histórica da mortalidade proporcional dos principais grupos de causas de 2016 a 2024.

Gráfico 37: Série histórica das causas de mortalidade prematura por ano de residentes de Serra (2016-2024).

Gráfico 38: Taxa de mortalidade prematura pelas quatro principais doenças crônicas não transmissíveis de 2018 a 2024

Gráfico 39: Série histórica da taxa de mortalidade infantil do município de Serra, 2015 a 2024.

Gráfico 40: Série histórica da distribuição do óbito por componente de mortalidade infantil.

Gráfico 41: Razão de mortalidade materna de residentes de Serra 2018 a 2024.



LISTA DE TABELAS

Tabela 1: População serrana segundo faixas de renda cadastrada no Cadúnico em 2025 (referência 08/2025).

Tabela 2: Estimativa populacional por tipo de deficiência de residentes.

Tabela 3: Série histórica da frequência da distribuição de nascidos vivos por faixa etária materna, de 2021 a 2024 e percentual de gravidez na adolescência.

Tabela 4: Série histórica da escolaridade das gestantes residentes de Serra, de 2021 a 2024.

Tabela 5: Série histórica do peso ao nascer dos recém-nascidos residentes de Serra, de 2017 a 2024.

Tabela 6: Distribuição das causas de internações segundo capítulos da CID-10 de 2021 e 2014.

Tabela 7: Série histórica das causas específicas de internações hospitalares por CID-10 Serra (2021-2024).

Tabela 8: Frequência acumulada de causas de internações por sexo de 2015 a 2020.

Tabela 9: Série histórica das principais causas de internações por condições sensíveis à atenção básica em residentes de Serra de 2015 a 2020.

Tabela 10: Série histórica da frequência absoluta e prevalência de sífilis adquirida e em gestante em residentes de Serra de 2012 a 2020.

Tabela 11: Série histórica dos casos notificados de dengue no município de Serra.

Tabela 12: Série histórica dos casos notificados de Zika e parâmetros de monitorização.

Tabela 13: Distribuição da frequência absoluta de casos de Chikungunya de residentes de Serra.

Tabela 14: Série histórica da frequência absoluta da mortalidade ordenada por causas segundo capítulo da CID de residentes de Serra de 2016 a 2024.

Tabela 15: Causas de óbitos evitáveis em menores de 1 ano.

Tabela 16: Série histórica das causas de óbito por capítulo da CID de menores de 1 ano de 2016 a 2020.

Tabela 17: Série histórica de óbitos maternos residentes por causas detalhadas do



PREFEITURA DA
SERRA

**SECRETARIA DE
SAÚDE | SESA**

capítulo XV de 2019 a 2024.

Tabela 18: Coberturas vacinais do calendário básico de 1 ano de idade.

Tabela 19: Evolução de despesas em Saúde no município de Serra/ES, de 2022 a 2025.

Tabela 20: Evolução de repasses Federal em Saúde no município de Serra/ES, de 2022 a 2025.

Tabela 21: Previsão orçamentária em Saúde no município de Serra/ES para o ano de 2026.



PREFEITURA DA
SERRA

**SECRETARIA DE
SAÚDE | SESA**

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Regiões de saúde e unidades de saúde da Serra, 2026.

Quadro 2 - Regiões administrativas e bairros da Serra.

Quadro 3: Rede Municipal de Serviços 2025.



PREFEITURA DA
SERRA

**SECRETARIA DE
SAÚDE | SESA**

LISTA DE SIGLAS

ABC: Associação de Bandas de Congo da Serra
ACS: Agente Comunitário de Saúde
AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMES: Ambulatório Municipal de Especialidades
AMPTS: Ambulatório Municipal de Pessoas TRANS da Serra
APA: Áreas de Proteção Ambiental
APAE: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS: Atenção Primária à Saúde
BA: Bahia
CAPS: Centros de Atenção Psicossocial
CAPS AD: Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CBO: Classificação Brasileira de Ocupações
CCIH: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEO: Centro de Especialidades Odontológicas
CERTS: Central de Regulação de Transporte Sanitário
CGZV: Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial
CHIKV: Vírus Chikungunya
CID: Classificação Internacional de Doenças
CIT: Comissão Intergestores Tripartite
CITV: Comitê de Investigação de Transmissão Vertical
CIVIT: Centro Industrial da Grande Vitória
CMMI: Comitê de Estudos de Mortalidade Materno Infantil
CMSS: Conselho Municipal de Saúde da Serra
CONASEMS: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COVID: Doença do Coronavírus
CTA: Centro de Testagem e Aconselhamento
CVAS: Centro de Vigilância Ambiental em Saúde



PREFEITURA DA
SERRA

**SECRETARIA DE
SAÚDE | SESA**

DANT: Doenças e Agravos Não Transmissíveis

DATASUS: Departamento de Informática do SUS

DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DEIDT: Departamento de Doenças Transmissíveis

DNV: Declaração de Nascidos Vivos

DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

eCR: Equipes de Consultório na Rua

e-SUS AB: Prontuário Eletrônico do Cidadão

ESB: Estratégia de Saúde Bucal

ESF: Estratégia de Saúde da Família

eSF: equipe de Saúde da Família

GGES: Gerência de Gestão da Educação em Saúde

GVE: Grupo de Vigilância Epidemiológica

H1N1: Vírus Influenza

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

HMMIS: Hospital Municipal Materno Infantil da Serra

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IJSN: Instituto Jones dos Santos Neves

IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis

LACEM: Laboratório Municipal Central

LACEN: Laboratório Central de Saúde Pública

LGBTQIA+: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros/Travestis,

Queer/Questionando, Intersexuais, Assexuais, Pansexuais/Polissexuais, Não-binários e Mais

LOA: Lei Orçamentária Anual

MDS/CadÚnico: Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Cadastro Único

MG: Minas Gerais

MS: Ministério da Saúde

MT: Mato Grosso



PREFEITURA DA
SERRA

**SECRETARIA DE
SAÚDE | SESA**

NUPREVI: Núcleo de Prevenção de Acidentes e Violências

ODS: Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

OIT: Organização Internacional do Trabalho

OMS: Organização Mundial de Saúde

OS: Organizações Sociais

OSS: Organizações Sociais de Saúde

PA: Pronto Atendimento

PAS: Programação Anual de Saúde

PCCV: Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos

PEC: Prontuário Eletrônico do Cidadão

PEC eSUS/AB: Prontuário Eletrônico do Cidadão no e-SUS Atenção Básica

PMS: Plano Municipal de Saúde

PMS: Prefeitura Municipal da Serra

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica

PNEPS: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNI: Programa Nacional de Imunizações

PNSIPN: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PPA: Plano Plurianual

PrEP: Profilaxia Pré-Exposição

PROEF: Programa de Orientação ao Exercício Físico e Nutricional

RAG: Relatório Anual de Gestão

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial

RAS: Redes de Atenção à Saúde

RDQA: Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior

REMES: Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

RENAME: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RJ: Rio de Janeiro

RN: Recém-Nascido

RIPSA: Rede Interagencial de Informações para Saúde

SAE: Serviço de Assistência Especializada

SESA: Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA DA
SERRA

**SECRETARIA DE
SAÚDE | SESA**

SGTES: Superintendência de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

SIH: Sistema de Informação Hospitalar

SIM: Sistema de Informação de Mortalidade

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SIPNI: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações

SISREG: Sistema de Regulação

SISVAN: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SIVEP: Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica

SP: São Paulo

SRAG: Síndrome Respiratória Aguda Grave

SUAS: Sistema Único de Assistência Social

SUS: Sistema Único de Saúde

SVS: Vigilância em Saúde e Ambiente

TABNET: Tabulação de Dados na Internet

TEA: Transtorno do Espectro Autista

UBS: Unidades Básicas de Saúde

UNAIDS: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

URS: Unidade Regional de Saúde

VE: Vigilância Epidemiológica

VIGIÁGUA: Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano

VIVA: Vigilância de Violências e Acidentes

VS: Vigilância em Saúde

WG: Grupo de Washington para Estatística sobre Pessoas com Deficiência

ZIKV: Zika Vírus



PREFEITURA DA
SERRA

**SECRETARIA DE
SAÚDE | SESA**

MENSAGEM DA SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

É com grande responsabilidade e compromisso com a população que apresentamos o Plano Municipal de Saúde, instrumento que orienta as ações, prioridades e investimentos da saúde pública em nosso município para os próximos anos. Este plano representa um importante instrumento de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito municipal, construído a partir da análise da realidade sanitária local, das necessidades da população e do diálogo entre gestores, profissionais de saúde e instâncias de controle social.

O documento expressa o compromisso da gestão municipal com o fortalecimento do SUS, com a ampliação do acesso aos serviços de saúde e com a qualificação da atenção prestada à população. Ao estabelecer diretrizes, objetivos e metas para o período de vigência, o Plano Municipal de Saúde orienta a organização da rede de atenção, a aplicação dos recursos públicos e o desenvolvimento de políticas e estratégias voltadas à promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidado integral às pessoas.

Mais do que um instrumento técnico, este plano reafirma a saúde como direito de todos e dever do Estado, consolidando o compromisso da gestão municipal com uma política pública orientada pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Seguiremos trabalhando para fortalecer nossa rede de serviços, ampliar a capacidade de resposta do sistema de saúde e garantir um cuidado cada vez mais qualificado, humanizado e resolutivo para toda a população.

Por fim, reiteramos que a implementação deste plano dependerá do esforço conjunto entre gestão, trabalhadores da saúde e sociedade civil, reafirmando a importância da participação social e do permanente aprimoramento das políticas públicas de saúde em nosso município.

Fernanda Coimbra Mota da Silva



SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	
2. ANÁLISE SITUACIONAL.....	
2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS, CULTURAIS, GEOGRÁFICOS E POPULACIONAIS.....	
2.2 - SITUAÇÃO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO.....	
2.3 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO.....	
2.4 - REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.....	
2.4.1 A Atenção Primária à Saúde.....	
2.4.2 A atenção especializada.....	
2.4.3 Assistência Farmacêutica.....	
2.5 - GESTÃO DE SAÚDE.....	
3. DEFINIÇÃO DAS DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES.....	
4. FINANCIAMENTO.....	
4.1. Marco legal e institucional do financiamento do SUS.....	
4.2. Estrutura do financiamento do SUS no município.....	
4.3. Fundo Municipal de Saúde.....	
4.4. Análise histórica do financiamento da saúde no município.....	
4.5. Distribuição dos recursos por nível de atenção.....	
4.6. Principais desafios do financiamento.....	
4.7. Perspectivas e estratégias para sustentabilidade financeira.....	
5. O PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....	
REFERÊNCIAS.....	
ANEXO - Resolução do CMSS - Aprovação do Plano Municipal de Saúde.....	



1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído constitucionalmente em 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990, constitui-se como política pública estruturante do Estado brasileiro, orientada pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade. A magnitude e a complexidade de um sistema público de saúde que atende a totalidade da população brasileira impõem desafios permanentes de gestão, coordenação e alocação eficiente de recursos, demandando processos de planejamento capazes de articular problemas, intervenções e resultados de forma lógica e transparente.

À luz da Teoria da Mudança, o planejamento em saúde é compreendido como um processo estruturado de explicitação da lógica causal que conecta a situação-problema identificada no território aos resultados esperados e aos impactos pretendidos sobre as condições de saúde da população. Nesse modelo, o planejamento deixa de ser apenas um instrumento normativo e passa a constituir um mapa estratégico, que explicita pressupostos, escolhas, responsabilidades institucionais e mecanismos de acompanhamento.

No contexto do SUS, cuja organização se fundamenta na descentralização político-administrativa e na direção única em cada esfera de governo, o planejamento em saúde assume papel central como instrumento de coordenação sistêmica. A partir da Teoria da Mudança, reconhece-se que cada esfera governamental atua sobre determinantes específicos, dispondo de capacidades institucionais próprias, e que a coerência entre problemas, ações e resultados depende da clareza quanto aos papéis institucionais e aos caminhos de transformação pretendidos.

A elaboração do Plano Municipal de Saúde observou o formato metodológico preconizado pelo Ministério da Saúde, estruturado em etapas integradas - diagnóstico situacional, definição de diretrizes, objetivos, metas, indicadores e mecanismos de monitoramento e avaliação - as quais, sob a ótica da Teoria da Mudança, correspondem à cadeia lógica de intervenção, que articula insumos, atividades, produtos, resultados intermediários e impactos de longo prazo. Nesse



sentido, a fase diagnóstica assume caráter estruturante, por definir com precisão os problemas prioritários, seus determinantes e os grupos populacionais mais afetados.

O diagnóstico situacional foi desenvolvido de forma ampliada e sistematizada, incorporando a análise de dados epidemiológicos, demográficos, assistenciais, financeiros, organizacionais e territoriais, bem como a avaliação da capacidade instalada da rede de atenção à saúde. Na perspectiva da Teoria da Mudança, esse conjunto de análises permitiu compreender o contexto, identificar fatores condicionantes, gargalos institucionais e riscos, bem como explicitar os pressupostos que orientam as escolhas estratégicas do plano. Neste sentido, o diagnóstico ultrapassa a mera descrição de indicadores, assumindo função estratégica de orientação da tomada de decisão governamental.

O processo metodológico adotado dialoga com o referencial do planejamento governamental sistematizado por Lassance, ao compreender o diagnóstico como instrumento de interpretação qualificada da realidade e de problematização dos problemas públicos, superando a mera descrição de indicadores. Sob a ótica da Teoria da Mudança, essa abordagem permite construir hipóteses de transformação, explicitando de que forma determinadas intervenções podem produzir mudanças mensuráveis nas condições de saúde e na organização dos serviços (Lassance, 2012).

No âmbito da fase diagnóstica, procedeu-se à identificação do público-alvo dos problemas de saúde a serem enfrentados no Município, compreendendo usuários do SUS, trabalhadores da saúde e gestores. Na lógica da Teoria da Mudança, o reconhecimento desses públicos é condição essencial para a definição de intervenções adequadas, uma vez que os resultados esperados dependem diretamente das mudanças produzidas no comportamento, no acesso, nas práticas institucionais e nas condições de trabalho desses atores.

Para tanto, foram adotadas estratégias de escuta qualificada e participação social, por meio da realização de pesquisas internas junto aos trabalhadores e gestores, bem como de consulta pública destinada aos usuários e à sociedade civil. Esses



instrumentos permitiram incorporar múltiplas perspectivas na identificação dos problemas, fortalecer a validação social do diagnóstico e reduzir riscos associados a pressupostos não explicitados, em consonância com o princípio da participação social e com a lógica da Teoria da Mudança, que reconhece a centralidade dos atores na produção dos resultados esperados.

A fase diagnóstica foi conduzida, ainda, com observância às instâncias formais de controle social, mediante a constituição de grupo de trabalho com participação do Conselho Municipal de Saúde e a incorporação das deliberações das conferências de saúde, incluindo a Conferência Municipal de Saúde realizada em 2025 e as conferências temáticas de saúde do trabalhador. Esses espaços contribuíram para alinhar prioridades, validar a leitura dos problemas e fortalecer os vínculos causais entre necessidades identificadas e estratégias propostas.

Dessa forma, a metodologia adotada encontra-se em conformidade com o formato normativo estabelecido pelo Ministério da Saúde e fundamentada em referencial conceitual reconhecido do planejamento governamental e da Teoria da Mudança, assegurando que o Plano Municipal de Saúde explicita de forma clara quais problemas se pretende enfrentar, para quem, por meio de quais estratégias, com quais resultados esperados e sob quais pressupostos, fortalecendo a transparência, a coerência e a efetividade da gestão do SUS no âmbito municipal.

Os instrumentos de planejamento em saúde - Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatórios de Gestão - integram esse arcabouço metodológico como instrumentos de operacionalização, monitoramento e aprendizagem institucional, articulando planejamento, execução e avaliação e condicionando o repasse de recursos financeiros, conforme normativas do SUS. Nessa perspectiva, o Plano Municipal de Saúde consolida-se como documento estratégico fundamental para gestores, trabalhadores, usuários e instâncias de controle social, ao explicitar a lógica de intervenção e os compromissos assumidos pelo Município na promoção da saúde da população.



Adota-se, ainda, o entendimento de que o planejamento se configura como processo contínuo e dinâmico, no qual as etapas se retroalimentam, possibilitando ajustes ao longo do período de vigência do plano, a partir do monitoramento e da avaliação dos resultados. Tal concepção é compatível com o modelo do Ministério da Saúde, que articula o Plano Municipal de Saúde aos instrumentos de gestão, em especial ao Relatório Anual de Gestão, assegurando a atualização permanente das análises e prioridades.

2. ANÁLISE SITUACIONAL

2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS, CULTURAIS, GEOGRÁFICOS E POPULACIONAIS

História

O Município da Serra/ ES, teve início com a fundação de uma aldeia próxima ao Mestre Álvaro (montanha com 833,00 m de altitude), na várzea, onde foi construída uma pequena igreja e em volta se estabeleceram os seus fundadores. Este local está a 2.414 metros da atual localização da Igreja Matriz de Nossa Senhora da Conceição.

Seus fundadores foram Maracajaguaçu (gato grande), Chefe dos índios Temiminós e o padre jesuíta Brás Lourenço, que a 08 de dezembro de 1556, terminaram a obra da Igreja e assim, fundaram a então, a Aldeia de Nossa Senhora da Conceição da Serra, hoje denominado município da Serra.

O município da Serra foi criado oficialmente em 1833, com território desmembrado do município de Vitória, por meio de Resolução do Conselho de Governo de 02 de abril de 1833 e instalado em 19 de agosto daquele ano.

Patrimônio cultural

O patrimônio histórico e cultural da Serra é riquíssimo. Além do folclore típico e da Igreja e Residência Reis Magos, construída por jesuítas e índios tupiniquins por volta de 1580, e tombada pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN), a Capela de São João Batista integra o projeto do Parque Arqueológico de



Carapina, construída em 1584 e tombada pelo Conselho Estadual de Cultura em 1984.

Outro importante sítio histórico e cultural, que marca a resistência e força do povo Serrano são as Ruínas da Igreja de São José do Queimado e os resquícios arqueológicos do povoado, que foi palco de uma insurreição de escravos liderada pelos heróis Chico Prego, João da Viúva e Elisiário, em 19 de março de 1849, e tombado pelo Conselho Estadual de Cultura em 1993. Além disso, as Ruínas foram reconhecidas em 26 de dezembro de 2025 como Patrimônio Cultural Brasileiro pelo IPHAN.

No Centro da Serra, construída em 1769, está a Igreja Matriz de Nossa Senhora da Conceição. Nos seus jardins é fincado o Mastro, símbolo máximo da festa do Ciclo Folclórico e Religioso de São Benedito, realizada há mais de 160 anos, no dia 26 de dezembro. Bem próximo, está a Estátua do Líder negro Chico Prego, o espaço multicultural Casa do Congo Mestre Antônio Rosa e o Museu Histórico da Serra, uma das construções mais antigas da Serra-Sede, o casarão da família Castello. Possuindo em seu acervo bens móveis, documentos e obras de arte, o casarão é um dos poucos remanescentes da arquitetura do século XIX.

O congo, uma das mais antigas expressões culturais do povo Serrano, expressa a mistura cultural ocorrida no Brasil desde o Período Colonial, que une o batuque à religiosidade. Surgido dentro de um contexto rural, mistura os imaginários mítico-culturais desses dos povos negros, indígenas e portugueses. Na Serra a tradição do Congo é transmitida por gerações desde o seu início com sua primeira liderança, Crispiniano da Silva. Tamanha sua importância para o cenário cultural brasileiro, que no ano de 2003, por intermédio da Associação de Bandas de Congo da Serra (ABC), recebeu a Comenda da Ordem do Mérito Cultural, honraria máxima da cultura nacional.

Geografia

O município da Serra, localizado no Estado do Espírito Santo, na Região Sudeste do Brasil, possui 547.631 km² de extensão territorial, o que corresponde a 1,2% do



território do Estado do Espírito Santo. Limita-se ao norte com o município de Fundão, ao sul com a capital Vitória e com o município de Cariacica, a leste com o Oceano Atlântico e a oeste com o município de Santa Leopoldina. Está inserido na Região Metropolitana da Grande Vitória, distante 28 km da capital Vitória. O município é composto por 07 distritos: Serra Sede, CIVIT, Laranjeiras, Carapina, Novo Horizonte, Castelândia e Jacaraípe. O território municipal é predominantemente rural, representando 65% da sua extensão.

O município localiza-se em um raio de 1.000 km de distância dos principais centros consumidores do país - São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Bahia. A posição geográfica privilegiada facilita o abastecimento de matérias primas e o acesso a mercados emergentes colocando-o como principal município industrial do Estado. O município é cortado pela atual Avenida Mestre Álvaro, anteriormente conhecida por BR 101, que liga o norte e o sul do país estando também muito próximo do início da BR 262 que liga o Espírito Santo ao centro do país, gerando um intenso fluxo de caminhão de carga, uma vez que se constitui rota de escoamento de outros estados (MG, MT, SP, RJ, BA, etc.).

O relevo Serrano apresenta uma variedade de feições geomorfológicas decorrentes de sucessivas mudanças climáticas, das características litológicas e estruturais e dos fatores biológicos. O clima pode ser definido como tropical quente e superúmido, com subseca no mês de agosto. O vento predominante é o nordeste, proveniente do oceano atlântico com ocorrência de vento sudoeste no inverno, devido à massa Polar Antártida.

Possui uma vasta rede hidrográfica, constituída em sua maioria de pequenos córregos e nascentes, tanto na área rural como na urbana. Os córregos da porção leste formam pequenas bacias litorâneas; os da porção central formam a bacia do rio Jacaraípe; os córregos localizados mais ao norte são contribuintes da bacia do rio Reis Magos e os das porções sul e oeste são contribuintes da bacia do rio Santa Maria da Vitória e da sub-bacia da baía de Vitória. A diversidade da flora é uma característica marcante, com remanescentes de mata atlântica, restinga e



manguezal. O município possui seis Unidades de Conservação, sendo cinco Áreas de Proteção Ambiental (APA) e o Parque Natural Municipal de Bicanga.

População

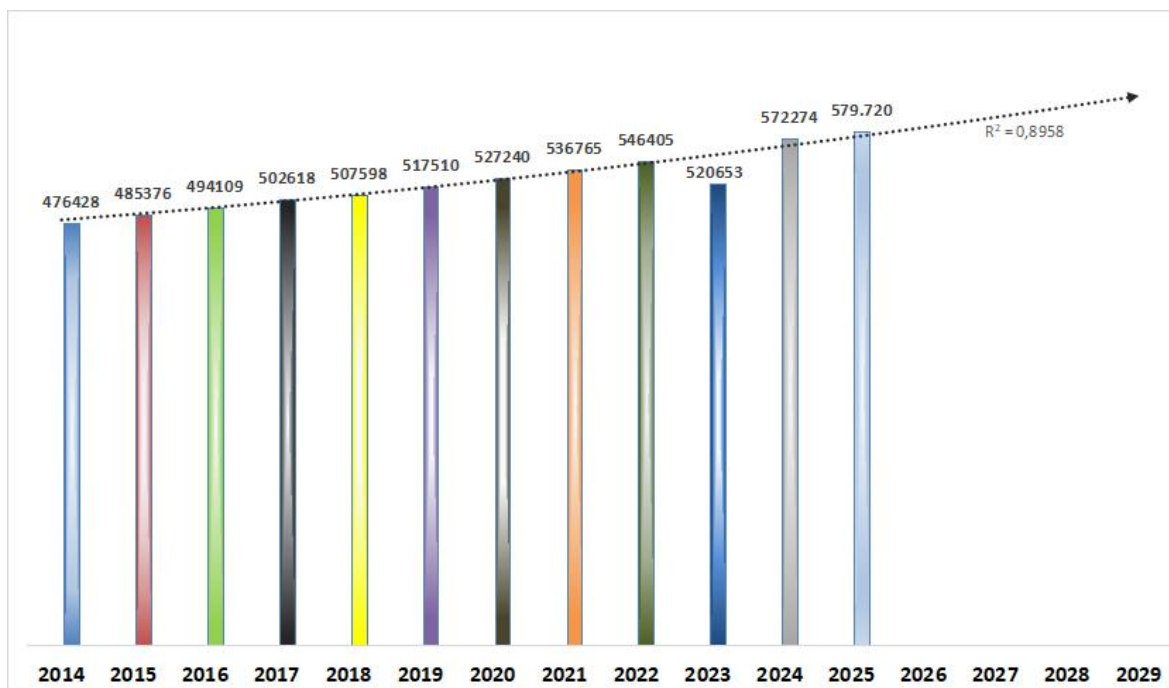
Conforme divulgado pelo último Censo Demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2022 a população residente no município da Serra foi estimada em 520.653 habitantes, valor inferior às estimativas anteriormente projetadas, fenômeno que também foi observado em diversos municípios brasileiros após a atualização censitária.

Apesar dessa revisão populacional, o Ministério da Saúde orienta que, para fins de planejamento das políticas públicas de saúde, seja considerada a projeção populacional mais recente divulgada pelo IBGE. Nesse sentido, o Ofício nº 05/2025-COESV/CGIAE/DAENT/SVSA/MS, publicado em 18 de janeiro de 2025, recomenda a utilização da estimativa populacional de 572.274 habitantes para o ano de 2024, indicando a retomada da tendência de crescimento populacional do município.

A análise da série histórica demonstra que, entre os anos de 2014 e 2024, o município registrou um crescimento populacional aproximado de 20%, refletindo o dinamismo demográfico da Serra e sua inserção estratégica na Região Metropolitana da Grande Vitória. Esse crescimento contínuo impõe à administração pública desafios relacionados ao planejamento territorial, urbano e ambiental, bem como à expansão e qualificação das políticas públicas, especialmente nos setores de saúde, educação, assistência social, mobilidade urbana e infraestrutura, de modo a assegurar a adequada provisão de serviços e a melhoria das condições de vida da população.

Esse cenário demográfico também está diretamente associado ao desenvolvimento econômico do município, à expansão do setor industrial e logístico e à atração de fluxos migratórios provenientes de outras regiões do Estado e do país, fatores que contribuem para a ampliação da demanda por serviços públicos e para a necessidade de fortalecimento das redes de proteção social.

Gráfico 1. Série histórica da população residente de Serra com linha de tendência até 2029.



Fonte: IBGE; DATASUS

Importa destacar que, embora a densidade demográfica municipal seja apresentada de forma agregada, existem importantes diferenças na distribuição populacional entre os territórios intra urbanos, especialmente entre as seis regiões de saúde do município (Quadro 1). Nessas áreas, a densidade populacional urbana apresenta grande variabilidade, com territórios que concentram desde aproximadamente 50 habitantes até áreas com densidades superiores a 2.000 habitantes por quilômetro quadrado, refletindo diferentes padrões de ocupação do solo, características socioeconômicas e processos históricos de expansão urbana.

Quadro 1 - Regiões de saúde e unidades de saúde da Serra, 2026.

REGIÃO DE SAÚDE	UNIDADES DE SAÚDE
Região I Serra Sede	Regional Serra Sede, UBS Campinho da Serra, UBS São Marcos, UBS Vista da Serra, UBS Planalto Serrano Bloco A, UBS Planalto Serrano Bloco B, UBS Putiri Itinerante.



**Região II
Serra
Dourada** Regional Serra Dourada, UBS Nova Carapina I, UBS Nova Carapina II, UBS Eldorado, UBS Barcelona, UAPS Porto Canoa, UBS Pitanga, UBS Barro Branco, UBS Taquara I, UBS Taquara II

**Regional III
Valparaíso** UBS Boa Vista, UBS Carapina Grande, UBS André Carloni, UBS Jardim Carapina, UBS Bairro de Fátima, UBS Manoel Plaza, UBS Laranjeiras Velha, UBS José de Anchieta, UBS Central Carapina, UBS Jardim Tropical, UBS P.Residencial Laranjeiras, URS Valparaíso.

**Região IV
Novo
Horizonte** Regional Novo Horizonte, UBS Carapebus, UBS Oceania, UBS Cidade Continental, UBS Chácara Parreiral, UBS São Diogo, UBS São Diogo, UBS Manguinhos.

**Região V
Feu Rosa** Regional Feu Rosa e UBS Vila Nova de Colares.

**Região VI
Jacaraípe** Regional Jacaraípe e UBS Nova Almeida.

Do ponto de vista administrativo, o município da Serra é composto por 124 bairros, conforme estabelecido pela Lei Municipal nº 3.421, de 24 de julho de 2009, estando organizados em sete regiões administrativas, as quais estruturam o processo de planejamento territorial e a organização da oferta de serviços públicos municipais.

Quadro 2 - Regiões administrativas e bairros da Serra.

REGIÕES

BAIRROS



**Região 1
Serra Sede**

Belvedere, Caçaroca, Campinho da Serra I, Campinho da Serra II, Centro da Serra, Cidade Nova da Serra, Colina da Serra, Divinópolis, Fazenda Cascata, Jardim Bela Vista, Jardim da Serra, Jardim Guanabara, Jardim Primavera, Nossa Senhora da Conceição, Santo Antônio, São Domingos, São Judas Tadeu, São Lourenço, São Marcos, Serra Centro, Maria Niobe, Vista da Serra I, Vista da serra II.

**Região 2
CIVIT**

Barcelona, Barro Branco, Civit I, Eldorado, Maringá, Mata da Serra, Nova Carapina I, Nova Carapina II, Novo Porto Canoa, Serra Dourada I, Serra Dourada II e Serra Dourada III.

**Região 3
Laranjeiras**

Alterosas, Camará, Cantinho do Céu, Central Carapina, Chácara Parreiral, Civit II, Diamantina, Guaraciaba, Jardim Limoeiro, Jardim Tropical, José de Anchieta, José de Anchieta II, Laranjeiras Velha, Morada de Laranjeiras, Nova Zelândia, Parque Residencial Laranjeiras, Planalto Carapina, Santa Luzia, São Diogo I, São Diogo II, São Geraldo, Solar de Anchieta, Taquara I, Taquara II e Valparaíso.

**Região 4
Carapina**

André Carloni, Bairro de Fátima, Boa Vista Carapina, Carapina Grande, Conjunto Carapina I, Eurico Salles, Hélio Ferraz, Jardim Carapina, Manoel Plaza, Rosário de Fátima e TIMS.

**Região 5
Novo
Horizonte**

Balneário de Carapebus, Bicanga, Cidade Continental, Manguinhos, Novo Horizonte e Praia de Carapebus.



**Região 6
Castelândia**

Castelândia, Centro Industrial do Município, Condomínio Ecológico Parque da Lagoa, Conjunto Jacaraípe, Feu Rosa, Ourimar, Portal de Jacaraípe, São Pedro, Sítio Irema e Vila Nova de Colares.

**Região 7
Jacaraípe**

Bairro das Laranjeiras, Costa Dourada, Costa Bela, Enseada de Jacaraípe, Estância Monazítica, Jardim Atlântico, Lagoa de Jacaraípe, Praia de Capuaba Residencial Jacaraípe, São Francisco, São Patrício, Bairro Novo, Boa Vista, Nova Almeida, Nova Almeida centro, Marbela, Parque das Gaivotas, Parque Nova Fé, Parque Residencial Nova Almeida, Praiamar, Reis Magos, São João e Serramar.

Fonte: PMS/SEPLAE, 2021.

Nesse contexto, a organização territorial do município constitui elemento fundamental para o planejamento e a gestão da rede de atenção à saúde. A distribuição da população entre as diferentes regiões administrativas e regiões de saúde orienta o processo de territorialização do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo a definição das áreas de abrangência das unidades de saúde, a adscrição da população às equipes de Atenção Primária e o planejamento da oferta de serviços conforme as necessidades epidemiológicas e demográficas de cada território. Dessa forma, o conhecimento da dinâmica populacional e da distribuição espacial dos habitantes subsidia a tomada de decisão quanto à implantação, ampliação e qualificação da infraestrutura e dos serviços de saúde, contribuindo para a organização da rede de atenção, a redução de desigualdades territoriais no acesso e o fortalecimento do princípio da equidade no âmbito do SUS.

Composição populacional

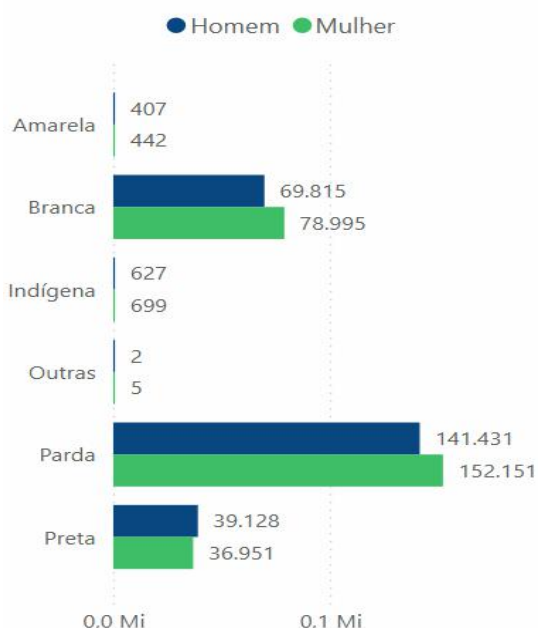


De acordo com dados do IBGE, aproximadamente 70,99% da população do município da Serra autodeclara-se parda, característica que reflete o processo histórico de formação populacional do município, marcado pela diversidade étnico-racial e pela intensa dinâmica migratória observada ao longo das últimas décadas.

A mediana de idade da população é de 33 anos, evidenciando um perfil demográfico predominantemente jovem-adulto. Observa-se que 66,2% da população encontra-se nas faixas etárias entre 15 e 59 anos, enquanto 12,8% correspondem à população idosa, com 60 anos ou mais. Esse padrão demográfico indica significativa presença de população em idade produtiva, ao mesmo tempo em que evidencia a ampliação gradual do contingente de idosos.

Ao comparar os resultados dos Censos Demográficos de 2000, 2010 e 2022, observa-se mudanças progressivas na estrutura da pirâmide etária do município, caracterizadas pelo estreitamento da base e pela ampliação relativa das faixas etárias superiores. Esse comportamento demográfico indica a continuidade do processo de transição demográfica, marcado pela redução das taxas de natalidade e pelo aumento da expectativa de vida, fenômenos que resultam no gradual envelhecimento populacional e trazem implicações relevantes para o planejamento das políticas públicas, especialmente nas áreas de saúde, assistência social e proteção social ao idoso.

Figura 01. População distribuída por raça/cor e ciclos de vida.



Fonte: IJSN

População total do município:	520.653
Criança e Adolescente (0 a 14 anos):	109.824 21,1%
Jovem (15 a 29 anos):	116.519 22,4%
Adulto (30 a 59 anos):	227.829 43,8%
Idoso (60 anos ou mais):	66.481 12,8%

Observa-se um crescimento expressivo da população idosa no município. O percentual de pessoas com 60 anos ou mais aumentou de 3,9% em 2010 para 12,8% em 2022, representando um incremento relativo de aproximadamente 317% no período analisado. Apesar desse avanço, a Serra ainda figura entre os três municípios com menor proporção de idosos no Estado do Espírito Santo, evidenciando que, embora o processo de envelhecimento populacional esteja em curso, o município ainda apresenta perfil demográfico relativamente jovem quando comparado a outras localidades do estado.

Em sentido oposto, observa-se redução na participação relativa da população infantil, especialmente na faixa etária de 0 a 4 anos, que passou de 8,1% em 2000 para 6,7% em 2022, correspondendo a uma diminuição de aproximadamente 20,9% na participação dessa faixa etária na estrutura populacional. Esse comportamento demográfico reflete a redução das taxas de fecundidade e natalidade, fenômeno observado em todo o território nacional nas últimas décadas.

Assim, os dados demográficos do município expressam não apenas uma fotografia estática da população, mas evidenciam um processo de transição demográfica e epidemiológica em curso, caracterizado pela redução relativa da população infantil e pelo aumento progressivo do contingente de idosos. Esse cenário produz impactos



diretos sobre o perfil de necessidades em saúde, exigindo do sistema municipal de saúde planejamento estratégico e reorganização da rede de atenção, de modo a qualificar a resposta às demandas específicas dos diferentes ciclos de vida.

Gráfico 2. Pirâmide populacional de 2010 e 2020 da população residente de Serra.



Fonte: DATASUS/MS. Elaboração: IJSN

Indicadores demográficos do município

Taxa bruta de natalidade

A taxa bruta de natalidade corresponde ao número de nascidos vivos de mães residentes em determinado território, em um período específico, padronizado por mil habitantes. Trata-se de um indicador demográfico amplamente utilizado para analisar a dinâmica populacional e as mudanças no padrão reprodutivo da população, estando frequentemente associado a fatores socioeconômicos, culturais e às condições de acesso a políticas públicas de saúde, educação e planejamento reprodutivo (RIPSA, 2008).

No município da Serra observa-se tendência de redução desse indicador ao longo dos últimos anos. Conforme já evidenciado no Plano Municipal de Saúde 2022-2025, entre 2010 e 2020 a taxa apresentou redução de 18,3%. A série histórica mais recente reforça esse comportamento, passando de 14,3 nascimentos por mil habitantes em 2020 para 12,8 em 2024, evidenciando continuidade no declínio da

natalidade no município. Esse movimento acompanha a tendência observada no Brasil, onde a taxa já se situava em 14,16 nascimentos por mil habitantes em 2015, refletindo transformações demográficas relacionadas à urbanização, maior escolaridade feminina, inserção da mulher no mercado de trabalho e ampliação do acesso a métodos de planejamento reprodutivo.

A análise da série histórica apresentada no Gráfico 3, referente ao período de 2014 a 2024, evidencia uma trajetória predominantemente decrescente da taxa bruta de natalidade no município da Serra. Em 2014 a taxa era de 17,3 nascimentos por mil habitantes, reduzindo gradualmente ao longo da década. Entre 2016 e 2018 observa-se um período de relativa estabilidade, com taxas em torno de 15,8, seguido por nova tendência de queda a partir de 2019. Nos anos mais recentes, o indicador permanece em patamar inferior ao observado no início da série, alcançando 12,8 em 2024, o menor valor do período analisado.

Gráfico 3. Série histórica da taxa bruta de natalidade por mil habitantes - Serra (2014 a 2024).



Fonte: IBGE; DATASUS e SINASC. Elaboração: SESA/SVS/GVE

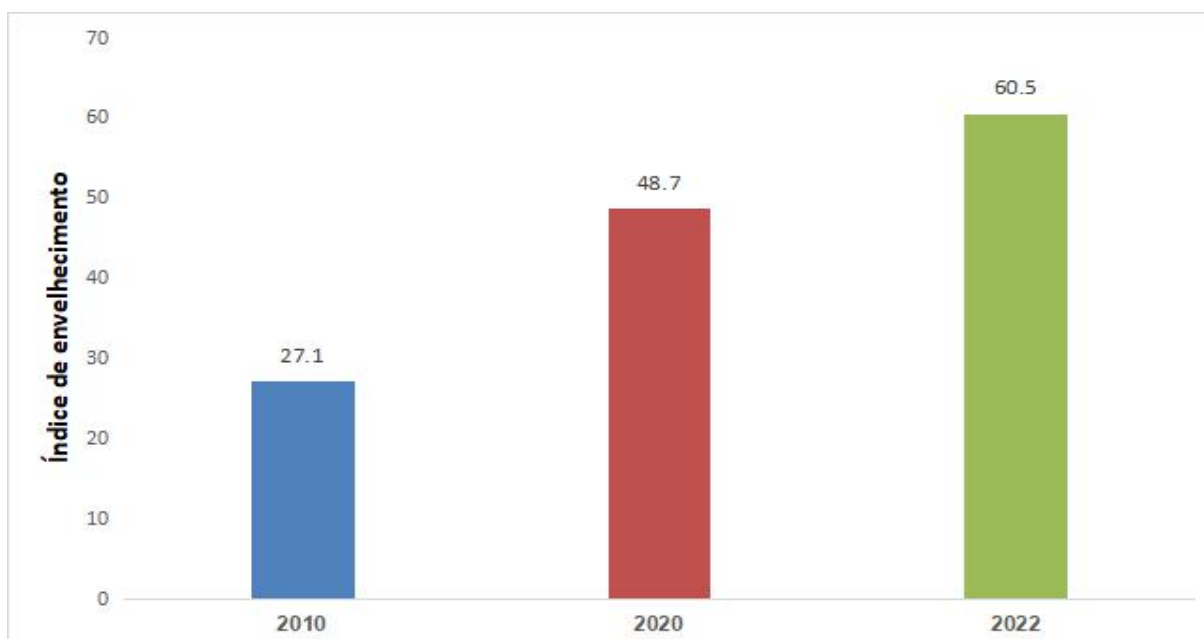
Observação: Para o ano de 2023 foi utilizado a população do censo de 2022.

Taxa ou índice de envelhecimento populacional

Segundo a Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA), a taxa de envelhecimento é calculada com o número de pessoas de 60 e mais anos de idade,

para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico e tempo considerado. Este indicador apresenta uma razão entre os componentes etários extremos da população e informa o grau de estágio da transição demográfica da população. Para fins comparativos o gráfico 4 apresenta a taxa de 2010 a 2022.

Gráfico 4. Índice de envelhecimento em 2010 a 2022.



Fonte: DATASUS(PMS/SESAVE)

Segundo o censo de 2022, a população acima de 60 anos é de 66.481 pessoas. Nota-se aumento de 43,7% da taxa de envelhecimento, ou seja, crescimento em ritmo aproximado de 5,9% por ano. No Brasil e no Estado do Espírito Santo, este índice é de 80% e 85% respectivamente.

População em situação de vulnerabilidade social

Segundo dados disponibilizados pelo Ministério do Desenvolvimento Social provenientes do cadastro único dos programas sociais, a Serra possui 238.852 pessoas (equivalente a 41,2% da população estimada em 2026), em situação de pobreza e extrema pobreza.

Tabela 1. Pessoas cadastradas no CadÚnico por faixa de renda no Município da Serra, fevereiro de 2026.



Faixa de renda por pessoa cadastrada no CADÚNICO	Pessoas
Pobreza (renda até R\$ 218,0)	92.081 (39%)
Baixa renda (até ½ salário mín)	69.313 (29%)
Pessoas cadastradas acima de ½ salário mín	77.458 (32%)
Total	238.852

Fonte: MDS/CadÚnico (<https://aplicacoes.cidadania.gov.br/ri/pbfcad/painel.html>)

Outro aspecto relevante a esse respeito é que em relação ao período analisado, em agosto de 2025 o município estava com o menor número de pessoas cadastradas e beneficiadas do programa bolsa família desde março de 2023. Ao mesmo tempo em que a quantidade de inscritos em famílias com renda per capita mensal acima de meio salário mínimo vem aumentando gradualmente.

Gráfico 5. Série histórica de pessoas inscritas no Cadastro único em situação de pobreza, segundo faixa do Programa Bolsa Família (03/2023 a 08/2025).



Fonte: Ministério da cidadania (<https://aplicacoes.cidadania.gov.br/ri/pbfcad/painel.html>)

População em situação de rua

Em dezembro de 2022, ainda sob o contexto da pandemia da COVID, 0,12% da população no Brasil estava em situação de rua, sendo 236.400 pessoas no país e no Espírito Santo este percentual era de 0,09% (conforme cadastro único de 2022). Em relação à Serra, conforme dados do Mapeamento da População em Situação de Rua, realizado por iniciativa do Ministério Público do Espírito Santo, informa que 942 pessoas em situação de rua em 2023.

Por outro lado, o sistema de informação de prontuário eletrônico do cidadão (PEC esus/AB), utilizado em toda rede básica de saúde municipal, informa no relatório “Cadastro Individual” (data de 27/08/2025), 980 pessoas em situação de rua.

Importante considerar que há divergência no referencial conceitual das políticas sociais, entretanto, o objetivo aqui é considerar a existência de populações de maior vulnerabilidade. Para assistência social não é considerado pessoa em situação de rua aquela que tem vínculo ou família com residência, enquanto para a saúde toda pessoa que passa o dia na rua, mesmo que tenha abrigo social a noite, está em situação de rua uma vez que está exposta a alimentação e higiene de forma precária entre diversos outros riscos como violência e drogas ilícitas.

Pessoas com deficiência

O Estatuto da Pessoa com Deficiência, lei federal nº 13.416/2015, define:

“pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.”

O censo demográfico de 2010 identificou que 24% da população brasileira, quase 46 milhões de pessoas, têm algum tipo de deficiência, seja mental, motora, visual ou auditiva. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) e o Grupo de Washington para Estatística sobre Pessoas com Deficiência (WG), propuseram padronização internacional, o que levou o país a adotar uma nova metodologia. Desta forma, a Pesquisa Nacional em Saúde de 2013, considerou outros critérios e identificou 12,4 milhões de pessoas, uma prevalência de 6,8% com alguma deficiência.

Considerando as respectivas limitações metodológicas para se aplicar ao município de Serra, uma aproximação do estudo permite estimar o seguinte contingente populacional por tipo de deficiência. Vale ressaltar que os dados da população com deficiência visual consideram apenas pessoas com perda total de visão.

Tabela 2. Estimativa populacional por tipo de deficiência de residentes.

Deficiência - tipos	Prevalência estimada	População residente estimada em 2025	Dados do PEC esus/AB *
----------------------------	-----------------------------	---	-------------------------------



Física	1,30%	7.530	4192
Auditiva	1,10%	6.371	1.349
Visual	3,60%	20.852	3.690
Intelectual	0,80%	4.634	3.667
TEA (Transtorno do espectro autista)		-	832
Total	6,80%	39.387	12.958

Fonte: PEC (Esus/AB). *Dados de 27/08/2025. População estimada pelo IBGE 579.220 habitantes.

2.2 - SITUAÇÃO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO

Situação populacional ao nascer

Compreender parâmetros relacionados à gestação, ao parto e ao recém nascido subsidiam a análise das condições sociais e de assistência à saúde materno e fetal no município. Utilizou-se como fonte de dados as informações geradas a partir do preenchimento da Declaração de Nascidos Vivos (DNV), documento obrigatório para as maternidades e profissionais de saúde que acompanham o parto. Dessa forma, os dados se referem a todos os nascidos vivos de mães residentes em Serra, tanto no serviço público como também no privado.

Nascimentos por idade materna

A idade ideal para a gestação varia conforme padrões sócio-culturais e econômicos, portanto não há um consenso sobre o momento ideal, no entanto, sabe-se que a gravidez na adolescência pode gerar impactos significativos na saúde. Nesse contexto, a Lei Federal nº 13.798/2019 institui a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência, entre outras medidas, também expressas no Estatuto da Criança e do Adolescente. Os dados da tabela 3, apresentam uma série histórica dos nascimentos por faixa etária materna.

Os dados do indicador do percentual de gravidez na adolescência demonstram uma redução 42,3% em 2024 comparando a 2014 e conforme demonstrado na tabela 3, tem se mantido estável em 2023 e 2024 com 10,1%.



Tabela 3. Série histórica da frequência da distribuição de nascidos vivos por faixa etária materna, de 2021 a 2024 e percentual de gravidez na adolescência.

Faixa etária materna	2021	2022	2023	2024
< 15 anos	38	23	28	35
15-19 anos	777	749	725	706
20-24 anos	1699	1673	1692	1712
25-29 anos	1801	1842	1850	1820
30-34 anos	1665	1729	1642	1592
35-40 anos	1097	1149	1128	1109
40-44 anos	330	332	363	327
45-49 anos	20	19	23	25
50 anos ou +	1	1	0	0
Percentual de gravidez na adolescência (até 19 anos)	11,0%	10,3%	10,1%	10,1%

Fonte: SINASC/TABNET (elaboração PMS/SESA/VE)

Escolaridade materna

A faixa etária e a escolaridade materna são variáveis das condições sócio-econômicas, uma vez que estão intimamente relacionados entre si na medida em que o maior tempo de escolarização, contribui para maior qualificação profissional que resulta em maiores possibilidades no mercado de trabalho da sociedade pós-moderna. Os dados da tabela 4, abaixo, apresentam a série histórica, indicando uma rápida transformação social em curso.

Tabela 4. Série histórica da escolaridade das gestantes residentes de Serra, de 2021 a 2024.

Escolaridade	2021	2022	2023	2024	Total
Sem escolaridade	8	10	9	5	32
Até 3 série 1 grau	45	31	30	22	128
De 4ª a 7ª série	790	651	599	554	2.594
1º grau completo	4.876	5.012	5.011	4.976	19.875
2º grau completo	1.709	1.811	1.802	1.767	7.089
Ignorada	0	2	0	2	4
Total	7.428	7.517	7.451	7.326	29.722

Fonte: SINASC (elaboração PMS/SESA/VE)

Peso ao nascer das crianças de Serra



O peso ao nascer constitui um parâmetro crítico na avaliação da saúde neonatal, servindo como indicador prognóstico de morbimortalidade infantil. Recém-nascidos com baixo peso ao nascer apresentam risco elevado de complicações como dificuldades respiratórias, infecções e retardo no desenvolvimento neurocognitivo, conforme evidenciado por meta-análises da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2023).

Estudos longitudinais demonstram correlação inversa entre baixo peso ao nascer e desfechos de longo prazo, incluindo maior incidência de doenças crônicas na idade adulta, como diabetes tipo 2 e hipertensão (Barker, 2004). Assim, o acompanhamento gestacional desse indicador permite intervenções precoces, otimizando a sobrevivência e a qualidade de vida das crianças.

Tabela 5. Série histórica do peso ao nascer dos recém-nascidos residentes de Serra, de 2017 a 2024.

Peso ao Nascer	2021		2022		2023		2024	
	Freq	Perc	Freq	Perc	Freq	Perc	Freq	Perc
0g a 999g	54	0,7%	39	0,5%	39	0,5%	56	0,8%
1000g a 1499g	65	0,9%	64	0,9%	77	1,0%	66	0,9%
1500g a 2499g	518	7,0%	608	8,1%	625	8,4%	579	7,9%
2500g a 2999g	1.524	20,5%	1.660	22,1%	1.625	21,8%	1.621	22,1%
3000g a 3999g	4.781	64,4%	4.746	63,1%	4.734	63,5%	4.679	63,9%
4000g e mais	486	6,5%	399	5,3%	350	4,7%	325	4,4%
ignorado	0	0,0%	1	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
Total	7.428	100,0%	7.517	100,0%	7.451	100,0%	7.326	100,0%

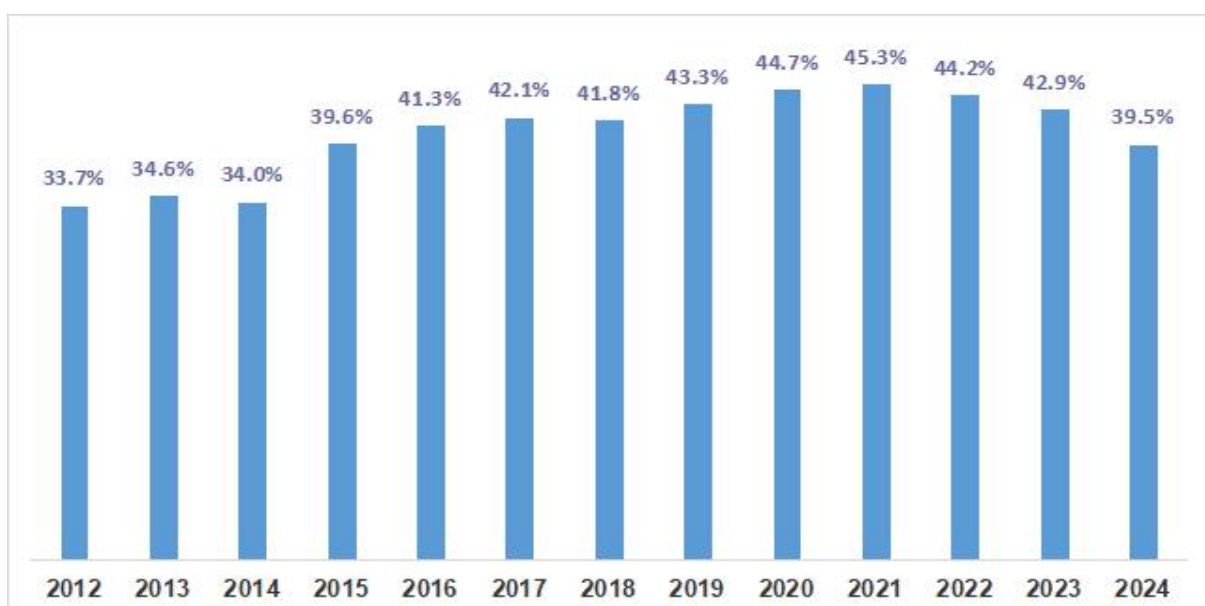
Fonte: SINASC (elaboração PMS/SESA/VE).

Tipo de parto

A Organização Mundial de Saúde (OMS) apresenta 10 a 15% do total de partos como taxa ideal de cesariana. No entanto, tais valores são muito abaixo do encontrado no município da Serra. Vale ressaltar que esse não é um fenômeno isolado, pois o Espírito Santo e Brasil também apresentam altas taxas de parto cesáreo. Destaca-se que a cesariana é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, mas apenas quando indicada por razões médicas, pois é um procedimento cirúrgico com riscos significativos que devem ser avaliados (OMS, 2015).

O Ministério da Saúde (MS), por meio de políticas específicas possui metas e diretrizes que visam reduzir o número de cesarianas desnecessárias e promover o parto normal humanizado. Na Serra, os dados demonstram 8% de queda do parto normal em 2024 em relação a 2023, com redução desde 2022. Pontua-se que a inauguração do Hospital Materno Infantil em 2022 não modificou a tendência de redução deste percentual.

Gráfico 6. Série histórica do percentual de parto vaginal de residentes de Serra (2012-2024).



Fonte: SINASC (elaboração PMS/SESA/VE)

Atendimentos na atenção primária (puericultura)

Os dois primeiros anos de vida são uma janela de oportunidade para promover a saúde e o desenvolvimento integral das crianças, contribuindo para que tenham uma vida saudável e atinjam seu pleno potencial, tendo diversas repercussões nos outros ciclos da vida.

Considerando que atenção primária é a porta de entrada para o acompanhamento do desenvolvimento infantil e que o registro deste procedimento é feito pelos códigos: (a) Avaliação do Crescimento na Puericultura (procedimento 03.01.01.026-9); (b) Avaliação do Desenvolvimento na Puericultura (procedimento 03.01.01.027-7) no sistema de prontuário eletrônico (PEC), os dados do gráfico abaixo, apresentam a quantidade destes registros realizados por mês.

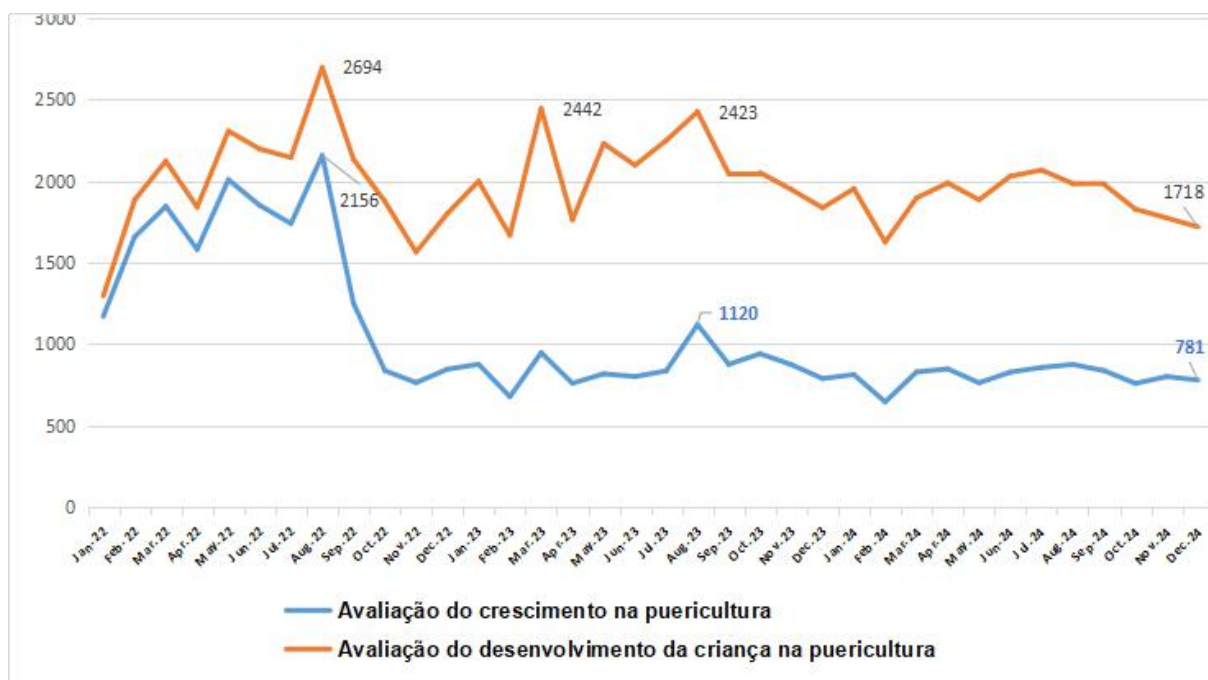
Atualmente o procedimento de crescimento da puericultura está com Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) restrito a educador físico e o de desenvolvimento da criança na puericultura pode ser realizado por médico e enfermeiro para crianças de 0 até 09 anos.

Gráfico 7. Série histórica dos registros de atendimentos em serviços de atenção básica do crescimento e desenvolvimento na puericultura de crianças de até 2 anos.



Fonte: PEC (e-SUS/APS)

Gráfico 8. Série histórica dos registros de atendimentos em serviços de atenção básica do crescimento e desenvolvimento na puericultura de crianças por mês de 2022 a 2024.



Fonte: PEC (e-SUS/APS).

Observação: Não estão incluídos atendimentos realizados pela atenção especializada e pelos serviços de urgência e emergência como as UPAs e foram consideradas crianças de 0 a 9 anos.

Morbidade

O estado de morbidade reflete as condições de adoecimento e dos modos de vida de uma dada população. As principais causas de adoecimento e óbito no mundo são constituídas pelas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), acrescidas dos acidentes e violências. A ocorrência dessas causas está relacionada aos processos sócio-culturais caracterizados pela transição demográfica, nutricional e epidemiológica.

Atualmente, a “epidemia de DCNT” tornaram-se problemas de saúde pública de maior relevância uma vez que suas consequências fatais e não fatais tem graves impactos para os indivíduos e famílias, além de sobrecarregar os sistemas de saúde. Além disso, acometem principalmente populações de baixa renda, camadas e grupos mais vulneráveis, agravando o quadro de iniquidades em saúde, exacerbando a pobreza e elevando a quantidade de óbitos precocemente, o que retroalimenta o quadro de pobreza social, gerando um ciclo vicioso de pobreza (Cardoso, 2012).

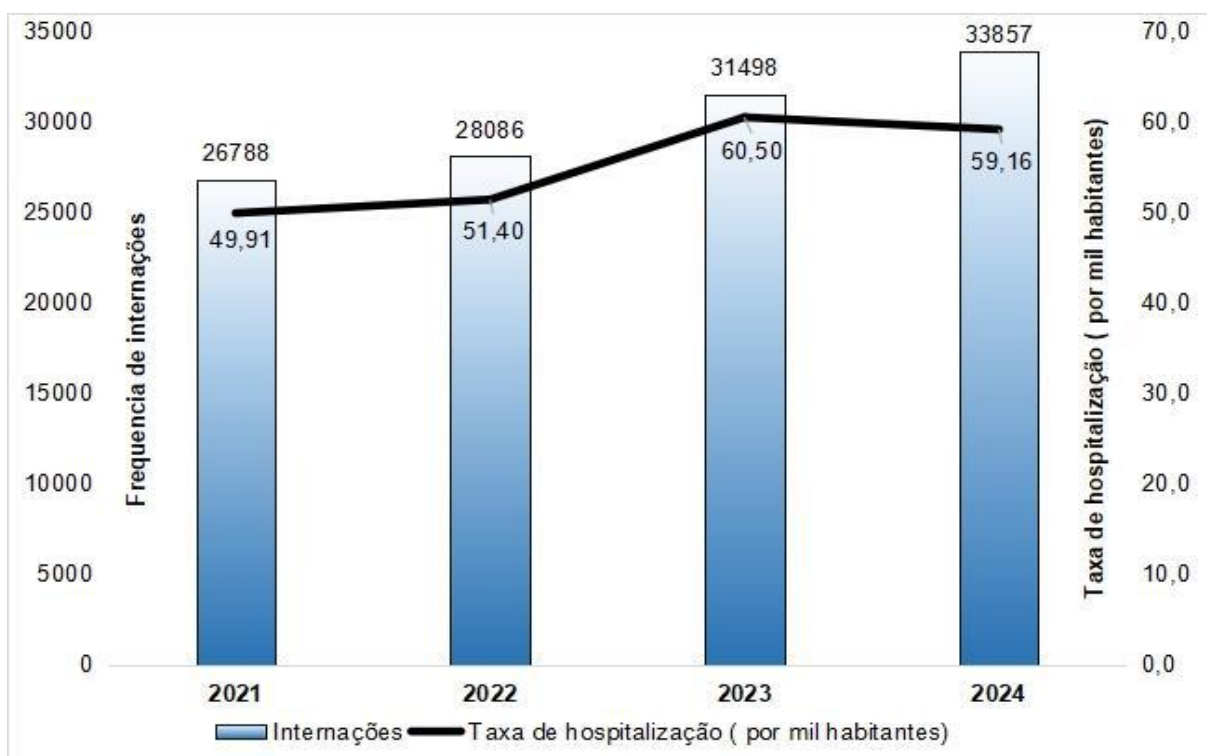


As DCNT podem ser estimadas, considerando que dentre as 57 milhões de mortes no mundo, 63% ocorreram devido às doenças crônicas não transmissíveis (WHO, 2011). Essa realidade não difere da encontrada no Brasil, no estado do Espírito Santo e na maioria dos municípios que o compõem. Os macro fatores determinantes para o agravamento desta realidade são as desigualdades sociais, como diferenças no acesso aos bens e serviços, a baixa escolaridade, deficiências no acesso às informações, além dos fatores de risco modificáveis, como os hábitos de vida, tabagismo, uso abusivo de álcool, inatividade física e alimentação inadequadas (MALTA, et al., 2011).

Taxa de internação hospitalar

A taxa de internação hospitalar é uma medida da morbidade de uma população que expressa a demanda por leitos hospitalares e também demonstra acesso da população a procedimentos e cuidados no nível terciário. O gráfico abaixo apresenta a frequência absoluta de internações e a taxa de internação hospitalar de residentes de Serra. Os dados de internação apresentavam padrão de queda em 2018 e 2019, porém durante a pandemia de Covid-19 houve grande aumento. Os dados demonstram aumento da frequência de internações hospitalares até 2023 e estabilidade na taxa de internação em 2024.

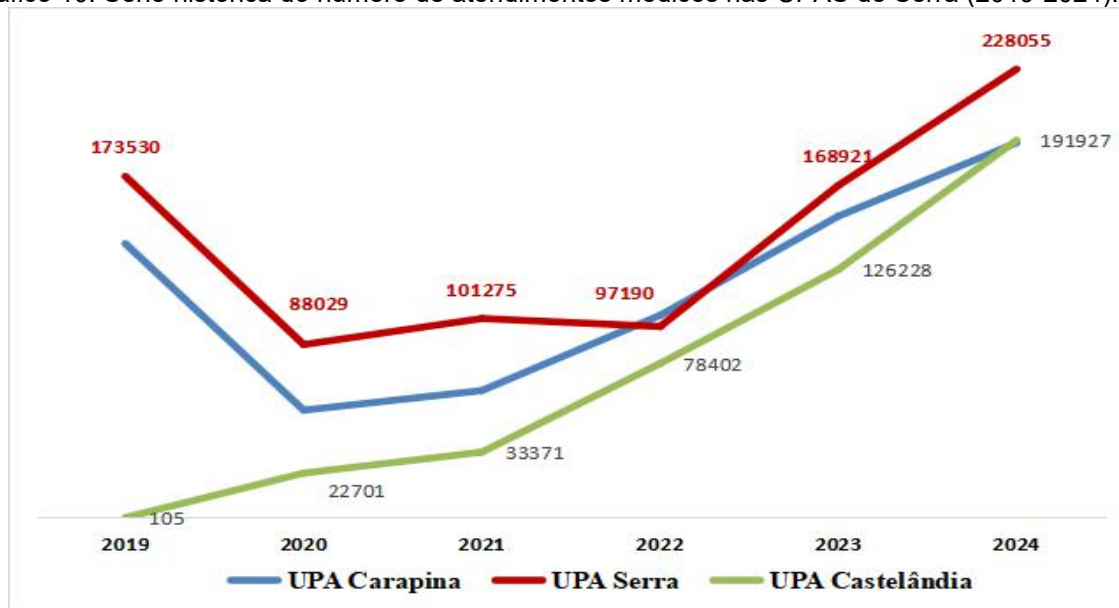
Gráfico 9. Série histórica da frequência absoluta de internações de residentes por ano e taxa de internação por mil habitantes, de 2021 a 2024.



Fonte: SIH; DATASUS. (Elaboração: PMS/SESAVE)

Em dezembro de 2019, foi inaugurada a 3ª UPA 24 horas municipal, a UPA Castelândia (Dr Fernando Inácio Santoro), e os atendimentos à população desde então vem crescendo. O gráfico abaixo evidencia o número de atendimentos médicos nas três UPAS.

Gráfico 10. Série histórica do número de atendimentos médicos nas UPAS de Serra (2019-2024).



Fonte: SIA - SUS.



Morbidade hospitalar por causa

O registro da causa da internação hospitalar utiliza o código da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), sendo organizado em por capítulos. Observa-se que os cinco principais grupos de causas de internação no período acumulado de 2021 a 2024, foram a gravidez, parto e puerpério (18,7%), lesões, envenenamentos, causas externas (12,5%), doenças do aparelho digestivo (10,3%), doença do aparelho circulatório (10,3%) e neoplasias (9,6%). Destaca-se que embora as causas de óbito relacionadas a doenças do aparelho circulatório estejam entre as primeiras, na internação este grupo de causa está em quarto lugar. A tabela 6 apresenta a série histórica destas causas de residentes internados.

Tabela 6. Distribuição das causas de internações segundo capítulos da CID-10 de 2021 e 2014.
Fonte: SIH



Causas de Internação por capítulo da CID-10	2021	2022	2023	2024	Total	Percentual
XV. Gravidez parto e puerpério	5065	4604	6551	6314	22534	18,7%
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	2737	3336	4016	4885	14974	12,5%
XI. Doenças do aparelho digestivo	2507	3004	3399	3486	12396	10,3%
IX. Doença do aparelho circulatório	2706	3271	3203	3209	12389	10,3%
II. Neoplasias (tumores)	2543	2949	2848	3217	11557	9,6%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3470	1759	1748	1719	8696	7,2%
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1535	1968	2081	2461	8045	6,7%
X. Doenças do aparelho respiratório	1830	1871	1711	2345	7757	6,5%
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	776	822	1207	1057	3862	3,2%
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	739	935	884	959	3517	2,9%
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjunto	468	597	716	802	2583	2,1%
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	584	586	506	513	2189	1,8%
VI. Doenças do sistema nervoso	309	514	559	644	2026	1,7%
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	313	443	485	480	1721	1,4%
V. Transtornos mentais e comportamentais	395	322	313	332	1362	1,1%
XXI. Contatos com serviços de saúde	198	264	327	413	1202	1,0%
VII. Doenças do olho e anexos	206	297	290	373	1166	1,0%
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	206	284	330	260	1080	0,9%
XVII. Malf cong de formid e anomalias cromossômicas	149	207	224	263	843	0,7%
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	51	51	100	125	327	0,3%
XXII. Códigos para propósitos especiais	1	2	0	0	3	0,0%
Total de internações	26788	28086	31498	33857	120229	100,0%

Considerando a gravidez e parto apenas como causa de internação e não como patologia, as vinte (20) principais causas específicas de internação estão demonstradas na tabela 7. Verifica-se que morbidade hospitalar por causas específicas, os dados apresentados estão em ordem decrescente da frequência de hospitalização por causa específica da CID-10. Destacamos que a pandemia da COVID (causa número 02 na tabela), impactou a ordem de importância das



internações de doenças infecciosas, principalmente em 2021 e 2022, anos críticos com muitas internações hospitalares.

Tabela 7. Série histórica das causas específicas de internações hospitalares por CID-10 Serra (2021-2024).

Nº	Diagnóstico CID10 (categoria)	2021	2022	2023	2024	Total
1	K80 Colelitíase	585	751	945	801	3082
2	B34 Doenc p/virus de localiz NE	1983	363	32	20	2398
3	S82 Fratura da perna incl tornozelo	430	444	533	647	2054
4	I83 Varizes dos membros infer	227	468	614	591	1900
5	N39 Outr transt do trato urinário	381	482	464	530	1857
6	I21 Infarto agudo do miocárdio	403	551	407	365	1726
7	I63 Infarto cerebral	364	389	437	518	1708
8	A49 Infecç bacteriana de localiz NE	408	387	413	442	1650
9	K40 Hernia inguinal	198	371	495	511	1575
10	S52 Fratura do antebraço	317	363	391	493	1564
11	A41 Outra septicemias	316	324	388	500	1528
12	J18 Pneumonia p/microorg NE	352	513	296	290	1451
13	I50 Insuficiência cardíaca	358	399	364	271	1392
14	J15 Pneumonia bacter NCOP	200	313	341	443	1297
15	R02 Gangrena NCOP	296	376	306	288	1266
16	N18 Insuf renal crônica	215	324	355	335	1229
17	C50 Neopl maligna da mama	261	341	318	280	1200
18	S72 Fratura do fêmur	232	263	320	363	1178
19	K92 Outr doenc do aparelho digestivo	313	290	266	300	1169
20	T81 Complic de proced NCOP	138	151	352	409	1050
21	K35 Apendicite aguda	320	255	222	230	1027
22	S06 Traumatismo intracraniano	135	251	315	308	1009
23	I20 Angina pectoris	232	266	236	272	1006
24	N20 Calculose do rim e do ureter	177	245	217	299	938
25	J21 Bronquiolite aguda	86	132	226	471	915

Fonte: SIH

A análise histórica demonstra a consistência das internações por doenças crônicas não transmissíveis (tabela 6), tais como doenças do aparelho circulatório, do aparelho digestivo e respiratório, entre outras. Embora a hipertensão arterial sistêmica (HAS) seja a doença de maior prevalência na população brasileira, atributos como a lenta evolução e ausência de sintomas, permite compreender que causas como a colelitíase (tabela 7), infecção bacteriana, infecção do trato urinário, fratura, varizes de membros inferiores e infarto agudo do miocárdio entre outras estejam entre as principais causas específicas de internação em residentes na Serra



(BRASIL, 2016). Muitas vezes, a causa de internação está relacionada a um procedimento eletivo que necessita de leito hospitalar como aqueles de intervenção cirúrgica e não traduzem necessariamente compilação ou gravidade clínica.

Dentre as doenças não transmissíveis, no município da Serra, destacam-se aquelas do grupo das causas externas. Estas, representam importante impacto na morbidade hospitalar, observa-se que são responsáveis por 5 das 20 principais causas de internação hospitalar no município. Dados de notificação dos acidentes de transporte terrestre, corroboram os dados de internação, uma vez que em 2024 foram notificados 2.299 casos de acidentes de transportes por estabelecimentos hospitalares e UPAS e 84 vítimas fatais neste período, maior número numa série histórica de dez anos.

Uma das metas dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) no qual o município é signatário (adesão por meio do Decreto nº 748 de 10 de fevereiro de 2021, publicado em 18/02/2021), estipula reduzir pela metade até 2030, as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas. Um enorme desafio com graves consequências para o sistema de saúde.

Evidencia-se também as internações por doenças do aparelho circulatório (infarto agudo do miocárdio, angina e insuficiência cardíaca) e das doenças do aparelho respiratório (pneumonias e bronquiolite) que apresentaram aumento em 2024 e requerem contínuo monitoramento bem como qualidade na assistência já que podem evoluir para desfecho grave.

Morbidade hospitalar por sexo

A descrição das causas de internação por sexo proporciona uma compreensão mais detalhada e auxilia na definição de estratégias de prevenção e promoção à saúde. Dessa forma, com relação ao sexo, em média 58,8% (87.891) de todas as internações ocorridas nos últimos 6 anos são de pessoas do sexo feminino, sendo 35,72% (31.401) destas em decorrência de gravidez, parto e puerpério. Por outro lado, predominam as internações do sexo masculino no capítulo XIX das lesões e envenenamentos e outras consequências decorrentes de causas externas,



principalmente relacionados aos traumatismos e as sequelas de traumatismos que remetem aos acidentes de transporte e de trabalho (Tabela 8).

Tabela 8. Frequência acumulada de causas de internações por sexo de 2015 a 2020.

Diag CID10 (capítulo)	Masculino		Feminino		Total
	Freq	Perc(%)	Freq	Perc(%)	
XV. Gravidez parto e puerpério	0	0,00%	31401	100,00%	31401
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	12433	71,00%	5079	29,00%	17512
XI. Doenças do aparelho digestivo	7823	49,20%	8091	50,80	15914
II. Neoplasias (tumores)	6134	39,20%	9524	60,80	15658
IX. Doença do aparelho circulatório	7230	51,00%	6939	49,00	14169
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	4038	42,50%	5465	57,50	9503
X. Doenças do aparelho respiratório	4916	53,70%	4245	46,30	9161
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4987	55,20%	4052	44,80	9039
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2922	56,70%	2229	43,30%	5151
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	2154	52,20%	1973	47,80%	4127
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjunto	1920	52,00%	1770	48,00%	3690
VI. Doenças do sistema nervoso	1411	49,40%	1443	50,60%	2854
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1199	53,20%	1053	46,80%	2252
V. Transtornos mentais e comportamentais	1237	58,40%	880	41,60%	2117
XXI. Contatos com serviços de saúde	957	46,20%	1115	53,80%	2072
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	843	40,90%	1217	59,10%	2060
VII. Doenças do olho e anexos	466	50,40%	458	49,60%	924
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	366	41,50%	516	58,50%	882
XVII. Malf cong de formid e anomalias cromossômicas	475	59,60%	322	40,40%	797
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	130	53,10%	115	46,90%	245
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	7	70,00%	3	30,00%	10
XXII. Códigos para propósitos especiais	0	0,00%	1	100,00%	1
Total	61.648	41,20%	87.891	58,80	149539

Fonte: SIH

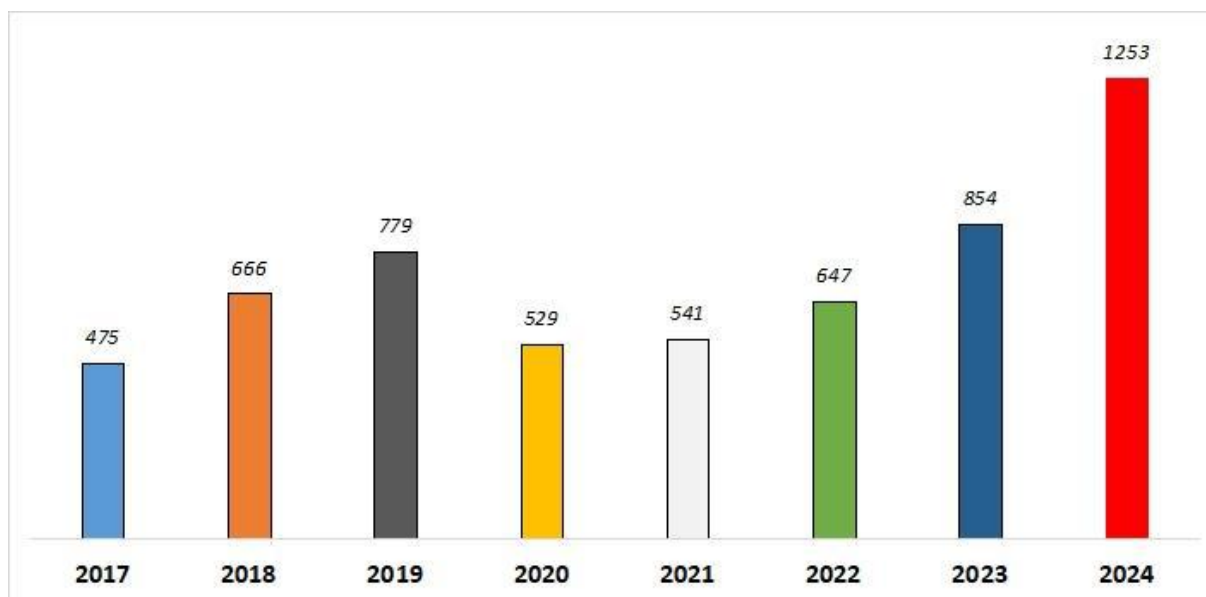
Internações por condições sensíveis à atenção primária em crianças menores de 5 anos



As internações por condições sensíveis à atenção primária, considera a lista brasileira de condições que se atendidas adequadamente pela atenção básica poderiam evitar internação hospitalar.

A série histórica apresenta um aumento de 46,7% das internações por condições sensíveis à atenção primária em 2024 em relação a 2023. Este aumento ocorreu principalmente por 4 causas de internações são elas: (a) doenças pulmonares (bronquites) (86%), pneumonias bacterianas (73%), deficiências nutricionais (86%) e infecções trato respiratório superior (ouvido, nariz e garganta) (73%). Apenas essas 4 causas, representaram acréscimo de 241 internações.

Gráfico 11. Série histórica da frequência absoluta de internações em menores de 5 anos por condições sensíveis à atenção básica residentes de Serra.



Fonte: SIH

Tabela 9. Série histórica das principais causas de internações por condições sensíveis à atenção básica em residentes de Serra de 2015 a 2020.

Causas das internações por condições sensíveis a AB	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1. Doenças preveníveis p/imuniz/condições sensíveis	6	2	2	2	2	2
2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	55	68	51	84	108	31
3. Anemia	1	0	0	0	1	1
4. Deficiências nutricionais	10	11	3	6	3	5
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	10	10	11	19	19	15
6. Pneumonias bacterianas	244	252	238	213	138	62
7. Asma	103	72	52	52	62	55



8. Doenças pulmonares	76	69	64	103	151	75
11. Insuficiência cardíaca	1	4	7	2	1	3
12. Doenças cerebrovasculares	0	1	1	1	0	0
14. Epilepsias	9	8	10	22	27	20
15. Infecção no rim e trato urinário	58	37	49	78	68	50
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	115	68	94	132	188	144
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	0	1	0	0	1	3
18. Úlcera gastrointestinal	0	0	0	0	0	2
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	37	72	36	55	64	36
Total	725	675	618	769	833	504

Fonte: SIH

Doenças e Agravos de Notificação Compulsória

Nesta seção, serão abordadas de forma sucinta as principais doenças e agravos de notificação compulsória no município de Serra e que requerem ações de todo sistema de saúde para o seu contínuo enfrentamento, devido a magnitude, a transcendência e ao compromisso de todos os níveis de governo no sistema de saúde no seu enfrentamento e erradicação. Cabe ressaltar que não foram apresentados os dados de intoxicação exógena, parotidite infecciosa (caxumba), coqueluche, diarreia, toxoplasmose, doenças exantemáticas, esporotricose entre outros agravos. Estas informações estão disponíveis nos informativos e boletins da vigilância epidemiológica do município.

Sífilis em adultos (adquirida), gestantes e congênita.

A sífilis é uma infecção bacteriana transmissível, principalmente por via sexual, e de evolução crônica, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Os casos de doença que ocorrem em gestantes são os de maior gravidade e extremamente preocupantes para a saúde pública devido ao risco de transmissão vertical, isto é, transmissão durante a gestação, que podem causar consequências como aborto, natimorto, parto pré-termo, óbito e malformações congênitas precoces ou tardias.

Considerando a importância de compreender a situação epidemiológica dos casos de sífilis em gestantes no município, apresentamos na tabela 10, abaixo, a frequência absoluta e a taxa de incidência dos casos notificados de sífilis adquirida e da taxa de incidência de sífilis na gestação na população de residentes.



Tabela 10. Série histórica da frequência absoluta e taxas de sífilis adquirida e em gestante em residentes de Serra de 2016 a 2024.

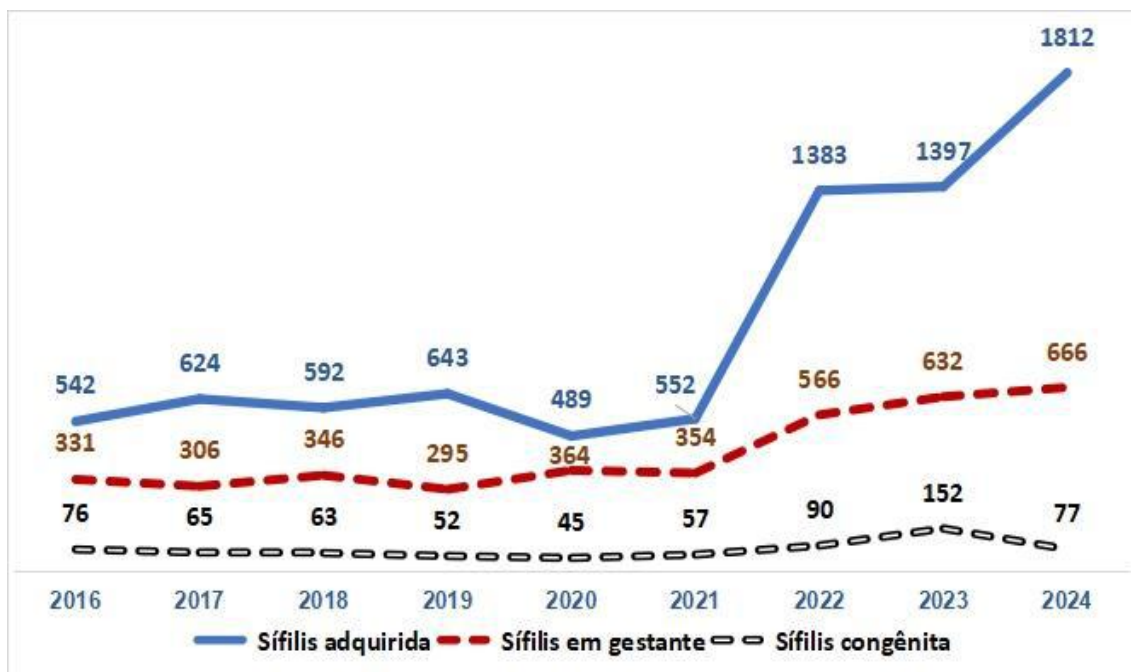
Dados e indicadores de sífilis	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Sífilis adquirida	542	624	592	643	489	552	1383	1397	1812
Taxa de detecção (100 mil hab)	109,7	124,1	116,6	124,2	92,7	102,8	257,7	268,3	316,6
Sífilis em gestante	331	306	346	295	364	354	566	632	666
Taxa de incidência de sífilis na gestação (por 100 nasc.vivo)	4,25	3,84	4,31	3,85	4,81	4,77	7,53	8,48	9,09

Fonte: SINANet e Sistema ESUSVS (elaboração: PMS/SESA/VE)

A sífilis adquirida tem em média 574 casos de 2016 a 2021, mas em 2022, aumentou 241% em relação à média do período citado. Nos dois anos seguintes (2023 e 2024), observa-se o crescimento de notificações no município. Ao analisar as fontes de notificação, nota-se maior número de notificações realizadas por laboratórios públicos e privados. Vale ressaltar que a Portaria Estadual SESA nº 115-R (de 04/08/2022) tornou obrigatória a notificação para esses serviços.

Os dados apresentam um aumento das notificações de sífilis na população geral (adquirida) e nas gestantes, o que demonstra uma preocupação para o controle epidemiológico da doença devido ao risco de transmissão vertical. No entanto, apesar deste aumento, houve uma importante redução do número de casos de sífilis congênita em 2024. A série histórica de 2016 a 2024 do número absoluto de casos notificados de sífilis adquirida, em gestante e congênita de residentes, está representada abaixo.

Gráfico 12. Distribuição da frequência de casos de sífilis adquirida, em gestante e congênita de residentes de Serra de 2016 a 2024.



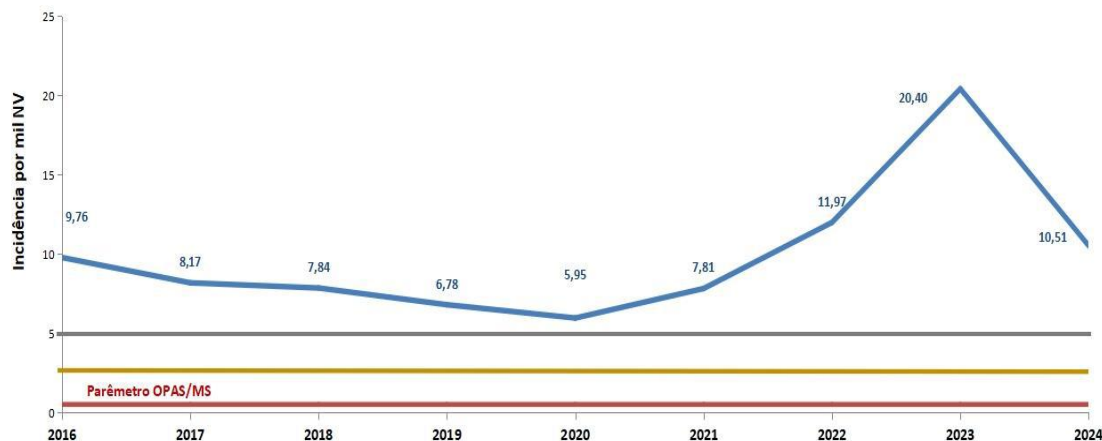
Fonte: Esus/vs e Sinanet (Elaboração: PMS/SESA/GVE)

O município de Serra tem, desde 2016, um Comitê de Investigação de Transmissão Vertical da Sífilis, AIDS e hepatites virais (CITV) instituído após visita do Ministério da Saúde como etapa para o recebimento do selo bronze, devido ao alcance das metas em 2019 e 2020 de incidência de sífilis congênita abaixo de 7,5 casos por mil nascidos vivos. Este passou por reestruturação e houve a implantação de sala de situação para monitoramento da sífilis. A sala definiu diversas estratégias de atuação, e, em parceria do CITV e de áreas ligadas à sífilis, permitiu importante trabalho de treinamento, educação continuada, monitoramento por unidade, matriciamento, ações de testagem. Também ações de sensibilização de CCIHs de Hospital/ Maternidade entre outras, que não serão todas citadas aqui, no entanto, podem explicar o investimento para o resultado documentado neste gráfico.

O gráfico demonstra uma taxa de incidência de sífilis congênita, com queda gradativa e constante a partir de 2015/2016 até 2020, seguido de aumento até 2023. Em 2024, evidencia-se uma queda de 51,5% mediante esforços concentrados de gestão por meio da sala de situação, da equipe de atenção primária e vigilância epidemiológica, bem como pela importante atuação do Comitê de Investigação da Transmissão Vertical. Destacamos que a meta prevista pela Organização Mundial de Saúde para os países membros é de 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos, entretanto

uma meta de até 5 casos por mil nascidos vivos já é considerada padrão ouro pelo Ministério da Saúde.

Gráfico 13. Distribuição da incidência de casos de sífilis congênita de 2016 a 2024 de residentes de Serra.



Fonte: SINANet, sistema esus/vs (Elaboração: PMS/SESA/VE).

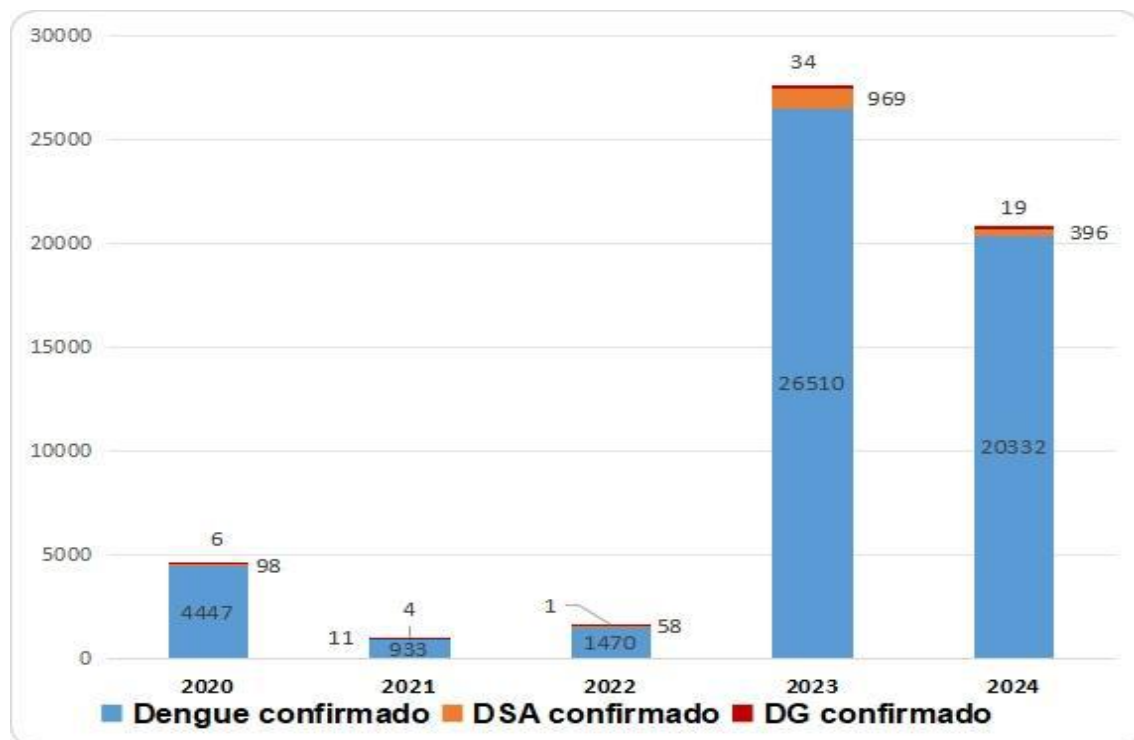
Nota: A linha azul corresponde à incidência de sífilis no município de Serra; a linha cinza a meta do Ministério da Saúde; a linha vermelha a meta da Organização Mundial de Saúde.

Arboviroses (dengue, zika e Chikungunya)

As arboviroses são doenças causadas por “arbovírus”, isto é, vírus que são transmitidos aos seres humanos por insetos artrópodes. As principais arboviroses são transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti*, a saber: dengue, zika e chikungunya. Apesar da febre amarela também ser causada por arbovírus optou-se não incluí-la nesta análise uma vez que o Espírito Santo tornou-se área com recomendação de vacina e está com situação epidemiológica sob controle.

A dengue requer permanente vigilância e monitoramento com ações de prevenção, detecção e tratamento uma vez que é endêmica no município, com casos registrados desde o ano de 1995 e com períodos sazonais de aumentos de casos. Além disso, o município tem passado por epidemias recorrentes nas três últimas décadas, acompanhando a situação epidemiológica do Estado do Espírito Santo que já detectou ao longo dos anos os quatro sorotipos virais (den-1, den-2, den-3 e den-4).

Gráfico 14. Série histórica do número de casos confirmados de dengue clássica, dengue com sinais de alarme e dengue grave de 2020 a 2024.



Fonte: Esus/VS (Elaboração PMS/SESA/SVS/VE).

Nesta série histórica, 2023 caracteriza-se como ano epidêmico com 09 óbitos por dengue, que por definição todos são considerados evitáveis. A vigilância epidemiológica produz boletins semanais para monitoramento da situação epidemiológica e a Secretaria de Saúde tem um Plano de Contingência (disponível na página da SESA), organizado em níveis de alerta para ser acionado conforme a gravidade epidemiológica. Importante mencionar que os parâmetros do Ministério da Saúde consideram que acima de 300 casos por 100 mil habitantes é de alta incidência.

Tabela 11. Série histórica dos casos notificados de dengue no município de Serra.

Indicadores epidemiológicos	2020	2021	2022	2023	2024
Incidência anual de dengue (por 100 mil hab)	856,91	166,18	277,45	5183,49	3745,58
Taxa de mortalidade por dengue	0,00	0,19	0,00	1,73	0,35
Percentual de dengue com sinais de alarme (DSA)	2,2%	1,2%	3,9%	3,7%	1,9%

Fonte: Sistema ESUSVS e SIH/MS (PMS/SESA/VE)



Nos dados apresentados acima, destacamos o ano de 2023 pois foi o que apresentou maior número de casos (26.510), de casos graves (34) e de óbitos (09), ano mais grave de epidemia de dengue no município desde 2012.

A zika, arbovirose causada pelo zika vírus (ZIKV), pode se manifestar com quadro assintomático ou sintomático, este também com quadro clínico variável, desde manifestações brandas e autolimitadas até complicações neurológicas e malformações congênitas. O vírus apresenta alto potencial teratogênico, por isto, em 2015 o Ministério da Saúde declarou estado de “Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional” e em fevereiro de 2016, a OMS declarou esta emergência a nível internacional. Desta forma, o aumento atípico em 2015 de casos de microcefalia, principalmente no nordeste, elevou a importância em saúde pública desta doença no país. No ES e no município evidenciou-se a necessidade da implementação de para diversas ações de saúde pública que visam a prevenção, ao diagnóstico e acompanhamento principalmente de gestantes e recém-nascidos expostos. A tabela 12 apresenta um quadro com dados epidemiológicos disponíveis até 2024.

Tabela 12. Série histórica dos casos notificados de Zika e parâmetros de monitorização.

Dados epidemiológicos da Zika	2020	2021	2022	2023	2024
Número absoluto de casos	89	29	53	176	164
Gestantes notificadas	17	8	5	4	0
RN com alterações neurológicas*	-	8	-	3	-

Fonte: SINANet, Sistema ESUSVS e SIH/MS (PMS/SESA/VE)

Observação:

*Engloba crianças que nasceram sem alterações neurológicas de mães que tiveram suspeitas de Zika durante a gestação.

A Chikungunya é uma doença infecciosa febril, causada pelo vírus Chikungunya (CHIKV) podendo evoluir em três fases: aguda (duração de 5 a 14 dias), pós-aguda (curso de até 3 meses) e crônica (persistência dos sintomas por mais de 3 meses). Os sinais clínicos iniciais são clinicamente parecidos com dengue, febre alta, nas articulações e músculos, cefaléia, náuseas, fadiga e exantema. A principal manifestação clínica que a difere são as fortes dores nas articulações, que muitas vezes podem estar acompanhadas de edema. Em mais de 50% dos casos, a



artralgia torna-se crônica, podendo persistir por anos, tendo como consequência a redução da produtividade e da qualidade de vida.

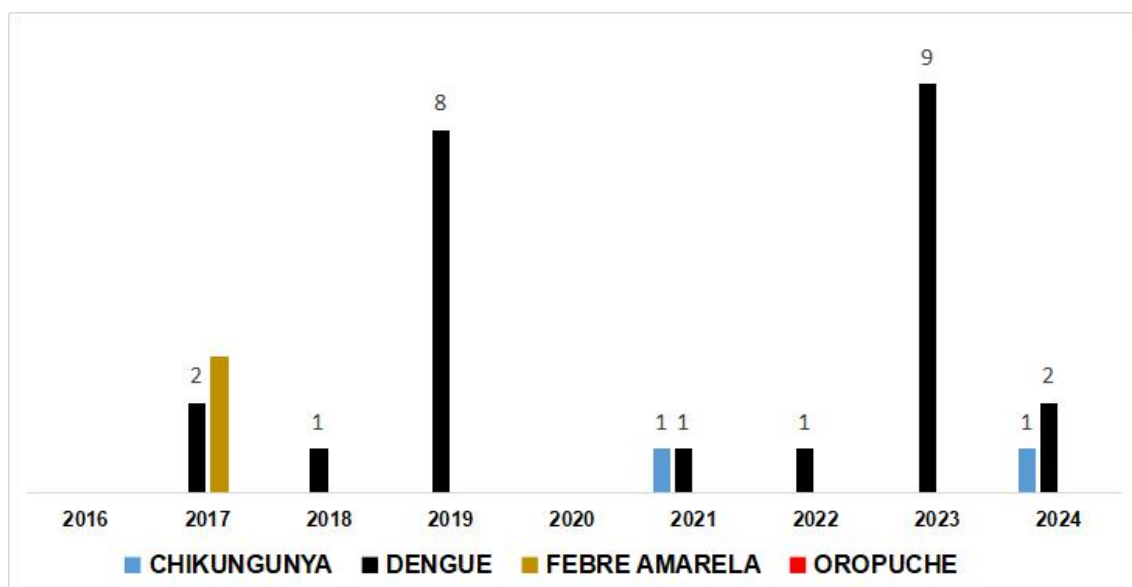
Tabela 13. Distribuição da frequência absoluta de casos de Chikungunya de residentes de Serra.

Dados epidemiológicos de Chikungunya	2020	2021	2022	2023	2024
Casos notificados	1128	367	191	745	2084
Taxa de incidência de casos notificados por 100 mil habitantes	187,8	58,31	22,51	104,87	378,37

Fonte: SINANet, Sistema ESUSVS e SIH/MS (PMS/SESA/VE)

O primeiro caso autóctone de Chikungunya na Serra foi registrado em 2016, e desde então, observa-se aumento do número de casos anualmente e com registros de surtos sazonais.

Gráfico 15. Distribuição dos óbitos por ano e por doença de 2016 a 2024 residentes de Serra.



Maiores informações podem ser encontradas no Plano de Contingência das Arboviroses revisto a cada 2 anos publicado no endereço da Secretaria de Saúde de Serra.

Atendimentos de Profilaxia da raiva humana.

A Raiva é uma antroponose, doença transmitida ao homem por mamíferos infectados, principalmente por mordedura, arranhadura e lambedura com a inoculação do vírus rábico presente na saliva do animal infectado. Embora a doença

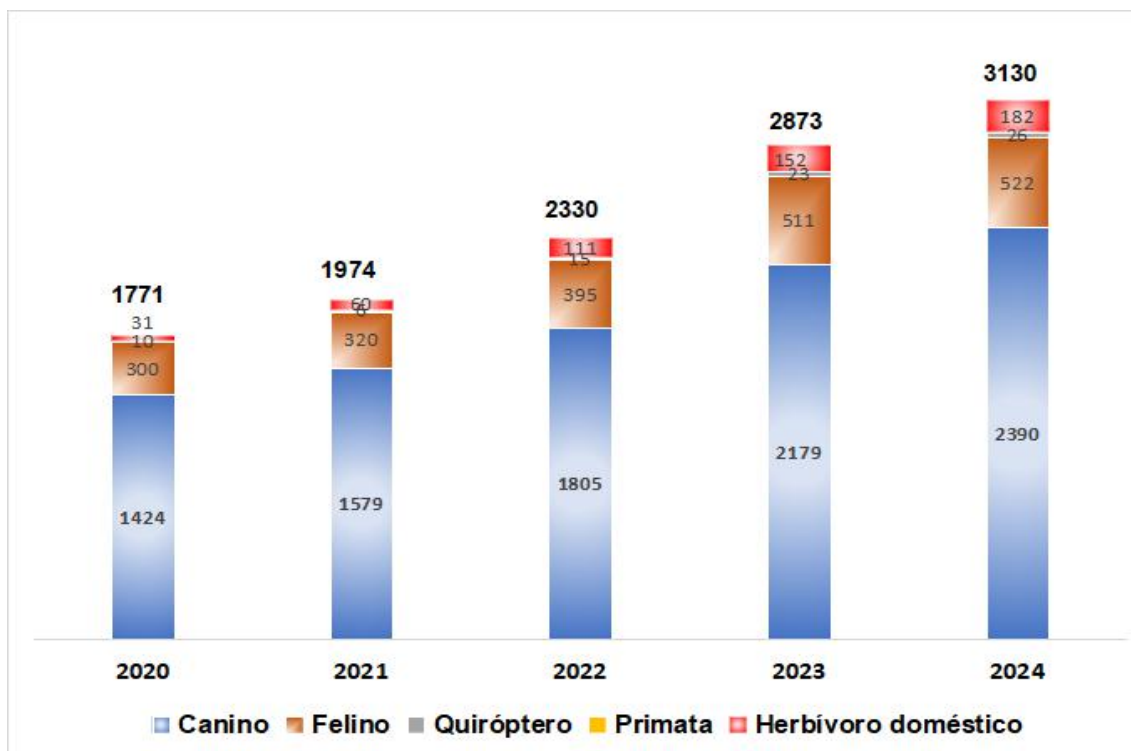


em humanos seja de baixíssima incidência no Brasil atualmente, é de grande importância em saúde pública uma vez que apresenta alta letalidade e pode ser evitada com ações de atenção básica.

No município de Serra, no início da introdução do programa de profilaxia da raiva humana, havia poucas unidades capacitadas para o tratamento antirrábico e em 2000 foram notificados 73 casos de agressão por animal com potencial para a transmissão da raiva. Com a descentralização do atendimento em 2002, foi ampliado o atendimento para todas as unidades do município e com atendimento inclusive nos finais de semana e feriados nas UPAs.

O registro e a qualificação dos dados são fundamentais para nortear o tratamento. Conforme nota técnica nº 08/2022 do Ministério da Saúde (CGZV/DEIDT/SVS/MS), o registro deve constar dados tais como a espécie de animal agressora, o tipo de exposição ao vírus rábico (arranhadura, lambadura, mordedura, contato indireto), a localização (mucosa, cabeça/pescoço, mãos/pés, tronco, entre outros), o tipo de ferimento provocado (profundo, superficial, dilacerante), se o animal é passível de observação entre outros dados. Isto é fundamental para direcionar a conduta adotada que pode ser de simples observação do animal agressor, utilização de vacina para profilaxia da raiva ou necessitar de soro antirrábico ou imunoglobulina humana antirrábica, administração realizada em Pronto Socorro hospitalar.

Gráfico 16. Distribuição da frequência absoluta de casos notificados de atendimento da profilaxia da raiva em residentes de Serra de 2020 a 2024 por ano e espécie de animal agressora.



Fonte: esus/vs (PMS/SESA/VE)

Observação: Exemplos de herbívoros domésticos: coelho, hamster e porquinho da índia.

A média anual de crescimento de casos notificados no período de 2020 a 2024 é de 15,4% casos por ano, o que demonstra uma capacidade de notificação e possível aumento na ocorrência dos acidentes com animais. Em média 64,5% das agressões ocorrem em espécies de animais que são observáveis, trabalho realizado pela equipe de atendimento antirrábico da vigilância ambiental. O cão é o principal animal “agressor” com média de 78% das notificações no período, seguido pelo gato com 16,9% de média.

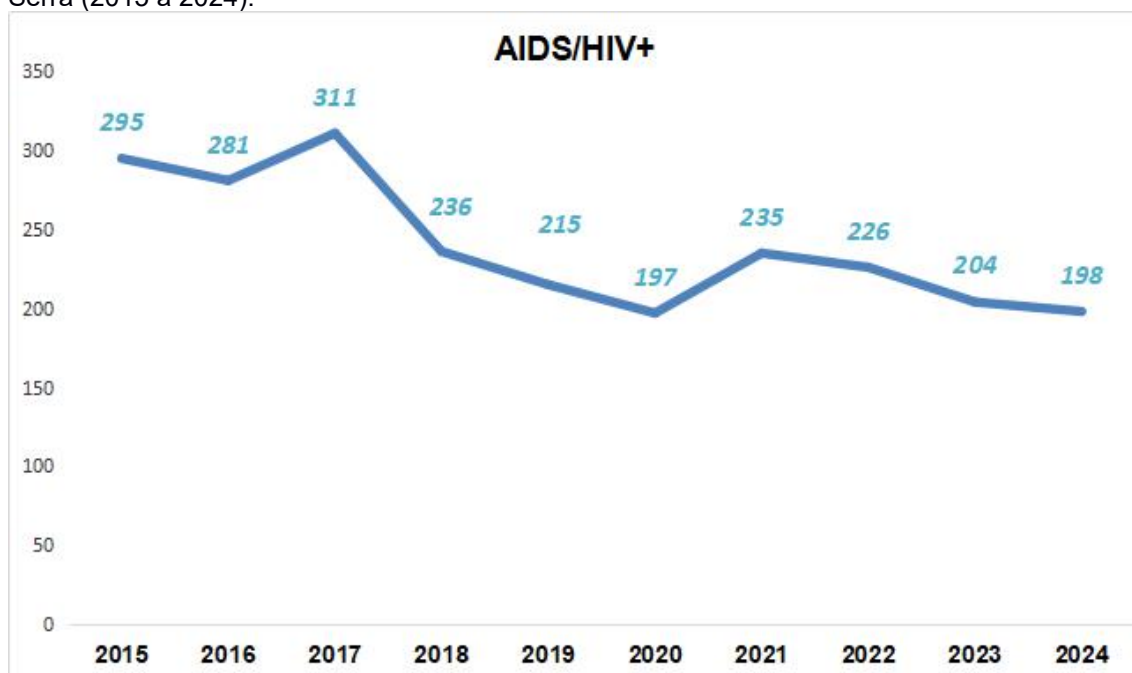
Casos de AIDS/HIV+

A doença causada pela infecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV, sigla em inglês) é a síndrome da imunodeficiência humana (SIDA ou mais utilizado “AIDS” em inglês). O vírus infecta o sistema imunológico, que é o responsável por defender o organismo de doenças. As células atingidas são os linfócitos T CD4+. O vírus multiplica-se no interior da célula, rompe os linfócitos e na corrente sanguínea recomeça o ciclo de infecção.

Os pacientes são portadores do vírus, mas não tem a doença instalada, podem transmitir o vírus a outras pessoas pelas relações sexuais desprotegidas, pelo compartilhamento de seringas contaminadas ou de mãe para filho durante a gravidez e a amamentação, quando não tomam as devidas medidas de prevenção. Por isso, as ações de saúde pública são de alta relevância e visam esclarecer sobre as medidas de prevenção disponibilizando insumos como preservativos e ofertando o teste laboratorial para detecção de casos assintomáticos.

No ES, no ano de 2019 foram notificados 1.195 casos novos de HIV/Aids, com taxa de incidência de 29,9, enquanto no município neste mesmo período foi de 41,54 casos de HIV para cada 100.000 habitantes. A série histórica demonstra uma redução gradativa do número de casos notificados residentes, a partir de 2018. Importante destacar que em 2017, o aumento demonstrado não foi devido ao aumento de casos, mas devido a ajustes nos bancos de dados que passou a incluir não apenas o diagnóstico de SIDA/Aids, mas também os casos com teste positivo para HIV (Gráfico 17).

Gráfico 17. Série histórica de casos notificados de AIDS/HIV+ por ano de diagnóstico residentes de Serra (2015 a 2024).



Fonte: Sinan e e-SUS/VS (elaboração PMS/SESA/VE).

O coeficiente de incidência de AIDS/HIV+ é uma medida que apresenta o número de casos novos de AIDS/HIV+ pela população permitindo uma comparação entre os entes federativos. A série histórica de 2020 a 2024, mostra que, em média, o coeficiente de incidência de casos de HIV é 2,8 maior entre homens do que em mulheres.

Gráfico 18. Coeficiente de incidência de AIDS/HIV+ por sexo de residentes de 2020 a 2024.



Fonte: eSUS/VS

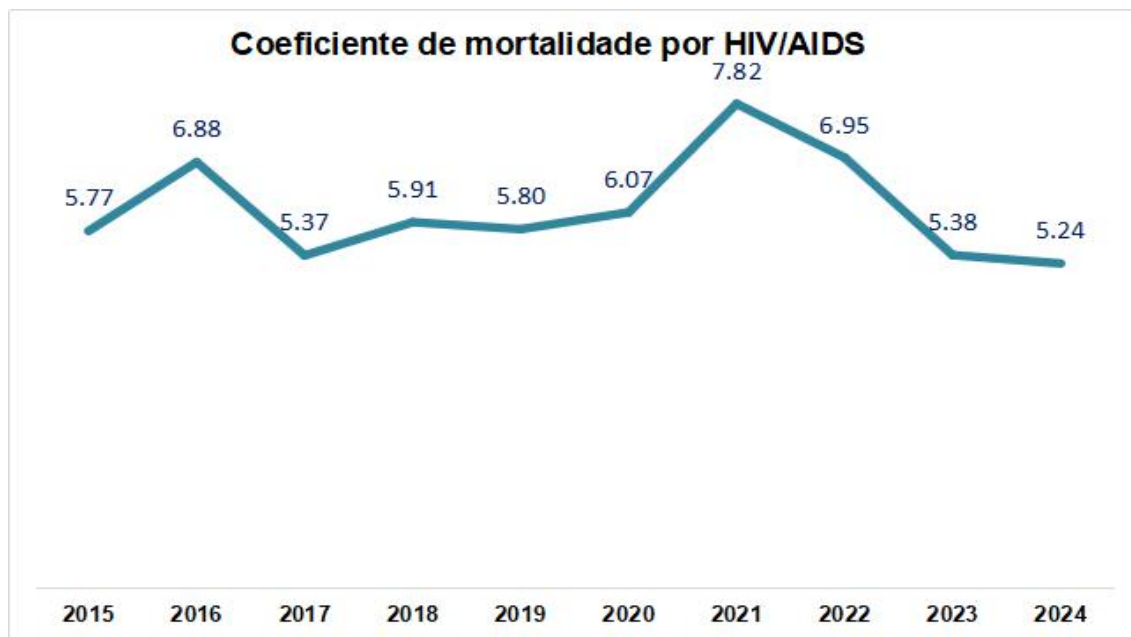
e

IBGE.

Observação: Para os dados de população por sexo dos anos de 2023 e 2024, foram repetidos dados do censo por não estarem disponíveis.

Ministério da Saúde, pactuou metas do UNAIDS e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que buscam eliminar a AIDS como problema de saúde pública até 2030 e um indicador chave deste processo é a redução do coeficiente de mortalidade por AIDS. O plano nacional apresentado em dezembro de 2024 pelo Ministério da Saúde que apresenta as “Diretrizes para Eliminação da AIDS e da Transmissão do HIV como problema de saúde pública no Brasil até 2030”, tem no objetivo estratégico número 3, a redução da mortalidade por AIDS em 50% no país até 2027. Considerando que em 2024 o coeficiente de mortalidade (5,24) está 34% acima da média nacional (2023: 3,9), demonstra-se que as ações realizadas precisam ser melhoradas e intensificadas. No gráfico abaixo, apresentamos o cálculo deste indicador para Serra.

Gráfico 19. Coeficiente de mortalidade por HIV/AIDS de residentes de Serra, 2015-2024.



Fonte: SIM

Hepatites virais

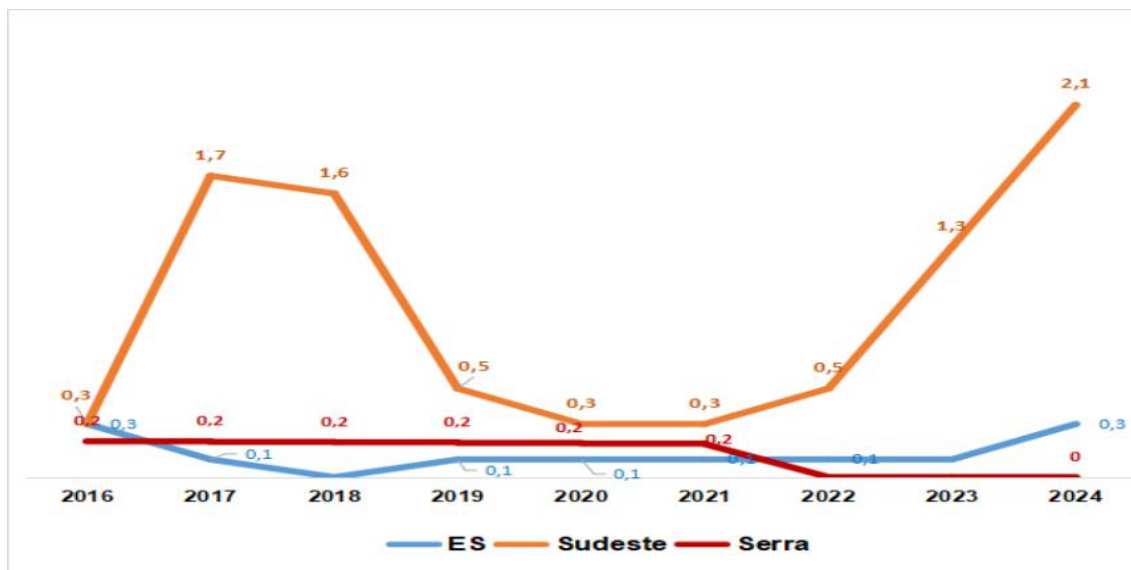
Hepatite é um termo que indica inflamação do fígado, que pode ser causada por vírus ou pelo uso de alguns medicamentos, álcool e outras drogas. Em muitos casos, é uma doença silenciosa cujas manifestações podem ser tardias. As metas de eliminação das hepatites virais pactuadas pelo Ministério da Saúde e OMS até 2030 é de redução de 90% dos casos de hepatites virais e redução de 65% das mortalidades associadas às hepatites.

As hepatites virais são classificadas por letras do alfabeto em A, B, C, D (Delta) e E que correspondem aos vírus da família *Hepatoviridae*. Apesar de a classificação viral apresentar algumas semelhanças, as formas de transmissão e de evolução da doença são diferentes, por isto, a apresentação epidemiológica é distinta.

A hepatite A tem a transmissão clássica pela via fecal-oral causada pela contaminação da água ou de alimentos mas também devido a relação sexual anal sendo que esta última forma foi responsável por surtos ocorridos nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro. O cenário epidemiológico brasileiro, apresentado no último boletim (2025), informa que foram 174.977 casos confirmados, que representa 21,2% das hepatites e 1.473 óbitos. Importante destacar que a vacina para hepatite

A foi incluída no calendário oficial das crianças em julho de 2024. Nos últimos 3 anos, não houve casos confirmados no município de Serra. Os dados de incidência comparativa estão apresentados no gráfico abaixo:

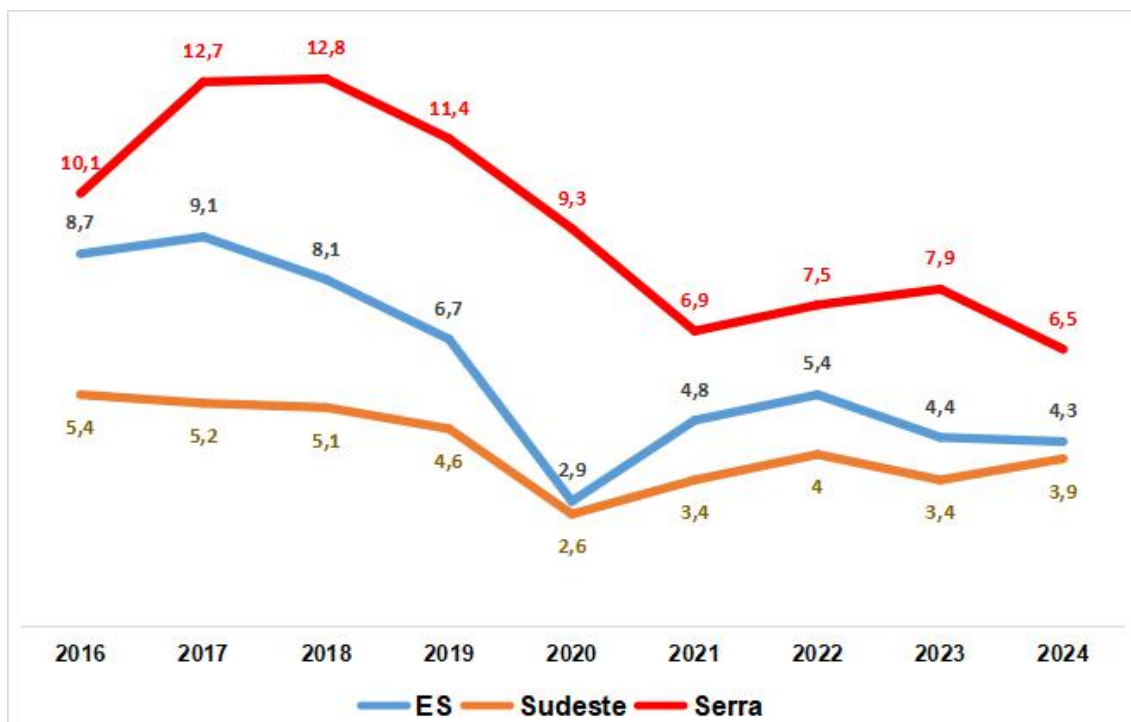
Gráfico 20. Série histórica da taxa de incidência de hepatite A da região sudeste, do estado do ES e de Serra.



Fonte: Esus/vs; boletim epidemiológico e IBGE. Elaboração: PMS/SESA/GVE.

A hepatite B tem como principal fonte de infecção a via sanguínea por meio de objetos contaminados tais como seringa, hemotransusão, aparelho de barbear entre outros. A transmissão vertical também é uma via de infecção. No Brasil, foram 302.351 casos (taxa de detecção de 5,3 casos por cem mil habitantes) e 21.065 óbitos com causa básica de hepatite B em 2024. No município a taxa de detecção foi de 6,5 casos e no Estado foi de 4,3 casos neste mesmo período, portanto, a taxa de detecção municipal está acima das taxas do Brasil e do ES. O gráfico abaixo apresenta os dados.

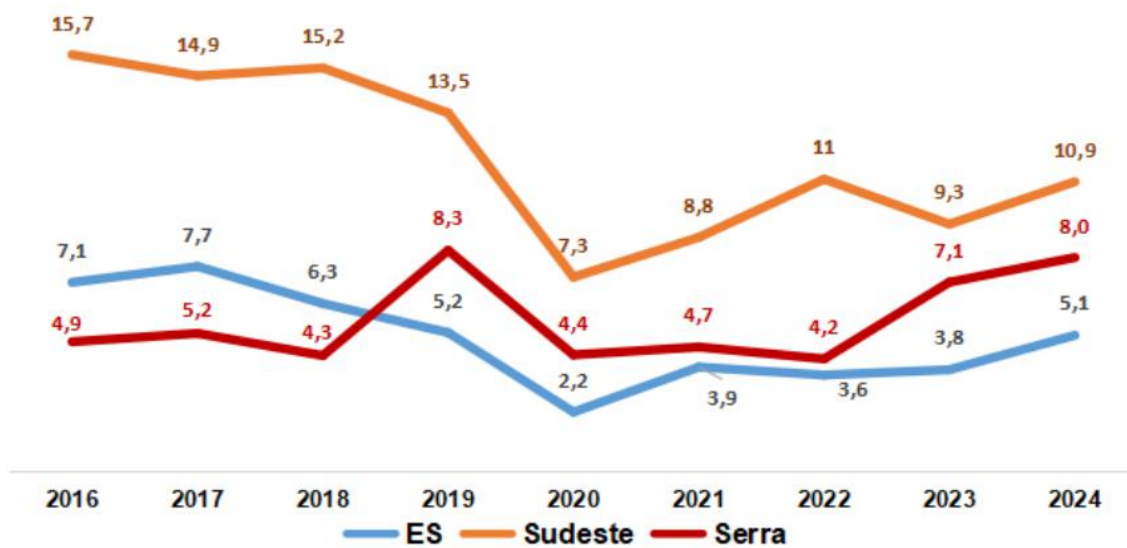
Gráfico 21. Série histórica comparativa da taxa de detecção de casos confirmados de hepatite B por cem mil habitantes do ES, da região sudeste e da cidade de Serra.



Fonte: Esus/vs; boletim epidemiológico e IBGE. Elaboração: PMS/SESA/GVE.

Com relação a mortalidade por hepatites virais, no Brasil, entre os anos de 2000 a 2024, foram registrados 72.242 óbitos decorrentes da Hepatite C, seguido da Hepatite B com 21.065 e, em terceiro, a hepatite A com 1.473 óbitos (Brasil, 2025). Destaca-se que a hepatite C apresenta-se como uma infecção assintomática de mais alto risco para cronificação dos casos. As recomendações de saúde pública mais importantes para esta doença são a vacinação contra a hepatite e o diagnóstico precoce, pois evita a evolução da doença para a cirrose e/ou câncer de fígado. O diagnóstico, pode ser feito por testes rápidos e/ou exames sorológicos, os quais estão disponíveis em toda rede básica de saúde.

Gráfico 22. Série histórica da taxa de detecção de hepatite C por 100 mil habitantes da região sudeste, ES e do município de Serra.



Fonte: Esus/VS. Elaboração: PMS/SESA/GVE.

Violência interpessoal e autoprovocada.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, instituída em 2001, estabeleceu as causas externas como uma questão de saúde pública, tendo como uma de suas principais diretrizes o monitoramento de acidentes e violências.

O conceito de violência é definido pela Organização Mundial de Saúde como: “Uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Ou seja, é qualquer conduta - ação ou omissão - que cause dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político, econômico ou patrimonial.” (OMS, 2002).

A violência interpessoal refere-se a atos intencionais de agressão física, psicológica, sexual ou negligência praticados por uma pessoa contra outra, podendo ocorrer tanto no ambiente familiar quanto fora dele. Quando acontece entre membros da mesma família ou pessoas com vínculos afetivos próximos, é denominada violência intrafamiliar; já quando ocorre entre indivíduos sem laços familiares, como colegas, vizinhos ou desconhecidos, é chamada de violência extrafamiliar. Por sua vez, a



violência autoprovocada envolve ações em que o próprio indivíduo, de forma intencional, causa dano a si mesmo, como em casos de automutilação ou tentativas de suicídio (Brasil, 2009)

No âmbito da Vigilância em Saúde, a inclusão das violências na lista de notificação compulsória, em 2011, e sua implementação por meio do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/SINAN) consolidaram a notificação como um instrumento essencial para o mapeamento das ocorrências, o monitoramento das tendências e a identificação de grupos mais vulneráveis. No Espírito Santo, essa política foi fortalecida em 2020, com a publicação de lei estadual que ampliou a obrigatoriedade da notificação de casos de violência, passando a incluir, além dos serviços de saúde, também as instituições de ensino e a assistência social, sejam elas públicas, privadas ou filantrópicas, em todo o território capixaba (Espírito Santo, 2020)

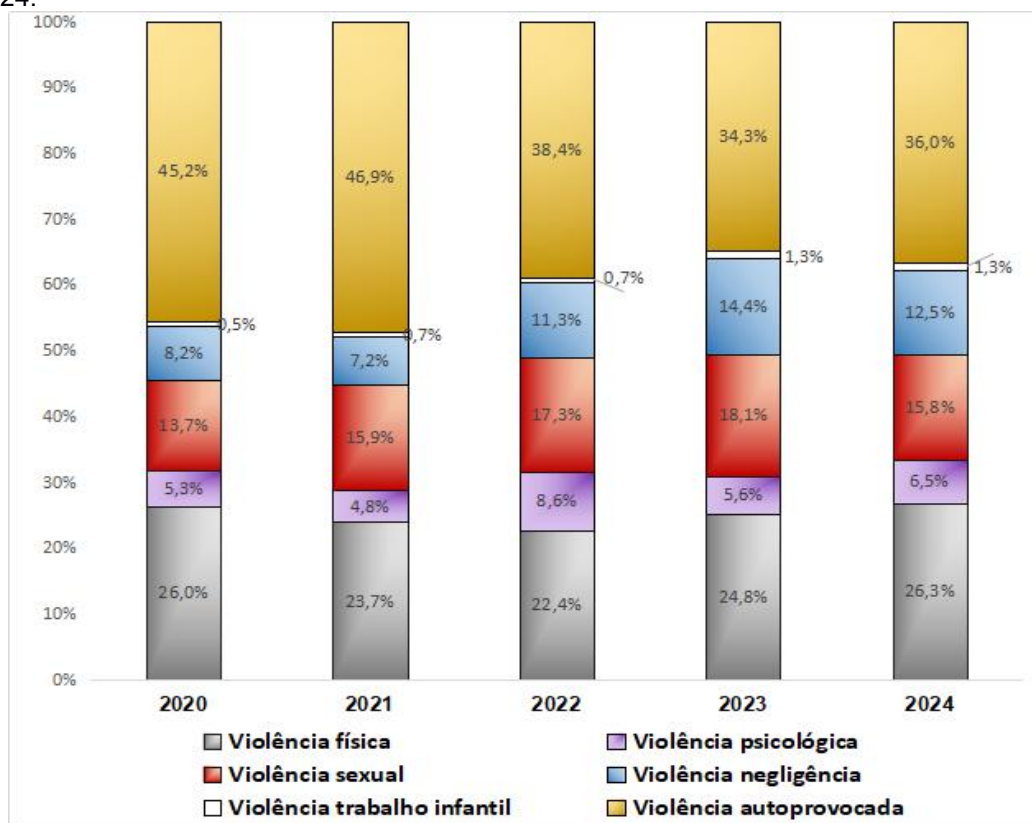
A produção e o uso de dados sistematizados e tempestivos são fundamentais para subsidiar o planejamento e a avaliação de programas de prevenção, orientar a alocação de recursos, promover a capacitação de profissionais de saúde e fortalecer a articulação entre os setores da saúde, segurança, assistência social e demais áreas. Essas ações contribuem para uma atenção integral às pessoas em situação de violência e para a efetivação do direito à proteção e à dignidade. O fortalecimento da vigilância, da notificação e das redes de acolhimento é, portanto, condição indispensável para reduzir a morbimortalidade associada às violências, especialmente as de caráter intrafamiliar (Brasil, 2021).

Nesse contexto, a Vigilância Epidemiológica, por meio do Núcleo de Prevenção de Acidentes e Violências (NUPREVI), desempenha papel estratégico na qualificação das informações, no acompanhamento e monitoramento dos casos notificados, garantindo que as vítimas recebam cuidado efetivo pelos serviços da rede. O acompanhamento é compreendido como uma medida fundamental para prevenir a reincidência e interromper o ciclo da violência. Além disso, ao analisar os dados e identificar o perfil das ocorrências, o NUPREVI contribui de forma decisiva para o

aprimoramento das políticas públicas e para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e enfrentamento mais eficazes.

Os dados apresentados na série histórica de cinco anos, evidenciam que as violências autoprovocadas, física, sexual e por negligência representam mais de 90% dos casos notificados. Importante destacar que o percentual de aumento relativo das violências autoprovocadas nos períodos da pandemia podem estar relacionados a diminuição do número de casos notificados pelos serviços de saúde dos demais tipos de violência, causando um efeito de concentração das violências autoprovocadas, notificadas geralmente pelos serviços de urgência e emergência (Gráfico 23).

Gráfico 23. Série histórica da violência interpessoal e autoprovocada em residentes de Serra, 2020 a 2024.

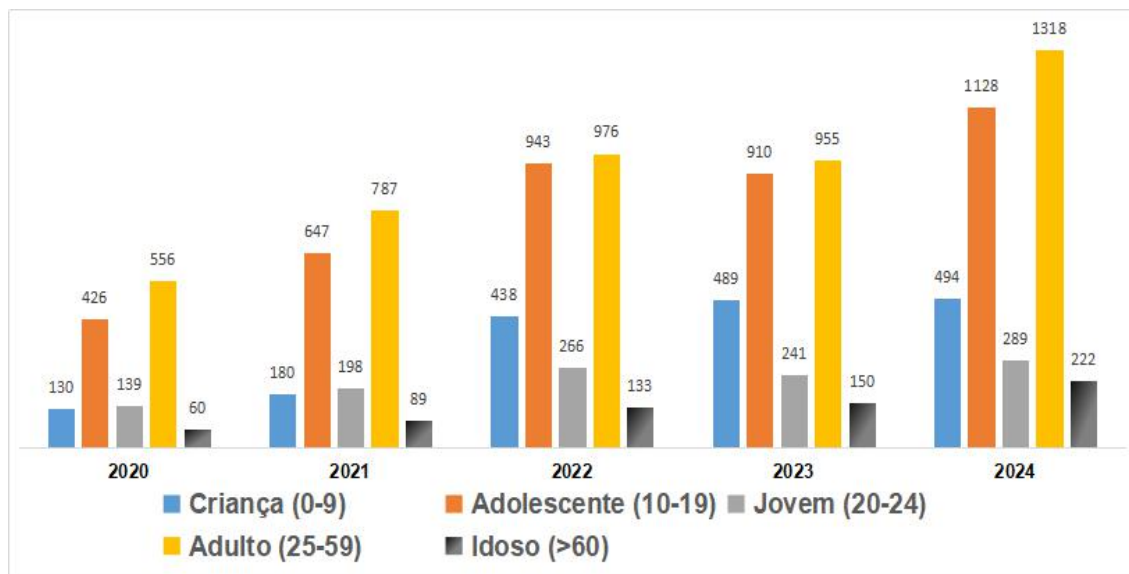


Fonte: Esus/VS. Elaboração: PMS/SESA/GVE.

Observação:

Uma mesma pessoa em situação de violência pode ter mais de uma notificação por diferentes tipologias, como por exemplo, uma notificação de violência física e outra por violência autoprovocada. Os percentuais de violência que não alcançaram 1% dos casos notificados, tais como: violência financeira, violência por intervenção legal não foram apresentados. Para a violência autoprovocada, foram utilizados como sinônimo tentativa de suicídio, *cutting* e lesão autoinfligida.

Gráfico 24. Série histórica de notificação de violências por ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso) de residentes no período de 2020 a 2024.



Fonte: Esus/VS. Elaboração: PMS/SESA/GVE

O gráfico apresentado evidencia a ampliação das notificações de violência no município da Serra no período de 2020 a 2024, estratificadas por faixa etária. Observa-se tendência clara e consistente de crescimento no número de registros em todas as faixas etárias ao longo da série histórica, com intensificação a partir de 2022. Esse comportamento indica avanço na capacidade da rede municipal de saúde em identificar, registrar e notificar os casos, refletindo fortalecimento das ações de Vigilância Epidemiológica e maior sensibilização dos profissionais quanto à obrigatoriedade da notificação compulsória.

O aumento progressivo não deve ser interpretado exclusivamente como crescimento real da violência, podendo indicar maior sensibilidade da rede para identificação de violência, fortalecimento dos fluxos de registro no e-SUS/VS, melhoria da qualidade da informação e consolidação da cultura de vigilância pela rede de proteção do município. Em termos de gestão em saúde, esse cenário exige continuidade das ações de capacitação, integração intersetorial e organização da linha de cuidado às vítimas, garantindo não apenas a notificação adequada, mas também o acolhimento, acompanhamento e proteção dos usuários.

Hanseníase

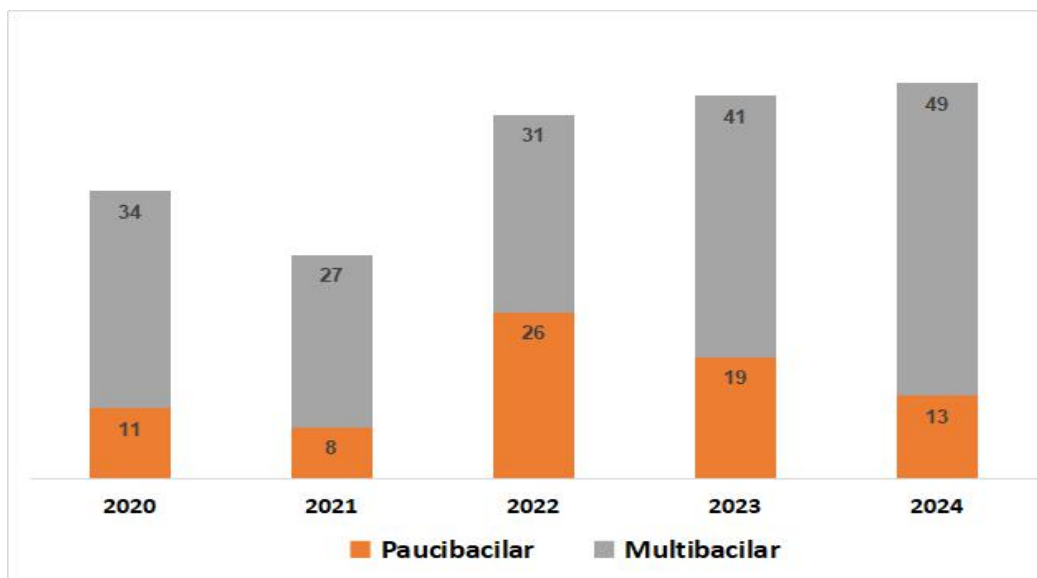


A Hanseníase é uma doença infecto-contagiosa causada pelo *Mycobacterium leprae*, de evolução lenta que se manifesta principalmente através de sinais e sintomas dermato-neurológicos tais como lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés. A principal via de eliminação do bacilo, pelo indivíduo doente de hanseníase são as vias aéreas superiores.

O controle da doença permanece como grande desafio para saúde pública, por isso, o documento Estratégia Nacional para Enfrentamento à Hanseníase 2024-2030 publicado pelo Ministério da Saúde em 2024, reforça o pacto nacional com as metas de eliminação, com foco em reduzir a transmissão e as incapacidades causadas pela doença. As principais metas incluem: reduzir em 55% a taxa de novos casos em menores de 15 anos e em 30% o número de novos casos com grau de incapacidade física 2 até 2030. Além disso, buscam-se o diagnóstico precoce, a ampliação do exame de contatos, o fortalecimento da vigilância e a redução do estigma e da discriminação contra os afetados pela hanseníase (Brasil, 2024). Neste sentido, o Programa Municipal de Controle da Hanseníase tem o compromisso de efetivar estratégias e ações com objetivo de alcançar metas estabelecidas.

A taxa de detecção geral de casos novos de hanseníase no Brasil em 2022 por ano de diagnóstico foi de 9,67 por 100 mil habitantes (Brasil, 2024) e na Serra foi de 10,31 no mesmo período. O gráfico abaixo apresenta a série histórica da frequência de casos novos por tipo clínico paucibacilar e multibacilar.

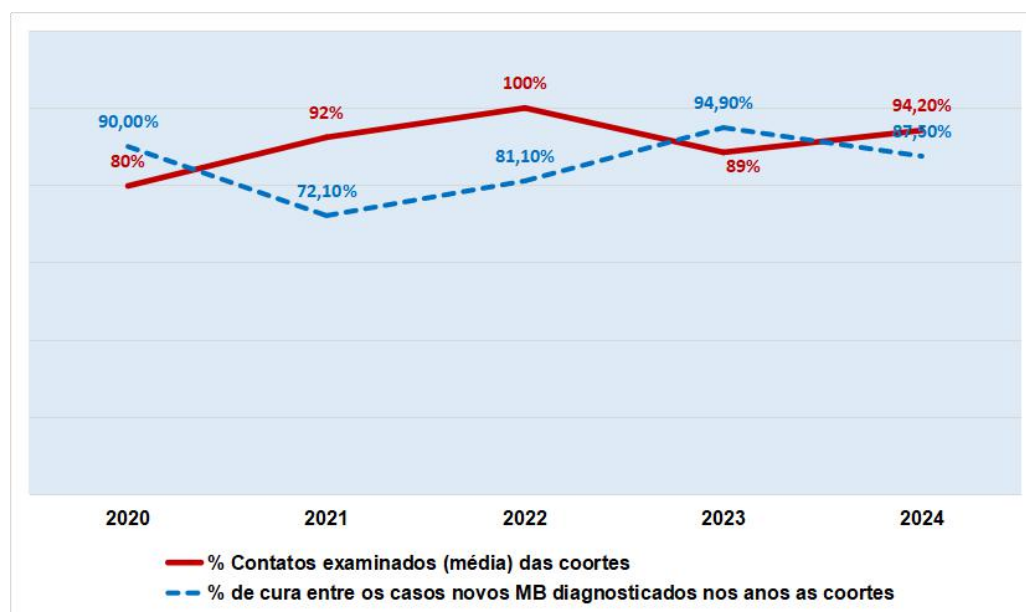
Gráfico 25. Série histórica de casos novos de hanseníase residentes em Serra por ano por tipo de entrada (2020-2024).



Fonte: esus/vs

O percentual de contatos examinados das coortes é um indicador fundamental para investigação epidemiológica uma vez que ao investigar os contatos próximos pode detectar novos casos e interromper o ciclo de transmissão da doença. Já o percentual de cura entre os casos novos diagnosticado nos anos das coortes indica êxito no objetivo principal do acompanhamento e do tratamento estabelecido. Os dados destes indicadores estão apresentados no gráfico abaixo:

Gráfico 26. Série histórica dos indicadores epidemiológicos de contatos investigados e cura de casos novos (anos da coortes) de hanseníase residentes de Serra (2020-2024).



Fonte: esus/vs



De forma geral, o cenário atual (2023–2024) demonstra desempenho satisfatório, com percentuais próximos ou acima dos parâmetros recomendados, mas evidencia a necessidade de manutenção das estratégias de vigilância ativa e fortalecimento do acompanhamento longitudinal dos pacientes, garantindo adesão, prevenção de abandono e interrupção da cadeia de transmissão.

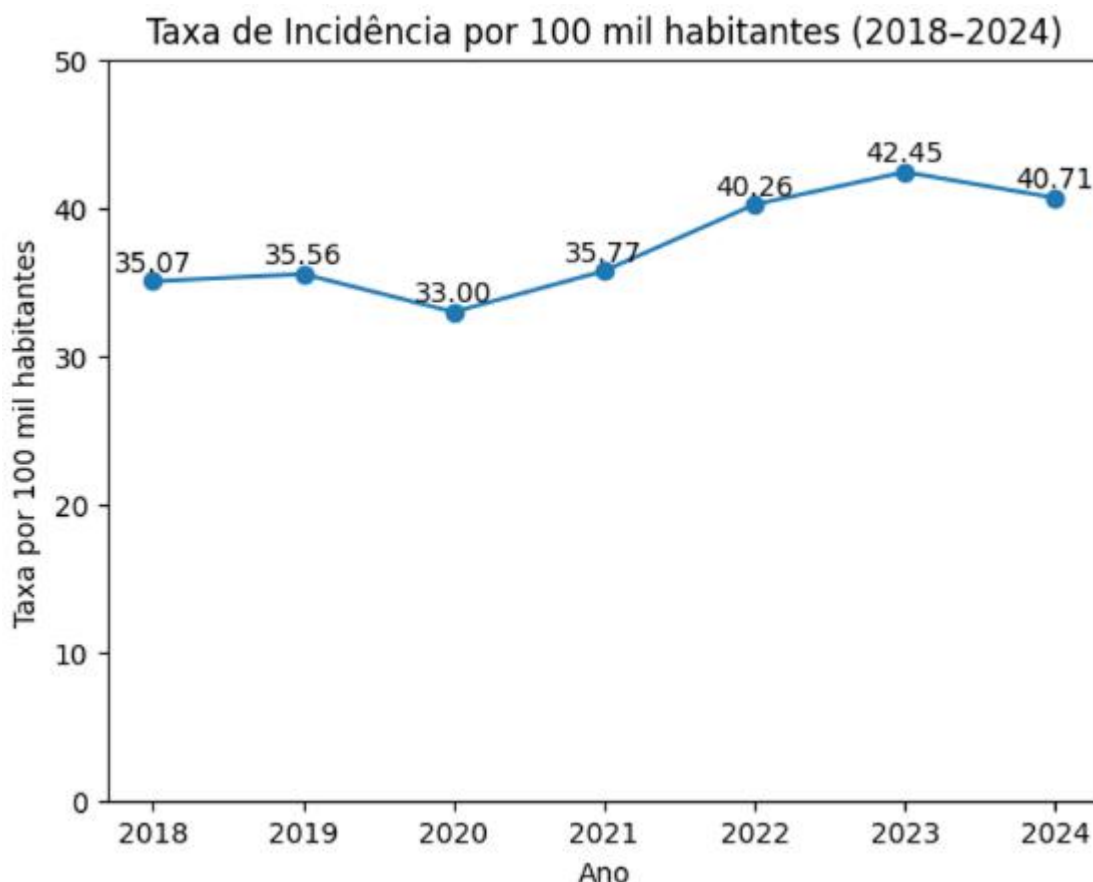
Em síntese, o gráfico revela avanços consistentes, mas reforça que o controle sustentável da doença exige equilíbrio entre diagnóstico precoce (via exame de contatos) e alta taxa de cura (qualidade assistencial).

Tuberculose

A tuberculose, doença causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, é transmitida por via aérea em praticamente todos os casos. A infecção ocorre a partir da inalação de núcleos secos de partículas contendo bacilos expelidos pela tosse, fala, ou espirro do doente com tuberculose ativa de vias aéreas. Os doentes bacilíferos, isto é, aqueles cuja baciloscopia de escarro positiva, são a principal fonte de infecção. A forma exclusivamente extrapulmonar não transmite a doença (Brasil, 2019).

O Brasil tem elevadas taxas de incidência e de mortalidade por tuberculose. Por esse motivo, está entre os 22 países que respondem por 80% dos casos novos que ocorrem no mundo (WHO, 2014). O estado do Espírito Santo, incluindo o município de Serra, é considerado prioritário para o controle da tuberculose no Ministério da Saúde devido ao elevado número de novos casos pulmonares. O gráfico 27 apresenta uma série histórica do coeficiente de incidência de novos casos de tuberculose pulmonar por ano no município.

Gráfico 27. Série histórica do coeficiente de incidência de casos novos de tuberculose residentes de Serra por ano por 100 mil habitantes de 2018 a 2024.



Fonte: SINAN (PMS/SESA/VE)

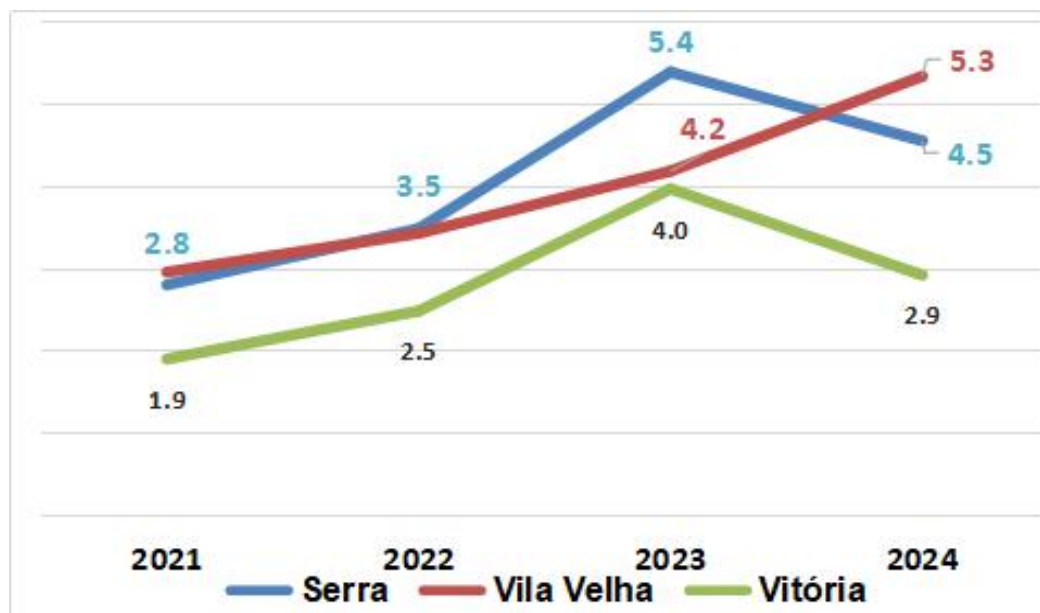
A incidência média de casos de tuberculose pulmonar nos últimos 7 anos é de 37,55 casos novos para cada 100 mil habitantes, enquanto no Estado do Espírito Santo, a incidência foi de 28,9 em 2020, segundo Boletim Epidemiológico da Tuberculose 2021 (Brasil, 2021). A região sudeste possui a segunda maior incidência do Brasil com 34,4 casos por cem mil habitantes. Os dados demonstram um aumento na incidência de tuberculose no período, o que demonstra a necessidade de intensificar diversas ações estratégicas para controle.

O crescimento acumulado de 16,08% entre 2018 e 2024 indica ampliação da visibilidade epidemiológica do agravo no território, refletindo maior sensibilidade da rede municipal para identificação, notificação e registro dos casos nos sistemas oficiais de informação. Tal comportamento está diretamente relacionado às estratégias de articulação entre vigilância epidemiológica, Atenção Primária, urgência e serviços especializados, além de capacitações técnicas e qualificação dos processos de monitoramento.

Vale destacar que o aumento da taxa não deve ser interpretado isoladamente como crescimento da ocorrência do agravo, mas como resultado do fortalecimento da cultura de notificação compulsória, melhoria da qualidade dos registros e consolidação dos fluxos de informação. A elevação observada especialmente no período pós-2021 evidencia o amadurecimento institucional das práticas de vigilância e maior integração entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde. Nesse sentido, é imprescindível a qualificação do cuidado à população e a implementação de estratégias intersetoriais de prevenção.

A Serra apresentou elevação significativa da mortalidade por tuberculose entre 2021 e 2023 (Gráfico 28), seguida de redução em 2024, porém ainda em patamar superior ao início da série. O comportamento sugere necessidade de intensificação das estratégias de controle e qualificação da linha de cuidado da tuberculose, especialmente no diagnóstico precoce e adesão ao tratamento.

Gráfico 28. Coeficiente de mortalidade por tuberculose padronizado por 100 mil habitantes dos principais municípios da Grande Vitória, em 2021-2024.



Fonte: SIM/DATASUS. Elaboração PMS/SESA/VE.

Diante do exposto, observa-se que o município da Serra apresenta cenário epidemiológico que exige vigilância contínua e qualificação permanente das ações



de controle da tuberculose. O aumento da incidência ao longo da série histórica, associado à oscilação e elevação recente da mortalidade, reforça a necessidade de consolidar estratégias integradas entre Vigilância em Saúde e Rede de Atenção, com foco na ampliação do diagnóstico oportuno, fortalecimento da busca ativa de sintomáticos respiratórios, investigação de contatos, garantia de início rápido do tratamento e monitoramento rigoroso da adesão. Além disso, torna-se fundamental intensificar ações intersetoriais voltadas aos determinantes sociais da doença, considerando que a tuberculose permanece como agravo fortemente associado às vulnerabilidades sociais.

Síndrome respiratória aguda grave (SRAG)

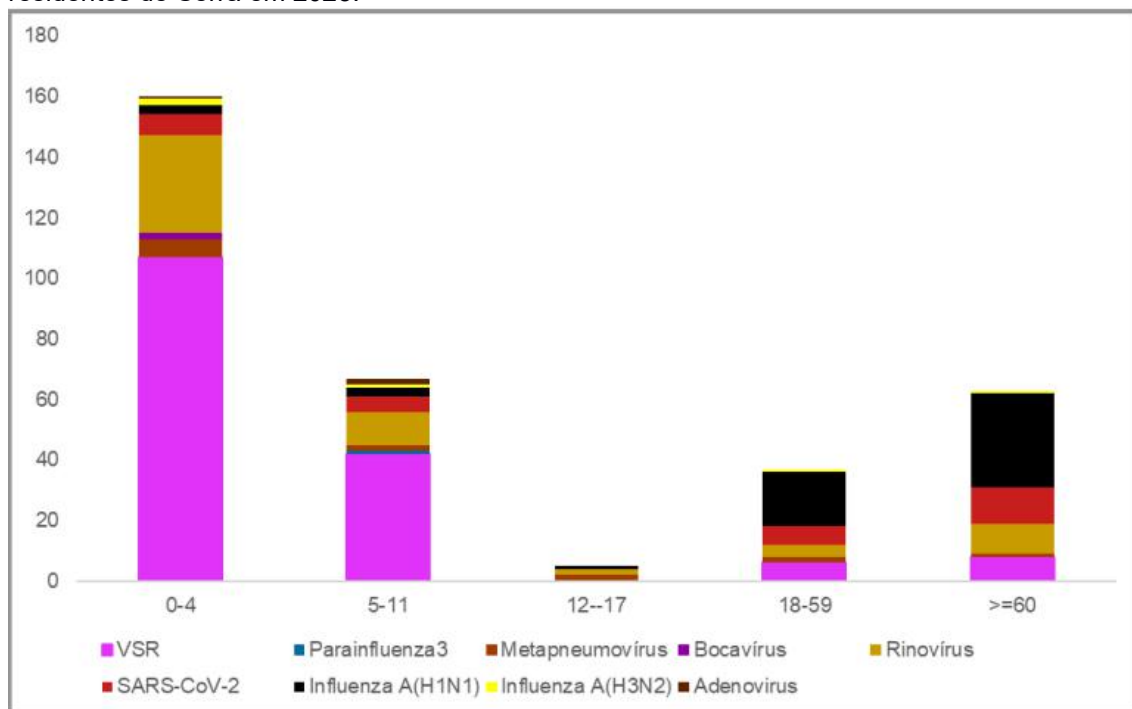
A síndrome respiratória aguda grave (SRAG) são aqueles quadros caracterizados por dispnéia (desconforto respiratório ou pressão persistente no tórax ou saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente ou coloração azulada dos lábios ou rosto). Devem ser notificados todos os pacientes hospitalizados e todos os casos de óbito independente de hospitalização (Brasil, 2023). Desta forma, é possível quantificar, monitorar e avaliar precocemente as alterações na circulação dos vírus respiratórios (tais como influenza, SARS-CoV-2 entre outros).

A sazonalidade das doenças respiratórias, associada a um sistema de vigilância epidemiológica capaz de identificar o perfil etiológico circulante, ou seja, demonstrando o tipo de vírus, com determinação dos vírus predominantes em cada período, constitui elemento estratégico para o planejamento e a tomada de decisão em saúde pública. A caracterização oportuna dos agentes etiológicos subsidia a definição de medidas preventivas específicas, incluindo a organização das campanhas de vacinação, a adoção de medidas não farmacológicas e o manejo adequado de surtos.

Ademais, fornece suporte técnico para a aplicação de protocolos clínico-assistenciais baseados em evidências, contribuindo para a qualificação do cuidado, racionalização do uso de antimicrobianos e antivirais, redução de internações e mitigação de desfechos graves. Nesse contexto, a integração entre vigilância

laboratorial, atenção primária e rede hospitalar fortalece a capacidade de resposta do sistema de saúde frente aos períodos de maior circulação viral.

Gráfico 29. Positividade de vírus respiratório dos casos de SRAG notificados por faixa etária de residentes de Serra em 2025.

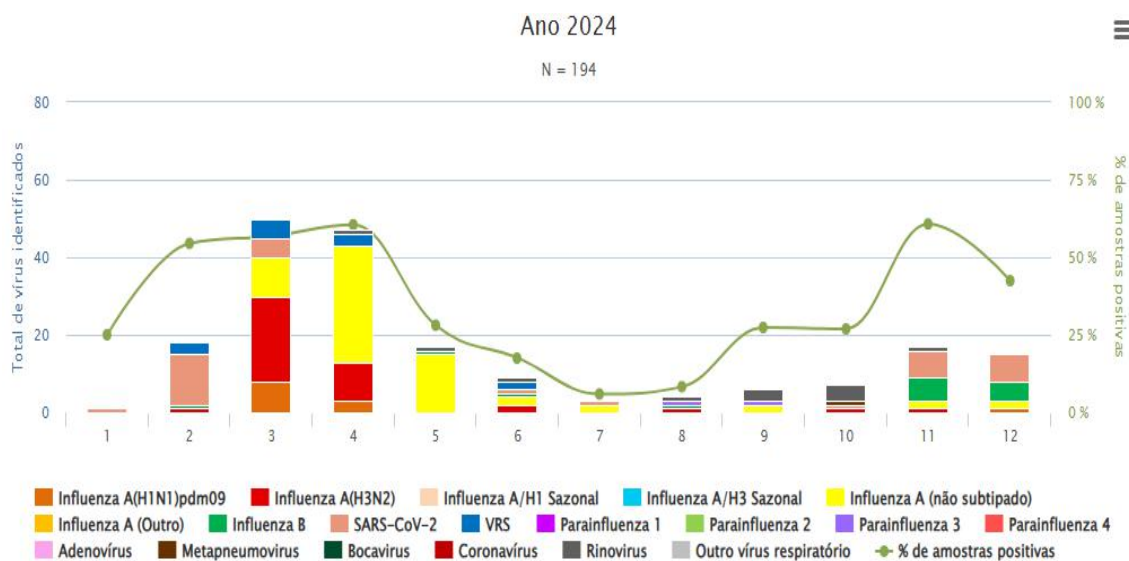


Fonte: SIVEP Gripe. exportação em 15/10/2025. *Dados preliminares.

Os dados demonstram que das internações por SRAG em crianças de 0 a 4 e de 05 a 11, o vírus sincicial respiratório representou o principal agente etiológico seguido por rinovírus. Enquanto nas faixas etárias de jovens, adultos e idosos os vírus influenza A (H1N1) e SARS Cov-2 foram os que predominaram.

Outra importante estratégia de monitoramento epidemiológico da vigilância de vírus respiratório é por meio da unidade sentinela para casos de síndrome gripal. A implantação da unidade sentinela em 2022, para síndrome gripal na UPA Castelândia, permitiu ao município conhecer o perfil epidemiológico da circulação de vírus respiratórios em crianças, adultos e idosos. O gráfico abaixo ilustra a distribuição por mês em 2024 da taxa de positividade e do agente etiológico viral detectado. Por meio desta estratégia contínua pode-se capturar o padrão de vírus respiratórios circulantes (“painel viral”), mesmo em casos de menor gravidade.

Gráfico 30. Distribuição mensal da taxa de positividade da síndrome gripal e do perfil epidemiológico viral na UPA Castelândia/SERRA-ES (2024).



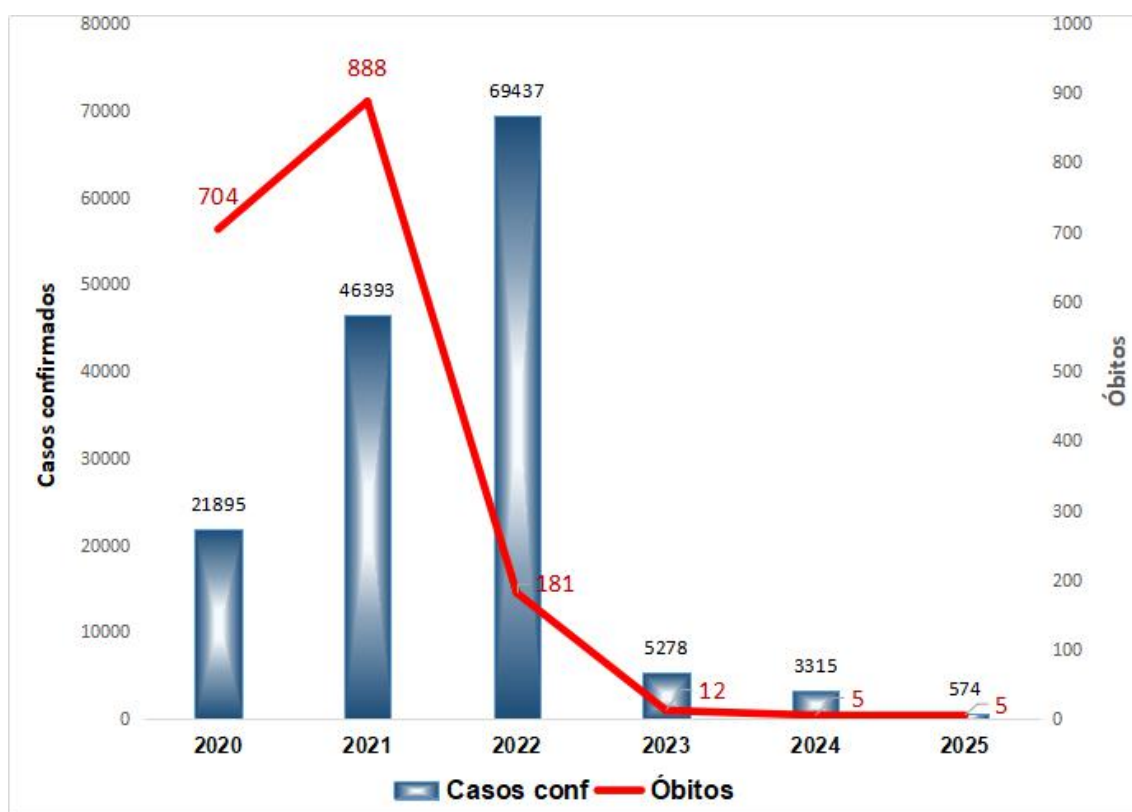
O monitoramento da unidade sentinela é uma estratégia de vigilância que permite ao município reforçar orientações direcionadas aos profissionais de saúde de modo a conduzir e intervir de forma efetiva na assistência ao paciente. A detecção de influenza permite direcionar esforços para campanha da vacina da gripe e, da mesma forma, o aumento na detecção de SARS COV-2 para vacina da COVID e assim por diante (Brasil, 2023).

COVID-19 (*Coronavírus disease*)

A COVID-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus, SARS-CoV-2, um beta coronavírus, descoberto em amostras de lavado bronco alveolar obtido de pacientes com pneumonia de causa desconhecida na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China em dezembro de 2019. O modo de transmissão desta doença infecto contagiosa, ocorre de pessoa para pessoa por meio de gotículas ou por aerossol e por superfície contaminada. A infecção pode variar de casos assintomáticos e manifestações clínicas leves até quadros moderados graves e críticos. Os casos graves se caracterizam por uma síndrome respiratória aguda grave uma vez que causa desconforto respiratório, baixa saturação de oxigênio e ar ambiente ou coloração azulada de lábios ou rosto e podem evoluir para óbito (Brasil, 2022).

O gráfico 31, apresenta a distribuição dos casos confirmados e óbitos por mês até 30/10/2025. Destaque deve ser dado para o fato de que em 20/01/2021 o Espírito Santo, iniciou a campanha nacional de vacinação contra COVID-19, sendo o 1º. paciente imunizado no município de Serra.

Gráfico 31. Distribuição temporal de casos confirmados e óbitos de COVID-19 de 2020 a 2025, residentes em Serra/ES.



Fonte: Sistema ESUS/VS. Observação: 2025* dados parciais, referente até 30/10/2025.

Apesar da maioria dos casos sem imunidade prévia evoluir para cura e remissão completa da doença (sintomas leves ou moderados em torno de 40-45%), aproximadamente 15% podem desenvolver sintomas graves que requerem suporte de oxigênio e 5% podem apresentar a forma crítica da doença (WHO, 2020).

Os dados apresentados indicam uma queda expressiva no número de óbitos por COVID-19 no período de 2021 a 2022, passando de 888 mortes em 2021 para apenas 181 mortes em 2022, seguindo em queda até 2024 e 2025. Em 2020, a mortalidade elevada reflete a circulação de um vírus novo, altamente transmissível e

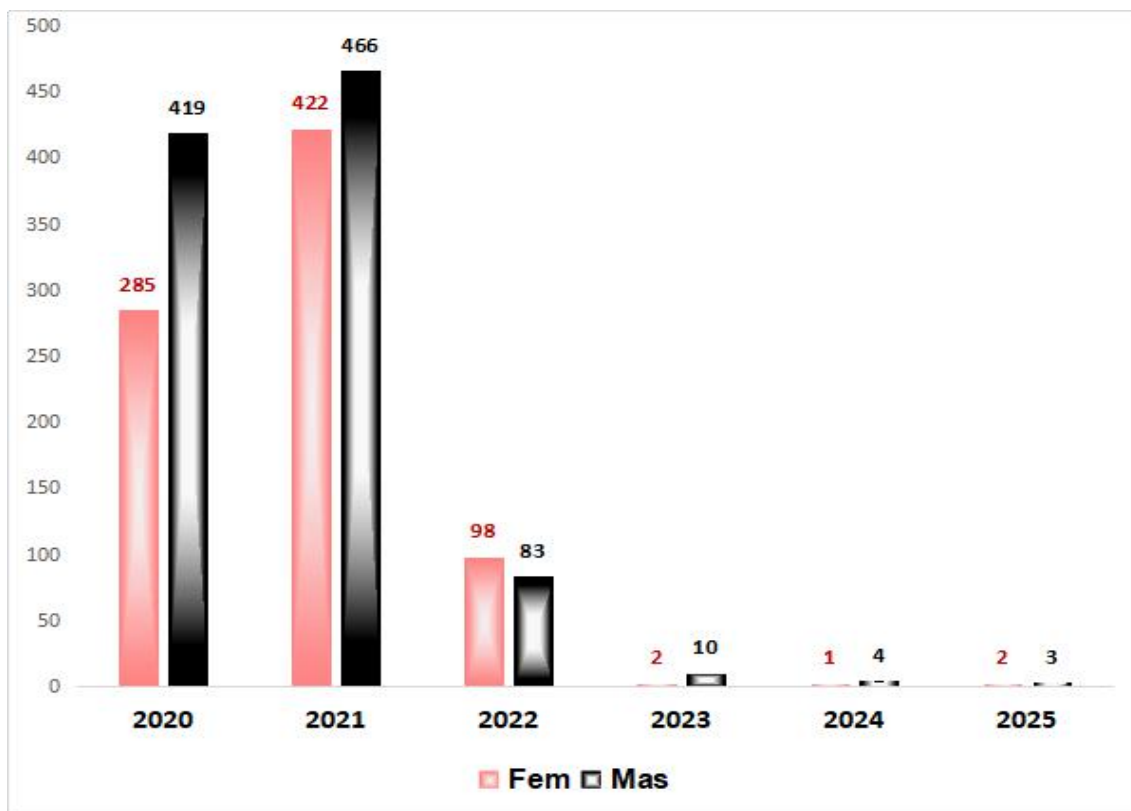


patogênico para o qual não havia imunidade prévia na população. A ausência de conhecimento e de ferramentas específicas de prevenção e tratamento contribuíram para um cenário de alta letalidade.

Em 2021, observa-se um pico de óbitos (888), relacionado à combinação de ampla circulação comunitária e ao surgimento de variantes mais transmissíveis (como a cepa Gama e posteriormente a Delta de maior patogenicidade), que encontraram uma população ainda parcialmente desprotegida, já que os programas de vacinação estavam em fase inicial.

A partir de 2022, a queda acentuada para 181 óbitos reflete o impacto direto da vacinação em massa. O aumento da cobertura vacinal reduziu significativamente a ocorrência de casos graves e hospitalizações, alterando o perfil epidemiológico da doença. Contribuíram também novos esquemas vacinais, incluindo doses de reforço ajustadas a variantes circulantes, tornando-se a vacinação mais efetiva. Associa-se a isso, a disponibilidade de protocolos seguros de tratamento e medicamentos antivirais eficazes, capazes de reduzir progressão para quadros graves quando utilizados precocemente, bem como a ampliação e manutenção da imunidade populacional, resultante da vacinação quanto da exposição natural ao vírus.

Gráfico 32. Distribuição de óbitos por COVID por ano e sexo de residentes de Serra (2020-2025).



Fonte: Sistema e-SUS/VS (dados extraídos em 14/11/2025). Observação: 2025* dados parciais, referentes até 30/10/2025.

Assim, o conjunto de ações de saúde pública (vacinação, vigilância ativa, diagnóstico e tratamento oportuno), aliado à evolução natural da epidemia, resultou em uma redução progressiva e sustentada da mortalidade pela COVID-19. O cenário observado nos anos 2024 e seguintes, demonstra a transição da COVID-19 para um comportamento endêmico, com baixo impacto sobre a mortalidade quando comparado aos anos iniciais da pandemia.

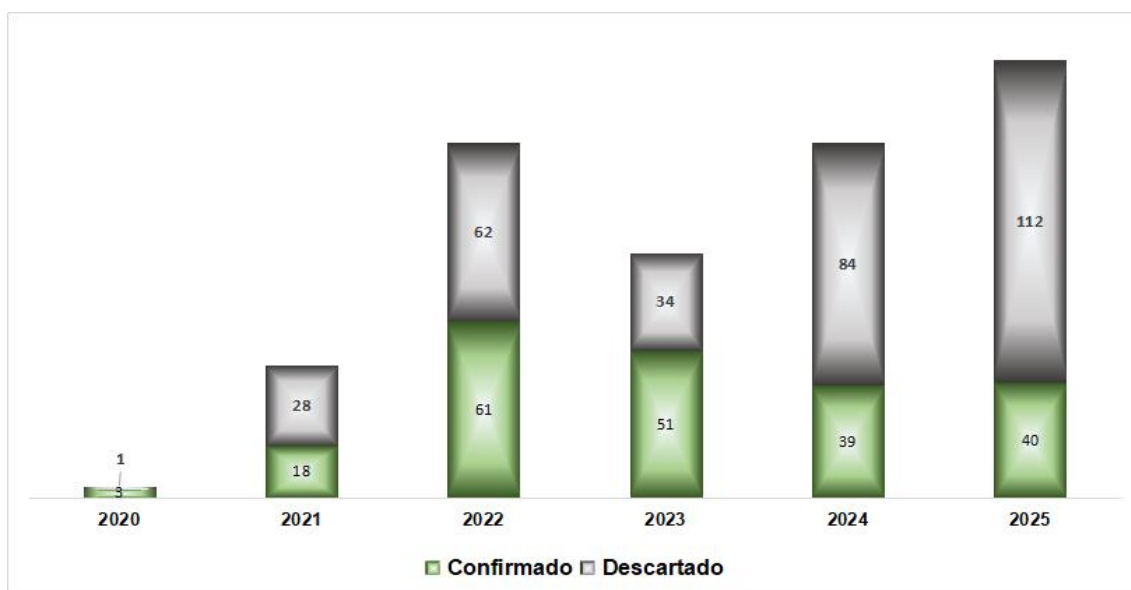
Meningite

A meningite é uma inflamação da meninge, um tecido protetor do encéfalo e pode ter diversas causas como traumatismos e agentes infecciosos: vírus, bactérias ou fungos. A doença meningocócica, infecção bacteriana, é causada pelo agente *Neisseria meningitidis* e pode se apresentar desde uma forma clínica leve até a forma mais grave, conhecida como meningococcemia podendo levar a óbito (Brasil, 2024a).

Dentre os diversos tipos de meningite que devem ser investigados, a doença meningocócica é a de maior importância epidemiológica devido sua gravidade e risco de óbito. A transmissão se dá por contato direto entre pessoas através de secreções respiratórias infectadas, é uma doença de notificação compulsória nacional (Brasil, 2024a).

A prevenção primária por meio de vacina é a principal medida prevenção adotada para toda a população. A vacinação obrigatória no calendário infantil da vacina Meningo C, bem como o acompanhamento de todos os casos suspeitos pela vigilância epidemiológica, seja de casos internados em Serra ou residentes de outros municípios, também consiste em medida eficaz para controle da doença e de possíveis contactantes (Brasil, 2024a). O gráfico 33 abaixo, apresenta casos notificados e confirmados de residentes de Serra de 2020 a 2025.

Gráfico 33. Série histórica de meningite notificada e confirmada em residentes de Serra, 2020 a 2025.



Fonte: Sistema ESUS/VS (Elaboração: PMS/SERRA/VE). Observação: 2025: Dados até 24/11/2025

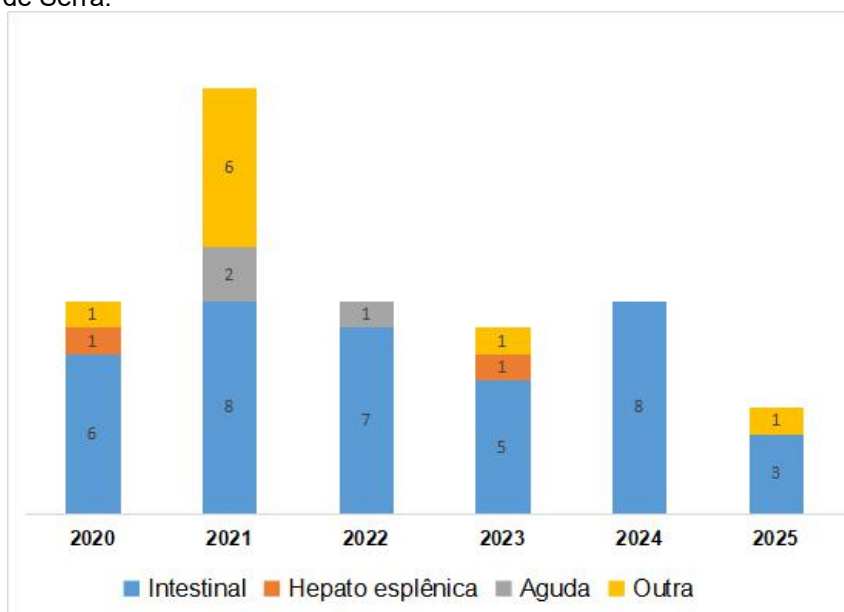
A série histórica demonstra um aumento dos casos notificados de 2021 a 2025, com exceção de 2023. Entretanto, o número de notificações aumentou devido à exigência do LACEN em registrar no e-SUS/VS qualquer avaliação líquórica mesmo a nível ambulatorial.

Esquistossomose

A esquistossomose, ou popularmente conhecida como “doença dos caramujos” ou “barriga d'água” é uma doença infecciosa causada pelo parasita *Schistosoma mansoni*. Apresenta lenta evolução com um longo curso assintomático, mas quando evolui para fase tardia pode apresentar um quadro grave com possibilidade de desfecho incapacitante e fatal. Os casos da doença são de notificação compulsória e a confirmação do diagnóstico nos estágios iniciais é feito com exame de fezes, um exame de baixo custo (Brasil, 2024b). Por isto, a importância de identificação precoce e tratamento dos casos nas ações de atenção básica.

A doença tem como hospedeiro intermediário, o caramujo, do gênero *Biomphalaria*, que habita coleções de água doce ou com pouca correnteza, tais como riachos e córrego (Brasil, 2024b). Quanto a esse quesito o município possui uma vasta rede hidrográfica constituída por rios, ribeirões, córregos e lagoas (como a lagoa do Juara, do Jacuném, Saraponga, Carapebus e Maringá) o que torna propício para instalação de vetor. Desta forma, a doença exige diversas ações de controle, as quais incluem a vigilância ambiental, o monitoramento e investigação de casos, tratamento de casos e educação em saúde. O gráfico 34 apresenta uma série histórica do número de casos confirmados de residentes por ano.

Gráfico 34. Série histórica do número de casos notificados, por ano e por forma clínica de 2020-2025, em residentes de Serra.



Sistema: ESUS/VS. Observação: 2025* até 24/11/2025.

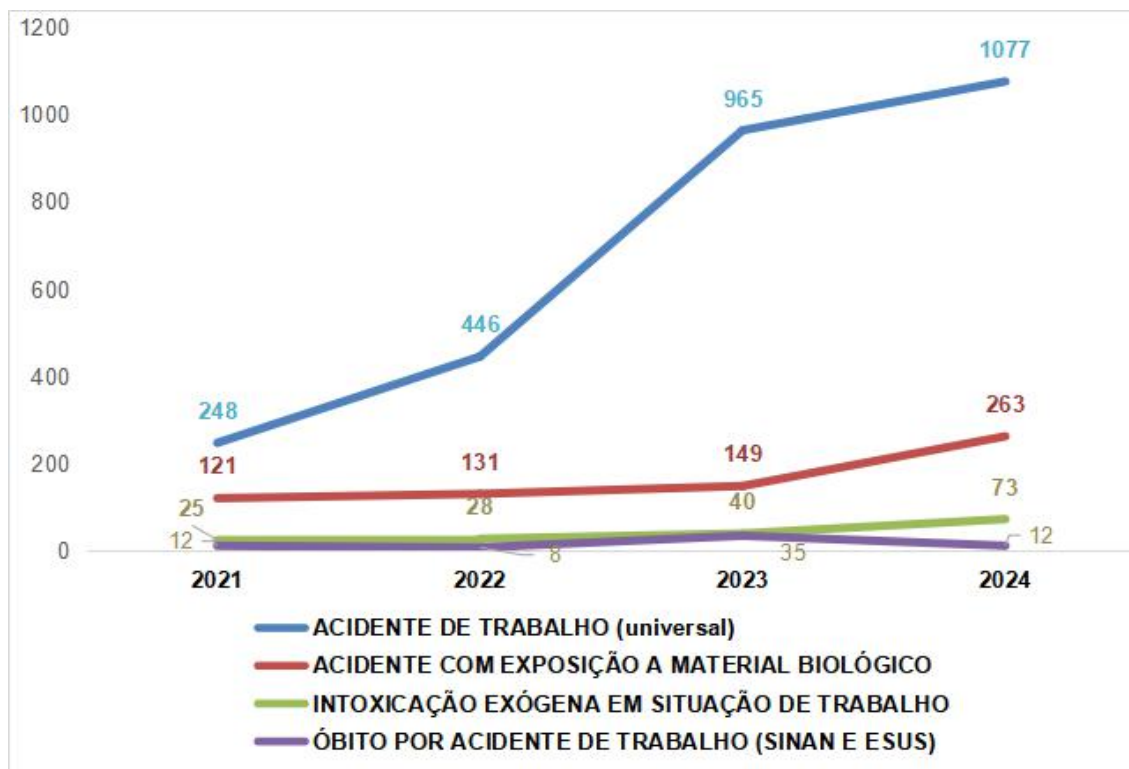
Os dados apresentados evidenciam variação significativa na distribuição das formas clínicas entre os casos confirmados notificados, indicando possível heterogeneidade na detecção, classificação e registro dos agravos. Tal cenário demanda a adoção de medidas técnicas qualificadas, incluindo a análise criteriosa de possíveis subnotificações, revisão de prontuários, fortalecimento da vigilância ativa e realização de inquéritos epidemiológicos direcionados. Além disso, torna-se fundamental a sensibilização e capacitação contínua dos profissionais de saúde quanto aos critérios diagnósticos e fluxos de notificação, bem como o aprimoramento da integração entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde. Essas ações contribuem para maior acurácia das informações, qualificação da vigilância epidemiológica e planejamento mais assertivo das estratégias de controle e prevenção.

Acidente de trabalho

Todo evento que ocorre pelo exercício do trabalho e que provoque lesão corporal, perturbação funcional ou doença, causando morte ou perda/redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho, conforme a Lei nº 8.213/1991, no artigo 19, é um acidente de trabalho. Os acidentes de trabalho podem ocorrer no ambiente de trabalho ou durante o exercício do trabalho (Típico) e no trajeto entre residência e trabalho e vice e versa (Trajeto). Os acidentes podem provocar lesão corporal, perturbação funcional, dano material, perda ou redução temporária ou permanente da capacidade de trabalho e até a morte e são de notificação compulsória.

No município de Serra essas notificações denominadas de “Acidentes de Trabalho universal” e aquelas que decorrem da exposição de material biológico ou as intoxicações que ocorrem em situação de trabalho estão representadas em números absolutos no gráfico 35, distribuídos por ano para uma compreensão da evolução cronológica.

Gráfico 35. Distribuição por ano das notificações de acidentes de trabalho ocorridos em Serra.



Fonte: e-SUS/VS. Elaboração PMS/SESA/GVE.

Os acidentes de trabalho típicos ou de deslocamento são os que apresentaram maior crescimento no período, passando de 248 para 1.077 notificações. Este fato pode ser explicado, em parte, pelas capacitações realizadas no período para que as diversas fontes de notificação (unidades de saúde, UPAs e hospitais) possam realizar as notificações, aumentando sua sensibilidade. Além disso, o número de ocorrências apresentado evidencia a magnitude e importância da vigilância para construir políticas e avaliar as medidas de prevenção adotadas já que a taxa de incidência ficou 582,63 para 100 mil habitantes em 2024, a maior da região da grande Vitória (Vitória 456,7; Vila Velha 297,71; Cariacica 263,69 por 100 mil habitantes). Neste período foram 74 óbitos notificados relacionados ao trabalho, sendo que só em 2023 foram 35 óbitos (linha roxa no gráfico).

Mortalidade

O perfil de mortalidade utiliza dados do sistema de informação de mortalidade (SIM) de base local para compreender as causas básicas de óbitos específicos e por capítulo. A causa básica de óbito evidencia a doença ou lesão que iniciou a cadeia



de acontecimentos patológicos que conduziram ao óbito ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal.

Os dados de óbitos serão apresentados por: (1) causas segundo capítulo da CID-10 em valores absolutos e relativos (proporção); (2) óbitos prematuros pelas quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT); (3) mortalidade específica da criança de até 1 ano; (4) a fetal e; (5) a materna por causas.

Tabela 14. Série histórica da frequência absoluta da mortalidade ordenada por causas segundo capítulo da CID de residentes de Serra de 2016 a 2024.

Grupo de causa (Cap CID10)	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Doenças do aparelho circulatório	662	707	708	693	704	730	779	777	746
Causas externas de morbidade e mortalidade	480	545	402	394	451	463	447	448	355
Neoplasias (tumores)	462	453	505	541	457	473	528	552	532
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	91	84	86	92	746	987	257	121	96
Doenças do aparelho respiratório	197	224	200	225	238	215	219	204	199
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	110	126	106	122	166	239	197	249	242
Doenças do aparelho digestivo	120	122	126	118	110	132	116	160	130
Doenças do sistema nervoso	80	117	118	126	123	159	178	202	172
Algumas afec originadas no período perinatal	123	96	109	120	108	134	113	126	89
Doenças do aparelho geniturinário	66	58	51	85	70	84	107	127	108
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	46	30	35	33	41	42	41	34	36
Transtornos mentais e comportamentais	24	35	31	31	32	58	42	49	31
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	10	10	12	20	19	19	20	15	17
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	22	11	9	22	14	20	25	21	19
Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	4	7	5	4	19	15	19	7	0
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitários	4	12	8	7	18	15	6	8	10
Gravidez parto e puerpério	7	3	7	5	7	9	7	7	2
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	1	1	2	2	0	0	0
Doenças do olho e anexos	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Total	2509	2640	2519	2639	3325	3796	3102	3107	2784

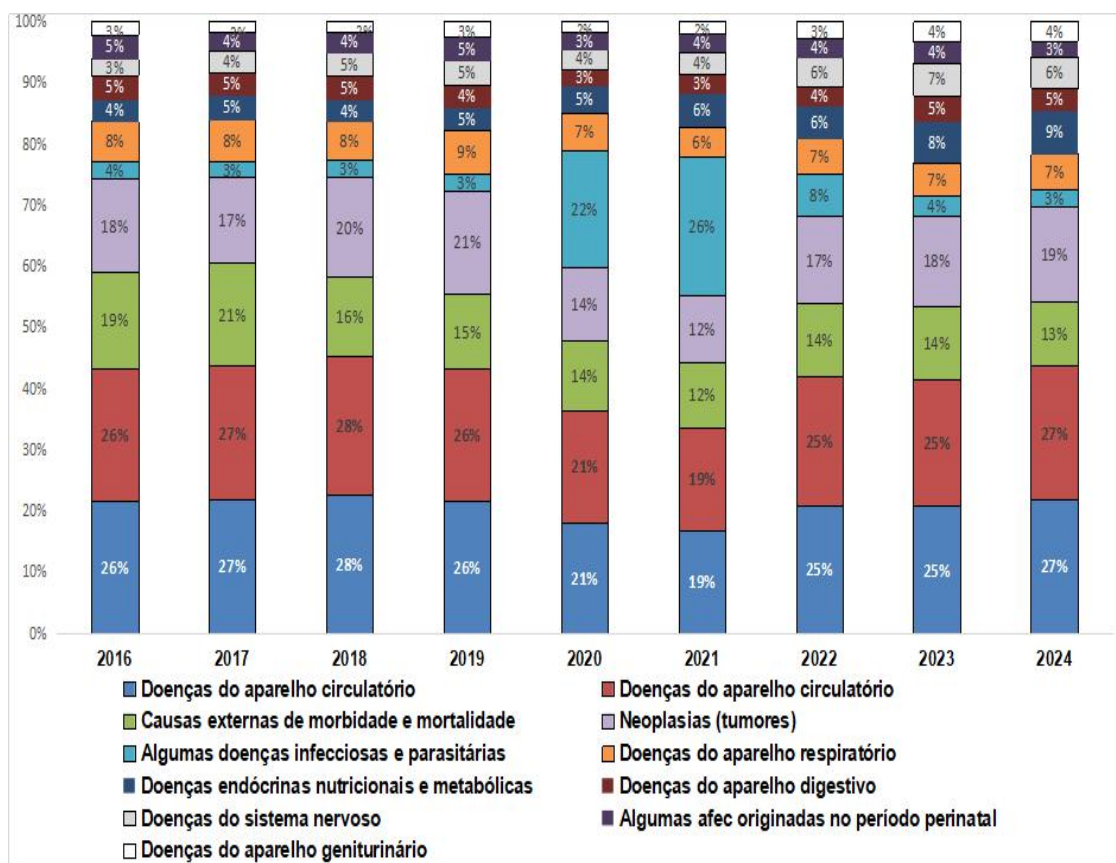
Fonte: SIM (TABNET/sim)

Os dados apresentados demonstram que as doenças do aparelho circulatório ocupam o primeiro lugar como causas de óbito na série, com exceção dos anos de 2020 e 2021, devido a pandemia da COVID-19, período que o número de óbitos por

doenças infecciosas e parasitárias esteve em primeiro lugar. As causas externas ou mortes não naturais, alternam em segundo e terceiro lugar com as neoplasias. O boletim de mortalidade da vigilância epidemiológica apresenta maiores detalhes sobre as causas específicas e circunstâncias de óbitos das causas externas bem como dos tipos de neoplasias de óbitos.

Destaca-se que em 2024, houve uma redução de 21% no grupo das causas externas, menor número desta série histórica. Outro importante destaque nesta análise de causas a doenças respiratórias que ocupavam a quinta colocação tiveram uma redução nos dois últimos anos, entretanto, as doenças endócrinas e nutricionais representadas principalmente pelas complicações da diabetes apresentaram um aumento ocupando a posição de 5º colocação. A mortalidade proporcional por ano atribui um percentual de cada grupo/capítulo em relação aos óbitos de residentes de Serra, apresentado no gráfico a seguir.

Gráfico 36. Série histórica da mortalidade proporcional dos principais grupos de causas de 2016 a 2024, Serra/ES.





Fonte: SIM (elaboração PMS/SERRA/VE).

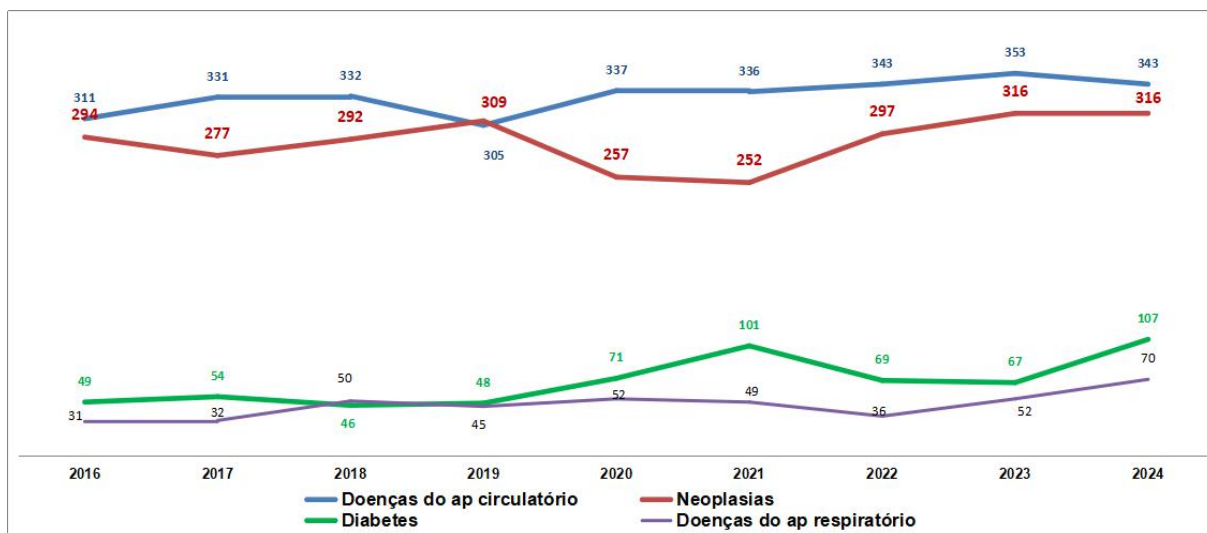
Observação: Dados sujeitos a ajustes, considerando que o prazo de alterações é de 180 dias.

O grupo de doenças do aparelho circulatório, das neoplasias, das causas externas, do aparelho respiratório e das doenças endócrinas e metabólicas responderam por aproximadamente 80% de todas as causas básicas de óbito em 2024. A maior parte destas causas de óbito estão relacionadas às doenças crônicas mais prevalentes na população tais como a hipertensão arterial, o diabetes, a doença respiratória obstrutiva crônica (DPOC), o acidente vascular encefálico, os câncer de mama, brônquios entre outros e aos acidentes de transporte terrestre e os homicídios.

As doenças crônicas tem importantes determinantes sócio-econômicos na saúde, mas do ponto de vista biológico é de causa multifatorial, portanto dependem de um conjunto de fatores de risco que podem ser modificáveis (alcoolismo, tabagismo, sedentarismo, sobrepeso/obesidade, alimentação) e outros não modificáveis como a idade, o sexo e a carga genética.

No que diz respeito à mortalidade precoce por doenças crônicas não transmissíveis, definida pela resolução CIT nº 08/2016, consideram-se óbitos precoces aqueles ocorridos entre 30 e 69 anos pelas quatro principais categorias de DCNT, segundo os capítulos da CID-10, a saber: doenças do aparelho circulatório, doenças respiratórias, neoplasias e doenças endócrinas e metabólicas.

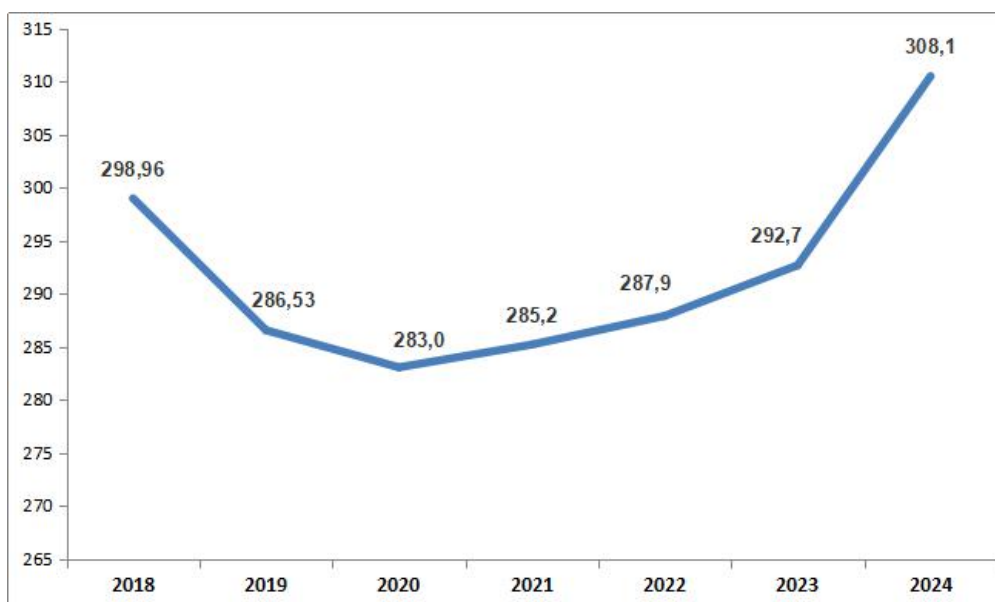
Gráfico 37. Série histórica das causas de mortalidade prematura por ano de residentes de Serra (2016-2024).



Fonte: SIM local (dados obtidos em 17-12-2025).

A série histórica demonstra que as doenças do aparelho circulatório predominam entre as causas de óbito prematuras, exceto em 2019, entretanto, as neoplasias apresentaram crescimento de 2022 em diante. Destacamos que a diabetes foi a causa que apresentou maior crescimento em 2024 em relação a 2023, aumento de 59,7%. O gráfico abaixo apresenta a taxa de mortalidade prematura de residentes de Serra.

Gráfico 38. Taxa de mortalidade prematura pelas quatro principais doenças crônicas não transmissíveis de 2018 a 2024.



Fonte: SIM e IBGE

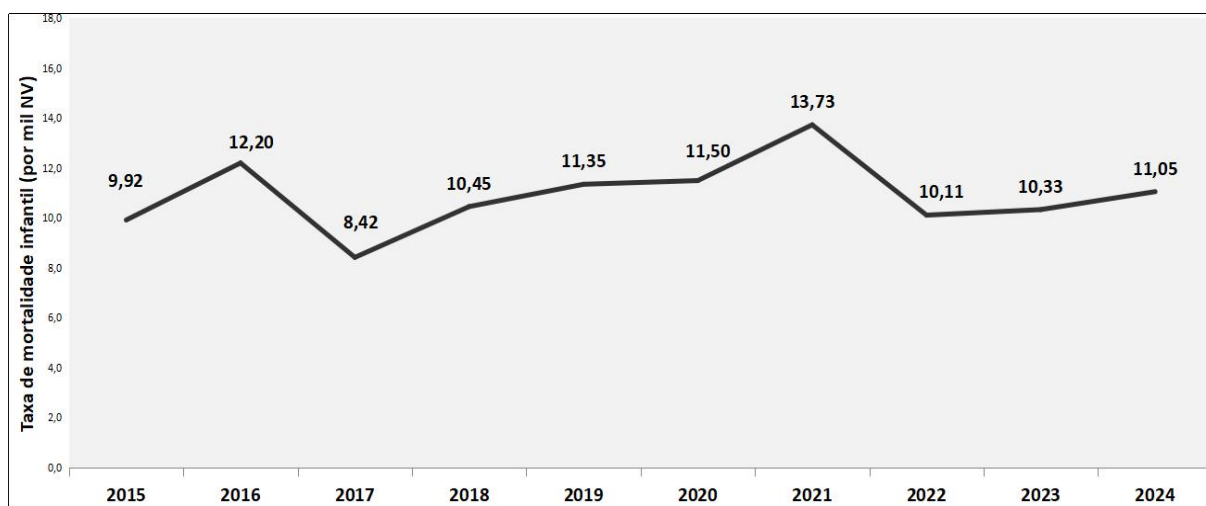
Nota: Para a população na faixa etária estabelecida foi considerado população projetado por ano e faixa etária pelo DATASUS do Ministério da Saúde.

A análise da série histórica da mortalidade em Serra evidencia a predominância das doenças crônicas não transmissíveis como principais causas de óbito, reafirmando a necessidade de fortalecimento das políticas públicas voltadas à prevenção, diagnóstico precoce e manejo longitudinal dessas condições. Embora se observe redução pontual em alguns grupos, como as causas externas em 2024, o conjunto das doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças respiratórias e endócrinas/metabólicas permanece concentrando a maior parte dos óbitos, o que reforça o impacto dos fatores de risco comportamentais e das desigualdades sociais na determinação do perfil epidemiológico local. Diante disso, considerando a complexidade das DCNT, é imprescindível uma abordagem multiprofissional de cuidados em saúde que iniciam-se na atenção primária e atravessam os níveis secundário e terciário do sistema de saúde bem como os eixos de assistência farmacêutica e educação em saúde.

Mortalidade Infantil

A taxa de mortalidade infantil, refere-se aos óbitos ocorridos abaixo de 1 ano de idade padronizados para cada mil nascidos vivos por ano. É um dos indicadores de saúde pública universais mais utilizados para avaliação da qualidade dos cuidados da saúde materno infantil. Portanto, a série histórica da taxa de mortalidade infantil do município de Serra é importante para observar as reduções e progressos alcançados bem como os aumentos. Os dados estão demonstrados no gráfico 39.

Gráfico 39. Série histórica da taxa de mortalidade infantil do município de Serra, 2015 a 2024.

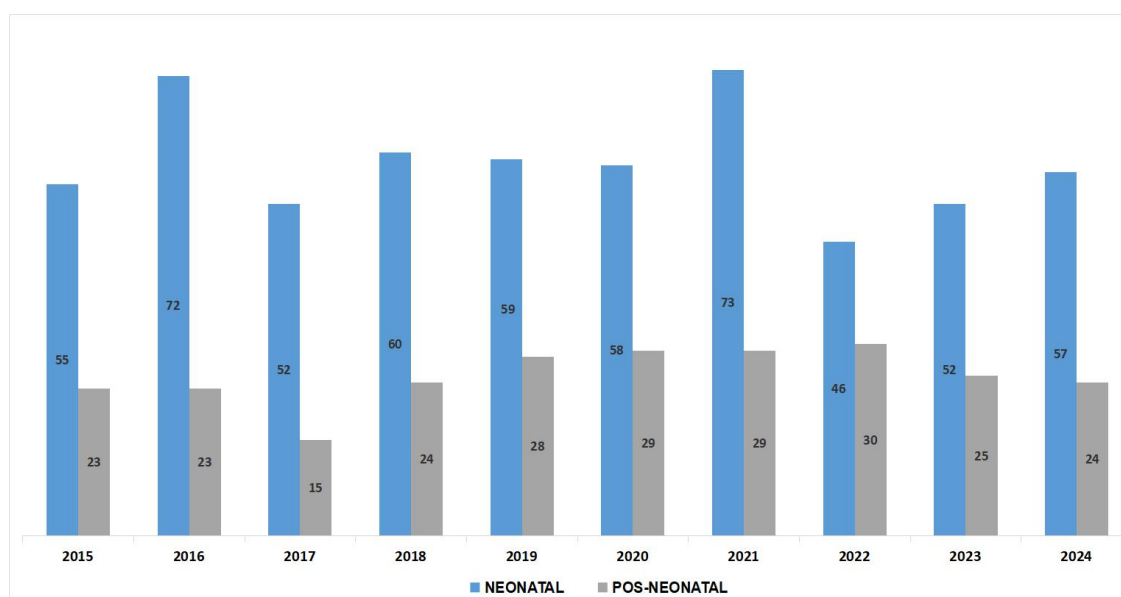


Fonte: SIM/SINASC. Elaboração: Sesa/SVS/VE

A mortalidade infantil pode ser dividida em período neonatal, que compreende o nascimento até o 27º dia de vida e pós-neonatal que vai do 28º dia até o 1 ano de idade. Esta divisão é importante para compreender melhor em que período os óbitos estão ocorrendo e se estão mais relacionados aos cuidados da gestação e ao parto ou as questões sócio-econômicas do desenvolvimento infantil e do acompanhamento da puericultura.

A análise da mortalidade infantil no município de Serra demonstra um perfil semelhante ao observado em âmbito nacional, com predominância das afecções originadas no período perinatal e das malformações congênitas, que, em conjunto, correspondem à maior parte dos óbitos registrados. Esse padrão evidencia a relevância do fortalecimento contínuo da linha de cuidado materno-infantil, especialmente no que se refere ao acompanhamento pré-natal, à assistência ao parto e ao cuidado ao recém-nascido, considerando que esses componentes exigem permanente qualificação técnica e integração entre os diferentes níveis de atenção (Gráfico 40).

Gráfico 40. Série histórica da distribuição do óbito por componente de mortalidade infantil, 2015 a 2024, Serra/ES.



Fonte: SIM (elaboração PMS/SESA/SVS/VE)



O incremento observado no componente neonatal em 2024, em relação aos dois anos anteriores, deve ser interpretado à luz do contexto epidemiológico e assistencial, reforçando a importância do monitoramento sistemático e da análise qualificada dos óbitos para identificação de oportunidades de aprimoramento nos processos de cuidado. A elevada proporção de óbitos classificados como evitáveis indica potencial de avanço por meio da consolidação de estratégias já implementadas, como a ampliação do acesso ao pré-natal oportuno, o fortalecimento da estratificação de risco gestacional, a qualificação da assistência ao parto e o acompanhamento adequado no puerpério e na puericultura.

Tabela 15. Causas de óbitos evitáveis em menores de 1 ano, 2021 e 2022, Serra/ES.

Causas evitáveis em menores de 1 ano	2021	2022	2023	2024
Evitáveis por imunoprevenção	1	0	0	0
Evitáveis por Adequado Controle na Gravidez	22	20	23	27
Evitáveis por Adequada Atenção Parto	13	3	8	5
Evitáveis por Diagnóstico e Tratamento Precoce	18	13	20	13
Evitáveis através de parcerias outros setores	28	16	19	17
Inconclusivo	0	0	0	0

Fonte: CMMI. Elaboração: PMS/SESA/VE

As duas principais causas do óbito infantil estão relacionadas às afecções originadas no período perinatal (54,4%) e as malformações congênitas (30,6%), que juntas correspondem a 85% de todas as causas. Uma análise mais detalhada das causas específicas de cada capítulo podem ser encontradas em boletim epidemiológico da mortalidade infantil.

Tabela 16. Série histórica das causas de óbito por capítulo da CID de menores de 1 ano de 2019 a 2024, Serra/ES.

Causas capítulos CID	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Algumas afec originadas no período perinatal	47	47	54	40	43	46	277
Malformações congênitas e anomalias cromossômicas	28	31	32	24	17	24	156
Causas externas (acidentes, homicídios e suicídios)	5	3	8	6	8	5	35
Doenças do aparelho respiratório	3	0	1	3	5	3	15
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	3	4	1	1	1	11
Neoplasias (tumores)	1	0	1	1	0	0	3



Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0	1	0	0	1	1	3
Doenças do sistema nervoso	0	0	1	1	1	0	3
Doenças do aparelho circulatório	2	0	0	0	0	0	2
Doenças do aparelho geniturinário	0	1	0	0	1	0	2
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0	0	1	0	0	0	1
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	1	0	0	0	0	1
TOTAL	87	87	102	76	77	80	509

Fonte: SIM.

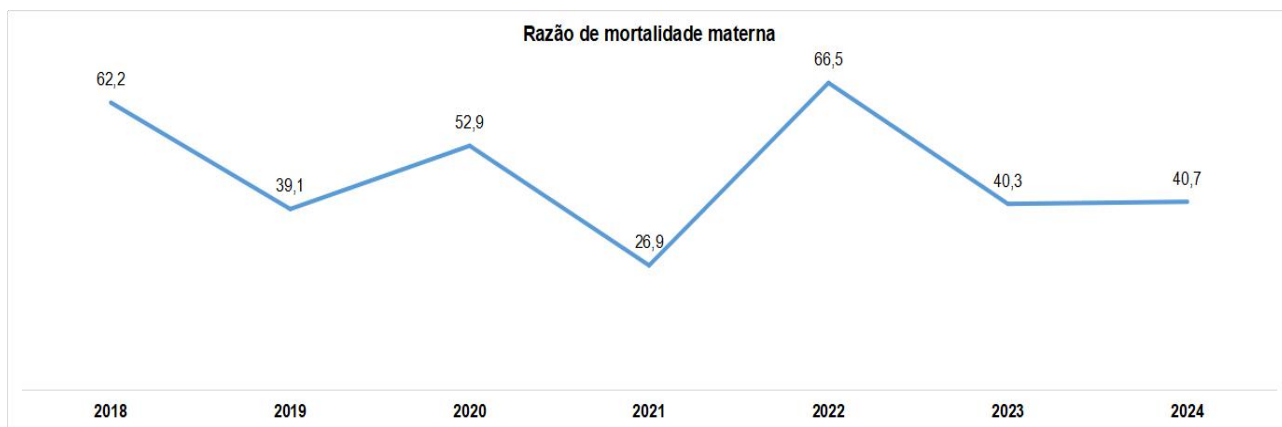
Nesse sentido, a utilização contínua das informações produzidas pelos sistemas de vigilância contribui para o planejamento de ações mais direcionadas e integradas, fortalecendo a Rede de Atenção à Saúde e promovendo melhorias graduais e sustentáveis na atenção materno-infantil.

Óbito materno

Óbito materno é aquele ocorrido durante o período da gravidez e até 42 dias pós parto por causas obstétricas, sendo divididas em diretas (advindas de complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério, relacionadas a intervenções, omissões ou tratamento incorreto) e indiretas (resultante de doenças preexistentes ou desenvolvidas durante a gravidez, agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação, mas não causadas diretamente por complicações obstétricas). A razão de mortalidade materna é uma medida epidemiológica que considera o número de óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos de mães residentes.

Os compromissos expressos na “Agenda 2030” da Organização Mundial de Saúde (OMS), com objetivo de assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar e a inclusão social e econômica, preconiza reduzir a taxa de mortalidade materna global, até 2030, para menos de 70 mortes por 100 mil nascidos vivos e o Brasil, se comprometeu a reduzir para até 30 mortes maternas. Os dados municipais estão expressos no gráfico abaixo:

Gráfico 41. Razão de mortalidade materna de residentes de Serra 2018 a 2024.



Fonte: SIM local (elaboração PMS/SESA/VE).

A análise dos últimos cinco anos no município evidencia variação do coeficiente entre 26,9, menor valor da série histórica, e 66,5 óbitos por 100 mil nascidos vivos, maior valor observado no período, com média de 46,9 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Verifica-se que, na maior parte dos anos analisados, os indicadores permaneceram acima dos parâmetros de referência internacionalmente adotados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Esse comportamento reforça a importância da manutenção de estratégias estruturadas e contínuas voltadas à qualificação da assistência, ao fortalecimento da linha de cuidado materno-infantil e à atuação sobre fatores de risco clínicos, sociais e assistenciais, com vistas à redução consistente e sustentável da mortalidade.

Tabela 17. Série histórica de óbitos maternos residentes por causas detalhadas do capítulo XV de 2019 a 2024.

Causas detalhadas de óbito do capítulo da Gravidez, Parto e puerpério (CID-10)	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
O10.0 Hipertens ess pre-exis comp grav parto puerp	0	0	0	1	0	1	2
O14.1 Pre-eclampsia grave	0	1	0	0	0	0	1
O14.9 Pre-eclampsia NE	0	0	0	1	0	0	1
O15.0 Eclâmpsia na gravidez	1	0	0	0	0	0	1
O15.2 Eclampsia no puerperio	0	0	0	1	0	0	1
O15.9 Eclampsia NE quanto ao periodo	0	0	1	1	0	1	3
O22.3 Flebotrombose profunda na gravidez	0	0	0	0	1	0	1
O23.4 Infecc NE do trato urinário na gravidez	0	0	0	0	1	0	1
O71.5 Outr lesões obstétricas aos órgãos pélvicos	0	0	0	0	1	1	2
O72.1 Outr hemorragias do pós-parto imediato	0	1	1	1	0	0	3
O75.4 Outr complic proced ou cirurgia obstétrica	1	0	0	0	0	0	1
O85 Infecc puerperal	1	0	0	0	0	0	1
O86.4 Febre orig desconhecida subsequente ao parto	0	1	0	0	0	0	1



O86.8 Outr infecc puerperais espec	0	1	0	0	0	0	1
O96 Morte qq caus obst mais 42d menos 1a parto	0	1	2	1	4	0	8
O98.5 Outr doenc virais compl gravidez parto puerp	0	0	5	1	0	0	6
O98.9 Doen inf paras mat NE compl grav parto puerp	0	1	0	0	0	0	1
O99.0 Anemia complic gravidez parto puerpério	1	0	0	0	0	0	1
O99.4 Doenc ap circulat compl gravidez parto puerp	1	1	0	0	0	2	4
O10.0 Hipertens ess pre-exis comp grav parto puerp	0	0	0	1	0	1	2
O14.1 Pre-eclampsia grave	0	1	0	0	0	0	1
O14.9 Pre-eclampsia NE	0	0	0	1	0	0	1
O15.0 Eclâmpsia na gravidez	1	0	0	0	0	0	1
Total	5	7	9	7	7	5	40

Fonte: SIM TABNET (elaboração PMS/SERRA/VE). Dados extraídos em 18/12/2025.

Legenda: Azul - causas de óbitos maternos indiretos e rosa - causas de óbitos maternos direta.

As causas diretas de mortalidade materna (identificadas em rosa), no período analisado, correspondem à maioria dos óbitos registrados, totalizando 28 casos. Observa-se predominância de transtornos hipertensivos da gestação, especialmente eclâmpsia, pré-eclâmpsia e hipertensão com complicações no parto e puerpério, evidenciando a relevância das síndromes hipertensivas como importante determinante da mortalidade materna. Destacam-se ainda hemorragias no pós-parto imediato, infecções puerperais, complicações obstétricas e morte por causas obstétricas ocorridas até 42 dias após o parto, demonstrando a necessidade de qualificação continuada da assistência ao pré-natal, parto e puerpério.

Chama atenção a presença de causas indiretas (identificadas em azul), como doenças do aparelho circulatório associadas à gestação (O99.4) e doenças virais complicando gravidez, parto ou puerpério (O98.5), evidenciando que parte dos óbitos está relacionada a condições clínicas preexistentes ou agravadas pelo estado gestacional. Esse achado reforça a importância da estratificação de risco, do acompanhamento pré-natal qualificado e da articulação entre atenção primária, serviços especializados e rede hospitalar. A ocorrência de mortes maternas tardias também sinaliza a necessidade de fortalecimento do seguimento no puerpério, período que muitas vezes apresenta menor vínculo assistencial.

Conclui-se que o perfil das causas de óbito materno no município aponta para a necessidade de manutenção e aprimoramento das estratégias já implementadas na



Rede de Atenção Materno-Infantil, com ênfase na vigilância ativa, investigação qualificada de cada caso, qualificação do pré-natal de alto risco, manejo oportuno das síndromes hipertensivas e ampliação do acompanhamento no período puerperal. A análise sistemática desses dados constitui ferramenta essencial para o planejamento de ações baseadas em evidências, visando à redução gradual e sustentável da mortalidade materna e ao fortalecimento da segurança assistencial ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal.

Cobertura vacinal

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) é referência mundial, e foi pioneiro na incorporação de diversas vacinas no calendário do Sistema Único de Saúde (SUS) no país. Porém, a alta taxa de cobertura, que sempre foi sua principal característica, vem caindo nos últimos anos em todo Brasil.

O sucesso do programa, paradoxalmente, pode ser uma das causas da queda da cobertura. Isso porque a população que hoje está com 30, 40 e 50 anos de idade, foi amplamente vacinada na infância, quando doenças como o sarampo ou a poliomielite, por exemplo, eram visíveis e a preocupação em vacinar as crianças era maior. Outro aspecto importante que pode influenciar nos dados da vacinação é a mudança do sistema de informação do PNI, antes alimentado pelas doses aplicadas, passando para o registro nominal.

No município de Serra, tivemos em 2017 a implantação do registro nominal no sistema SIPNI e em 2019 a alteração desse para outro sistema (e-SUS AB). Vale destacar que para a vacina de Febre Amarela, uma avaliação de cobertura vacinal pode ser realizada somente a partir de 2017, quando a vacina passou a ser incorporada ao calendário vacinal. Aspectos como situação de abastecimento das vacinas ofertadas podem interferir na cobertura vacinal. A tabela 18 abaixo, apresenta uma série histórica das coberturas vacinais de crianças de 1 ano de idade.

Tabela 18. Coberturas vacinais do calendário básico de 1 ano de idade, Serra, 2020-2024.

Imunobiológico	Meta	2020	2021	2022	2023	2024
VOP (Pólio)	95%	81,12	82,89	87,34	83,56	84,53
TETRA/PENTA	95%	86,93	82,6	83,71	82,36	84,53



(Difteria+tétano+coqueluche+Hib)						
BCG (Tuberculose)	90%	74,63	66,08	91,74	93,43	115,07
VORH (Rotavírus)	90%	80,92	83,93	86,02	85,95	86,09
Pneumo 10v	95%	85,71	89,21	91,95	89,58	88,58
Meningo C	95%	86,43	83,51	87,38	83,98	84,78
Tríplice Viral (D 1) (Sarampo, Rubéola, Caxumba)	95%	69,04	65,97	84,67	83,08	83,40

Fonte: SIPNI e SISAB (elaboração PMS/SESA/VE).

2.3 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO

Com base na Resolução n.º 588, de 12 de julho de 2018, que institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), a vigilância em saúde pode ser entendida como um processo contínuo, sistemático e essencial à função do Sistema Único de Saúde (SUS), que envolve a coleta, consolidação, análise e disseminação de dados e informações sobre eventos relacionados à saúde da população, com o objetivo de planejar, implementar e avaliar ações de proteção, promoção da saúde, prevenção e controle de doenças, agravos, riscos e vulnerabilidades nos territórios.

A vigilância em saúde ultrapassa a dimensão técnico-operacional e configura-se como eixo estruturante do planejamento no âmbito do SUS. Isso porque é a partir da produção sistemática e contínua de informações que se constrói o diagnóstico situacional do território, contemplando o perfil epidemiológico da população, as principais causas de morbimortalidade, a distribuição espacial dos agravos e a identificação de grupos e territórios em maior condição de vulnerabilidade. Essa análise qualificada permite compreender não apenas a ocorrência dos eventos em saúde, mas também seus determinantes e condicionantes, subsidiando intervenções mais efetivas e equânimes.

Com base nesse diagnóstico, a vigilância em saúde orienta a definição de prioridades institucionais, influenciando diretamente a formulação de objetivos, diretrizes e metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde e operacionalizadas na Programação Anual de Saúde, além de fundamentar os processos de pactuação interfederativa. Ademais, fornece elementos técnicos essenciais para a adequada alocação de recursos, direcionando investimentos para ações de promoção e prevenção, organização e qualificação da rede assistencial, contratação de serviços



e implementação de estratégias específicas, como a ampliação de coberturas vacinais. Desse modo, a vigilância em saúde consolida-se como instrumento estratégico para a tomada de decisão, qualificação da gestão e fortalecimento da integralidade do cuidado no SUS. No município da Serra, a Vigilância em Saúde está estruturada em três grandes eixos: o Centro de Vigilância Ambiental em Saúde (CVSA), a Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Sanitária.

O Centro de Vigilância Ambiental em Saúde (CVSA) se constitui como componente estratégico da Vigilância em Saúde, voltada ao monitoramento sistemático dos fatores ambientais que interferem nos determinantes e condicionantes da saúde humana. Trata-se de um conjunto de ações e serviços que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção à saúde, prevenção e monitoramento dos fatores de riscos relacionados às doenças ou agravos à saúde.

Entre suas áreas de atuação destaca-se a Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiágua), regulamentada pela Portaria GM/MS nº 888/2021, que estabelece os procedimentos de controle e vigilância da qualidade da água destinada ao consumo humano e seu padrão de potabilidade. Incluem-se ainda as ações de controle de vetores de relevância epidemiológica (como os transmissores de arboviroses), o manejo e controle de animais sinantrópicos, o monitoramento e controle de pragas urbanas, bem como a atuação preventiva frente a riscos ambientais associados a desastres e eventos climáticos extremos.

No âmbito municipal, a Vigilância Ambiental desenvolve também estratégias de Educação em Saúde Ambiental, promovendo a participação social, o fortalecimento de práticas sustentáveis e a responsabilização da comunidade na redução de riscos. Suas ações são territorializadas, integradas às demais vigilâncias (epidemiológica, sanitária e saúde do trabalhador) e articuladas com a Atenção Primária à Saúde, assegurando abordagem intersetorial e contínua, conforme preconiza a PNVS, com foco na proteção da saúde coletiva e na promoção de ambientes saudáveis.



Em relação a Vigilância Epidemiológica (VE), esta pode ser entendida como um conjunto articulado de ações que proporciona o conhecimento, a detecção e a prevenção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle de doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública.

Sua atuação envolve a coleta sistemática de dados, processamento, análise, interpretação e disseminação de informações provenientes dos sistemas oficiais de informação em saúde, notificações compulsórias, investigações epidemiológicas, monitoramento de surtos e emergências em saúde pública. A Vigilância Epidemiológica é responsável pela coordenação de ações relacionadas à imunização, ao monitoramento das doenças transmissíveis e não transmissíveis, agravos de notificação compulsória, vigilância de óbitos (materno, infantil e por causas específicas), além da investigação e encerramento oportuno de casos, conforme preconiza a Portaria de Consolidação nº 4/2017.

Ainda no âmbito da VE encontra-se o VigiDesastre (Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Desastres), que constitui uma estratégia integrada à PNVS destinada ao monitoramento, prevenção e resposta aos impactos de desastres naturais, tecnológicos ou antrópicos sobre a saúde da população. Seu objetivo é identificar, avaliar e acompanhar riscos e agravos decorrentes de eventos como enchentes, deslizamentos, secas, rompimentos de barragens e acidentes com produtos perigosos, por meio da vigilância oportuna de doenças e agravos associados, análise da situação de saúde das populações atingidas e apoio à tomada de decisão para adoção de medidas emergenciais e estruturantes. Atua ainda na elaboração de planos de contingência, na articulação intersetorial com a Defesa Civil e demais órgãos estratégicos e na produção de informações qualificadas que subsidiem ações de prevenção, mitigação e recuperação, fortalecendo a capacidade de resposta do SUS e reduzindo vulnerabilidades em cenários de risco.



O município de Serra conta ainda com um Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS). O CIEVS constitui estrutura fundamental da Vigilância Epidemiológica responsável pela detecção, monitoramento e resposta oportuna a eventos de potencial risco à saúde pública, especialmente aqueles que possam configurar emergências em saúde pública de importância municipal, estadual, nacional ou internacional. Integrado à Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública, o CIEVS atua de forma contínua, ininterrupta, com monitoramento de rumores, notificações e eventos inusitados, realizando análise rápida de risco, comunicação estratégica e articulação interinstitucional para adoção de medidas imediatas de controle.

No que se refere à Vigilância Sanitária (VISA), esta é um dos pilares estruturantes da Vigilância em Saúde, atuando de forma ampla na proteção da saúde da população por meio do controle de riscos decorrentes da produção, circulação e consumo de bens, bem como da prestação de serviços de interesse à saúde. Para além da dimensão fiscalizatória, sua atuação envolve processos de regulação, normatização, análise de risco, monitoramento sanitário, educação permanente e orientação técnica aos setores regulados, promovendo a qualificação das práticas produtivas e assistenciais.

A Vigilância Sanitária atua no controle sanitário de estabelecimentos de saúde, indústrias de alimentos, medicamentos e produtos sujeitos à vigilância, serviços de interesse coletivo, ambientes de trabalho e espaços públicos. Também desenvolve estratégias de prevenção e promoção da saúde, com foco na redução de danos, no estímulo à conformidade sanitária e na proteção do consumidor, articulando-se de forma intersetorial com outros órgãos e políticas públicas. Assim, consolida-se como função estratégica municipal na garantia da qualidade, segurança e efetividade de produtos e serviços, contribuindo para a redução de riscos sanitários e para a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis.

2.4 - REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) podem ser entendidas como os trajetos percorridos para o acesso aos diferentes pontos de serviços de saúde. O objetivo é



coordenar o cuidado e o acesso dos usuários dentro do SUS, ou seja, visa garantir que estes, ao apresentarem determinada condição de saúde, estejam em um ponto de cuidado adequado à sua necessidade (Brasil, 2025).

No município de Serra, a RAS está organizada de forma integrada, articulando os diversos pontos de atenção, desde as Unidades Básicas de Saúde (UBS), porta de entrada preferencial do SUS, até os serviços de urgência e emergência, especializados e hospitalares, de modo a possibilitar o cuidado contínuo e integral ao cidadão. A organização dos serviços busca assegurar a integralidade da atenção, por meio de fluxos regulados de referência e contrarreferência, coordenação do cuidado pela Atenção Primária e ações voltadas à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde.

Distribuída em todo o território municipal, a rede sob gestão da Secretaria Municipal de Saúde da Serra compreende um conjunto articulado de serviços e unidades que operam de forma territorializada e hierarquizada, garantindo o acesso universal e o cuidado integral à população serrana. O quadro a seguir apresenta os serviços de saúde sob gestão municipal.

Quadro 3. Rede Municipal de Serviços 2025.

QUANTIDADE	ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
33 UBS	Unidade Básicas de Saúde de: São Marcos; Planalto Serrano Bloco A; Planalto Serrano Bloco B; Vista da Serra; Campinho da Serra II; Eldorado; Nova Carapina I, Nova Carapina II; Porto Canoa; Barro Branco; Pitanga; Barcelona; Taquara I; Taquara II; Laranjeiras Velha; José de Anchieta; Parque residencial Laranjeiras; Jardim Tropical; Central Carapina; São Diogo; Chácara Parreiral; André Carloni; Carapina Grande; Manoel Plaza; Boa Vista; Jardim Carapina; Bairro de Fátima; Manguinhos; Cidade Continental – Setor Oceania; Cidade Continental – Setor América; Carapebus; Vila Nova de Colares e Nova Almeida.



01 UBS Itinerante	Unidade Básica de Saúde Itinerante de Putiri (Belvedere, Cidade Nova e Muribeca).
06 URS	Unidade Regional de Saúde de: Valparaíso, Feu Rosa, Jacaraípe, Novo Horizonte, Serra Dourada e Serra Sede.
03 CAPS	Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas; CAPS Infantojuvenil, CAPS Ad II Laranjeiras e CAPS II Mestre Álvaro.
03 UPAS	Unidade de Pronto Atendimento de Carapina, de Castelândia e de Serra Sede.
01 CTA/SAE	Centro de Testagem e Aconselhamento - Serviço de atendimento especializado a pessoas vivendo com HIV/AIDS, hepatites virais e infecções sexualmente transmissíveis (IST).
01 HMMIS	Hospital Municipal Materno Infantil da Serra - HMMIS.
01 AMES	Ambulatório Municipal de Especialidades.
01 CEO	Centro de Especialidades Odontológicas.
01 FARMACIA	Farmácia Central (24h).
01 AMPTS	Ambulatório Municipal de Pessoas TRANS da Serra.
01 PA - INFANTIL	Pronto Atendimento Pediátrico - Anexo ao HMMIS.



01 LACEM	Laboratório Municipal Central.
01 CVAS	Centro de Vigilância Ambiental em saúde.
01 Rede Frio	Central de Municipal de Rede de Frio.

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.

2.4.1 A Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária em Saúde (APS) permanece como elemento central na organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde e o principal responsável pela coordenação do cuidado integral à população. No município da Serra, a APS segue a Política Nacional de Atenção Primária como eixo estratégico prioritário para a consolidação e fortalecimento da atenção à saúde no território. Sua organização está centrada na pessoa e nas famílias, considerando o território como base do planejamento das ações e a continuidade do cuidado como princípio estruturante (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017).

Em contraposição à abordagem programática centrada em grupos ou agravos específicos, a APS da Serra adota o modelo de Linhas de Cuidado, que orienta a atuação das equipes multiprofissionais e garante a integralidade da atenção a partir das necessidades concretas de saúde em cada fase do ciclo de vida. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) operam de forma integrada, articulando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, conforme os protocolos e diretrizes estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2020). As Linhas de Cuidado operam dentro e através das redes temáticas para garantir que o paciente receba o cuidado apropriado em cada ponto do seu percurso.



As principais Linhas de Cuidado implementadas no município contemplam:

Saúde da Criança e do Adolescente: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunização, atenção às doenças prevalentes da infância e prevenção de violências.

Saúde da Mulher: atenção ao pré-natal, parto e puerpério, rastreamento de câncer de colo uterino e de mama, planejamento reprodutivo e saúde sexual.

Saúde do Homem: prevenção de doenças crônicas, rastreamento de agravos prevalentes e promoção do autocuidado.

Saúde Mental: integração com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), atenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas e acompanhamento de transtornos mentais comuns.

Doenças Crônicas e Condições Agudas: acompanhamento de pessoas com hipertensão, diabetes, asma, DPOC e doenças cardiovasculares, conforme a Linha de Cuidado das Condições Crônicas.

Saúde Bucal: prevenção e tratamento de agravos bucais, com ações educativas e clínicas em todos os ciclos de vida.

Além dessas, encontram-se em fase de construção desde o último ciclo de planejamento as Linhas de Cuidado da Pessoa Idosa, da População LGBTQIA+, da População Negra e da População em Situação de Rua, alinhadas às políticas nacionais específicas e às diretrizes de equidade do SUS.

A Linha de Cuidado da Pessoa Idosa está sendo estruturada com foco na atenção integral ao envelhecimento saudável, ampliação das ações intersetoriais e fortalecimento da atenção domiciliar.

A Linha de Cuidado da População LGBTQIA+ está sendo desenvolvida para garantir atenção livre de discriminação, qualificação das equipes e respeito às especificidades de gênero e orientação sexual, em consonância com a Política Nacional de Saúde Integral LGBTQIA+ (BRASIL, 2013; BRASIL, 2023).

A Linha de Cuidado da População Negra está sendo construída com base na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pela



Portaria nº 992/GM/MS, de 13 de maio de 2009. Objetiva enfrentar as iniquidades étnico-raciais, incorporar o marcador racial nos sistemas de informação, e ampliar o acesso qualificado e humanizado a ações de prevenção e tratamento de agravos prevalentes como hipertensão arterial, anemia falciforme e mortalidade materna (BRASIL, 2009; BRASIL, 2017).

Já a Linha de Cuidado da População em Situação de Rua está sendo construída em conformidade com a Política Nacional para a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009b) e a PNAB (2017), priorizando o cuidado centrado no vínculo, a redução de danos, a atenção itinerante e o acesso por meio das Equipes de Consultório na Rua (eCR), assegurando a integralidade do cuidado e a articulação com a rede intersetorial de assistência social, habitação e direitos humanos.

Com base nesse arranjo, a APS da Serra consolida-se como eixo estruturante do SUS municipal, promovendo acesso universal, cuidado integral e gestão territorial das ações de saúde em consonância com os princípios da equidade, longitudinalidade e humanização.

Nesse contexto, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) desempenham papel crucial, oferecendo uma ampla gama de serviços que incluem acolhimento, consultas multidisciplinares, administração de medicamentos, vacinação, visitas domiciliares, exames laboratoriais e ações de promoção e prevenção à saúde. A integralidade e a resolutividade são características essenciais da APS, que busca atender às necessidades mais frequentes da população de forma eficiente, reduzindo custos e evitando a sobrecarga dos níveis secundário e terciário da rede.

De forma complementar, às Unidades Regionais ampliam a capacidade de atendimento, funcionando como referências técnicas e administrativas para as UBS de sua área, com estrutura e serviços especializados que contemplam desde consultas com especialistas até exames complementares de maior complexidade. Essa organização reforça a função da APS como coordenadora da RAS, promovendo a articulação entre os diferentes níveis de atenção e garantindo a continuidade do cuidado.



Conforme dados do 3º quadrimestre 2025, o município da Serra alcançou aproximadamente 68% de cobertura da Estratégia Saúde da Família (eSF). Atualmente, o município conta com 103 equipes de eSF, das quais 87 estão credenciadas e 16 ainda são custeadas com recursos próprios, aguardando homologação. A cobertura em Saúde Bucal situa-se em torno de 31%, com 32 equipes de Estratégia de Saúde Bucal (ESB).

O município encontra-se em processo de transição para a consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário de organização da Atenção Primária à Saúde. Até dezembro de 2025, a cobertura da ESF alcançava aproximadamente 70% da população, evidenciando o esforço contínuo da gestão municipal na ampliação do acesso aos serviços de saúde, no fortalecimento da presença territorial das equipes e na consolidação do vínculo entre os profissionais de saúde e a comunidade.

Considerando a história da saúde pública e a construção do SUS no Brasil, apesar da estratégia prioritária de organização do sistema de saúde seja por meio das redes de atenção, há ainda a presença de programas de saúde voltados para doenças e agravos definidos, tais como:

Programa de Tuberculose

O município possui o Programa de Tuberculose descentralizado implantado nas seis Unidades Regionais de Saúde (URS): Valparaíso, Novo Horizonte, Jacaraípe, Serra Sede, Serra Dourada e Feu Rosa. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) atuam com a estratégia programática de busca ativa, identificando pacientes com tosse persistente por três semanas ou mais. Esses pacientes são acolhidos na UBS, onde se realiza investigação diagnóstica (coleta de escarro, exames laboratoriais, raio X), e quando há suspeita ou confirmação são encaminhados, com agendamento, para as URS competentes, para notificação, tratamento e acompanhamento conforme protocolo municipal e nacional.



Programa de Hanseníase

O Programa de Hanseníase está implantado nas seis Unidades Regionais de Saúde: Valparaíso, Feu Rosa, Novo Horizonte, Jacaraípe, Serra Dourada e Serra Sede. O atendimento é realizado por equipes compostas por enfermeiros, dermatologistas e técnicos ou auxiliares de enfermagem. Durante o ano de 2022, foram registrados 72 casos confirmados da doença. Uma das principais estratégias de detecção é a busca ativa dos contatos domiciliares dos casos confirmados, visando rastrear toda a família que teve convívio com o paciente. O acesso ao programa é realizado em todas as Unidades de Saúde, e pacientes com sinais e sintomas suspeitos devem procurar o serviço de saúde mais próximo de sua residência.

Programa de Tabagismo

O Programa de Controle ao Tabagismo no município da Serra oferece atendimento a pessoas residentes que desejam parar de fumar e superar a dependência do tabaco. O processo terapêutico do programa envolve quatro etapas fundamentais: atendimento individual, consulta de avaliação clínica, participação em grupo terapêutico e acompanhamento contínuo para garantir a cessação do uso do tabaco.

O acesso ao programa está disponível em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde a abordagem inicial é realizada por enfermeiros ou assistentes sociais, que aplicam o Teste de Fagerström para avaliar o grau de dependência à nicotina. A partir dessa avaliação, os usuários são encaminhados às Unidades de Referência para o tratamento especializado. Atualmente, todas as URS oferecem tratamento ao tabagismo (Valparaíso, Novo Horizonte, Jacaraípe, Serra Sede, Serra Dourada e Feu Rosa) e também a Unidade Básica de Saúde de Nova Almeida.

SISVAN: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

O objetivo do SISVAN é realizar o monitoramento e vigilância alimentar e nutricional por meio da avaliação do desenvolvimento corporal (utilizando medidas antropométricas) e do consumo alimentar (principalmente através de marcadores de consumo alimentar). Além disso, busca-se verificar o impacto desses indicadores na saúde da população, visando à prevenção de doenças carenciais e de doenças



crônicas não transmissíveis, uma vez que a alimentação é um dos principais hábitos que influenciam a modulação da saúde.

O acompanhamento dos beneficiários do Programa Bolsa Família ocorre em todas as unidades de saúde, com a obrigatoriedade de que o beneficiário compareça à unidade pelo menos duas vezes ao ano para realização da vigilância nutricional, além da identificação precoce de possíveis problemas de saúde, permitindo intervenções preventivas e promoção da saúde.

Atualmente, o município da Serra conta com aproximadamente 38.200 beneficiários cadastrados no sistema para acompanhamento pelo SISVAN. No âmbito da nutrição na Atenção Primária, que inclui o SISVAN, o município mantém o programa de suplementação de vitamina A, ferro e ácido fólico, que é ofertado em todas as unidades de saúde.

A equipe técnica de Nutrição do município integra a estratégia das equipes multiprofissionais (eMulti), desenvolvendo ações voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças. Entre suas atribuições estão a realização de atendimentos individuais, prescrições dietoterápicas, emissão de laudos nutricionais, visitas domiciliares e institucionais quando necessário, bem como a condução de grupos educativos com diferentes temáticas relacionadas à alimentação e à nutrição, contribuindo para o cuidado integral da população.

PROEF/Nutrição

O Programa de Orientação ao Exercício Físico e Orientação Nutricional, criado em 2001, completa 25 anos promovendo ações de promoção da saúde por meio do incentivo às práticas corporais, atividades físicas e alimentação saudável. O programa atende a população geral a partir de 8 anos de idade, em 100% das unidades de saúde do município da Serra.

A relevância do programa é evidenciada pela alta adesão de adultos e idosos, além da sua efetividade na promoção da longevidade associada à mudança de hábitos e comportamentos saudáveis. Em 2023, o programa foi novamente reconhecido como



uma das três experiências mais exitosas entre as ações das Secretarias de Saúde do estado do Espírito Santo, conforme avaliação do CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde).

Atualmente, o Proef/Nutrição realiza semanalmente cerca de 65.000 atendimentos a usuários, por meio de ações contínuas de promoção da saúde que proporcionam acesso a todos que buscam mudança de rotina e adoção de hábitos mais saudáveis. As ações envolvem ginástica coletiva, hidroginástica, grupos de corrida, academia da saúde, educação nutricional coletiva, consultas nutricionais individualizadas, Proef Contra Dor, avaliações físicas, vôlei adaptado, além da realização de eventos relacionados ao calendário de atividades do Ministério da Saúde.

2.4.2 A atenção especializada

No município, a Atenção Especializada é constituída por um conjunto integrado de ações e serviços que têm como objetivo atender aos principais problemas de saúde e agravos da população. Esse nível de atenção requer prática clínica de maior complexidade, demandando a presença de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos avançados para apoio diagnóstico e terapêutico, garantindo um cuidado qualificado e resolutivo. O município conta com uma rede ampliada de serviços de atenção especializada, com incremento significativo no número de especialistas e na capacidade tecnológica, para atender com mais eficiência as demandas da população.

Central de Regulação de Transporte Sanitário

A Central de Regulação de Transporte Sanitário (CERTS) tem como principal finalidade garantir o deslocamento adequado dos usuários em tratamento de saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O serviço é executado por empresa contratada, por meio de uma frota diversificada e adaptada, visando atender de forma segura e eficiente às necessidades dos munícipes, especialmente aqueles com mobilidade reduzida, pessoas com deficiência, acamados ou em condições clínicas que impossibilitem o uso de transporte convencional.



O município conta com uma frota de 27 veículos voltados ao transporte sanitário eletivo, sendo 10 ambulâncias tipo A (simples remoção), uma ambulância tipo B, 12 vans comuns e uma van adaptada com acessibilidade, e dois veículos leves sendo um deles adaptado. São realizadas remoções para hemodiálise, oncologia, reabilitação, consultas especializadas e outros tratamentos contínuos, com foco na integralidade do cuidado.

Rede de urgência e Emergência

Historicamente, a formulação da política de Urgência e Emergência no Brasil foi motivada pela crescente insatisfação da população em relação ao atendimento hospitalar, marcada por longas filas, superlotação e desorganização nos fluxos assistenciais. Mesmo com os avanços, o tema ainda é recorrente nas mídias como um desafio não totalmente resolvido, conforme destaca o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2024).

O município da Serra, até o momento, não dispõe de hospital próprio voltado para urgência e emergência. No entanto, a rede municipal conta com três Unidades de Pronto Atendimento (UPAs 24h), localizadas em Serra Sede, Carapina e Castelândia, que atuam como estruturas de complexidade intermediária entre a Atenção Primária à Saúde e a Rede Hospitalar.

As UPAs funcionam 24 horas por dia, todos os dias da semana, integrando-se de forma organizada à Rede de Atenção à Saúde (RAS). Elas têm como função principal acolher os pacientes em situações de urgência, realizar a estabilização clínica, e garantir a continuidade do cuidado por meio da contrarreferência para os demais pontos da rede, seja na atenção básica, especializada ou hospitalar. Essa estrutura busca otimizar o tempo de resposta clínica, reduzir a sobrecarga hospitalar e qualificar a assistência prestada à população serrana, promovendo impacto positivo na saúde individual e coletiva.

Ambulatório de Especialidades

O Ambulatório de Especialidades é um serviço de média complexidade que atua como centro de diagnóstico e orientação terapêutica, com elevada capacidade de



resolutividade nas especialidades médicas. Seu foco principal é atender às demandas oriundas da APS, contribuindo para a integralidade do cuidado na RAS.

Em 2025, o município da Serra conta com um Ambulatório Municipal de Especialidades, localizado em Jardim Limoeiro, ofertando atendimento em mais de 35 especialidades, como ortopedia, cardiologia, dermatologia, endocrinologia e metabologia, gastroenterologia, geriatria, otorrinolaringologia (adulto e pediátrico), pneumologia (adulto), psiquiatria (adulto), pediatria, urologia, avaliação para cirurgia vascular e pediatria, pequenas cirurgias ortopédicas e urológicas, além de especialista em pré-natal de alto risco e colposcopia entre outras.

O serviço proporciona acesso qualificado e oportuno à população, por meio de ações voltadas à avaliação clínica especializada, diagnóstico precoce e definição de condutas terapêuticas, funcionando como elo estratégico entre a APS e os demais níveis de atenção, contribuindo para a desospitalização e o uso racional da rede de serviços.

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A Rede de Atenção Psicossocial do município da Serra, fundamentada na Política Nacional de Saúde Mental e nos princípios do SUS, foi instituída há pouco mais de 20 anos e tem se consolidado como um modelo de cuidado integral às pessoas com sofrimento psíquico e/ou uso abusivo de substâncias psicoativas. Possui como objetivo organizar e qualificar a assistência às pessoas com sofrimento mental, incluindo transtornos como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, entre outros, bem como indivíduos em situação de uso prejudicial ou dependência de álcool e outras drogas. Destaca-se que o acolhimento humanizado do usuário e de seus familiares é parte fundamental para o reconhecimento das necessidades, redução do sofrimento psíquico e construção de projetos terapêuticos singulares. Em 2025, a RAPS é composta por Unidades Básicas de Saúde, Unidades Regionais de Saúde com equipes de referência, equipes de consultório na rua, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) adulto para transtornos e álcool e drogas e CAPS infantil, e, unidades de pronto atendimento 24 horas com suporte à saúde mental em situação de urgência. Quanto



aos componentes da RAPS distribuídos nos diferentes níveis de atenção, estes são organizados da seguinte forma:

Equipes Multiprofissionais na APS:

As unidades de saúde, regionais e básicas, contam com equipes multiprofissionais formadas por psicólogos, assistentes sociais, clínicos gerais, farmacêuticos e outros profissionais, e realizam atendimentos individuais e/ou em grupo.

Consultório na Rua (CnR)

As equipes de Consultório na Rua atendem pessoas em situação de rua, muitas delas em sofrimento mental ou em uso problemático de substâncias psicoativas. O trabalho é realizado por equipe multiprofissional e busca ampliar o acesso dessa população aos cuidados em saúde, fortalecendo a articulação intersetorial com o SUAS, hospitais, CAPS e demais pontos da rede.

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Os CAPS são serviços territoriais de cuidado intensivo, intermediário entre o ambulatório e a internação, e têm como missão oferecer cuidado contínuo, estimular a autonomia, fortalecer vínculos familiares e sociais e promover a inclusão social. As atividades desenvolvidas nos CAPS incluem atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação), atendimentos em grupo e oficinas terapêuticas, atendimento às famílias e visitas domiciliares e atividades comunitárias.

CAPS AD: Voltado ao atendimento de usuários com uso intenso e frequente de álcool e outras drogas. Atua em articulação com a rede de atenção para responder à complexidade das demandas de reinserção social.

CAPS Transtorno - Mestre Álvaro (Adulto): Atende pessoas com transtornos mentais severos e persistentes a partir de 18 anos. Foca no acompanhamento clínico, reabilitação psicossocial e fortalecimento dos direitos sociais e civis.

CAPS Infantojuvenil (Álcool e outras drogas e transtornos): Destinado a crianças e adolescentes de 0 a 17 anos com transtornos mentais graves (como



autismo, psicoses e neuroses graves) e/ou uso abusivo de substâncias psicoativas. Trabalha na construção de vínculos sociais e inclusão comunitária.

Componente de Urgência e Emergência

A RAPS conta com o apoio das 3 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs 24h), que funcionam de forma integrada à rede de saúde mental, realizando atendimentos de urgência e acolhimento de casos agudos em articulação com os CAPS e demais pontos da rede.

Maternidade

O município da Serra dispõe de maternidade própria e, desde 2022, passou a contar com o Hospital Materno Infantil da Serra, unidade de referência regional em atenção obstétrica e pediátrica. A implantação deste serviço ampliou significativamente a capacidade instalada da rede municipal de saúde, com vistas ao fortalecimento da Rede de Atenção Materno-Infantil, conforme diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A estrutura atual do Hospital contempla:

-50 leitos de alojamento conjunto, destinados à risco habitual para atenção ao puerpério, 10 leitos de cirurgia ginecológica e 07 leitos PPP (pré parto, parto e pós parto);

-50 leitos pediátricos clínicos, voltados à internação de crianças em condições de baixa e média complexidade e 10 de cirurgia pediátrica eletiva.

-Serviço de cirurgia pediátrica de pequeno porte, com realização de procedimentos ambulatoriais e eletivos;

-Unidade de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual, funcionando em regime de 24 horas, com equipe multiprofissional capacitada, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual.

Serviço de Atenção à Pessoas em Situação de Violência Sexual (SASV)

O município da Serra conta com um serviço ambulatorial de saúde de média complexidade, especializado no acompanhamento interdisciplinar de pessoas em



situação de violência sexual, em todos os ciclos de vida, crianças, adolescentes, adultos e idosos, e de todos os gêneros. O serviço é referência na rede municipal e integra a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, articulando-se com os demais pontos da RAS e com o Sistema de Garantia de Direitos.

Os usuários atendidos são encaminhados por diferentes dispositivos da rede municipal de saúde, assistência social, educação, sistema de justiça e segurança pública. A escuta qualificada e o acolhimento são realizados por equipe multiprofissional, composta por médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, entre outros profissionais capacitados para o atendimento humanizado e sigiloso.

Atualmente, o serviço está localizado no Hospital Materno Infantil da Serra (HMIS) funcionando de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h, mediante demanda espontânea e/ou agendamento prévio por meio dos serviços da rede intersetorial. O atendimento contempla ações de cuidado clínico, psicológico, orientação sobre direitos, notificação compulsória e encaminhamentos para outros níveis de atenção quando necessário, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde.

Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Serviço de Assistência Especializado (SAE)

Os serviços de CTA/SAE oferecem acesso ao aconselhamento, diagnóstico precoce e tratamento das infecções por HIV, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Hepatites Virais, atendendo tanto à demanda espontânea quanto à encaminhada. As atividades são desenvolvidas respeitando normas e princípios que garantem os direitos humanos e a voluntariedade na realização dos testes sorológicos para HIV.

O serviço tem como objetivo proporcionar assistência integral e de qualidade às pessoas vivendo com HIV/AIDS e Hepatites Virais, por meio do atendimento clínico, terapêutico, farmacêutico e psicossocial em nível ambulatorial. Cada paciente é acompanhado por uma equipe multidisciplinar ao longo do seu tratamento, conforme as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde.



Desde 2024, o CTA/SAE também realiza ambulatório de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), estratégia preventiva destinada a populações mais vulneráveis, visando reduzir a incidência da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). O serviço funciona em sede própria, localizada no bairro Rosário de Fátima, com atendimento de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h, e aos sábados, mediante agendamento prévio, exclusivamente para realização da PrEP.

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

A Secretaria Municipal de Saúde (SESA) dispõe de diversos pontos de atenção, em conformidade com a Portaria nº 793/2012 do Ministério da Saúde, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, estabelecendo diretrizes para a execução de políticas públicas direcionadas a esse público específico. Os equipamentos disponíveis para atendimento à pessoa com deficiência incluem: Unidades Básicas e Regionais de Saúde, o Ambulatório Municipal de Especialidades (AMES) e as Unidades de Pronto Atendimento. Todos esses serviços são ofertados com acesso universal, qualidade assistencial e de forma equânime, garantindo o direito ao cuidado integral.

Além disso, o município disponibiliza serviços específicos, tais como: Transporte Sanitário adaptado para pessoas com deficiência; Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) Infantil, CAPS Álcool e Drogas (AD), e CAPS para Transtornos Mentais Graves, que atendem usuários com comorbidades contempladas na legislação municipal vigente.

Importante destacar que o município mantém, até 2025, Termos de Colaboração vigentes com a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e com a Cidade do Garoto, instituições parceiras na execução de ações e serviços voltados ao tratamento, habilitação e reabilitação da pessoa com deficiência, fortalecendo a rede de cuidados integral.

Regulação

A Gerência de Regulação Municipal é responsável pela organização e operacionalização do acesso dos usuários do SUS às consultas, exames e



procedimentos especializados, com o objetivo de garantir um atendimento integral, humanizado e equânime. A função de regulação em saúde é compreendida como uma estratégia essencial para a qualificação do cuidado, articulando-se diretamente com os processos de planejamento, programação, controle, avaliação e gestão da clínica, envolvendo os diferentes níveis de complexidade da rede assistencial.

Avaliação e Controle

A Avaliação e o Controle constituem processos fundamentais da gestão em saúde, voltados para a análise quantitativa, qualitativa, física e financeira das ações e políticas públicas do SUS. Essas práticas são essenciais para garantir a efetividade, eficiência, equidade e transparência na prestação dos serviços de saúde à população. O monitoramento, a avaliação e o controle da execução das ações e serviços de saúde são responsabilidades compartilhadas entre os gestores estaduais, municipais e federais. Entre os principais instrumentos utilizados para esse fim estão os relatórios de produção, indicadores de desempenho e os contratos de serviços de saúde com prestadores públicos e privados conveniados ao SUS.

No município da Serra, em 2025, foram monitorados mais de 3,2 milhões de procedimentos ambulatoriais e hospitalares executados por prestadores próprios e complementares, sendo a contratualização um dos principais instrumentos para garantir a regulação, o financiamento e a avaliação de resultados.

2.4.3 Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica compreende um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto em âmbito individual quanto coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial, com foco no acesso e no uso racional desses produtos.

No Município da Serra, a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMES) encontra-se em sua 4ª edição, publicada em 2024, com revisão periódica prevista a cada três anos ou quando necessário. A seleção dos medicamentos considera dados epidemiológicos locais alinhados à Relação Nacional de Medicamentos



Essenciais (RENAME) atualizada pelo Ministério da Saúde, buscando assegurar o suporte terapêutico adequado aos agravos prevalentes na Atenção Primária à Saúde.

Atualmente, a REMES do município contempla 312 medicamentos sob responsabilidade da aquisição municipal, sendo que 178 medicamentos são destinados à distribuição direta ao usuário, enquanto 134 são utilizados internamente para o atendimento dos pacientes nos serviços de saúde.

2.5 - GESTÃO DE SAÚDE

A descentralização das ações no SUS demanda competências específicas para a gestão municipal, que englobam a estrutura administrativa, o planejamento estratégico, o gerenciamento de recursos humanos, a regulação dos serviços, além das atividades de avaliação e controle dos processos. Essas competências são essenciais para garantir a efetividade, eficiência e qualidade da assistência à saúde oferecida à população. Nesse sentido, a gestão municipal conta com equipes capacitadas e sistemas informatizados que suportam essas funções, alinhadas às diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde e às normativas vigentes para aprimorar a governança local no SUS.

Em relação à estrutura administrativa, a organização se dá em conformidade com o Decreto nº 1603, de 16 de agosto de 2017, que dispõe sobre a estrutura organizacional. A estrutura é composta pela Secretaria, Subsecretarias, Chefia de Gabinete, Superintendências e suas respectivas Gerências, Coordenações, Supervisores e Chefias, além de contar com Assessorias Técnicas, Assessoria de Planejamento Estratégico e Secretaria Executiva, cujas atribuições estão definidas no presente decreto.

Planejamento Estratégico em Saúde

O planejamento coletivo é prioridade para a Secretaria Municipal de Saúde, pautado na construção participativa e na tomada de decisões conjuntas, visando assegurar uma gestão pública eficiente e transparente, com foco na centralidade do usuário nos processos de trabalho. Nesse sentido, a Assessoria de Planejamento



Estratégico em Saúde é responsável pela elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS), dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) e da Programação Anual de Saúde (PAS), bem como participa efetivamente da construção do Plano Plurianual (PPA) vigente, da Lei Orçamentária Anual (LOA) e da Lei Diretrizes Orçamentárias (LDO), garantindo o alinhamento entre o planejamento, a execução e a avaliação das políticas públicas de saúde.

Gestão de Pessoas

A gestão de Recursos Humanos na Secretaria Municipal de Saúde é responsabilidade da Superintendência de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, por meio da Gerência de Recursos Humanos. A gestão do trabalho em saúde configura um desafio nacional para o SUS, em razão da falta de integração entre a política de pessoal e as políticas de saúde. Para enfrentar esses desafios são adotadas alternativas como parcerias com a rede filantrópica e Organizações Sociais de Saúde (OSS), especialmente para o gerenciamento dos equipamentos de maior complexidade.

Educação em Saúde

A Gerência de Gestão da Educação em Saúde está vinculada à Superintendência de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde e é responsável por desenvolver, coordenar e acompanhar atividades nas áreas de Educação em Saúde, Mobilização Social, Ensino-Serviço, Pesquisa e Extensão. Como uma prática transversal, a gerência atua na articulação entre os diversos níveis de gestão da SESA, sendo um dispositivo estratégico para o fortalecimento das ações em saúde direcionadas tanto aos servidores quanto à comunidade. Essas ações impactam diretamente na qualificação do cuidado ao usuário do SUS.

Gerência de Contratação de Organizações Sociais

O município da Serra conta com 03 serviços administrados por Organizações Sociais (OS): a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Carapina, Unidade de Pronto Atendimento de Castelândia e o Hospital Municipal Materno Infantil da Serra (HMMIS).



Compete à Gerência de Contratação de Organizações Sociais a gestão integral dos contratos firmados, incluindo a formalização, monitoramento e avaliação do desempenho das OS. Entre suas atribuições estão garantir a qualidade assistencial dos serviços prestados, assegurar o cumprimento das metas contratuais e analisar os resultados obtidos. A gerência também promove a transparência das informações relativas aos contratos de gestão, realiza a análise dos relatórios técnicos e financeiros encaminhados pelas OS, e avalia os documentos necessários para a liberação dos repasses financeiros, garantindo o bom funcionamento e a eficiência dos serviços oferecidos à população.

Gerencia Administrativa de Serviços e Manutenção

A Gerência Administrativa de Serviços e Manutenção é o setor responsável, dentro da Secretaria de Saúde, pela gestão de toda a manutenção predial, de serviços e equipamentos em todas as unidades de saúde, incluindo a UPA Serra, os CAPS, o CTA e o AMES. Entre suas atribuições, destacam-se a coordenação das rotinas e atividades de manutenção, o assessoramento em planejamento, contratações e negociações relacionadas à área, atuando como gestor. Além disso, promove a execução dos serviços por meio de contratos, garantindo a mobilidade estrutural necessária para que todos os programas de saúde possam funcionar adequadamente, assegurando a disponibilidade da estrutura, dos equipamentos e a constante inovação dos serviços prestados.

Gestão Participativa e Controle Social

A participação da sociedade civil na saúde é um princípio constitucional estabelecido no art. 198 da Constituição Federal, que define a participação comunitária como uma das diretrizes fundamentais do SUS. A Lei nº 8.142/1990 regulamenta essa participação e institui as instâncias colegiadas da Conferência de Saúde e do Conselho de Saúde. Atendendo a esses preceitos legais e ao compromisso com a cidadania, a secretaria reafirma o compromisso com a participação comunitária por meio das Conferências Municipais de Saúde, do Conselho Municipal de Saúde e dos Conselhos Locais e Gestores de Saúde.



O Conselho Municipal de Saúde da Serra (CMSS) é um órgão colegiado, permanente e deliberativo, responsável pela formulação e controle da execução da política municipal de saúde, atuando inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. De acordo com a Lei Municipal nº 5.715, de 9 de março de 2023, que regulamenta e estrutura o CMSS, a composição do conselho é de 16 conselheiros titulares e 32 suplentes, respeitando a paridade: 50% de representantes dos usuários do SUS, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de gestores/prestadores de serviços de saúde.

3. DEFINIÇÃO DAS DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

A definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores do Plano Municipal de Saúde foi realizada a partir da análise situacional da saúde do município, construída com base em metodologias de planejamento estratégico que possibilitaram a identificação dos principais problemas de saúde, das necessidades da população e dos fatores que influenciam o processo saúde-doença no território.

O diagnóstico subsidiou a formulação das diretrizes estratégicas que irão orientar a atuação da gestão para o período de vigência de quatro anos do Plano, sendo desdobradas em objetivos estratégicos, metas mensuráveis e indicadores de monitoramento e avaliação. A elaboração desses elementos assumiu papel central no planejamento do SUS no âmbito municipal, uma vez que possibilitou organizar de forma lógica e coerente as prioridades da política de saúde, orientar a alocação de recursos e estabelecer parâmetros para acompanhamento dos resultados.

Nesse processo, foram observadas as normativas que estruturam o planejamento do SUS, especialmente a Lei nº 8.080/1990, a Lei Complementar nº 141/2012 e a Portaria de Consolidação nº 1/2017, que dispõem sobre o ciclo de planejamento integrado composto pelo Plano Municipal de Saúde, pela Programação Anual de Saúde e pelo Relatório Anual de Gestão. Considerou-se ainda a compatibilização com os instrumentos de planejamento governamental, como o Plano Plurianual, bem como a disponibilidade de recursos provenientes do financiamento tripartite, municipal, estadual e federal, de modo a garantir viabilidade orçamentária e financeira às ações propostas. A construção das metas e indicadores também



buscou apoiar o monitoramento sistemático das políticas públicas de saúde, permitindo avaliar o desempenho das ações implementadas e subsidiar processos de tomada de decisão baseados em evidências.

Sob essa perspectiva, a construção dos quadros de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) que compõem o Plano Municipal de Saúde 2026-2029 foi realizada considerando o entendimento de que as diretrizes constituem formulações estratégicas que expressam as linhas orientadoras da política pública de saúde, indicando os caminhos a serem seguidos pela gestão e orientando a formulação das ações que se materializam por meio dos objetivos. Os objetivos, por sua vez, expressam os resultados que se pretende alcançar ao longo do período de vigência do Plano, refletindo as situações que se buscou transformar no território a partir da implementação de estratégias, programas e ações, possibilitando a articulação de diferentes iniciativas de gestão de forma coordenada, com vistas a superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados na análise situacional.

As metas representam os compromissos quantitativos e temporais estabelecidos para viabilizar o alcance dos objetivos propostos, sendo definidas com base na análise da série histórica dos indicadores, na linha de base disponível e na avaliação da capacidade de execução do município, considerando a disponibilidade de recursos financeiros, humanos e institucionais, bem como as condicionantes políticas, econômicas e organizacionais que influenciam a implementação das políticas públicas de saúde. Por fim, os indicadores constituem parâmetros quantitativos e qualitativos que permitem acompanhar e avaliar o desempenho das ações planejadas, possibilitando a mensuração da evolução das condições de saúde da população e a verificação do alcance das metas estabelecidas, além de subsidiar os processos de monitoramento, avaliação e tomada de decisão ao longo do ciclo de planejamento do Sistema Único de Saúde.

O Plano está estruturado em cinco eixos estratégicos, organizados a partir das diretrizes e objetivos que orientam a política municipal de saúde, totalizando 74 metas voltadas ao fortalecimento da rede de atenção à saúde no município da Serra.



O Eixo 1, Saúde para Todos: Atenção Primária à Saúde - Cuidado Integral e Conexão com as Redes de Atenção contempla 27 metas distribuídas em quatro objetivos, voltados ao fortalecimento da Estratégia Saúde da Família como ordenadora do cuidado, à ampliação do acesso e da cobertura da Atenção Primária, à qualificação permanente das equipes e à redução das vulnerabilidades em saúde, com enfoque na promoção da saúde, na prevenção de agravos e na equidade no cuidado.

O Eixo 2, Saúde para Todos: Atenção Especializada à Saúde - Cuidado Integral e Conexão com as Redes de Atenção é composto por 15 metas organizadas em três objetivos, voltados à ampliação e qualificação da capacidade instalada da rede especializada, ao fortalecimento das linhas de cuidado estratégicas e ao aprimoramento da gestão da informação e da produção assistencial, visando ampliar o acesso, a resolatividade e a integração entre os pontos de atenção.

O Eixo 3, Vigilância em Saúde reúne 11 metas distribuídas em três objetivos, voltados ao fortalecimento da vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária no município. As ações previstas buscam aprimorar os processos de monitoramento, prevenção, detecção e resposta a agravos e riscos à saúde, por meio da qualificação das equipes, do uso ampliado dos sistemas de informação e da articulação intersetorial.

O Eixo 4, Assistência Farmacêutica contempla duas metas vinculadas a um objetivo estratégico, direcionadas ao fortalecimento da gestão da assistência farmacêutica municipal, com foco no abastecimento regular de medicamentos e insumos essenciais, na modernização dos processos logísticos e na ampliação da atuação clínica do farmacêutico, contribuindo para a segurança do paciente e para a integralidade do cuidado.

Por fim, o Eixo 5, Gestão está estruturado em três objetivos, que orientam o fortalecimento da governança institucional da Secretaria Municipal de Saúde, a modernização da infraestrutura física e tecnológica da rede municipal e o fortalecimento do controle social no SUS, assegurando maior eficiência



administrativa, transparência, participação social e melhoria contínua dos resultados em saúde.

Outra estratégia inovadora para o fortalecimento do monitoramento e da gestão consiste na elaboração das fichas de qualificação de indicadores. Esse instrumento tem papel fundamental no processo de acompanhamento das metas e resultados previstos no planejamento, pois organiza de forma padronizada todas as informações necessárias para a correta mensuração e interpretação dos indicadores.

As fichas de qualificação contribuem para garantir maior clareza conceitual, padronização metodológica e transparência no processo de monitoramento, ao detalhar elementos essenciais como finalidade do indicador, definição conceitual, fórmula de cálculo, unidade de medida, forma de apuração, fonte de dados e periodicidade de coleta. Dessa forma, evitam ambiguidades na interpretação dos dados e asseguram que todos os setores envolvidos compreendam de maneira uniforme o que está sendo medido, como será medido e qual resultado se espera alcançar.

Além disso, ao registrar a linha de base, a meta pactuada para o período e a interpretação dos resultados, as fichas permitem acompanhar a evolução dos indicadores ao longo do ciclo de planejamento, subsidiando análises gerenciais e tomadas de decisão baseadas em evidências. Esse detalhamento também fortalece os processos de avaliação, prestação de contas e transparência, especialmente nos instrumentos oficiais de monitoramento do SUS, como a Programação Anual de Saúde (PAS), os Relatórios Detalhados Quadrimestrais (RDQA) e o Relatório Anual de Gestão (RAG).

Portanto, as fichas de qualificação de indicadores constituem um instrumento estratégico de gestão, pois estruturam o processo de monitoramento, qualificam a análise dos resultados alcançados e favorecem o aprimoramento contínuo das políticas e ações de saúde no âmbito do planejamento municipal.



Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores

Eixo Nº 1 - Saúde para Todos: Atenção Primária à Saúde: Cuidado Integral e conexão com as Redes de Atenção.

Diretriz Nº 1: Ampliar o acesso e a resolutividade da Atenção Primária à Saúde no município da Serra, fortalecendo a Estratégia Saúde da Família como ordenadora do cuidado, com ações voltadas à promoção da saúde, garantindo atenção integral em todos os ciclos de vida, com foco na redução de vulnerabilidades, no enfrentamento das desigualdades étnico-raciais e no respeito à diversidade de gênero, assegurando práticas inclusivas e a qualificação permanente das equipes.

Objetivo Nº 1: Fortalecer as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos no âmbito da Atenção Primária à Saúde, garantindo o cuidado integral e contínuo em todos os ciclos de vida, com foco na melhoria da qualidade de vida e na redução de agravos evitáveis.

Essa Diretriz guarda relação com:

PPA 2026-2029 – Programa: 0027 – Ações 2048:. Programa: 0023 – Ações: 2061, 2063,2095

Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (linha base)		Unidade de medida	Meta Plano 2026-2029	Meta Prevista			
			Valor	Ano			2026	2027	2028	2029
01	Reduzir a taxa de Mortalidade infantil (menor que 01 ano) para 10,5 até o ano de 2029.	Taxa Mortalidade infantil.	11,5	2024	%	≤ 10,5	11,2	11,0	10,7	≤ 10,5
02	Manter e aprimorar o Programa de Tratamento do Tabagismo nas seis Unidades de Saúde já participantes.	Unidades de Saúde com o Programa de Tratamento do Tabagismo mantido.	6	2024	Sim/Não	6 unidades	Sim	Sim	Sim	Sim
03	Reduzir de 64 casos de sífilis congênita para 56 casos de sífilis congênita até 2029.	Redução do Número absoluto de casos de sífilis congênita registrados anualmente no Município.	64 casos	2024	Nº Absoluto	≤ 56 casos	≤ 62 casos	≤ 60 casos	≤ 58 casos	≤ 56 casos
04	Implantar a realização da Avaliação Neurológica Simplificada para Hanseníase	Unidades de Saúde com Avaliação Neurológica	Não se aplica		Nº Absoluto	20	05	10	15	20



	em 20 Unidades de Saúde conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.	Simplificada para Hanseníase Implantada.							
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Eixo Nº 1 - Saúde para Todos: Atenção Primária à Saúde: Cuidado Integral e conexão com as Redes de Atenção.

Diretriz Nº 1: Ampliar o acesso e a resolutividade da Atenção Primária à Saúde no município da Serra, fortalecendo a Estratégia Saúde da Família como ordenadora do cuidado, com ações voltadas à promoção da saúde, garantindo atenção integral em todos os ciclos de vida, com foco na redução de vulnerabilidades, no enfrentamento das desigualdades étnico-raciais e no respeito à diversidade de gênero, assegurando práticas inclusivas e a qualificação permanente das equipes.

Objetivo Nº 2: Ampliação da Cobertura e Acesso Equitativo: Expandir o acesso da população à Atenção Primária, com cobertura universal e atenção integral aos grupos populacionais e territórios prioritários.

Essa Diretriz guarda relação com:

Programa: 0027 – Ação: 2048 . Programa: 0023 – Ações: Programa: 0023 – Ações: 2061, 2063, 2095

Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (linha base)		Unidade de medida	Meta Plano 2026-2029	Meta Prevista			
			Valor	Ano			2026	2027	2028	2029
01	Ampliar Estratégia da Saúde da Família do Município para 100%.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde da Família (ESF).	68% (87 equipes)	2025	%	100% (128 equipes)	77% (99 equipes)	84 % (108 equipes)	92 % (118 equipes)	100% (128 equipes)
02	Ampliar em 31% a adesão das pessoas com indicação para mamografia de rastreamento até 2029, fortalecendo ações de busca ativa, educação em saúde e organização da oferta.	Aumento do Nº de exames realizados.	10.103 exames	2024	Nº Absoluto	13.225 exames (31%)	10.810 exames	11.557 exames	12.366 exames	13.225 exames (↑31%)



03	Ampliar em 20% até 2029, o número de exames de PSA (ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO) realizados, contemplando todas as pessoas que possuem próstata, independente da identidade de gênero.	Número absoluto de exames de PSA realizados anualmente.	15.116	2024	%	18.373 20%	15.872 5%	16.665 10%	17.498 15%	18.373 20%
04	Implantar as Práticas integrativas em Saúde em 03 Unidades de Saúde até 2029.	Nº Unidades com as PICS implantadas.	0	2025	Nº Absoluto	03	-	01	01	01
05	Ampliar a cobertura do acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PTR) em 2% ao ano.	Percentual de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela Atenção Primária à Saúde (APS).	77%	2024	%	85%	79%	81%	83%	85%
06	Implantar a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV e o teste de gonococo e clamídia em 3 unidades a cada ano.	Número de Unidades Básicas de Saúde com oferta de PrEP e testagem para gonococo e clamídia implantadas e em funcionamento.	Não se aplica		Nº Absoluto	12	3	3	3	3
07	Implantar 04 novas equipes eMulti (priorizando as modalidades Complementar e Estratégica), totalizando 13 equipes implantadas e em funcionamento até 2029.	Número de equipes eMulti complementares implantadas no município.	09	2025	Nº Absoluto	13	10	11	12	13
08	Ampliar o número absoluto de procedimentos odontológicos preventivos realizados pelas equipes de saúde bucal vinculadas às Equipes de Saúde da Família do município visando fortalecer ações de promoção e prevenção em saúde bucal no âmbito da APS.	Número absoluto de procedimentos odontológicos preventivos realizados pelas equipes de saúde bucal vinculadas às Equipes de Saúde da Família.	Não se aplica		Nº Absoluto	Ampliação a partir de 2026	-	-	-	-
09	Colocar em atuação mais 01 equipe de Consultório na Rua até 2028.	Número de Equipes de Consultório na Rua (eCR) habilitadas e em atuação.	1	2025	Nº Absoluto	2	-	-	2	-
10	Garantir, até 2027, a inserção e atuação de profissionais de Psicologia, Serviço Social e	Número de unidades estratégicas com	Não se aplica		Nº Absoluto	5	0	5	-	-



	Farmácia em 5 unidades estratégicas da APS do município da Serra.	profissionais inseridos (Psicólogo, Assistente Social e Farmacêutico).								
11	Ampliar em 5% ao ano, entre 2026 e 2029, o número de exames de escarro, tomando como referência a produção realizada no ano de 2024.	5% de aumento anual dos exames de escarro.	1596	2024	%	+20%	1678 (+ 5%)	1758 (+ 5%)	1838 (+ 5%)	1917 (+ 5%)

Eixo Nº 1 - Saúde para Todos: Atenção Primária à Saúde: Cuidado Integral e conexão com as Redes de Atenção.

Diretriz Nº 1: Ampliar o acesso e a resolutividade da Atenção Primária à Saúde no município da Serra, fortalecendo a Estratégia Saúde da Família como ordenadora do cuidado, com ações voltadas à promoção da saúde, garantindo atenção integral em todos os ciclos de vida, com foco na redução de vulnerabilidades, no enfrentamento das desigualdades étnico-raciais e no respeito à diversidade de gênero, assegurando práticas inclusivas e a qualificação permanente das equipes.

Objetivo Nº 3: Qualificar permanentemente as pessoas trabalhadoras e gestoras da Atenção Primária à Saúde, fortalecendo a capacidade técnica das equipes e aprimorando o registro e preenchimento adequado dos sistemas de informação em saúde.

Essa Diretriz guarda relação com:

PPA 2026-2029 – Programa: 0027 – Ação: 2048 . Programa: 0002 – Ações: Programa: 0023 – Ações: 2061, 2063, 2095

Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (linha base)		Unidade de medida	Meta Plano 2026-2029	Meta Prevista			
			Valor	Ano			2026	2027	2028	2029
01	Realizar capacitação anual sobre dengue voltadas às equipes das Unidades de Saúde do município, sobre protocolos clínicos de classificação de risco e manejo da dengue,	Capacitação anual sobre manejo clínico da dengue para às equipes das	Não se aplica		Nº Absoluto	4	01	01	01	01



	conforme o Guia de Manejo Clínico da Dengue do Ministério da Saúde vigente.	Unidades de Saúde do Município.								
02	Capacitar, anualmente, 100% das equipes de Estratégia Saúde da Família habilitadas e credenciadas em 2025 pelo Ministério da Saúde no município da Serra para a realização da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMPI).	Percentual de unidades de saúde com equipes capacitadas para aplicar a Estratificação de Risco da Pessoa Idosa.	0		%	87 equipes 100%	22 equipes 25%	44 equipes 50%	66 equipes 75%	87 equipes 100%
03	Capacitar todas as equipes de Estratégia de Saúde da Família habilitadas e credenciadas em 2025 pelo Ministério da Saúde no município da Serra e em promoção da saúde para o público adolescente (10 a 19 anos).	Proporção de equipes de Estratégia de Saúde capacitadas em promoção da saúde para o público adolescente.	0		%	87 equipes 100%	22 equipes 25%	44 equipes 50%	66 equipes 75%	87 equipes 100%
04	Qualificar as equipes de Estratégia de Saúde da Família para o atendimento à crise em saúde mental garantindo a implementação do Protocolo Municipal de Saúde Mental	Ações de qualificação para o atendimento à crise em saúde mental para as equipes de Estratégia de Saúde da Família	0	2024	Nº Absoluto	02	-	1	-	1

Eixo Nº 1 - Saúde para Todos: Atenção Primária à Saúde: Cuidado Integral e conexão com as Redes de Atenção.

Diretriz Nº 1: Ampliar o acesso e a resolutividade da Atenção Primária à Saúde no município da Serra, fortalecendo a Estratégia Saúde da Família como ordenadora do cuidado, com ações voltadas à promoção da saúde, garantindo atenção integral em todos os ciclos de vida, com foco na redução de vulnerabilidades, no enfrentamento das desigualdades étnico-raciais e no respeito à diversidade de gênero, assegurando práticas inclusivas e a qualificação permanente das equipes.

Objetivo Nº 4: Reduzir vulnerabilidades em saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde, enfrentando desigualdades étnico-raciais e promovendo o respeito à diversidade de gênero, assegurando atenção equitativa às populações e grupos historicamente vulnerabilizados.



Essa Diretriz guarda relação com:

PPA 2026-2029 – Programa: 0027 – Ação: 2048 . Programa: 0023 – Ações: Programa: 0023 – Ações: 2061, 2063, 2095

Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (linha base)		Unidade de medida	Meta Plano 2026-2029	Meta Prevista			
			Valor	Ano			2026	2027	2028	2029
01	Fortalecer o Ambulatório de Atenção à Saúde da Pessoa Trans do Município da Serra, ampliando sua equipe multiprofissional até 2027, de modo a garantir, como composição mínima, a atuação de um médico, um enfermeiro, um assistente social e um psicólogo.	Composição mínima da equipe multiprofissional do Ambulatório Trans implementada e mantida.	50%	2024	%	100%	100%	100	100	100
02	Qualificar o registro do campo “raça/cor” pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família, garantindo dados consistentes que subsidiem o planejamento e o acompanhamento do cuidado à população negra.	Número de ações educativas realizadas anualmente voltadas qualificação do registro do campo “raça/cor”.	Não se aplica		Nº Absoluto	4	1	1	1	1
03	Realizar capacitação anual sobre letramento racial para as pessoas trabalhadoras e gestoras de saúde, visando fortalecer a equidade racial, a abordagem antirracista e a qualificação do cuidado no SUS.	Capacitação anual sobre letramento racial para os trabalhadores da saúde, visando fortalecer a equidade racial, a abordagem antirracista e a qualificação do cuidado no SUS para às equipes de Estratégia de saúde da Família.	Não se aplica		Nº Absoluto	4	1	1	1	1
04	Instituir a referência municipal para a Pessoa com Deficiência na Atenção Primária à Saúde, garantindo profissional designado, protocolo de fluxo assistencial e articulação com a Rede de Cuidados à Pessoa com	Instituição da Referência da Pessoa com Deficiência na APS.	0	2025	Nº Absoluto	Referência da Pessoa com Deficiência instituída e	1	-	-	-



	Deficiência (RCPD) no município.					operante na APS (100%).				
05	Fortalecer a atenção à saúde do trabalhador pescador do município da Serra, por meio da implantação de equipe específica na Unidade de Saúde de Parque Residencial de Jacaraípe, composta por médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, para oferta de ações assistenciais e de vigilância em saúde do trabalhador.	Implantação da equipe específica de atenção à saúde do trabalhador pescador na Unidade de Saúde de Parque Residencial de Jacaraípe.	Não se aplica		Nº Absoluto	1	-	1	-	-
06	Realizar capacitação anual voltada a qualificar o registro do campo "deficiência" no e-SUS PEC pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família, garantindo dados consistentes que subsidiem o planejamento e o acompanhamento do cuidado à pessoa com deficiência.	Número de ações educativas realizadas anualmente voltadas qualificação do registro do campo "deficiência" no e-SUS PEC.	Não se aplica		Nº Absoluto	4	1	1	1	1
07	Realizar capacitação anual sobre letramento em diversidade sexual e de gênero para as pessoas trabalhadoras e gestoras de saúde, visando fortalecer a qualificação do atendimento e a redução de práticas discriminatórias	Capacitação anual sobre letramento em diversidade sexual e de gênero para as pessoas trabalhadoras e gestoras de saúde	0	2024	Nº Absoluto	04	1	1	1	1
08	Manter e fortalecer o Grupo de Trabalho para a construção da Linha de Cuidados em Saúde da População LGBTQIA+ no Município da Serra, assegurando a sua atuação contínua e periódica.	Nº de reuniões realizadas pelo Grupo de Trabalho para construção da Linha de Cuidados em Saúde da População LGBTQIA+ no Município da Serra	NÃO SE APLICA		Nº Absoluto	40	10	10	10	10



Eixo Nº 2 - Saúde para Todos: Atenção Especializada à Saúde: Cuidado Integral e conexão com as Redes de Atenção.

Diretriz Nº 2: Ampliar e qualificar a Rede Municipal de Atenção Especializada, garantindo expansão da capacidade instalada, fortalecimento das linhas de cuidado, integração assistencial, melhoria do acesso e da resolutividade, com foco na atenção ambulatorial especializada, saúde mental, urgência/emergência e serviços hospitalares.

Objetivo Nº 1: Expandir e qualificar a capacidade instalada da Atenção Especializada, incluindo infraestrutura, oferta assistencial e experiência do usuário, garantindo acesso ampliado, resolutividade e integração com as demais redes de cuidado.

Essa Diretriz guarda relação com:

PPA 2026-2029 – Programa: 0027 – Ação: 2047 . Programa: 0023 – Ações: Programa: 0023 – Ações: 2061, 2063, 2095

Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (linha base)		Unidade de medida	Meta Plano 2026-2029	Meta Prevista			
			Valor	Ano			2026	2027	2028	2029
01	Implantar 01 Centro Municipal de Atendimento a pessoas com Transtornos do Neurodesenvolvimento, como TEA, TDAH, TOD, pessoas com superdotação/altas habilidades (AH/SD) e atendimento especializado para pessoas com deficiência intelectual.	Nº de Centro implantado e em funcionamento	0	2024	Nº Absoluto	1	-	-	-	01
02	Ampliar anualmente o número de procedimentos dos serviços municipais de Atenção Especializada.	Total anual de procedimentos realizados nas unidades da atenção especializada, urgência e emergência do SUS municipal.	2.360.699	2024	Nº Absoluto	2.505.661	2.396.210	2.432.152	2.468.533	2.505.661
03	Qualificar o Caps AD II para Caps AD III.	Qualificação do Caps AD II para Caps AD III.	0	2024	Nº Absoluto	01	1	0	0	0



04	Ampliar o número anual de pessoas atendidas pelo transporte sanitário municipal a partir de 2027, alcançando aumento mínimo de 10% no quadriênio.	Percentual de aumento anual de pessoas atendidas pelo transporte sanitário em relação à linha de base definida em 2026.	13.513	2024	%	10%	-	3%	6%	10%
----	---	---	--------	------	---	-----	---	----	----	-----

Eixo Nº 2 - Saúde para Todos: Atenção Especializada à Saúde: Cuidado Integral e conexão com as Redes de Atenção.

Diretriz Nº 2: Ampliar e qualificar a Rede Municipal de Atenção Especializada, garantindo expansão da capacidade instalada, fortalecimento das linhas de cuidado, integração assistencial, melhoria do acesso e da resolutividade, com foco na atenção ambulatorial especializada, saúde mental, urgência/emergência e serviços hospitalares.

Objetivo Nº 2: Fortalecer as Linhas de Cuidado Estratégicas, com foco na Saúde da Mulher, Saúde Materno-Infantil, IST/HIV/Aids, violência sexual, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e outras condições prioritárias, ampliando prevenção, diagnóstico, acompanhamento e cuidado especializado.

Programa: 0027 – Ação: 2047 . Programa: 0023 – Ações: Programa: 0023 – Ações: 2061, 2063, 2095

Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (linha base)		Unidade de medida	Meta Plano 2026-2029	Meta Prevista			
			Valor	Ano			2026	2027	2028	2029
01	Qualificar anualmente o atendimento à crise em saúde mental nos pontos de Atenção Urgência e Emergência da rede Municipal de Saúde (UPA's e HMMIS)	Número anual de ações de qualificação para o atendimento à crise em saúde mental realizadas nos pontos de Atenção de Urgência e Emergência (UPAs e HMMIS).	0	2024	Nº Absoluto	04	1	1	1	1
02	Garantir a participação anual de profissionais das equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), Vigilância em Saúde e do CTA/SAE em ao menos 01 evento (congressos,	Participação anual de profissionais das equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), Vigilância em Saúde	Não se aplica		Nº Absoluto	04	1	1	1	1



	seminários e eventos técnicos) relacionados às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), HIV e AIDS.	e do CTA/SAE em ao menos 01 evento (congressos, seminários e eventos técnicos) relacionados às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), HIV e AIDS.								
03	Realizar 2 seminários voltados à capacitação das equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) sobre a temática das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), visando o fortalecimento das ações de prevenção, diagnóstico e cuidado, e a integração com o CTA/SAE e a Vigilância em Saúde.	Capacitação das equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) sobre a temática das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), visando o fortalecimento das ações de prevenção, diagnóstico e cuidado, e a integração com o CTA/SAE e a Vigilância em Saúde.	Não se aplica	Nº Absoluto	02	0	1	0	1	
04	Realizar, mensalmente, uma ação externa de promoção e prevenção da violência sexual na rede intersetorial, conduzidas pelo SASV.	Número de ações externas de promoção e prevenção de violência sexual realizadas mensalmente pelo SASV.	Não se aplica	Nº Absoluto	48	12	12	12	12	
05	Fortalecer a rede de atenção especializada à saúde da mulher, garantindo no HMMIS a realização mínima de 4.440 consultas ambulatoriais anuais em cirurgia ginecológica.	Número absoluto de consultas ambulatoriais em cirurgia ginecológica realizadas no HMMIS.	Não se aplica	Nº Absoluto	≥ 4.440	≥ 4.440	≥ 4.440	≥ 4.440	≥ 4.440	
06	Fortalecer a linha de cuidado materno-infantil no município, garantindo no HMMIS a realização mínima de 5.076 consultas ambulatoriais anuais de seguimento do recém-nascido (follow up).	Número absoluto de consultas ambulatoriais de seguimento do RN (follow up).	Não se aplica	Nº Absoluto	≥ 5.076	≥ 5.076	≥ 5.076	≥ 5.076	≥ 5.076	
07	Habilitar os leitos de internação pediátrica do Hospital Municipal Materno Infantil da Serra (HMMIS) no âmbito do Ministério da Saúde, garantindo seu reconhecimento formal, financiamento regular e inserção na Rede de	HMMIS habilitado no Ministério da Saúde (Sim/Não).	-	2024	Sim/Não	Habilitação do HMMIS pelo Ministério da Saúde -	-	Sim	Sim	Sim



	Atenção à Saúde (RAS) conforme as normativas vigentes da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES/MS).					100% concluído.				
--	---	--	--	--	--	-----------------	--	--	--	--

Eixo Nº 2 - Saúde para Todos: Atenção Especializada à Saúde: Cuidado Integral e conexão com as Redes de Atenção.

Diretriz Nº 2: Ampliar e qualificar a Rede Municipal de Atenção Especializada, garantindo expansão da capacidade instalada, fortalecimento das linhas de cuidado, integração assistencial, melhoria do acesso e da resolutividade, com foco na atenção ambulatorial especializada, saúde mental, urgência/emergência e serviços hospitalares.

Objetivo Nº 3: Consolidar e qualificar os processos de gestão da informação e da produção assistencial, assegurando a fidedignidade, completude e regularidade dos registros, fortalecendo o monitoramento e a tomada de decisão, com vistas à garantia do cuidado integral e à melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

Essa Diretriz guarda relação com:

Programa: 0027 – Ação: 2047 . Programa: 0023 – Ações: Programa: 0023 – Ações: 2061, 2063, 2095

Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (linha base)		Unidade de medida	Meta Plano 2026-2029	Meta Prevista			
			Valor	Ano			2026	2027	2028	2029
01	Garantir o grau de satisfação dos usuários das Unidades de Urgência e Emergência (UPA's e HMMIS) igual ou superior a 80% até 2029.	Percentual de satisfação dos usuários das UPAs e HMMIS	Não se aplica		%	80%	50%	60%	70%	80%
02	Garantir que as demandas registradas pelos usuários na Ouvidoria do SUS sobre as UPAs e o HMMIS sejam respondidas e resolvidas, alcançando 80% de solução até 2029.	Percentual de reclamações da Ouvidoria do SUS solucionadas nas três UPAs e HMMIS.	Não se aplica		%	80%	50%	60%	70%	80%



03	Manter a qualidade do registro da produção ambulatorial do Hospital Municipal Materno Infantil da Serra (HMMIS), garantindo a taxa de atendimentos registrados e aprovados no SIA/SUS de no mínimo 90%.	Percentual de atendimentos registrados e aprovados no SIA/SUS do HMMIS.	99%	2025	%	90%	90%	90%	90%	90%
04	Manter a qualidade do registro das internações hospitalares do Hospital Municipal Materno Infantil da Serra (HMMIS), garantindo a taxa de atendimentos registrados e aprovados no SIH/SUS de no mínimo 90%.	Percentual de internações registradas e aprovadas no SIH/SUS do HMMIS.	96%	2025	%	90%	90%	90%	90%	90%

Eixo Nº 3 - Vigilância em Saúde

Diretriz: Fortalecer a Vigilância em Saúde no município, promovendo a integração entre seus componentes e a articulação intersetorial para o monitoramento, controle e prevenção de agravos, com foco na efetividade e na oportunidade das respostas às necessidades de saúde da população, por meio da inovação tecnológica, qualificação dos processos de trabalho, ampliação e fortalecimento das equipes e colaboração interinstitucional.

Objetivo Nº 1: Aprimorar a Vigilância Epidemiológica Municipal, fortalecendo os processos de prevenção, detecção precoce, notificação, investigação e monitoramento de doenças e agravos, assegurando respostas oportunas e efetivas, com ampliação do uso dos sistemas de informação, inovação tecnológica e articulação interinstitucional.

Essa Diretriz guarda relação com:

PPA 2026-2029 – Programa: 0027 – Ação: 2108 . Programa: 0023 – Ações: Programa: 0023 – Ações: 2061, 2063, 2095

Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (linha base)		Unidade de medida	Meta Plano 2026-2029	Meta Prevista			
			Valor	Ano			2026	2027	2028	2029



01	Ampliar para 75% a cobertura vacinal até 2029.	Proporção de vacinas selecionadas que compõem o Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 1 ano de idade (Pentavalente - 3ª dose, Poliomielite - 3ª dose, Pneumocócica 10 valente - 2ª dose) e para crianças de 1 ano de idade (tríplice viral - 1ª dose) - com coberturas vacinais preconizadas.	0%	2024	%	75%	25%	25%	50%	75%
02	Revisar anualmente o Plano Municipal de Contingência para Arboviroses, assegurando alinhamento às diretrizes nacionais do SUS e às atualizações epidemiológicas.	Quantidade de revisões anuais do Plano Municipal de Contingência para Arboviroses.	01	2024	Nº Absoluto	04	01	01	01	01
03	Fortalecer gradativamente o Núcleo de prevenção a Acidentes e Violências (NUPREVI) garantindo equipe mínima de 3 profissionais de saúde.	Nº profissionais atuando no NUPREVI.	01	2024	Nº Absoluto	03	02	03	03	03
04	Fortalecer gradativamente a equipe da Vigilância em Saúde do Trabalhador garantindo equipe mínima de 3 profissionais de saúde.	Nº profissionais atuando na Vigilância em Saúde do Trabalhador.	02	2024	Nº Absoluto	03	02	03	03	03
05	Ampliar em 20% o início de tratamento para tuberculose de residentes da Serra identificados pela Vigilância Laboratorial a partir de exames positivos realizados em hospitais e UPAs do Espírito Santo, que estejam sem acompanhamento terapêutico.	Proporção de casos identificados com diagnóstico de tuberculose em tratamento em relação aos casos identificados sem início de tratamento, cujos exames foram solicitados pelos hospitais e UPA's localizados no Estado do E.S em relação ao ano 2024.	46%	2024	%	20%	51%	56%	61%	66%



Eixo Nº 3 - Vigilância em Saúde

Diretriz: Fortalecer a Vigilância em Saúde no município, promovendo a integração entre seus componentes e a articulação intersetorial para o monitoramento, controle e prevenção de agravos, com foco na efetividade e na oportunidade das respostas às necessidades de saúde da população, por meio da inovação tecnológica, qualificação dos processos de trabalho, ampliação e fortalecimento das equipes e colaboração interinstitucional.

Objetivo Nº 2: Fortalecer a Vigilância Ambiental em saúde, com ações sistemáticas de monitoramento de fatores ambientais, controle de vetores e zoonoses, avaliação de riscos ambientais e integração com outros setores, visando prevenir, mitigar e controlar agravos relacionados ao ambiente e às condições de vida da população.

Essa Diretriz guarda relação com:

PPA 2026-2029 – Programa: 0027 – Ação: 2108 . Programa: 0023 – Ações: Programa: 0023 – Ações: 2061, 2063, 2095

Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (linha base)		Unidade de medida	Meta Plano 2026-2029	Meta Prevista			
			Valor	Ano			2026	2027	2028	2029
01	Implantar sistema de informação integrado com o uso de tablets para 09 atividades do controle de vetores (T, PVE, PE, LIRAA, bloqueio de transmissão, BRI, disque dengue, fumacê, tratamento de valas, ovitrampas (90% = 09 atividades).	Percentual de atividades com uso de sistema de informação integrado	0	2024	%	90%	22,5%	22,5%	22,5%	22,5%
02	Executar o combate de focos de vetores alados por meio de bloqueio químico e monitoramento em 100% dos pontos estratégicos e nas demandas de foco identificados. (100%=650).	Bloqueio químico e eliminação de focos.	100%	2025	%	100%	100%	100%	100%	100%



03	Implementar o monitoramento entomológico por meio de ovitrampas em 50% dos bairros do município da Serra. (50% = 65 bairros).	Percentual de bairros com ovitrampas instaladas.	Não se aplica	%	50%	5%	20%	35%	50%
04	Realizar 63 análises mensais de cloro residual livre e turbidez em água utilizada para consumo humano.	Número de amostras coletadas e analisadas	Não se aplica	Nº Absoluto	3.024	756	756	756	756
05	Monitorar, anualmente, a qualidade da água bruta e tratada da ETA (ESTAÇÃO DE TRATAMENTO DE ÁGUA) de Reis Magos, por meio de análises físico-químicas completas realizadas por laboratório certificado (ISO), conforme parâmetros previstos nos Anexos 9 e 11 da Portaria GM/MS nº 888/2021 e suas atualizações.	Número de laudos laboratoriais mensais emitidos para análise da qualidade da água bruta e tratada da ETA Reis Magos.	Não se aplica	Unidade (laudo)	96 laudos	24 laudos	24 laudos	24 laudos	24 laudos

Eixo Nº 3 - Vigilância em Saúde

Diretriz: Fortalecer a Vigilância em Saúde no município, promovendo a integração entre seus componentes e a articulação intersetorial para o monitoramento, controle e prevenção de agravos, com foco na efetividade e na oportunidade das respostas às necessidades de saúde da população, por meio da inovação tecnológica, qualificação dos processos de trabalho, ampliação e fortalecimento das equipes e colaboração interinstitucional.

Objetivo Nº 3: Estruturar e consolidar a Vigilância Sanitária Municipal, com foco na padronização de processos, qualificação técnica, monitoramento de riscos e fortalecimento das ações de regulação sanitária, visando ampliar a segurança, a conformidade e a resolutividade.

Essa Diretriz guarda relação com:

PPA 2026-2029 – Programa: 0027 – Ação: 2108 . Programa: 0023 – Ações: Programa: 0023 – Ações: 2061, 2063, 2095

Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (linha base)	Unidade de	Meta Plano	Meta Prevista
----	-------------------	-----------	------------------------	------------	------------	---------------



			Valor	Ano	medida	2026-2029	2026	2027	2028	2029
01	Implantar de forma efetiva o Sistema de Gestão de Qualidade na VISA.	Implantação Sistema de Gestão de Qualidade na VISA.	Não se aplica		%	100%	20%	50%	70%	100%

Eixo Nº 4 - Assistência Farmacêutica

Diretriz: Fortalecer a Assistência Farmacêutica municipal, assegurando o abastecimento contínuo e qualificado de medicamentos e insumos essenciais, por meio da modernização e aprimoramento dos processos logísticos, da gestão eficiente dos recursos e da ampliação da atuação clínica do farmacêutico, contribuindo para a integralidade do cuidado, a segurança do paciente e melhores resultados em saúde.

Objetivo Nº 1: Assegurar o abastecimento regular de medicamentos e insumos essenciais e ampliar a atuação clínica do farmacêutico na rede municipal de saúde, qualificando a Assistência Farmacêutica e contribuindo para a segurança do paciente e a integralidade do cuidado.

Essa Diretriz guarda relação com:

PPA 2026-2029 – Programa: 0027 – Ação: 2011 . Programa: 0023 – Ações: Programa: 0023 – Ações: 2061, 2063, 2095

Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (linha base)		Unidade de medida	Meta Plano 2026-2029	Meta Prevista			
			Valor	Ano			2026	2027	2028	2029
01	Abastecer os serviços de saúde com medicamentos e insumos em saúde em percentual de 96%.	Índice (percentual) de abastecimento de medicamentos	96%	2020	%	96%	96%	96%	96%	96%
02	Ampliar a atuação clínica do farmacêutico (Cuidado Farmacêutico) em 50% dos serviços	Percentual de serviços com atuação clínica do farmacêutico (Cuidado	30%	2025	%	50%	35%	40%	45%	50%



	de saúde.	Farmacêutico)							
--	-----------	---------------	--	--	--	--	--	--	--

Eixo Nº 5 - Gestão

Diretriz: Fortalecer a governança, a gestão estratégica, a infraestrutura física, tecnológica e logística da Rede Municipal de Saúde da Serra, assegurando ambientes seguros, acessíveis, humanizados e digitalmente integrados, capazes de garantir eficiência administrativa, qualificação da atenção, ampliação da capacidade instalada e melhoria contínua dos resultados em saúde.

Objetivo 1: Ampliar e modernizar a infraestrutura física, tecnológica, farmacêutica e logística da Rede Municipal de Saúde, assegurando unidades seguras, acessíveis, digitalmente integradas e com capacidade ampliada para atendimento de todas as linhas de cuidado.

Essa Diretriz guarda relação com:

PPA 2026-2029 – Programa: 0027 – Ação: 2025, 2081. Programa: 0023 – Ações: Programa: 0023 – Ações: 2061, 2063, 2095

Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (linha base)		Unidade de medida	Meta Plano 2026-2029	Meta Prevista			
			Valor	Ano			2026	2027	2028	2029
01	Adequar a infraestrutura física do CTA/SAE para absorver o aumento projetado da demanda assistencial no quadriênio, assegurando conformidade com os padrões de ventilação, iluminação, privacidade e biossegurança necessários ao atendimento seguro, sigiloso e qualificado dos usuários.	Adequação estrutural do CTA/SAE.	Não se aplica		Sim/Não	Adequação estrutural do CTA/SAE realizada.	-	-	-	Sim
02	Construir 01 Centro Municipal de Especialidades (CME) integrando consultas e	Construção de 01 Centro Municipal de Especialidades (CME) integrando consultas	0	2024	Nº Absoluto	01	0	0	1	0



	exames especializados.	e exames especializados								
03	Construir 07 Unidades de Saúde, com adequações sanitárias, arquitetônicas e de acessibilidade.	Construção de 7 Unidade de Saúde	0	2024	Nº Absoluto	07	4	1	1	1
04	Executar reformas estruturais em 06 unidades prioritárias, com adequações sanitárias, arquitetônicas e de acessibilidade.	Número de unidades de saúde prioritárias com reformas estruturais concluídas.	Não se aplica		Nº Absoluto	06	4	1	1	-
05	Implantar, no Centro Municipal de Especialidades, o serviço de teleatendimento, assegurando a adequação dos fluxos assistenciais, da infraestrutura física e tecnológica necessária para o início da oferta regular do serviço.	Teleatendimento implantado no Centro Municipal de Especialidades (CME).	0	2024	Nº Absoluto	01	-	-	-	1
06	Implantar infraestrutura de rede de alta disponibilidade em 75% das unidades de saúde municipais, garantindo conectividade estável, segura e com redundância operacional.	Percentual de unidades de saúde com infraestrutura de rede implantada e certificada para operação em alta disponibilidade.	Não se aplica		%	75%	-	25%	50%	75%
07	Modernizar o mobiliário das unidades de saúde da rede municipal, assegurando ambientes adequados, funcionais e compatíveis com as necessidades assistenciais.	Número de unidades de saúde com mobiliário renovado.	Não se aplica		Nº Absoluto	7 unidades	4	1	1	1
08	Modernizar os equipamentos de informática da rede municipal de saúde, assegurando maior eficiência operacional e suporte adequado aos sistemas de informação em saúde.	Número de unidades de saúde com equipamentos de informática renovados.	Não se aplica		Nº Absoluto	7 unidades	4	1	1	1



Diretriz: Fortalecer a governança, a gestão estratégica, a infraestrutura física, tecnológica e logística da Rede Municipal de Saúde da Serra, assegurando ambientes seguros, acessíveis, humanizados e digitalmente integrados, capazes de garantir eficiência administrativa, qualificação da atenção, ampliação da capacidade instalada e melhoria contínua dos resultados em saúde.

Objetivo 2: Consolidar a governança institucional da Secretaria Municipal de Saúde por meio do fortalecimento do planejamento, da regionalização, da transparência, da integridade administrativa e da valorização do servidor, assegurando bases estruturadas para a melhoria contínua da gestão e dos resultados em saúde.

Essa Diretriz guarda relação com:

PPA 2026-2029 – Programa: 0027 – Ação: 2113. Programa: 0023 – Ações: Programa: 0023 – Ações: 2061, 2063, 2095

Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (linha base)		Unidade de medida	Meta Plano 2026-2029	Meta Prevista			
			Valor	Ano			2026	2027	2028	2029
01	Realizar, anualmente até 2029, a auditoria técnica do Relatório Anual de Gestão (RAG), assegurando a análise de conformidade, transparência e aderência às normas do SUS.	RAG auditado anualmente.	1	2024	Nº Absoluto	04	1	1	1	1
02	Realizar 2 seminários de planejamento estratégico: um dedicado ao monitoramento e avaliação do Plano Municipal de Saúde vigente e outro destinado à elaboração do próximo Plano Municipal de Saúde, envolvendo as áreas técnicas da SESA e o controle social.	Seminários de planejamento estratégico realizados, voltados ao monitoramento do Plano Municipal de Saúde vigente e à elaboração do próximo plano.	Não se aplica		Nº Absoluto	02	1	-	-	1
03	Assegurar a continuidade e o funcionamento permanente da Comissão de Sindicância da Saúde.	Comissão de Sindicância da Saúde estruturada e em funcionamento permanente.	Comissão em funcionamento / 100%	2024	%	100%	100%	100%	100%	100%



04	Manter em funcionamento o Espaço de Atendimento ao Servidor da Saúde, assegurando a continuidade do acolhimento e do acompanhamento aos trabalhadores da rede municipal de saúde ao longo do período de vigência do plano.	Existência de funcionamento do Espaço de Atendimento ao Servidor da Saúde.	Não se aplica		Sim/Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
05	Atualizar, até 2029, a portaria municipal que institui o mapeamento territorial da saúde e a definição das regiões de saúde no município, assegurando sua compatibilidade com o perfil demográfico, epidemiológico, socioeconômico e com a organização da Rede de Atenção à Saúde, em consonância com o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o planejamento estadual e as diretrizes do SUS.	Atualização do mapeamento territorial e da regionalização da saúde formalizada por Portaria Municipal.	0	2025	Situação (Sim/Não)	01	-	-	-	1
06	Elaborar e institucionalizar protocolo interno de prevenção e enfrentamento ao assédio moral e sexual no ambiente de trabalho.	Protocolo de prevenção ao assédio elaborado e institucionalizado	Não se aplica		Nº Absoluto	1	-	-	1	-

Eixo Nº 5 - Gestão

Diretriz: Fortalecer a governança, a gestão estratégica, a infraestrutura física, tecnológica e logística da Rede Municipal de Saúde da Serra, assegurando ambientes seguros, acessíveis, humanizados e digitalmente integrados, capazes de garantir eficiência administrativa, qualificação da atenção, ampliação da capacidade instalada e melhoria contínua dos resultados em saúde.

Objetivo 3: Fortalecer o controle social no âmbito do SUS municipal, assegurando o funcionamento regular e transparente dos espaços colegiados, apoio institucional adequado, ampliação da participação nos territórios e qualificação permanente dos conselheiros, como estratégia de aprimoramento da governança e da gestão em saúde.

Essa Diretriz guarda relação com:



PPA 2026-2029 – Programa: 0027 – Ação: 2113. Programa: 0023 – Ações: Programa: 0023 – Ações: 2061, 2063, 2095										
Nº	Descrição da Meta	Indicador	Indicador (linha base)		Unidade de medida	Meta Plano 2026-2029	Meta Prevista			
			Valor	Ano			2026	2027	2028	2029
01	Articular a instituição da Lei Municipal para concessão e custeio de diárias para representações de interesse do CMSS conforme preconiza a Lei Nº 5.715, de 9 de março de 2023.	Lei sancionada.	Não se aplica		Nº Absoluto	01	1	-	-	-
02	Fortalecer o controle social no SUS, garantindo até 2029 a realização regular das reuniões do Conselho Municipal de Saúde e a publicação tempestiva de suas deliberações, resoluções e relatórios em consonância com a Lei Nº 5.715, de 9 de março de 2023.	Reuniões do Conselho Municipal de Saúde realizadas e publicadas no prazo.	0	2024	Situação (Sim/Não)	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
03	Garantir apoio técnico, estrutural e administrativo ao Conselho Municipal de Saúde, assegurando condições adequadas para o exercício de suas funções deliberativas e fiscalizadoras.	Apoio técnico, estrutural e administrativo garantido ao Conselho Municipal de Saúde.	Não se aplica		%	100%	100%	100%	100%	100%
04	Ampliar a partir de 2028 para 30% o funcionamento regular dos Conselhos Locais e Gestores de Saúde	Ampliação do funcionamento regular dos Conselhos Locais e Gestores de Saúde para 30%	16%	2025	%	30%	-	-	25%	30%
05	Fortalecer o controle social no SUS, por meio de capacitações a serem realizadas para as pessoas conselheiras de saúde	Número de capacitações realizadas para pessoas conselheiras de saúde.	Não se aplica		Nº Absoluto	8	1	2	2	3



4. FINANCIAMENTO

4.1. Marco legal e institucional do financiamento do SUS

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) possui base constitucional e normativa que define as responsabilidades compartilhadas entre União, Estados e Municípios na garantia do direito à saúde. A Constituição Federal de 1988 instituiu o SUS e estabeleceu o modelo de financiamento tripartite, no qual as três esferas de governo participam do custeio das ações e serviços de saúde. A organização do sistema foi regulamentada pela Lei nº 8.080/1990, que dispõe sobre a estrutura e o funcionamento do SUS, enquanto a Lei Complementar nº 141/2012 estabeleceu os percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços públicos de saúde, bem como regras de transparência, planejamento, monitoramento e controle dos gastos em saúde.

4.2. Estrutura do financiamento do SUS no município

No âmbito municipal, o financiamento das ações e serviços de saúde resulta da combinação de recursos provenientes das três esferas de governo. As transferências federais ocorrem majoritariamente na modalidade fundo a fundo e destinam-se ao custeio e investimento em áreas estratégicas do sistema, como Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada, Vigilância em Saúde e Assistência Farmacêutica, podendo incluir também incentivos específicos e recursos oriundos de emendas parlamentares. Os Estados complementam esse financiamento por meio de mecanismos de cofinanciamento e programas estaduais voltados ao fortalecimento das redes de atenção à saúde. Já os recursos próprios municipais desempenham papel fundamental na sustentabilidade da rede local, sendo obrigatória a aplicação mínima de 15% da receita resultante de impostos e transferências constitucionais em ações e serviços públicos de saúde, conforme a legislação vigente.

4.3. Fundo Municipal de Saúde

O Fundo Municipal de Saúde constitui o principal instrumento de gestão financeira do SUS no âmbito municipal, responsável por centralizar e operacionalizar a execução dos recursos destinados às ações e serviços de saúde. Por meio do fundo



são realizados os repasses financeiros das demais esferas de governo, especialmente aqueles efetuados na modalidade fundo a fundo, bem como a execução das despesas necessárias ao funcionamento da rede municipal de saúde. Além de assegurar a organização e a transparência da gestão financeira, o Fundo Municipal de Saúde vincula a aplicação dos recursos aos instrumentos de planejamento do SUS, como o Plano Municipal de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão e está sujeito aos mecanismos de controle e fiscalização exercidos pelos órgãos de controle e pelo Conselho Municipal de Saúde.

4.4. Análise histórica do financiamento da saúde no município

A análise da evolução das despesas em saúde no município da Serra entre 2022 e 2025 evidencia tendência de crescimento do volume absoluto de recursos aplicados na área. Em 2022, o gasto total em saúde foi de R\$ 304.398.688,10, passando para R\$ 343.843.712,43 em 2023 e alcançando R\$ 374.941.421,72 em 2024, mantendo patamar semelhante em 2025, com R\$ 374.396.904,89. Observa-se, entretanto, redução gradual do percentual de aplicação de recursos próprios no período, que passou de 24,04% em 2022 para 20,77% em 2025, ainda assim mantendo-se acima do mínimo constitucional de 15%.

Tabela 19 - Evolução de despesas em Saúde no município de Serra/ES, de 2022 a 2025.

Ano	Despesa total em Saúde	% de Aplicação de Recursos Próprios em Saúde
2022	R\$ 304.398.688,10	24,04%
2023	R\$ 343.843.712,43	23,23%
2024	R\$ 374.941.421,72	22,36%
2025	R\$ 374.396.904,89	20,77%

FONTE: RREO- SIOPS, 2026.

No mesmo período, verifica-se ampliação relevante das transferências federais ao município, que evoluíram de R\$80.819.718,83 em 2022 para R\$183.246.960,08 em 2025, indicando aumento da participação de recursos federais no financiamento das ações e serviços de saúde. Esse movimento revela um cenário de expansão do



financiamento total do sistema municipal de saúde, com crescente participação de transferências intergovernamentais na composição do orçamento da saúde. Além disso, observa-se um incremento do total de repasses federais, principalmente no ano de 2025, em decorrência do recurso oriundo do Fundo Rio Doce - Decreto nº 12412, de 18 de março de 2025.

Tabela 20 - Evolução de repasses Federal em Saúde no município de Serra/ES, de 2022 a 2025.

Ano	Total de repasses
2022	R\$ 80.819.718,83
2023	R\$ 91.659.672,55
2024	R\$ 108.832.081,85
2025	R\$ 183.246.960,08

FONTE: Fundo Nacional de Saúde, 2026.

4.5. Distribuição dos recursos por nível de atenção

A previsão orçamentária para o exercício de 2026 demonstra a distribuição dos recursos entre os principais componentes da rede municipal de saúde. Destaca-se a Média e Alta Complexidade, com previsão de R\$204.941.373,78, representando o maior volume de recursos destinados ao custeio da assistência especializada e hospitalar. Em seguida, observa-se o investimento na Atenção Primária à Saúde, com R\$101.974.028,72, evidenciando a importância estratégica desse nível de atenção como coordenador do cuidado e porta de entrada do sistema.

A área de Gestão apresenta previsão de R\$48.623.133,72, refletindo despesas administrativas e de suporte à rede de serviços. Já a Assistência Farmacêutica possui previsão de R\$20.310.904,00, voltada à garantia do acesso a medicamentos essenciais, enquanto a Vigilância em Saúde conta com R\$3.707.186,78, destinados às ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental. Essa distribuição demonstra a concentração de recursos nos níveis assistenciais que demandam maior complexidade tecnológica e operacional, ao mesmo tempo em que mantém investimentos estruturantes na atenção primária e nas ações de apoio ao sistema.

Tabela 21 - Previsão orçamentária em Saúde no município de Serra/ES para o ano de 2026.



Bloco	Valor
Atenção Primária à Saúde	R\$ 101.974.028,72
Média e Alta complexidade	R\$ 204.941.373,78
Assistência Farmacêutica	R\$ 20.310.904,00
Vigilância em Saúde	R\$ 3.707.186,78
Gestão	R\$ 48.623.133,72

FONTE: SmarCP.

4.6. Principais desafios do financiamento

Apesar da ampliação do volume de recursos destinados à saúde nos últimos anos, o financiamento do sistema municipal enfrenta desafios estruturais relacionados à sustentabilidade financeira da rede de serviços. Entre os principais fatores destacam-se o crescimento da demanda assistencial decorrente do aumento populacional e do processo de transição demográfica, a expansão da rede municipal de serviços e a necessidade de manutenção de estruturas assistenciais com maior densidade tecnológica. Soma-se a esse cenário a defasagem histórica de valores da tabela de procedimentos do SUS, que muitas vezes não cobre integralmente os custos reais da prestação dos serviços, exigindo complementação significativa de recursos próprios do município. Além disso, a ampliação de políticas públicas e programas estratégicos no âmbito do SUS demanda constante capacidade de gestão financeira para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência ofertada à população.

4.7. Perspectivas e estratégias para sustentabilidade financeira

Diante desse contexto, a sustentabilidade do financiamento da saúde no município requer o fortalecimento de estratégias voltadas à ampliação e à qualificação das fontes de recursos disponíveis. Entre as principais perspectivas destacam-se a captação de novos incentivos e habilitações junto ao Ministério da Saúde, o fortalecimento do cofinanciamento estadual e a busca por recursos adicionais por meio de emendas parlamentares e programas estratégicos federais. Paralelamente, torna-se fundamental aprimorar os mecanismos de planejamento, monitoramento e



avaliação da execução orçamentária, garantindo maior eficiência na aplicação dos recursos públicos. O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado, aliado à organização das redes de atenção e à qualificação da gestão, constitui estratégia essencial para otimizar o uso dos recursos disponíveis, reduzir custos evitáveis e promover maior sustentabilidade ao sistema municipal de saúde no médio e longo prazo.

5. O PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e a avaliação do Plano Municipal de Saúde constituem um processo sistemático, contínuo e orientado para resultados, voltado ao acompanhamento da execução das ações planejadas e à produção de informações qualificadas para subsidiar a tomada de decisão na gestão do Sistema Único de Saúde no âmbito municipal.

Esse processo deve ter como finalidade verificar o alcance dos objetivos e metas estabelecidos, identificar eventuais desvios ou dificuldades na implementação das ações e possibilitar a adoção de medidas corretivas em tempo oportuno, contribuindo para o aprimoramento das políticas públicas de saúde e para a melhoria da qualidade da gestão.

O acompanhamento das metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde foi estruturado a partir da construção de um conjunto de indicadores capazes de mensurar o desempenho das ações e o progresso no alcance dos objetivos estratégicos. Para cada indicador foram consideradas as fontes de dados, a periodicidade de coleta das informações e os mecanismos de divulgação dos resultados, de modo a assegurar maior transparência e confiabilidade ao processo avaliativo.

As metas definidas no Plano foram anualizadas por meio da Programação Anual de Saúde (PAS), instrumento que operacionaliza as ações planejadas para cada exercício, sendo posteriormente monitoradas e avaliadas por meio do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e do Relatório Anual de Gestão (RAG), em conformidade com as disposições da Lei Complementar nº 141/2012. Esses



instrumentos possibilitaram o acompanhamento periódico da execução das políticas de saúde, permitindo verificar o desempenho das ações implementadas, analisar os resultados alcançados e subsidiar eventuais revisões do planejamento quando necessário.

Os resultados desse processo de monitoramento e avaliação são apresentados e discutidos junto ao Conselho Municipal de Saúde e à Câmara Municipal de Vereadores, assegurando a transparência da gestão e o exercício do controle social sobre as políticas públicas de saúde. Além disso, os instrumentos de planejamento e prestação de contas são registrados no Módulo de Planejamento do DigiSUS Gestor (DGMP), plataforma oficial do Ministério da Saúde destinada ao registro estruturado das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores do Plano Municipal de Saúde, bem como à inserção da Programação Anual de Saúde e dos relatórios de monitoramento e avaliação. Por meio dessa ferramenta, também é garantida a publicidade das informações relativas ao planejamento e à execução das ações de saúde, fortalecendo os mecanismos de transparência e integração entre os diferentes entes federativos.

O acompanhamento periódico do Plano Municipal de Saúde permite, portanto, conferir maior dinamicidade ao processo de planejamento em saúde, possibilitando ao gestor municipal reavaliar prioridades, redirecionar estratégias e revisar metas sempre que necessário, à luz das mudanças no contexto sanitário, das necessidades da população e da disponibilidade de recursos orçamentários. Dessa forma, o monitoramento e a avaliação consolidam-se como elementos fundamentais do ciclo de planejamento do SUS, contribuindo para o aperfeiçoamento da gestão pública e para a promoção de políticas de saúde mais eficientes, efetivas e alinhadas às demandas do território.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico - Hepatites Virais 2025**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2025/boletim-epidemiologico-de-hepatites-virais.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Estratégia Nacional para Enfrentamento à Hanseníase 2024-2030**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/hansenase/estrategia-nacional-para-enfrentamento-a-hansenase-2024-2030/view>. Acesso em: 2 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de Vigilância em Saúde: volume 1**. 6. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_6edrev_v1.pdf. Acesso em: 2 mar. 2026

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de Vigilância em Saúde: volume 2**. 6. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de Vigilância em Saúde: volume único**. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de Vigilância Epidemiológica COVID-19: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019**. Atualizado em 20 jan. 2022. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/covid-19/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19/view>. Acesso em: 2 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/manual-de-recomendacoes-e-controle-da-tuberculose-no-brasil-2a-ed.pdf/view>. Acesso em: 2 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA): 2006 a 2019**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br>. Acesso em: 2 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2019: **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://portalarquivos.saude>.



gov.br/images/pdf/2020/April/27/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf.
Acesso 29 out. 2021.> Acesso em 20 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Viva: Vigilância de Violências e Acidentes 2006-2009**. Brasília: MS, 2010.

CARDOSO, F. G. Temas de economia aplicada: **O Círculo Vicioso da Pobreza e a Causação Circular Cumulativa**: Retomando as Contribuições de Nurkse e Myrdal. 2012. Disponível em: < https://www.researchgate.net/profile/Fernanda-Cardoso-2/publication/312374481O_Circulo_Vicioso_da_Pobreza_e_a_Causacao_Circular_Cumulativa_Retomando_as_Contribuicoes_de_Nurkse_e_Myrdal/links/587c35c608ae4445c0643759/O-Circulo-Vicioso-da-Pobreza-e-a-Causacao-Circular-Cumulativa-Retomando-as-Contribuicoes-de-Nurkse-e-Myrdal.pdf> Acesso em 25 out. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Lei nº 11.147, de 07 de julho de 2020. **Define a obrigatoriedade de notificação compulsória dos eventos de violência de interesse do Sistema Único de Saúde - SUS à autoridade sanitária estadual**. Diário Oficial do Estado do Espírito Santo, Vitória, 08 jul. 2020. Disponível em: <https://www3.al.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/LEI111472020.html>. Acesso em: 2 mar. 2026.

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS (FGV). **Teoria da mudança aplicada a políticas públicas**. Rio de Janeiro: FGV, 2017.

LASSANCE, A. Planejamento governamental e políticas públicas: fundamentos, métodos e desafios. Brasília: **Escola Nacional de Administração Pública - ENAP**, 2012. LASSANCE, Antônio. Planejamento governamental e políticas públicas: fundamentos, métodos e desafios**. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública - ENAP, 2012.

MALTA, D. C.; BERNAL, R. T. I; LIMA, M. G. et al. **Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde**: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. Revista de Saúde Pública. 2017, supl 1. Disponível em: << <https://www.scielo.br/j/rsp/a/84CsHsNwMRNFXDHZ4NmrD9n/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em 29 ago. 2021.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA). **Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Brasil - IDB**: ficha de qualificação do indicador Taxa Bruta de Natalidade. Brasília: Ministério da Saúde, OPAS, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2014**. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564809>. Acesso em: 2 mar. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: [https://www.who.int/publications/i/item/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications/i/item/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-(covid-19)). Acesso em: 2 mar. 2026.



PREFEITURA DA
SERRA

**SECRETARIA DE
SAÚDE | SESA**

154

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on violence and health**. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42495>. Acesso em: 02 mar. 2026



ANEXO - Resolução do CMSS - Aprovação do Plano Municipal de Saúde



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DA SERRA - ES

RESOLUÇÃO Nº 698 DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DA SERRA - ES

O Plenário do Conselho Municipal de Saúde da Serra, em sua 101ª Reunião Extraordinária, realizada no dia 09 de fevereiro de 2026, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, pela Resolução nº 453 do CNS de 10 de maio de 2012 e pela Lei Municipal nº 5.715, publicada em 09 de março de 2023.

Considerando o Parecer nº 001/2026 da Comissão Ampliada de Finanças, Monitoramento e Avaliação dos Instrumentos de Gestão do Conselho Municipal de Saúde de Serra.

RESOLVE:

Art. 1º. Aprovar o Plano Municipal de Saúde 2026-2029, com base no parecer nº 001/2026 da Comissão Ampliada de Finanças, Monitoramento e Avaliação dos Instrumentos de Gestão do Conselho Municipal de Saúde da Serra.

Art. 2º. Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação.

Serra, 11 de fevereiro de 2026.

Carla de Oliveira Maria

Presidenta do Conselho Municipal de Saúde da Serra

Homologo a Resolução do CMSS nº 698, de 11 de fevereiro de 2026, no uso de minhas atribuições legais.

Fernanda Coimbra Mota da Silva

Secretária Municipal de Saúde da Serra