PREFEITURA MUNICIPAL DA SERRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2010 - 2013

Serra, Cidade de Gente Saudável

Serra – ES

Janeiro de 2010

PREFEITURA MUNICIPAL DA SERRA

Antônio Sérgio Alves Vidigal - Prefeito

Madalena Santana - Vice Prefeita

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Silvani Alves Pereira – Secretário de Saúde

Fábio Benezath Chaves - Secretário Adjunto de Saúde

DEPARTAMENTO SETORIAL ADMINISTRATIVO

Lucia Maria Lessa Silva

DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

Lilian Karla do Valle Bitencourt

DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE

Gabriela Gabriel de Almeida Matos

DEPARTAMENTO DE CONTROLE, REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

Karina Daleprani Espíndula

EQUIPE TÉCNICA RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO

CONSULTORIA

Ricardo Pandolfi

NÚCLEO DE PLANEJAMENTO DA SAÚDE

Angela Magdalena Puppin

Bernadete Coelho Xavier

Karla Binotte Costa

Roberta Melo Vello Poldi

COLABORADORES

Assessores Técnicos

Diretores, Coordenadores e Equipe técnica dos departamentos, divisões e programas

Participantes das Oficinas de Planejamento

Conselho Municipal de Saúde

Este Plano Municipal de Saúde foi aprovado pela Resolução nº 223, na 209ª reunião do Conselho Municipal de Saúde no dia 22 de fevereiro de 2010 e sua revisão aprovada pela Resolução nº 254, na 224ª reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde no dia 30 de maio de 2011.

.

SIGLAS

ABEMA	Associação de Brasileira de Entidades do Meio Ambiente
APH	Atendimento Pré-Hospitalar
APS	Atenção Primária a Saúde
CAGED	Cadastro Geral de Empregados e Desempregados
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CESAN	Companhia Espírito Santense de Saneamento
CIVIT	Centro Industrial Metropolitano de Vitória
CLS	Comissões Locais de Saúde
CMI	Coeficiente de Mortalidade Infantil
CMM	Coeficiente de Mortalidade Materna
CMMI	Comitê de Mortalidade Materno Infantil
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CST	Companhia Siderúrgica Tubarão
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS
DAS	Departamento de Ações em Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DENATRAN	Departamento Nacional de Trânsito
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gravidez
DST/AIDS	Doenças Sexualmente Transmissíveis/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
EACS	Estratégia de Agente Comunitário de Saúde
EC	Emenda Constitucional
ES	Estado do Espírito Santo
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FDC	Fundação Dom Cabral
FJP	Fundação João Pinheiro
GTH	Grupo de Trabalho em Humanização
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano do Município
IDHM- L	Índice de Desenvolvimento Humano do Município Longevidade
IDHM-E	Índice de Desenvolvimento Humano do Município Educação
IDHM-R	Índice de Desenvolvimento Humano do Município Renda
IJSN	Instituto Jones dos Santos Neves
INEP	Instituto Nacional de Estudos Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MEC	Ministério da Educação
MS/GM	Ministério da Saúde / Gabinete Ministerial
NUDESPE	Núcleo de Desenvolvimento de Pessoas

NV	Nascidos Vivos
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pronto Atendimento
PAVS	Programação das Ações em Vigilância em Saúde
PCCV	Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos
PDU	Plano Diretor Urbano
PIB	Produto Interno Bruto
PMS	Prefeitura Municipal da Serra
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPA	Plano Plurianual
PPC	Paridade de Poder de Compra
QDD	Quadro de Detalhamento de Despesas
RMGV	Região metropolitana da grande Vitória
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEFAZ	Secretaria de Estado da Fazenda
SEPLAE	Secretaria Municipal de Planejamento Estratégico
SESA	Secretaria Municipal de Saúde da Serra
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SISPACTO	Aplicativo do Pacto pela Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TIMS	Terminal Industrial Multimodal da Serra
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto atendimento
URS	Unidade Regional de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VE	Vigilância Epidemiológica

COM A PALAVRA O PREFEITO

O município da Serra apresenta a sua proposta de atuação na área de saúde para os próximos quatro anos. Este Plano Municipal de Saúde é um esforço coletivo da SESA e demais colaboradores, como o Conselho Municipal de Saúde. Ele está baseado nas políticas nacional e estadual de saúde e nos instrumentos de gestão e pactos realizados com gestores da área.

O Plano Municipal de Saúde será o norte da política municipal que preconiza a atenção integral à saúde com garantia de acesso universal e igualdade a todos. Este é o lema do SUS (Sistema Único de Saúde) criado em 1988 por aquela Constituição, que delega aos municípios o papel de gerir este sistema.

Os projetos aqui apresentados vão ao encontro dessas preocupações, já que o município tem o papel de disseminar o SUS e estar em contato direto com a população, no que diz respeito à atenção básica de atendimento. O futuro da saúde – e o Plano aqui apresentado segue esta linha de atuação - será possuir um caráter mais preventivo e educativo. O reforço na Estratégia de Saúde da Família e a Orientação dos Exercícios Físicos e Nutricionais podem ser exemplos neste sentido.

O Plano também avança em pontos importantes, como a informatização de toda rede, para dar agilidade ao atendimento de toda população e diminuir o tempo de espera nos postos de saúde.

Ou seja, este setor tem avançado no município e está preocupado com as mudanças que são necessárias para melhorar a qualidade de vida do cidadão. Sabemos que precisamos avançar ainda na saúde do município da Serra, mas este Plano é um exemplo do nosso esforço na busca por esta melhoria.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 09
1. INTRODUÇÃO 06
2. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO 21
   2.1. Histórico
   2.2. Localização
3. PERFIL DEMOGRÁFICO
4. PERFIL SOCIOECONÔMICO E INFRA-ESTRUTURA
   4.1. Educação
   4.2. Saneamento
   4.3. Ambiente urbano e sistema viário urbano
5. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO 22
   5.1. Mortalidade Geral
   5.2. Mortalidade Materna
   5.3. Mortalidade Infantil
   5.4. Natimortalidade
6. ORGANIZACAO DA REDE DE SAÚDE
   6.1. Gestão do Sistema
   6.2. Gestão de Pessoas
   6.3. Gestão de Recursos Financeiros
7. PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DA SESA
   7.1. Mapa Estratégico da SESA
   7.2. Posicionamento Estratégico
   7.3. Eixos Estratégicos
      7.3.1. Primeiro Cuidado
      7.3.2. Urgência e Emergência
      7.3.3. Alta Exigência Tecnológica
      7.3.4. Participação Popular
      7.3.5. Gestão do Trabalho

   7.4. Projetos Estruturantes
      7.4.1. Estratégia de Saúde da Família
      7.4.2. Vigilância em Saúde
      7.4.3. Regionalização da rede de saúde municipal
      7.4.4. Orientação ao Exercício Físico e Nutricional
      7.4.5. Atendimento aos grupos prioritários em saúde
      7.4.6. Assistência domiciliar
      7.4.7. Fortalecimento das Instâncias de Participação Popular

      7.4.8. Implantação das UPAs
      7.4.9. Atendimento Pré-Hospitalar
      7.4.10. Centro de Especialidades
      7.4.11. Hospital Materno-Infantil
      7.4.12. Implantação do Telessaúde
      7.4.13. Capacitação e treinamento profissional

7.4.14. Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos
7.5. Projetos Transversais
7.5.1. Educação Permanente em Saúde
7.5.2. Humanização da Atenção e Gestão no Sus
7.5.3. Assistência Farmacêutica
7.5.4. Apoio Diagnóstico terapêutico
7.5.5. Controle, Regulação, Normatização, Avaliação e Auditoria dos Serviços de Saúde
7.5.6. Informatização da Rede dos Serviços de Saúde
7.5.7. Estrutura e Logística
8. DOCUMENTOS 23
8.1. PPA
8.2. QDD
9. ANEXOS

APRESENTAÇÃO

Saúde – desafio e compromisso de todos

A saúde da população humana sempre foi tema presente no dia-a-dia das civilizações. Existem relatos de grandes epidemias – sejam elas causadas por bactérias, vírus ou outros microorganismos – que datam de antes de cristo:

- ✓ Peste de Atenas, 428 a.C.;
- ✓ Peste de Siracusa, 396 a.C.

A história registra outros momentos de grandes perdas de vidas por conta das condições sanitárias a que as populações estavam submetidas:

- ✓ Peste Bubônica ou Negra – Ela foi sendo combatida à medida que se melhorou a higiene e o saneamento das cidades, diminuindo a população de ratos urbanos. Contabilizou 50 milhões de mortos (Europa e Ásia) - de 1333 a 1351;
- ✓ Cólera - Conhecida desde a Antigüidade, teve sua primeira epidemia global em 1817. Registrou milhares de mortos – de 1817 a 1824;
- ✓ Tuberculose - Nas últimas décadas, ressurgiu com força nos países pobres, incluindo o Brasil, e como doença oportunista nos pacientes de Aids. Vitimou 1 bilhão de pessoas - 1850 a 1950;
- ✓ Varíola - A doença atormentou a humanidade por mais de 3000 anos. 300 milhões de mortos – de 1896 a 1980. A vacina foi descoberta em 1796. Erradicada do planeta desde 1980, após campanha de vacinação em massa;
- ✓ Gripe Espanhola - O vírus Influenza é um dos maiores carrascos da humanidade. A mais grave epidemia foi batizada de gripe espanhola, embora tenha feito vítimas no mundo todo. No Brasil, matou o presidente Rodrigues Alves. 20 milhões de mortos – de 1918 a 1919;
- ✓ Tifo- Como a miséria apresenta as condições ideais para a proliferação, o tifo está ligado aos países do Terceiro Mundo, campos de refugiados e concentração, ou guerras. 3 milhões de mortos (Europa Oriental e Rússia) – de 1918 a 1922;
- ✓ Sarampo - Era uma das causas principais de mortalidade infantil até a descoberta da primeira vacina, em 1963. Com o passar dos anos, a vacina foi aperfeiçoada, e a doença foi erradicada em vários países. 6 milhões de mortos por ano - Até 1963;
- ✓ Malária - A OMS – Organização Mundial da Saúde considera a malária a pior doença tropical e parasitária da atualidade, perdendo em gravidade apenas para a Aids. 3 milhões de mortos por ano - Desde 1980;

- ✓ AIDS - identificada em 1981, nos Estados Unidos, e desde então foi considerada uma epidemia pela Organização Mundial de Saúde. Já contabilizou mais de 22 milhões de mortos.
- ✓ Em passado recente o mundo conviveu com a Gripe do Frango, o Mal da Val Louca e agora vivenciamos a epidemia do Vírus da Gripe Suína H1N1.

Os registros acima mostram que as epidemias decorrem das condições sanitárias a que determinada parcela da população está submetida. O aglomerado de indivíduos em espaços reduzidos e insalubres é um dos fatores que contribui para a criação de habitat adequado ao surgimento de doenças que afetam à saúde humana.

Apresentam, também, que a prevalência de saúde na população está intimamente ligada às condições de vida de um povo, não é resultante de um único fator: passa pela cultura, pela educação, pelas condições sócio-econômicas, pela prática de hábitos saudáveis, pela responsabilidade social, ou seja, passa pela prevenção. Nem o problema e nem a solução para saúde pública serão encontradas isolados.

A transformação de doenças agudas em crônicas, o envelhecimento da população e a expectativa de vida crescente, exigem do sistema público de saúde o uso de novas tecnologias, a implantação de novos serviços e o acréscimo de recursos humanos e financeiros. Essas transformações serão cuidadas nos próximos quatro anos com o firme propósito de fazer da "Serra, Cidade de Gente Saudável", para isso o Plano Municipal de Saúde contempla programas estruturantes, importantes, para dar conta deste desafio. Destacamos dentre outros:

- ✓ Humanização da atenção e gestão do SUS;
- ✓ Educação popular em saúde;
- ✓ Alta exigência de tecnologia e conhecimento. Abrange:
    - o Construção do centro de especialidades;
    - o Construção do hospital materno-infantil;
    - o Implantação da Telessaúde.
- ✓ Informatização da rede de serviços de saúde; e
- ✓ Primeiro cuidado. Abrange:
    - o Estratégia de saúde da família;
    - o Vigilância em saúde;
    - o Regionalização da rede de saúde municipal;
    - o Orientação nutricional e ao exercício físico;
    - o Atendimento aos grupos prioritários em saúde; e
    - o Assistência domiciliar.

Saúde – desafio e compromisso de todos.

“Saúde é melhor e menos cara que a doença”
Michael E. Porter

SILVANI ALVES PEREIRA
Secretário de Saúde da Cidade da Serra

Fonte de dados: Organização Mundial de Saúde (OMS)
e Fundação Oswaldo Cruz.

AGRADECIMENTOS

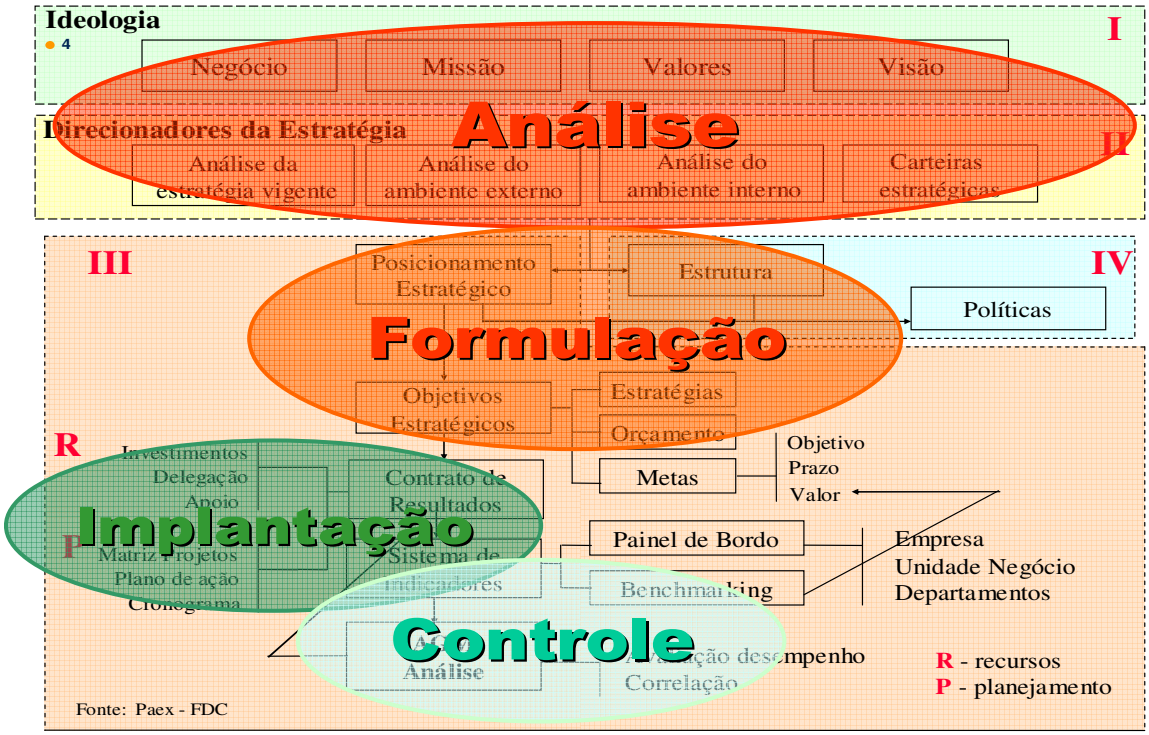
Nossos agradecimentos aos colegas que empregaram inteligência e trabalho para que este Plano Municipal de Saúde se tornasse realidade.

1. INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde é um instrumento de gestão que reflete as diretrizes, compromissos e prioridades de saúde do município da Serra. Consolida as ações que devem ser implementadas para se alcançar os objetivos estratégicos definidos como meta para o período 2010 – 2013.

Ele foi elaborado a partir das prioridades de governo, do Plano Plurianual - PPA, do Termo de Compromisso de Gestão, Programação das Ações em Vigilância em Saúde – PAVS, Pacto pela Saúde/SISPACTO e na Agenda do Seminário Diálogos. A gestão participativa na condução e elaboração deste plano foi à meta perseguida desde sua origem, pois fomentou uma construção coletiva, estimulou a posição pró-ativa dos colaboradores, promoveu a inclusão desses, o que culminou com a realização de um instrumento de fortalecimento do SUS no município da Serra, promotor de mudanças e voltado ao bem estar. A seqüência das atividades desenvolvidas pelo grupo do planejamento consta da figura a seguir.

Figura 2 – Etapas desenvolvidas no planejamento da SESA



Fonte: Fundação Dom Cabral (FDC).

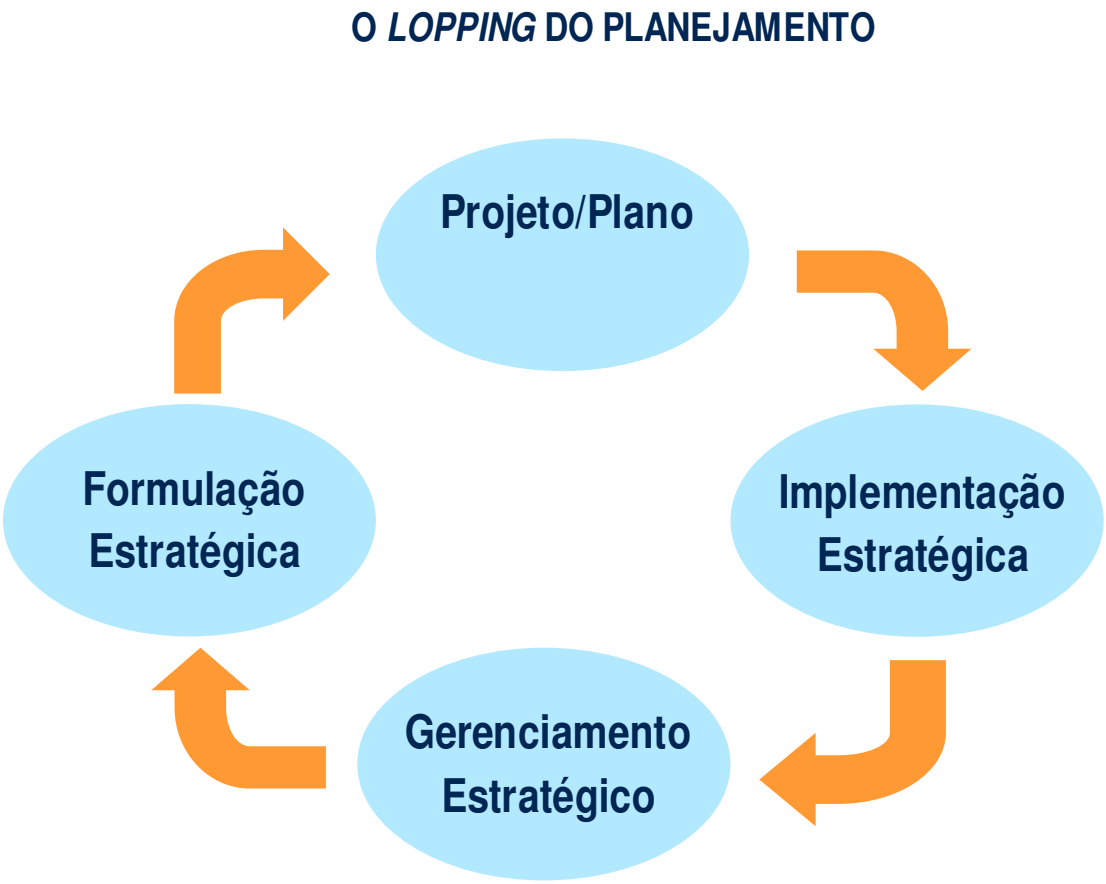
O Plano adotou como posicionamento a política municipal de saúde para os quatro anos o conceito**: Serra, cidade de gente saudável**. Este entende que a população precisa ter boas condições de vida; acesso as tecnologias de saúde; autocuidado no modo de andar a vida e profissionais de saúde valorizados e comprometidos com o cidadão. Reconhece a atenção primária como prioridade, colocando-a como foco de investimentos financeiros, legitimados técnica e politicamente; apontando diretrizes e estratégias para o fortalecimento da atenção básica no município, sempre integrada com a região de saúde. Ou seja, todas essas ações nos levam a consolidação do SUS no Município da Serra.

Consolidar o SUS exige comprometimento, determinação e disciplina no planejamento das estratégias de redução de desigualdades de acesso ao sistema.

Entendemos que as dificuldades de acesso aos serviços de saúde possuem múltiplas faces, obrigando gestores, trabalhadores e sociedade a trabalharem em conjunto no delineamento da Política de Saúde para o município. Essas dificuldades imprimem padrões distintos de morbimortalidade e refletem também a distribuição desigual dos fatores de exposição aos riscos de adoecer ou morrer, e de acesso aos bens e serviços de saúde, entre grupos populacionais distintos.

Sendo assim, o planejamento desenvolvido pela SESA está em consonância com a definição atual que reafirma um conceito positivo de saúde, enfatiza recursos sociais e pessoais, tanto quanto as aptidões físicas e não somente a ausência de doenças. Este planejamento está baseado na lógica que segue:

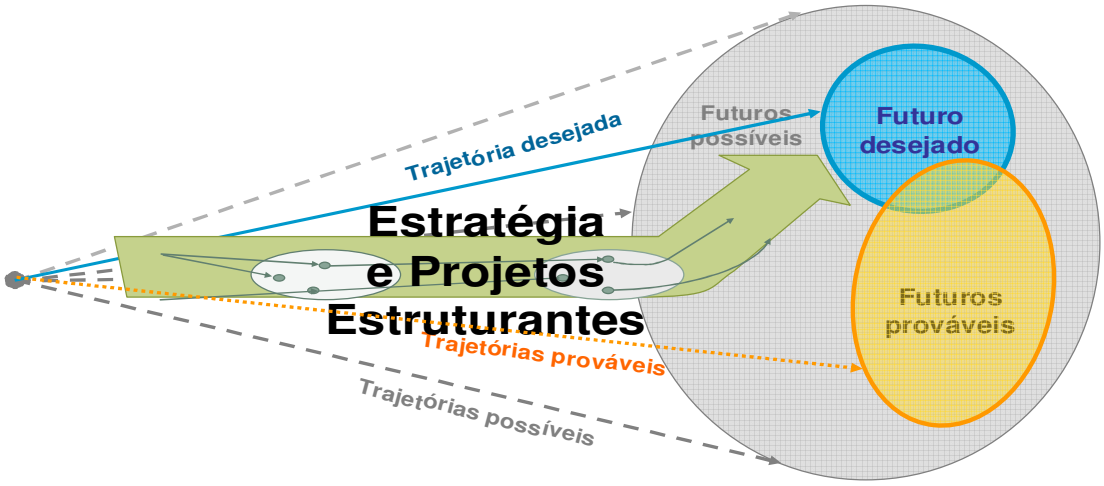
Figura 1 – O *lopping* do Planejamento



Fonte: Fundação Dom Cabral (FDC).

O planejamento da SESA irá implementar 14 projetos estruturantes e 7 projetos transversais com o intuito de se tornar referência em atenção integral a saúde no Estado do Espírito Santo.

Figura 2 – Caminho para o futuro desejado



Fonte: Futura Pesquisa e Consultoria.

2. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

2.1. Histórico

A Serra, como quase todos os municípios do Espírito Santo, contou com o desbravamento territorial em grande parte pelos jesuítas. A área era habitada, no litoral, pelos índios Termiminós - Tupi, e no interior, pelos índios Puris - Botocudos.

Em 1556, é fundada a Aldeia de Nossa Senhora da Conceição da Serra, no sopé do monte Mestre Álvaro.

Em 1752, A Aldeia de N. Srª. da Conceição da Serra é elevada a categoria de distrito e paróquia, sendo elevada a categoria de freguesia em 1769, desmembrada da Freguesia de Vitória. Em 1822 é elevada à categoria de Vila.

O Município de Serra foi criado por meio da Resolução do Conselho do Governo de 02 de abril de 1833, sendo instalado em 19 de agosto do mesmo ano.

Em 1849, o município foi palco da maior revolta de escravos do Espírito Santo, a Insurreição do Queimado, em São José do Queimado, movimento de libertação dos negros escravos, que foi desmobilizado pela força militar da época.

Em 1875 é anexada a Vila de Nova Almeida (à época, sede de município do mesmo nome) a comarca da Serra, desanexando-a da comarca de Santa Cruz (hoje Aracruz).

O município da Serra passa a ser constituído dos distritos de Carapina, Nova Almeida, Queimado, Serra e Calogi, conforme Decreto-Lei nº 15.177/1943.

A Serra teve duas fases distintas de sua economia: a inicial rural, fase em que produzia cana-de-açúcar, café, mandioca, e em menor escala cereais, e extração de madeiras de lei, e a fase de industrialização, que iniciou-se em 1960, com os investimentos na região, com a implantação do Porto de Tubarão, do Centro Industrial Metropolitano de Vitória (CIVIT) I e da Companhia Siderúrgica de Tubarão-CST, mudando a configuração urbana do município.

2.2 Localização

O Município da Serra – ES, localiza-se na região Sudeste do Brasil, possui uma área de 553,5 km² (

), sendo o mais extenso dos municípios que compõem a região metropolitana da Grande Vitória (RMGV) – Vitória, Cariacica, Serra, Vila Velha, Viana, Guarapari e Fundão. É composto por cinco distritos: Serra, Carapina, Nova Almeida, Queimado e Calogi.

Localizado a 27 quilômetros da capital do Estado, Vitória, limitando-se ao norte com o município de Fundão, ao sul com Cariacica e Vitória, a Oeste com Santa Leopoldina e a Leste com o Oceano Atlântico. Está a um raio de 1.000 km de distância dos principais centros econômicos do país – São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Bahia.

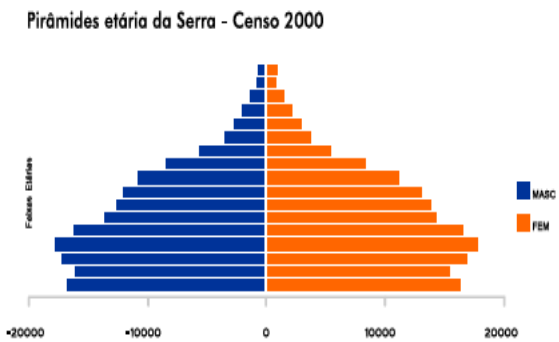
Altitude 833 metros (Mestre Álvaro, altitude máxima) **Clima** Tropical quente e úmido **Temperatura do Ar** Média anual 24ºC **Variação Pluviométrica** Média anual 900 a 1.200mm 3 **Solo** Latossolo vermelho-amarelado distrófico	**Ventos Predominantes** Norte e Nordeste **Área** 553,5 km * **Latitude** 20° 07' 43" Latitude Sul **Longitude** 40° 18' 28" Longitude Oeste **Vegetação Original** Mata Atlântica

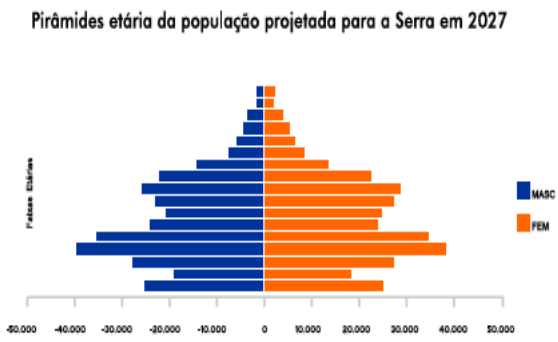
3 PERFIL DEMOGRÁFICO

A Serra teve um crescimento absoluto de 391981 habitantes em 40 anos. Saltou de 17.286 habitantes, em 1970 para 409.267, segundo o Censo de 2010, sendo a quase totalidade localizada em área urbana, 99,3% (IBGE, 2011). Atualmente a população da Serra representa 11,6% da população do Espírito Santo e 24% da RMGV (IJSN, 2009)..

Conforme projeções realizadas pelo Plano Estratégico da Cidade 2007-2027 – Serra 21, a dinâmica populacional da Serra prevê uma redução no número absoluto de crianças, maior população em idade ativa e proporção crescente de idosos, acompanhando a tendência nacional.

Gráfico 01 – Pirâmides etárias para o censo de 2000 e projeção para 2027



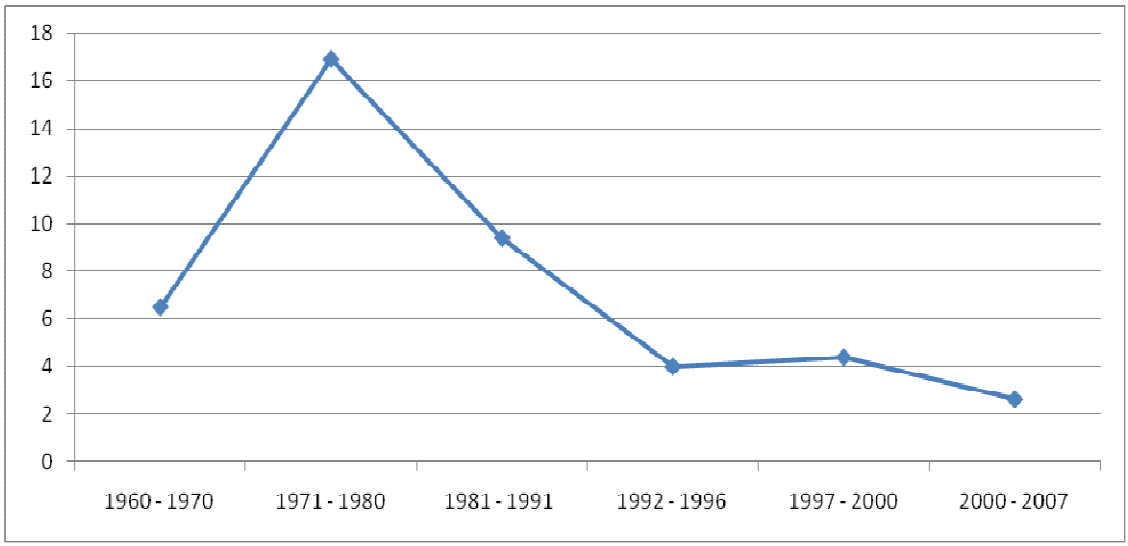


Fonte: IBGE, elaboração equipe Agenda 21

3.1 Taxa de crescimento populacional:

A taxa de crescimento populacional é formada pela diferença entre o número de nascimentos e óbitos ocorridos em determinado período. Na Serra evidencia-se, conforme gráfico 02, a maior taxa de crescimento populacional, de 16,93, na década de 1970-1990, período de inversão de uma economia eminentemente agrícola para a industrialização, apresentando curva descendente nas décadas seguintes. Este crescimento acelerado de 82.581 para 222.159 habitantes, ocorrido no período de 1980 a 1991, trouxe ao município inúmeras conseqüências, como aumento da violência e a ocupação desordenada do solo. Estas questões impactam diretamente a saúde e necessitam de intervenções intersetorializadas em virtude de suas complexidades.

Gráfico 02 – Taxa de crescimento populacional da Serra



Fonte: IBGE/IJSN/Serra em Números

O quadro 01 registra no ano de 2009 a população residente na Serra segundo sexo e faixa etária.

Quadro 01 – População residente na Serra segundo sexo e faixa etária – 2010

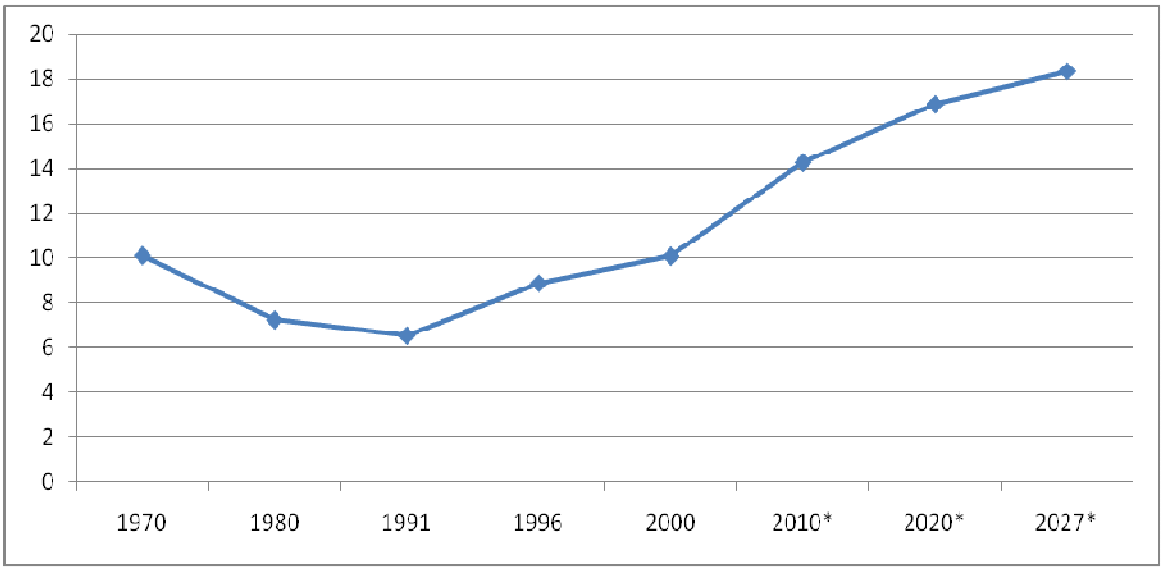
Sexo/Idade em anos	Menor 1	1 a 9	10 a 19	20 a 39	40 a 59	60 a 79	80 e mais	Total
Masculino	3.355	29.920	36.765	74.682	43.661	11.766	1.266	**201.415**
Feminino	3.289	28.750	36.497	76.053	47.255	13.890	2.118	**207.852**
Total	6.644	58.670	73.262	150.735	90.916	25.656	3.384	**409.267**

Fonte: DATASUS/2010

3.2 Índice de envelhecimento:

O índice de envelhecimento expressa a razão entre a população de 65 anos ou mais e a população de 0 a 14 anos de idade. Há uma tendência de aumento do índice de envelhecimento em virtude da baixa taxa de fecundidade observada e maior longevidade no município da Serra (ver gráfico 03). O perfil populacional do município reflete, assim como no restante do país, uma mudança na estrutura etária com diminuição relativa na proporção de crianças e jovens e um aumento da proporção de adultos e idosos no conjunto da população, demandando a formulação de políticas públicas de saúde específicas que dêem conta do processo de envelhecimento da população e conseqüentemente mudança do perfil dos agravos.

Gráfico 03 - Índice de envelhecimento da Serra 1970 - 2027

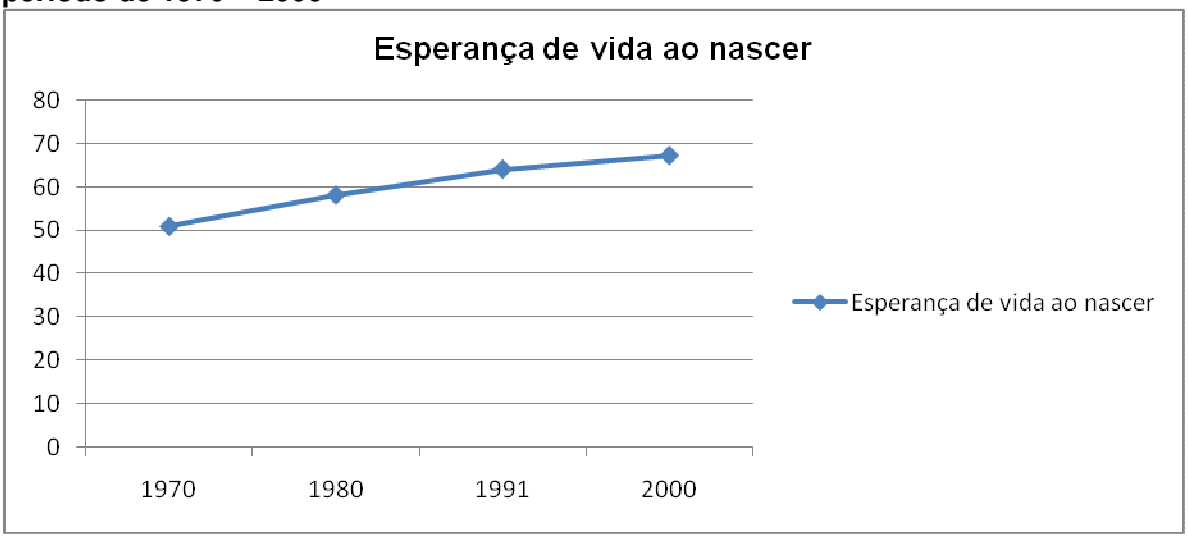


Fonte:IBGE/Agenda 21
*Projeção

3.3 Esperança de vida ao nascer:

Reflete o número médio de anos que um indivíduo viverá, a partir do nascimento, considerando o nível e a estrutura da mortalidade por idade observados numa população (ver gráfico 04). Na Serra este índice atinge em 2000, 67,32, acompanhando a curva ascendente de crescimento verificado no Estado do Espírito Santo (70,25) e no Brasil (68,55), demonstrando uma melhoria na qualidade de vida da população em geral.

Gráfico 04 - Evolução da esperança de vida ao nascer no município da Serra no período de 1970 – 2000



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil 2000

4. PERFIL SOCIOECONÔMICO E INFRA-ESTRUTURA

O espaço territorial da Serra, a partir da década de setenta, foi decisivo na transição da economia agrária cafeeira do Espírito Santo (ES) para uma economia industrial. O município apresentava uma situação estratégica ímpar por localizar a indústria próxima de onde havia infra-estrutura e mão-de-obra disponível, área territorial desocupada e relevo adequado às instalações industriais.

A consolidação do parque industrial do município apresenta, desde então, uma trajetória ascendente e contínua impulsionada pela presença de uma importante infra-estrutura logística e se manifesta com a implantação dos pólos industriais do Centro Industrial Metropolitano de Vitória (CIVIT I e II), do Terminal Industrial Multimodal da Serra (TIMS), pelo planejamento de novos pólos industriais e modernização dos setores econômicos.

O município concentra o maior parque industrial metropolitano e estadual, tendo destaque as regiões de Carapina, Novo Horizonte, CIVIT e Laranjeiras. Entre as 200 maiores empresas do ES, em 2007, 44 se localizavam na Serra com destaque para a siderúrgica Arcelor Mittal Tubarão.

Atualmente o perfil do município está se modificando. Continua sendo um município industrial, mas configura-se como fronteira interna de expansão da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), atrelada à ampliação das grandes plantas produtoras de *commodities* e do crescimento das atividades do petróleo, da atuação da construção civil e do setor de serviços.

A Serra ocupa a segunda posição no ranking estadual que mede a concentração de riquezas, e, no país, está na 33ª colocação. De acordo com os dados do Instituto Jones dos Santos Neves (IJSN) em parceria com o IBGE, em relação ao Produto Interno Bruto - PIB dos Municípios em 2007, principal indicador da atividade econômica que exprime o valor da produção realizada, a Serra com R$ 10.405 bilhões, detém 17,2% das riquezas do Estado e é o segundo no ranking capixaba. Junto com Vitória, capital do Estado, soma 48% de todo o PIB do Estado.

Quanto ao PIB per capita, a Serra ficou situada, em 2005, como o quinto maior do Estado e o segundo da RMGV, registrando R$ 18.868,51, bem acima da média estadual de R$ 13.845,62.

O índice de participação do município da Cota Parte do Imposto de Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) estadual em 2009 é de 16,3% (SEFAZ,2010).

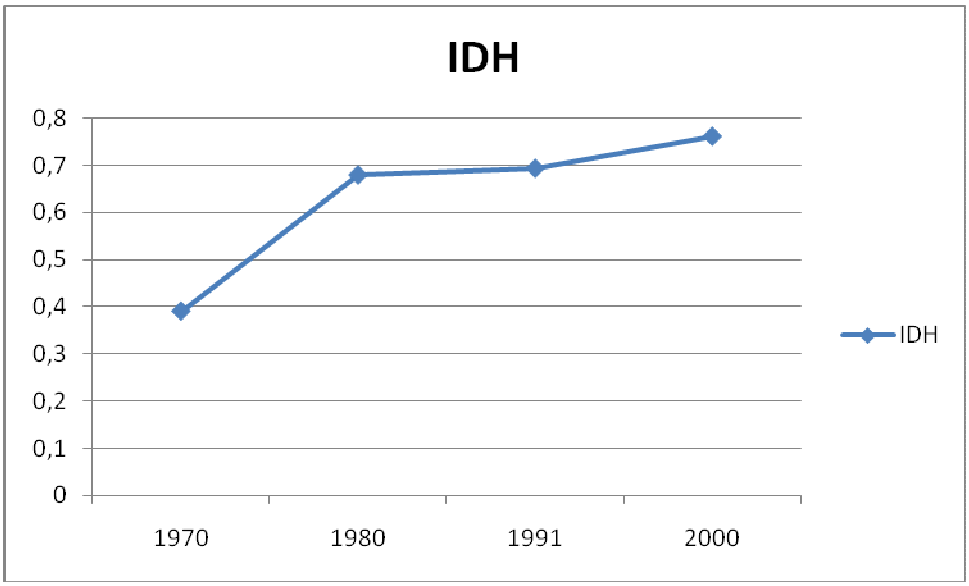
A população economicamente ativa é de 313.454 residentes no ano 2009 e está distribuída preponderantemente pelas atividades laborativas formais nas áreas de

serviços, comércio, construção civil e indústria de transformação de serviços (CAGED Cadastro Geral de Empregados e Desempregados, 2009).

No cálculo do Índice de Desenvolvimento Humano utilizam-se as variáveis econômicas, sociais, culturais e políticas com o objetivo de aferir o desenvolvimento das frações que influenciam na qualidade de vida da população. Para o IDH Longevidade, o indicador utiliza números de expectativa de vida ao nascer e para o IDH Educação avalia o índice de analfabetismo e a taxa de matrícula em todos os níveis de ensino. A renda é mensurada pelo PIB per capita, em dólar PPC (paridade do poder de compra, que elimina as diferenças de custo de vida entre os países). Essas três dimensões têm a mesma importância no índice, que varia de zero a um.

Entre 1970 e 2000, a Serra foi o município da Grande Vitória que apresentou a maior variação do IDH-M, passando de 0,390 para 0,761, no período. Somente entre 1991-2000, o IDH-M da Serra cresceu 9,81%, passando de 0,693 em 1991 para 0,761 em 2000 (Serra em números 2007).

Gráfico 05- Evolução do IDH-M da Serra de 1970 a 2000



Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, 2000.

Segundo a classificação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Os países com IDH até 0,499 têm desenvolvimento humano considerado baixo; os países com índices entre 0,500 e 0,799 são considerados de médio desenvolvimento humano e os com IDH maior que 0,800 têm desenvolvimento humano considerado alto. O município estava, no ano de 2000, entre as regiões consideradas de médio desenvolvimento humano.

Dos 5.506 municípios brasileiros, o IDH-M da Serra está na 1544º posição. Em relação aos 78 municípios capixabas, a Serra está na 17º posição (Serra em números 2007).

Dados extraídos do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil – PNUD / IPEA / FJP:	
Esperança de vida ao nascer (em anos): 67,32	**Índice de longevidade (IDHM-L): 0,705**
Taxa bruta de freqüência escolar: 85,52%	Taxa de alfabetização de adultos: 91,68%
Índice de educação (IDHM-E): 0,896	
Renda *per capita* (em R$ de 2000): 233,94	**Índice de renda (IDHM-R): 0,683**
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Serra/ES: 0,761	
Média do IDH-M em Espírito Santo: 0,730	Colocação no *ranking* Estadual: 17° (em 78 municípios)
Média do IDH-M na Região Sudeste: 0,745	Colocação no *ranking* Regional: 724° (em 1666 municípios)
Média do IDH-M no BRASIL: 0,699	Colocação no *ranking* Nacional: 1544° (em 5.507 municípios)

Fonte: Documento disponível no *site* Caminhos, resultado de parceria entre a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e a Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República.

O crescimento do IDH-M da Serra, no período 1991- 2000 foi resultado da significativa melhoria dos indicadores que o compõem, pois apresentaram um aumento nas seguintes proporções: educação 38,5%, seguida pela longevidade 37,1% e pela renda 24,4% (PMS/Serra em número, 2007).

4.1 Educação

As taxas de escolaridade e analfabetismo são indicadores clássicos da Educação no Brasil. Implicam diretamente na concepção de saúde de uma população e são parâmetros para o planejamento de ações em saúde para a comunidade.

A taxa de analfabetismo indica a porcentagem das pessoas analfabetas (de um grupo etário) em relação ao total de pessoas (do mesmo grupo etário). Na Serra, segundo o IBGE (2000), a taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais é de 7,6%, consonante com os dados da Microrregião Serra-Santa Teresa que é de 7,54%.

Quadro 02 – Taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais, por sexo, segundo situação de domicílio

Situação de domicílio	**Feminino**	**Masculino**	**Total**
Urbana	8,7	6,3	7,5
Rural	27,6	27	27,3

Total	8,8	6,4	7,6

Fonte dos dados: IJSN - IBGE. Microdados do Censo 2000

A taxa de escolaridade dimensiona a situação educacional, indicando a proporção de pessoas (de um grupo etário) que freqüenta a escola (cursos regulares de educação pré-escolar, ensino de 1º grau, 2º grau, ensino de graduação e de pós-graduação) em relação ao total da população (do mesmo grupo etário).

O quadro 03 apresenta a taxa de escolaridade da população de 0 a 24 anos na Serra ES, segundo dados do IBGE (2000).

Quadro 03- Taxa de escolaridade, segundo faixa etária, do município da Serra - 2000

Faixa etária	Nº de pessoas	Pop. que freqüenta escola ou creche	Taxa de escolaridade	Cobertura pela rede pública	Cobertura pela rede privada
0 a 3 anos	24.189	2.576	9,5	4,7	4,7
4 a 6 anos	18.866	9.691	51,4	31,6	19,8
7 a 14 anos	53.028	50.713	95,6	82	13,6
15 a 17 anos	21.683	17.763	81,9	70,5	11,5
18 a 24 anos	46.899	15.603	33,3	26,5	6,8
Total 0 a 24 anos	167.666	96.346	57,5	46,8	10,7

Fonte dos dados: IJSN - IBGE. Microdados do Censo 2000.

O índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) foi criado em 2007 para medir a qualidade das escolas e das redes de ensino, numa escala de zero a dez. O indicador é calculado com base no desempenho do estudante em avaliações do Instituto Nacional de Estudos Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) e em taxas de aprovação. Assim, para que o IDEB de uma escola ou rede cresça é preciso que o aluno aprenda, não repita o ano e freqüente a sala de aula.

O índice é medido a cada dois anos e o objetivo é que o país, a partir do alcance das metas municipais e estaduais, tenha nota 6 em 2022 – correspondente à qualidade do ensino em países desenvolvidos. No município da Serra observamos que a rede municipal não atingiu 50 % na escala de 0 a 10.

Quadro 04: IDEBs observados em 2005, 2007 e Metas para rede municipal da SERRA

Ensino Fundamental	IDEB Observado		Metas Projetadas							
	2005	2007	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2021
Anos Iniciais	3,8	**4,3**	3,8	4,2	4,6	4,9	5,1	5,4	5,7	6,0
Anos Finais	3,7	3,4	3,7	3,8	4,1	4,5	4,9	5,1	5,4	

Fonte: MEC/Prova Brasil e Censo Escolar- Dados atualizados em 16/09/2008

4.2 Saneamento Básico

Em virtude da estreita relação entre a saúde e o meio ambiente estima-se que a cada dólar que o governo investe em saneamento básico quatro são economizados em internações hospitalares de moléstias provocadas pela falta de rede de água e esgoto.

O serviço de abastecimento de água é realizado pela Companhia Espírito Santense de Saneamento (CESAN) através da captação de água bruta no rio Santa Maria, na região de São José do Queimado, e de poços artesianos no bairro Belvedere, distribuindo assim, água clorada e fluorada a 97% das residências do município, dado acima da média nacional de 86%. O sistema de captação de água de Carapina/Jardim Limoeiro realizado no rio Santa Maria abastece também parte do município de Vitória e balneário de Praia Grande, no município de Fundão.

A coleta e destinação do lixo são terceirizadas e abrange 90,55% da população.

Cerca de 80% do esgoto produzido no país não recebe nenhum tipo de tratamento e é despejado em lagos, rios, mares e mananciais, segundo estudo da Associação Brasileira de Entidades do Meio Ambiente (ABEMA). Na Serra apesar da cobertura em termos de coleta e tratamento de esgoto atingir 55,86% maior índice de cobertura dos municípios do Consórcio dos rios Santa Maria da Vitória e Jucu das residências, no ano de 2000, os corpos receptores dos efluentes finais, na sua maioria lagoas de estabilização, vêm apresentando dados insatisfatórios em relação a sua qualidade de água, sendo o esgoto doméstico apontado como a principal fonte de poluição das bacias hidrográficas.

Quadro 05 – Saneamento básico no município da Serra no ano de 2000

Indicadores	Quantidade de domicílios atendidos	Percentual de domicílios atendidos
Cobertura de água	83.348	93,68
Rede de esgoto[1]	53.001	61,76
Coleta de lixo	80.558	90,55

Fonte: PMS/Serra em Números, 2007.

4.3 Ambiente urbano e sistema viário urbano

Segundo a Secretaria de Desenvolvimento Urbano o município da Serra conforme a Lei Municipal 3.421, de 24 de julho de 2009, possui 124 bairros.

O acesso ao município da Serra ocorre através de alguns grandes eixos viários de domínio federal e estadual, que o atravessam servindo tanto ao trânsito de passagem como ao trânsito local. Esses eixos têm o sentido norte-sul e fazem parte do sistema viário principal metropolitano. Os principais eixos viários que cortam o município são: BR-101, ES-010, ES-262, existem eixos intra-urbanos que desempenham papel fundamental na estruturação do sistema viário municipal, Av. Civit II, Av.Manguinhos e Av. Norte-Sul.

O PDU – Plano Diretor Urbano (Lei nº 2100/98) divide a área urbana em quatro zonas de prevalência que se subdividem para melhor classificar o perímetro urbano. Quais sejam: Zonas Residenciais que se caracterizam pela predominância do uso residencial e foram classificadas em função da densidade populacional, intensidade de uso e característica de ocupação do solo; Zonas de Usos Diversos caracterizam-se como áreas onde se concentram atividades urbanas diversificadas, com predominância do uso comercial e de serviços; Zonas Industriais que compreendem as áreas onde são implantadas atividades industriais e Zonas Naturais caracterizadas por áreas cuja ordenação do uso do solo se especifica mediante critérios, como preservação de amostras dos diversos ecossistemas naturais do município, importância ecológica e grau de fragilidade de determinados ecossistemas, valor paisagístico, turístico e cultural, entre outros.

Em relação ao crescimento da frota de veículos, Serra lidera disparado os demais municípios do Estado. De acordo com dados do Departamento Nacional de Trânsito – Denatran, vinculado ao Ministério das Cidades, o Município foi o que mais cresceu no Estado, ficando em sétimo lugar no ranking nacional. O crescimento registrado foi de 129%, entre os anos de 2001 a 2009. Vila Velha (a cidade mais populosa do Estado) e Vitória (a capital) registraram evolução de 87% e 60%, respectivamente, no período.

5. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

5.1 Mortalidade Geral

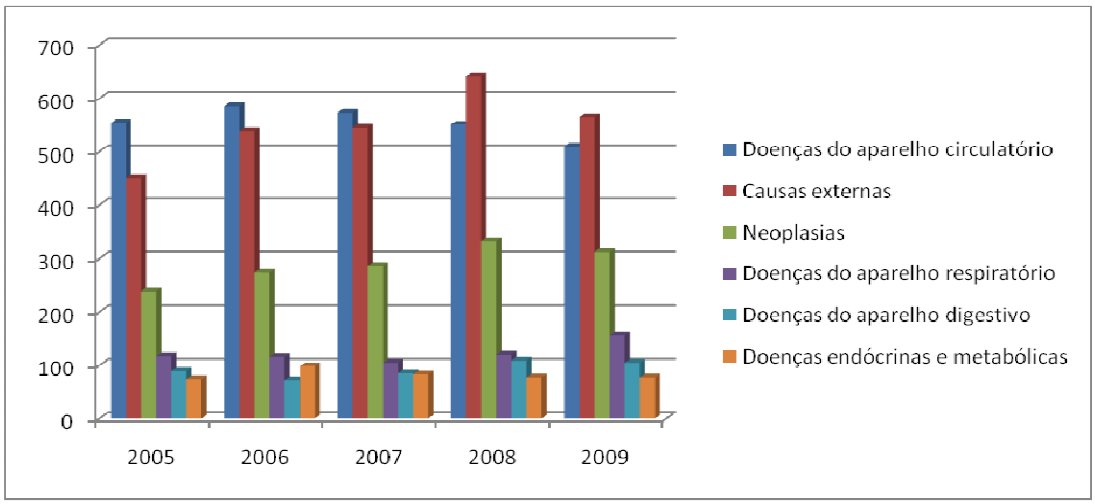
A avaliação da mortalidade geral no município da Serra, nos anos de 2005 a 2009, demonstra, assim como no restante do mundo, as doenças cardio-vasculares e neoplasias como principais causas de óbito. Chama atenção, no município de Serra, o alto índice de mortalidade por causas externas, que a partir do ano de 2008, torna-se a principal causa de mortalidade geral da população.

Tabela 01 - Principais causas de óbitos na Serra período de 2005 - 2009

	2005	2006	2007	2008	2009
Doenças do aparelho circulatório	554	585	573	551	510
Causas externas	450	538	545	641	565
Neoplasias	239	273	286	333	312
Doenças do aparelho respiratório	117	116	105	120	156
Doenças do aparelho digestivo	89	72	85	109	105
Doenças endócrinas e metabólicas	74	98	83	77	77

Fonte: SIM/SESA/PMS

Gráfico 06 - Principais causas de óbitos na Serra período de 2005 - 2009



Fonte: SIM/SESA/PMS

A redução da mortalidade por causas externas (violência e acidentes) necessita de intervenção complexa onde a formulação de políticas públicas integradas para a superação das desigualdades sociais, redução da pobreza, mudança de comportamentos culturais sexistas e melhoria da segurança pública são as principais estratégias de enfrentamento.

Embora exista necessidade de melhoria na estratégia de abordagem do elenco das doenças de base que determinam à maioria das causas de óbitos do município da Serra, destaca-se que o conhecimento científico dos fatores de risco para essas doenças, a assistência farmacêutica disponível, a capacidade instalada dos serviços de saúde e a perspectiva de implantação da Estratégia de Saúde da Família em 100% do território do município, permitem ao município almejar a redução da morbimortalidade decorrentes dessas afecções e no aumento da expectativa de vida da população.

O município da Serra instituiu o Comitê de Mortalidade Materno e Infantil (CMMI), com finalidade de monitorar os óbitos infantis, óbitos maternos e fetais do município, propondo ações para redução desses óbitos.

5.2 Mortalidade Materna

A mortalidade materna representa o conjunto de óbitos devido às complicações da gravidez, parto e puerpério. O coeficiente de mortalidade materna mede o risco de morte pelas causas referidas, permitindo, portanto, avaliar a cobertura e a qualidade da assistência a mulher.

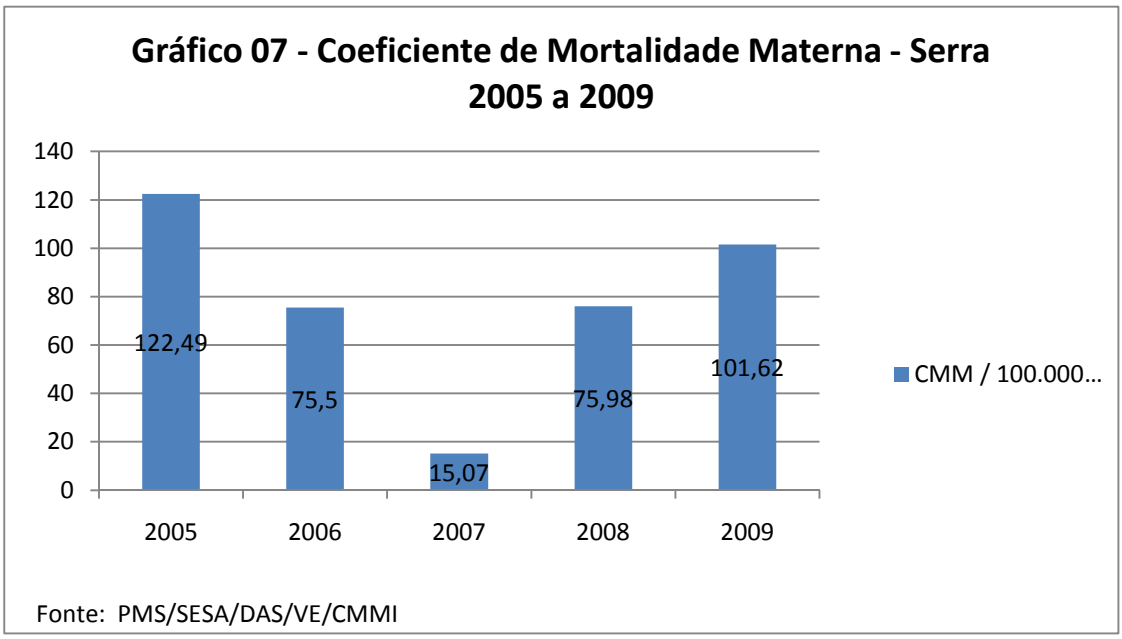
A OMS considera aceitáveis níveis abaixo de 15 a 20 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos. Na Serra ainda é preocupante, pois a taxa permanece acima destes níveis (ver tabela 02).

Com o monitoramento do CMMI observa-se que as causas estão ligadas a complicações relacionadas a problemas específicos da gravidez, parto e puerpério, como doença hipertensiva da gravidez (DHEG) e infecção urinária, que são causas diretas, ou seja, causa ligada exclusivamente a gestação.

Tabela 02 – Coeficiente de Mortalidade Materna (CMM) – Serra 2005 a 2009

Ano	Coeficiente Mortalidade Materna / CMM	
	Nº Óbitos	Coeficiente
2005	08	122,49
2006	05	75,50
2007	01	15,07
2008	05	75,98
2009	07	101,62

Fonte: PMS/SESA/DAS/VE/CMMI



5.3 Mortalidade Infantil

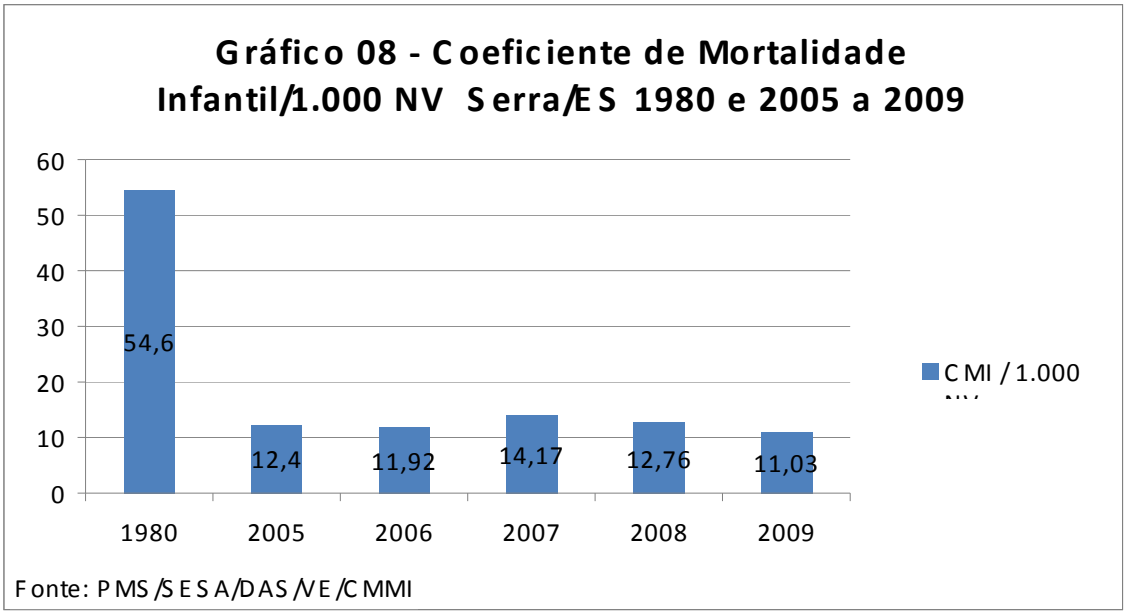
O coeficiente de mortalidade infantil expressa o risco que tem um nascido vivo de morrer antes de completar 01 ano de idade. De acordo com a OMS as taxas de mortalidade infantil abaixo de 20 por 1.000 nascidos vivos são classificadas como baixo.

Nas últimas décadas ocorreu uma diminuição da taxa de mortalidade infantil no Brasil, na maioria dos estados e no município da Serra, como é evidenciado no gráfico 08. Podemos observar que a mortalidade infantil no município da Serra nas últimas décadas sofreu variação, e que nos últimos anos mantém-se estabilizada.

Tabela 02 – Coeficiente Mortalidade Infantil – Serra 2005 a 2009

Ano	Coeficiente Mortalidade Infantil / 1.000 NV	
	Nº Óbitos	Coeficiente
2005	81	12,40
2006	79	11,92
2007	94	14,17
2008	84	12,76
2009	76	11,03

Fonte: PMS/SESA/DAS/VE/CMMI

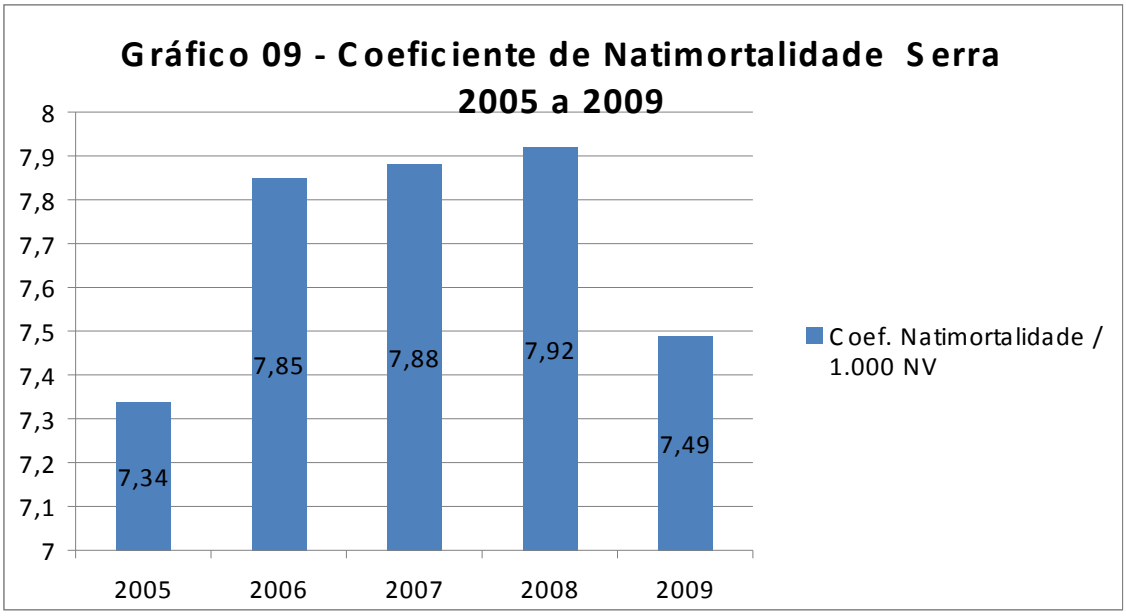


Com o programa de imunização, o incentivo ao aleitamento materno, a puericultura, a terapia de reidratação oral e a estrutura da ESF e com atuação do CMMI foram um dos fatores preponderantes para essa redução.

5.4 Natimortalidade

A nartimortalidade corresponde o número de óbitos tardios, isto é, que ocorrem da 28ª semana ou peso equivalente 1.000g e 35cm de comprimento. Considera-se um bom nível a natimortalidade da ordem 05 a 10 por 1.000 NV.

Nos últimos cinco anos houve pouco aumento da natimortalidade no nosso município, mostrando que a Serra se coloca com bom nível de saúde (ver gráfico 09).



Fonte: PMS/SESA/DAS/SIM/CMMI

Estas taxas (natimortalidade, materna e infantil) dependem principalmente da assistência ao pré-natal, parto e puerpério indicando que o município deve buscar o constante aperfeiçoamento das ações do programa da criança e da mulher.

6. ORGANIZAÇÃO DA REDE DE SAÚDE

Consiste na organização dos serviços de saúde nos diversos níveis de complexidade (ações básicas, especializadas, média e alta complexidade) com a finalidade de garantir o funcionamento da rede e prestar à população assistência à saúde de modo integral e resolutivo.

A rede pública de saúde da Serra foi estruturada atendendo aos princípios fundamentais do SUS de universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização, descentralização e comando único, e participação popular. Esta construção é dinâmica, comporta diversos níveis de complexidade e necessita de constantes avaliações e redimensionamentos devido à dinâmica populacional e de agravos.

6.1 Gestão de Sistema

O Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Espírito Santo, insere a Serra como Município Pólo da Microrregião Serra - Santa Teresa, composta pelos municípios de Fundão, Santa Maria de Jetibá, Laranja da Terra, Itarana, Itaguaçú e Santa Teresa.

O município é responsável pela integralidade da atenção à saúde da população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o Estado e a União através da celebração do Termo de Compromisso de Gestão, do Pacto pela Saúde, Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, nas três dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

As metas prioritárias dos Pactos Pela Vida e de Gestão do SUS são:

- Saúde do Idoso;

- Controle do câncer do colo do útero e de mama;

- Redução da mortalidade infantil e materna;

- Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias: com ênfase na dengue, tuberculose, hanseníase, malária e influenza;

- Promoção da saúde;

- Fortalecimento da atenção básica;

- Regulação da atenção e regulação assistencial.

Neste contexto a Secretaria de Saúde realiza ações de vigilância em saúde, atendimento de urgência/emergência, atividades de controle e avaliação, consultas básicas e especializadas, controle da *diabetes mellitus*, da hipertensão arterial, da tuberculose, eliminação da hanseníase, programa DST/AIDS, de orientação ao exercício físico, de orientação nutricional, de imunização, da saúde da criança, da saúde da mulher, de saúde bucal, de saúde mental, exames de análises clínicas e citopatológicos, assistência farmacêutica, atenção e assistência ao parto, entre outras. O município vem ainda estruturando ações de atenção à saúde do idoso e do homem.

A proposta de organização em forma de rede de atenção a saúde está centrada na Atenção Primária a Saúde (APS) determinando esta como porta de entrada para assistência aos problemas usuais de saúde do cidadão.

Para a organização do sistema de saúde o território do município foi dividido em sete regiões de saúde: Carapina, Novo Horizonte, Laranjeiras, CIVIT, Castelândia, Jacaraipe e Serra-Sede.

A rede de serviços de saúde municipal conta com Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Regionais de saúde (URS) e Unidades Especializadas (Pronto Atendimento, Centro de Especialidade Odontológica, Centros de Atenção Psicossocial; Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS, Maternidade e Centro de Referência Ambulatorial).

Quadro 08: Estrutura Física de Saúde da Serra

Região	UBS	URS	Unidades Especializadas
1-Serra Sede	05	01	02
2-CIVIT	07	01	01
3-Laranjeiras	09	-	07
4-Carapina	06	01	-
5-Novo Horizonte	04	01	-
6-Castelândia	01	01	-
7-Jacaraípe	01	01	-

Fonte: SESA, 2010

Detalhamento do quadro 08:

Região 1 - Serra Sede

- 05 UBS: São Marcos; Planalto Serrano – Bloco A; Planalto Serrano - Bloco B; Vista da Serra, Campinho da Serra II;
- 01 URS: URS da Serra
- 02 Unidades Especializadas: 1 PA: PA do Centro da Serra; 01 CEO: Centro de Especialidades Odontológicas

Região 2 - CIVIT

- 07 UBS: Eldorado; Nova Carapina I; Nova Carapina II; Porto Canoa; Barro Branco; Pitanga; Barcelona
- 01 URS: URS Serra Dourada
- 01 Unidade Especializada: 1 CAPS: Centro de Atenção Psicossocial - Transtorno

Região 3 - Laranjeiras

- 09 UBS: Taquara I; Taquara II; Laranjeiras Velha; José de Anchieta, Parque Residencial Laranjeiras; Jardim Tropical, Central Carapina, São Diogo; Chácara Parreiral
- 07 Unidades Especializadas : 01 CAPS ad: Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Droga; 01 CTA: Centro de Testagem e Aconselhamento; 01 Pronto Atendimento Odontológico; 01 Pronto Atendimento Adulto; 01 Pronto Atendimento Infantil; 01 Maternidade; 01 Centro de Referência Ambulatorial

Região 4 - Carapina

- 06 UBS: André Carloni; Carapina Grande; Manoel Plaza; Boa Vista; Jardim Carapina; Bairro de Fátima
- 01 URS: URS Boa Vista

Região 5 – Novo Horizonte

- 04 UBS: Manguinhos; Cidade Continental – setor oceania; Cidade Continental – setor América; Carapebus
- 01 URS: URS Novo Horizonte

Região 6 – Castelândia

- 01 UBS: Vila Nova de Colares

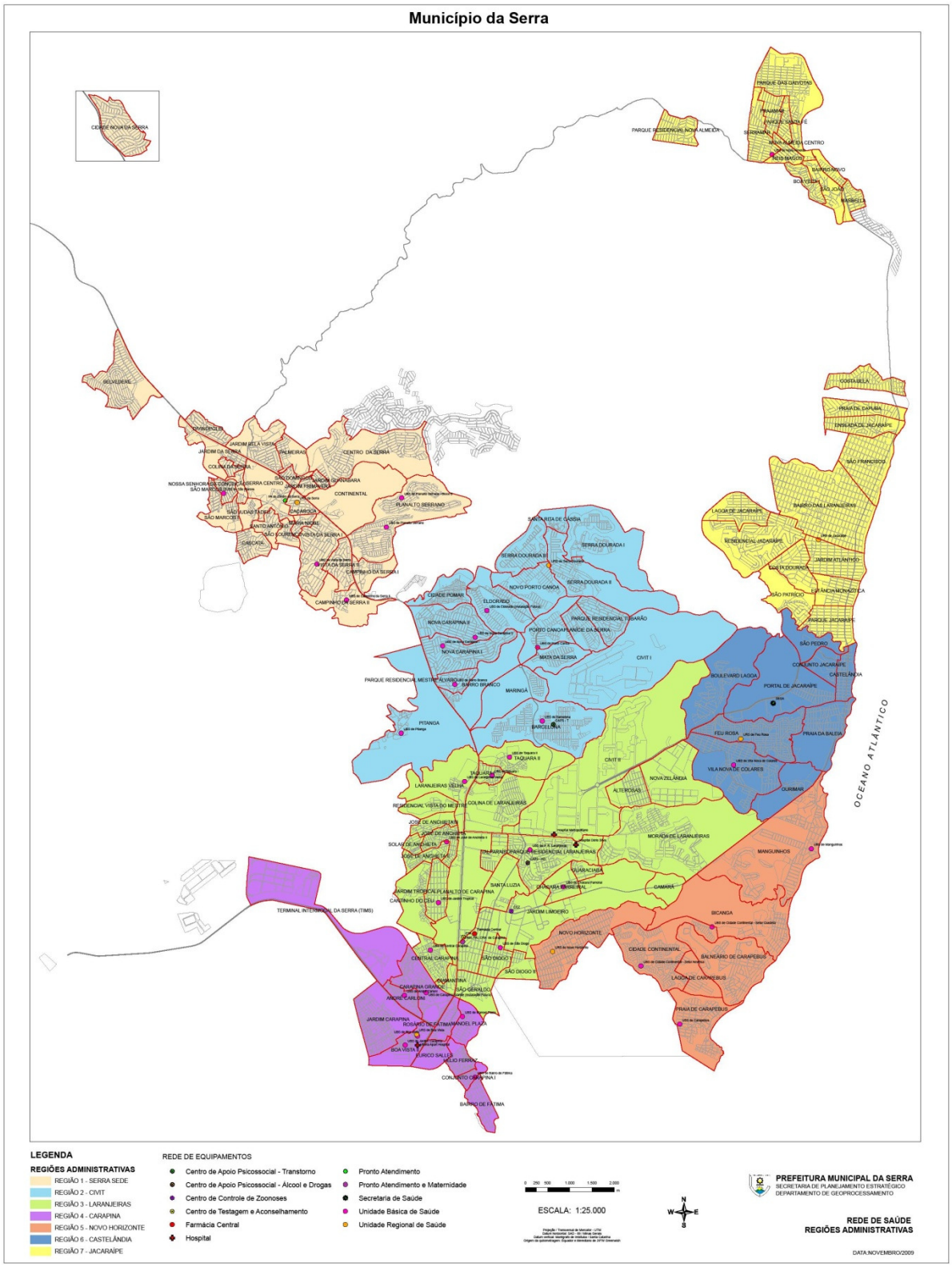
- 01 URS: URS Feu Rosa

Região 7 – Jacaraípe

- 01 UBS: Nova Almeida
- 01 URS: URS Jacaraípe

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o município conta com três unidades hospitalares: Hospital Dr. Dório Silva, de natureza pública estadual, com um total de 203 leitos-SUS distribuídos em clínicos, cirúrgicos, obstétricos, pediátricos e de UTI, o Hospital Metropolitano, de natureza privada com 82 leitos privados e o Vitória Apart Hospital, também de natureza privada, com 255 leitos privados e 4 leitos SUS (cirúrgico, clínico, pediátrico e UTI).

Mapa 1 – Regionalização atual da Saúde



Fonte: PMS/SEPLAE.

6.2 - Gestão de pessoas

Atualmente a SESA possui 2.839 servidores, sendo que a qualificação desses profissionais ainda é um grande desafio a ser enfrentado pela gestão. Para atender esta

demanda a Secretaria instituiu o Núcleo de Desenvolvimento de Pessoas (NUDESPE) com a proposta de incrementar a educação permanente.

Atendendo a necessidade de nortear a política educacional voltada para os princípios do SUS e perfil epidemiológico do município, a Serra articula com as escolas superiores e técnicas de saúde convênios de estágios nos estabelecimentos de atenção a saúde. Esta parceria contribui para a formação dos futuros profissionais da saúde inserindo-os na realidade e desafios da atenção no SUS.

Para fazer frente ao planejamento para o quadriênio 2010 - 2013, onde se destaca a expansão da ESF – Estratégia da Saúde da Família, implantação de novos serviços como construção de unidades de pronto atendimentos e hospital materno-infantil, além da implementação das ações de assistência a saúde e gestão dos serviços, a SESA propôe a realização de concurso público para adequação de novas demandas de recursos humanos.

6.3 Gestão do Recursos Financeiros

A adesão ao Pacto pela Saúde prevê o financiamento em seis grandes blocos: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimento em Saúde.

Os Recursos Públicos destinados às ações e serviços de saúde devem ser aplicados, obrigatoriamente, por meio do Fundo de Saúde, sendo acompanhados na sua destinação e utilização pelo Conselho Municipal de Saúde, o que garante a participação da comunidade no controle dos recursos destinados à área da Saúde.

TABELA 03 - Evolução dos recursos investidos na saúde municipal da Serra – 2002-2009

Ano	Recursos Próprios (%)	Exigido EC 29/2000 (%)	Despesa com saúde por Hab. (US$)	Despesa com saúde por Hab. (R$)
2002	17,52	13,01	26,10	91,35
2003	16,73	13,67	35,44	106,32
2004	16,01	15,00	41,36	109,60
2005	16,14	15,00	66,15	145,55
2006	15,61	15,00	76,33	163,15
2007	16,44	15,00	107,50	190,29
2008	17,55	15,00	103,47	247,66
2009	17,72	15,00	166,44	289,61

Fonte: PMS/SESA/Fundo Municipal de Saúde

7. PLANO MUNICIPAL 2010-2013 DA SESA

7.1 Mapa Estratégico da SESA

Fonte	Posicionamento Estratégico	Eixos Estratégicos	Projetos estruturantes	Objetivo
- Termo de compromisso de gestão PAVS/Sispacto - Agenda do seminário diálogos - Prioridades de Governo - PPA 2010-2013	**Serra, Cidade de Gente Saudável**	**Primeiro Cuidado**	Estratégia de Saúde da Família	Reorganizar o sistema de saúde e viabilizar o acesso aos serviços de saúde.
			Vigilância em Saúde	Promover saúde e prevenir riscos e agravos.
			Regionalização da rede de saúde municipal	Aprimorar a gestão e organizar a rede assistencial
			Orientação nutricional e ao exercício físico	Orientar o exercício físico e a educação nutricional
			Atendimento aos Grupos Prioritários em Saúde	Desenvolver ações de atenção contidas no Pacto pela Saúde
			Assistência domiciliar	Reduzir as internações domiciliares
		Participação Popular	Fortalecimento das Instancias de Participação Popular	Fortalecer as ações do Conselho Municipal de Saúde
		Urgência e Emergência	Implantação das Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24h	Organizar a rede municipal de urgência e emergência
			Atendimento pré-hospitalar Móvel - APH	Assegurar o atendimento pré-hospitalar móvel às urgências e emergências
		Alta exigência de tecnologia e Conhecimento	Construção do centro de especialidades	Organizar a rede de média e alta complexidade
			Implantar leitos obstétricos e pediátricos	Construir o Hospital Materno Infantil
			Implantação do Tele-Saúde	Facilitar o serviço de apoio, diagnóstico e terapêutico
		Gestão do Trabalho	Promover a qualificação dos servidores para melhorar o serviço prestado	Capacitar os profissionais da Secretaria da Saúde.
			Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos - PCCV	Propiciar a valorização profissional
		Projetos Transversais		**Objetivo**
		Assistência Farmacêutica		Ofertar medicamentos do âmbito municipal aos usuários.
		Educação popular em Saúde		Orientar a população para as práticas de promoção de saúde.
		Controle, Regulação, Normatização, Avaliação e Auditoria dos serviços de saúde		Melhorar a qualidade dos serviços prestados, reduzir custos, aumentar a oferta de serviços
		Informatização da rede dos serviços de saúde		Agilizar e Melhorar os serviços prestados e otimizar os recursos financeiros
		Humanização da atenção e gestão do SUS		Promover as ações da política nacional de humanização
		Apoio Diagnóstico Terapêutico		Ofertar exames que auxiliem nos diagnósticos, condutas e tratamentos aos usuários do SUS
		Estrutura e Logística		Melhorar a estrutura e o suporte logístico para oferta e manutenção dos serviços de saúde

7.2 Posicionamento Estratégico

A Secretaria Municipal de Saúde propõe o planejamento para o quadriênio 2010 – 2013 tendo como norte a pluralidade do conceito de saúde: Serra, Cidade de Gente Saudável. Com este posicionamento estratégico, reforça-se o comprometimento profissional com o cidadão, valoriza o profissional de saúde, estimula o auto-cuidado no modo de andar a vida, permite o acesso as tecnologias de saúde e trabalha de forma intersetorial para assegurar boas condições de vida para a população.

7.3 Eixos Estratégicos

Como eixos estratégicos, entende-se a operacionalização da Política Municipal de Saúde do Município da Serra, dividida em cinco grandes grupos:

Primeiro Cuidado
Urgência e Emergência
Alta Exigência de Tecnologia e Conhecimento
Participação Popular
Gestão do Trabalho

Primeiro Cuidado

A Organização Mundial de Saúde (1978, p. 1) define cuidados primários como:

> [...]o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

A APS é um tipo de atenção à saúde que tem o potencial de reverter à lógica das ações pautadas nas ações curativas, desintegradas e centradas na figura do médico, para uma abordagem preventiva e promocional, que agrega outros profissionais de saúde e se articula com outros níveis do sistema, com a finalidade de um atendimento integral.

Sob a ótica de mudança do paradigma assistencialista para o de promoção de saúde foram definidos neste Plano os seguintes projetos estruturantes: Estratégia de saúde da família; Vigilância em saúde; Regionalização da rede de saúde municipal; Orientação nutricional e ao exercício físico; Atenção aos grupos prioritários em saúde e Assistência domiciliar.

Urgência e Emergência

Com o conceito de urgência e emergência esquecido tanto pelos usuários como pelos gestores, houve nas últimas décadas um aumento da procura pelos serviços de urgência e emergência intra-hospitalares permitindo o funcionamento destes serviços com demanda inadequada e excessiva e conseqüentemente precariedade na assistência. Faz-se necessário a reorganização desta rede dentro de uma abordagem que defina a complexidades dos serviços, redirecione o fluxo e garanta a porta de entrada com assistência adequada.

Foi evidenciado durante o Seminário Interno Diálogos a necessidade de melhoria do atendimento aos pacientes com agravos agudos a saúde para o município da Serra. Assim propõe-se à realização de dois projetos estruturantes: Implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas e Atendimento pré-hospitalar móvel (APH) para assistência tanto no âmbito domiciliar quanto em via pública.

Alta Exigência de Tecnologia e Conhecimento

A alta exigência de tecnologia e conhecimento é entendida como a oferta de procedimentos de média e alta complexidade com assistência especializada por meio de serviços que utilizem tecnologia avançada, saber especializado, equipamentos de alta tecnologia e clínica especializada.

No Estado do Espírito Santo as consultas e procedimentos especializados são distribuídos por meio da Programação Pactuada Integrada que não atende em suficiência a necessidade da população. De forma suplementar o município também oferece consultas e procedimentos especializados em algumas áreas médicas. Para garantir a integralidade da atenção e a ampliação do acesso a esta modalidade de atenção foram definidos os seguintes projetos estruturantes : Construção de um centro de especialidades; Construção de um hospital materno infantil e Implantação do Telessaúde, contribuindo assim para eficácia do diagnóstico e propedêutica, com maior segurança e agilidade no atendimento.

Participação Popular

Na determinação das políticas públicas de saúde os aspectos políticos, técnicos, científicos e ideológicos têm de ser levados em conta, pois as implicações para o planejamento são evidentes: por um lado, não há como planejar nos limites setoriais da Saúde Pública; por outro, o planejamento somente se viabiliza na medida em que desenvolve a participação dos movimentos sociais, dos técnicos, dos cientistas e das pessoas interessadas em decidir sobre as condições sociais de sua vida (STOTZ, 1991).

Visando estimular a participação popular no planejamento em saúde, a Lei nº. 8.142, em seu art. 1º, instituiu, como integrantes obrigatórios do SUS, as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde.

A portaria 399/06, contempla a participação e o controle social no SUS como uma das diretrizes do Pacto pela Saúde firmado entre os gestores do SUS.

Para qualificar e efetivar a gestão participativa no SUS foi definido como projeto estruturante o fortalecimento das instâncias de participação popular.

Gestão do Trabalho

A partir da necessidade de valorizar os trabalhadores da rede municipal de saúde, propiciar o comprometimento nas relações de trabalho com a democratização e a participação na gestão, foram definidos dois projetos estruturantes: a Capacitação dos Profissionais e a Implantação de Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos – PCCV.

Estes projetos visam atender aos princípios constitucionais e as diretrizes do SUS e valorizar os trabalhadores de saúde, percebendo estes como agentes de mudança e promotores na efetivação do novo modelo de atenção a saúde que se quer, e na regulação das relações de trabalho possibilitando um melhor desempenho funcional com conseqüente melhoria dos serviços prestados a população.

7.4 Projetos Estruturantes

EIXO – PRIMEIRO CUIDADO

Estratégia de Saúde da Família
Vigilância em Saúde
Regionalização da rede de saúde municipal
Orientação ao Exercício Físico e Nutricional
Atendimento aos grupos prioritários em saúde
Assistência domiciliar

Estratégia de Saúde da Família

Com a intenção de fortalecimento, consolidação e qualificação da Estratégia Saúde da Família foi publicada a Portaria MS/GM nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006, o Pacto pela Saúde em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão e a Portaria MS/GM nº. 648, de 28 de março de 2006, aprovando a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

De acordo com a PNAB, a ESF tem por objetivo a reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com a diretriz constitucional da saúde e princípios do SUS, e deve ter caráter substitutivo em relação ao modelo de Atenção Básica tradicional.

A ESF é responsável pelo cadastramento familiar, diagnóstico situacional e por ações dirigidas aos problemas de saúde, de maneira pactuada com a população adstrita, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias, ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa, frente aos problemas de saúde e doença da comunidade, por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

A SESA investe na ESF, pois esta vem demonstrando ser um modelo de atenção eficiente, eficaz e adequado para o alcance dos objetivos propostos. Os resultados apontam para significativa melhoria da qualidade dos serviços, com ênfase no fortalecimento do vínculo entre os profissionais de saúde e a população, na humanização do cuidado e na resolução dos principais problemas de saúde.

Porém a despeito do crescimento paulatino e sólido do número de equipes da ESF, o Ministério da Saúde reconhece a complexidade e as dificuldades da expansão da estratégia nos grandes conglomerados urbanos, principalmente regiões metropolitanas.

O Município da Serra trabalha atualmente com 34 equipes de saúde da família (ESF e EACS) atingindo uma cobertura de 27,23% da população. Nesta perspectiva, o Município tem como plano cobrir 100% até 2013, mas para isto enfrenta como desafios: a dimensão

territorial, a fixação do profissional médico nas equipes e a qualificação dos profissionais da estratégia.

Superar a etapa de expansão quantitativa da ESF e passar para uma discussão mais formuladora da estratégia e sua respectiva interação com o resto da rede assistencial do SUS é o cerne das discussões no âmbito da SESA.

Início do Projeto: 2010.
Término do Projeto: 2013.

Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde pode ser entendida como uma forma de pensar e agir. Tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes.

É composta pelas ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, devendo constituir-se em um espaço de articulação de conhecimentos e técnicas vindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais, é, pois, referencial para mudanças do modelo de atenção.

Trabalhar de forma articulada e descentralizar as ações é o grande desafio da vigilância em saúde, composta no município pela Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental em Saúde e Vigilância Sanitária.

Início do Projeto: 2010.
Término do Projeto: 2013.

Regionalização da rede de saúde municipal

A regionalização é um processo de organização de uma rede de saúde hierarquizada, para dar suporte de matriciamento e atendimento às UBS e USF adscritas a Regional, visando à universalidade do acesso, a integralidade, a equidade e a resolutividade das ações e serviços de saúde.

No município da Serra a regionalização apresenta como perspectivas: Promover a descentralização política e administrativa das Unidades de Saúde; Viabilizar uma rede de saúde integrada e resolutiva; Definir adequadamente as competências entre regionais, Unidades e Secretaria; Fortalecer a implantação de planos integrados; Reduzir desigualdades sociais, ampliando o acesso da população às ações e serviços

assistenciais; Racionalizar os gastos e otimizar a aplicação dos recursos, possibilitando ganhos de escala nas ações e serviços de saúde; Buscar soluções solidárias para as dificuldades enfrentadas em cada Unidade.

Mas, também apresenta desafios como: Buscar concepção estruturada da equipe para a implantação; Superar baixos instrumentos de coordenação, monitoramento e avaliação de resultados; Respeitar as diversidades regionais quando no processo de implantação; Fortalecer a participação e o controle social nos espaços regionais, viabilizando a formulação de políticas de saúde que expressem as necessidades reais da população adscrita.

Início do Projeto: 2010.
Término do Projeto: 2013.

Orientação ao Exercício Físico e Nutricional

A Atenção Primária a Saúde objetiva o redirecionamento de uma assistência centrada na cura para uma atenção focada na prevenção de enfermidades e promoção de saúde resultando na mudança do perfil de morbi-mortalidade da população. Nessa perspectiva a SESA vem concentrando esforços para a melhoria da qualidade vida da população, sendo os benefícios proporcionados pelo exercício físico um dos mais relevantes fatores para a diminuição de doenças crônicas não transmissíveis.

O Projeto de Orientação ao Exercício Físico e Nutricional propõe a realização de atividades educativas direcionadas a grupos específicos estratificados por ciclo de vida, estado nutricional, doenças associadas e condição socioeconômica e cultural.

Considerando que tanto a prática de atividade física quanto a alimentação saudável tem um papel decisivo na saúde e bem estar das pessoas, este projeto tem como objetivo promover a melhoria qualitativa da saúde da população por meio do incentivo a prática de exercício físico individual e coletivo e orientação nutricional, e apresenta como um de seus principais desafios a adesão dos usuários ao programa.

Início do Projeto: 2010.
Término do Projeto: 2013.

Atendimento aos grupos prioritários em saúde

Ao aderir ao Pacto pela Saúde a Serra compromete-se a assumir a gestão e executar as ações de atenção primária, incluindo as ações de promoção e proteção da saúde em seu território, formular e implementar políticas para áreas prioritárias, quais sejam: saúde do idoso, controle do câncer do colo do útero e da mama, redução da mortalidade infantil e materna, fortalecimento da capacidade de resposta as doenças emergentes e endemias com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose e influenza, promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica.

Ter como projeto a atenção aos grupos prioritários em saúde expressa o compromisso da gestão em fortalecer ações de caráter preventivo e curativo, individuais e coletivos, levando em conta as diversidades loco-regionais, bem como os grupos ou segmentos populacionais mais vulneráveis.

O compromisso assumido pela SESA neste Plano é a definição, avaliação e monitoramento sistemático de indicadores de saúde que se constituem de ferramenta fundamental para o acompanhamento, realinhamentos necessários e condução da assistência à saúde dispensada aos usuários.

Início do Projeto: 2010.
Término do Projeto: 2013.

Assistência domiciliar

A assistência domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde onde os serviços são ofertados ao indivíduo e sua família em sua residência.

A implantação da assistência domiciliar no município de Serra vem qualificar as ações já desenvolvidas pela ESF e aponta para uma reestruturação e reorganização das práticas de saúde para além dos muros da USF, com a perspectiva de reduzir as hospitalizações dos pacientes com alta dependência de cuidados, bem como garantir continuidade do cuidado em horário integral.

Um dos principais desafios deste projeto é envolver a família, o cuidador, a equipe da ESF e os demais profissionais de saúde nesse processo de promoção da saúde.

Início do Projeto: 2010.
Término do Projeto: 2013.

EIXO – PARTICIPAÇÃO POPULAR

Fortalecimento das Instâncias de Participação Popular

Fortalecimento das Instâncias de Participação Popular

Na Serra o Conselho Municipal de Saúde é formado por 16 membros, sendo 03 representantes dos gestores, 01 dos prestadores de serviços de saúde, 04 dos trabalhadores da saúde e 08 dos representantes dos usuários. Foi constituído para formular, fiscalizar e deliberar sobre as políticas de saúde do município.

Para atingir esse fim, de modo articulado e efetivo, conhecer o SUS passou a ser imprescindível. Assim qualificar os conselheiros e propiciar estrutura adequada para as ações do Conselho é fortalecer gestão participativa.

Além disso, no município, existem as comissões locais de saúde que são formadas por membros das unidades de saúde e da comunidade local. Essas comissões possibilitam a participação e colaboração da comunidade no acompanhamento, fiscalização e controle social das ações e serviços de saúde nas áreas de abrangência dessa unidade, visando à melhoria da assistência à saúde prestada à comunidade.

Na Serra as comissões locais de saúde (CLS) têm encontrado dificuldades em avançar, que vão desde sua formação até sua estruturação, fortalecê-las é um dos objetivos deste plano.

Outra instância de participação popular é a ouvidoria municipal que se constitui de um canal democrático de comunicação direta entre a população e a Prefeitura, estimulando à participação comunitária.

Na Serra foi instituída na Estrutura Organizacional pela Lei 2356/2002, sendo considerada como uma ferramenta de implementação do controle social sobre as ações do Governo Municipal que responsabiliza o Governo e seus servidores municipais, pelos seus atos e qualidade dos serviços prestados. Um olhar externo sobre a ação do Poder Público.

Divulgar este canal de participação e estimular os munícipes a utilizar esta ferramenta de gestão favorece o pleno exercício da cidadania e se constitui em uma das metas a ser alcançada nos próximos quatro anos.

Início Projeto: 2010.
Término do Projeto: 2013.

EIXO – URGENCIA E EMERGENCIA

Implantação das Unidades de Pronto Atendimento - UPAs Atendimento Pré-Hospitalar Móvel - APH

Implantação das UPAs

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) constitui-se no componente fixo da assistência pré-hospitalar da Política de Atenção as Urgências e Emergências e deve estar fortemente articulada com o componente pré-hospitalar móvel, rede hospitalar e as unidades de atenção primária a saúde (UBS e URS). Nesta proposta está inserida a política de humanização por meio do acolhimento com classificação de risco proporcionando a integração de referência e contrarreferência, impedindo o círculo vicioso de estabelecer estas unidades de pronto atendimento como principal porta de entrada para o serviço de saúde o que resulta na sobrecarga do serviço e redução da resolutividade.

Para a organização da rede municipal de urgência e emergência, considerando as regiões de saúde, a malha viária e a população adscrita, se faz necessário a implantação de três Unidades de Pronto Atendimentos:

- UPA Serra-Sede: referência para a região de Serra-Sede.

- UPA Carapina: referência para as regiões de CIVIT, Laranjeiras, Carapina, Novo Horizonte.

- UPA Castelândia: referência para as regiões de Castelândia e Jacaraípe.

Neste sentido foi solicitado ao Ministério da Saúde o credenciamento do município para a construção das UPAs, sendo assegurado recursos financeiros para construção e custeio de 50% das UPAs de Serra-Sede, Carapina e Castelândia, garantindo assim o atendimento a urgências de baixa e média complexidade, fortalecendo o objetivo de diminuir o tempo resposta e a sobrecarga nos hospitais de maior porte e complexidade.

Início do Projeto: 2010.
Término do Projeto: 2011.

Atendimento Pré-Hospitalar Móvel

Na composição da rede de atenção integral as urgências e emergências, o município da Serra conta com um serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel financiado com recursos próprios e com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192), em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde.

Este projeto visa à manutenção das ações já desenvolvidas no atendimento pré-hospitalar móvel que tem como finalidade prestar socorro à população em casos de urgência e emergência e fortalecer o vínculo com o atendimento de urgência nos hospitais, pronto-atendimentos, unidades básicas de saúde e nas equipes do Programa Saúde da Família, reduzindo assim o número de óbitos e as seqüelas decorrentes da falta de socorro precoce.

Início do Projeto: 2010.
Término do Projeto: 2013.

EIXO - ALTA EXIGÊNCIA DE TECNOLOGIA E CONHECIMENTO

Construção do Centro de Especialidades
Construção do Hospital Materno-Infantil
Implantação do Telessaúde

Construção do Centro de Especialidades

A construção de um centro regional de especialidades visa disponibilizar espaço físico e serviços adequados às necessidades latentes, em local de fácil acesso e mais próximo do local onde o cidadão vive. Ampliará o acesso aos serviços especializados de forma hierarquizada e regulada.

Este projeto é alinhado a uma concepção hierárquica de integração vertical da rede de atenção à saúde municipal devendo traduzir-se numa redução da fragmentação da assistência e da incomunicabilidade dos pontos de atenção. O fortalecimento dos

mecanismos de governança (controle e avaliação) deste modelo proposto é condição primeira para sua eficiência.

Início do Projeto: 2010.
Término do Projeto: 2013.

Construção do Hospital Materno-Infantil

A construção de um Hospital Materno Infantil, inserido na rede municipal e estadual de saúde, regionalizada e hierarquizada, contribuirá para uma melhor qualidade na assistência ao parto e ao recém nascido.

A Serra possui em torno de seis mil gestantes por ano e atualmente conta com uma maternidade pública municipal com 17 leitos obstétricos de risco habitual que não supre a demanda por partos. Em média apenas 30% dos partos são realizados na Serra e a grande maioria (70%) ocorre na rede estadual ou conveniada SUS localizada em outros municípios.

Assim a proposta de construção de um hospital materno infantil com 120 leitos, com realização de parto humanizado, visa a melhoria no atendimento obstétrico intra-parto e no atendimento neonatal - pós-parto - e assim atender a Meta Brasil para taxa de mortalidade infantil, neonatal, pós-neonatal e a proporção de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos definida no documento de Orientações acerca dos Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão.

Início do Projeto: 2010.
Término do Projeto: 2012.

Implantação do Telessaúde

A Portaria nº 402 de 24 de fevereiro de 2010 institui no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde, visando qualificar equipes de Saúde da Família, por meio da utilização de tecnologias de informação e comunicação, capazes de promover a teleducação/teleassistência, melhorando a resolubilidade na atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Telessaúde objetiva a formação de rede colaborativa – Rede Telessaúde - e de qualificação das ESF no uso de tecnologias de Telessaúde; Teleducação Interativa – ambientes educacionais integrados à Universidade Aberta do SUS; Biblioteca Virtual para Atenção Primária à Saúde; Desenvolver e disponibilizar objetos da aprendizagem e unidades de conhecimento e Segunda Opinião Formativa.

A implantação do Telessaúde no município da Serra visa qualificar o atendimento e consiste na troca de informações sobre o paciente através de processos digitais à distância, fazendo-se uso de sistemas de telecomunicações. A viabilidade de implantação deste processo na prática clínica depende de recursos tecnológicos especiais (equipamentos e softwares), de sistemas de telecomunicação e da capacitação de recursos humanos. O telediagnóstico permite um segundo parecer sobre o paciente e um posterior atendimento do mesmo para fins de diagnóstico. O sistema de "segunda opinião médica" pertence a essa modalidade, como o suporte dado por centros médicos mais especializados.

Início do Projeto: 2010.
Término do Projeto: 2012.

EIXO – GESTAO DO TRABALHO

Capacitação e treinamento profissional Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos

Capacitação e treinamento profissional

Considerando que o trabalho em saúde exige uma constante qualificação de suas práticas este projeto baseia-se no conceito de Educação Permanente em Saúde.

Propõe, além de capacitações técnicas necessárias, um processo longitudinal de reflexão sobre a realidade do trabalho e a busca por soluções a partir dos problemas enfrentados no cotidiano do trabalho, considerando as experiências e as vivências de cada um, e, com isso, promovendo transformações na prática profissional, na própria organização do trabalho e nas práticas de ensino.

Assim este projeto tem o objetivo de estimular a formação de atores sociais visando a participação cidadã, a valorização pessoal e profissional e a qualidade dos serviços de saúde prestados a população.

Início do Projeto: 2010.
Término do Projeto: 2013.

Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos

A proposta de elaboração do Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV) para os trabalhadores da Secretaria da Saúde do Município da Serra atende as diretrizes nacionais para instituição do PCCV no âmbito do SUS do Ministério da Saúde, através da portaria n° 1.318 de 05 de julho de 2007, contextualizando as peculiaridades e necessidades locais.

A implantação do PCCV representa o reconhecimento consciente, justo, legal e equânime a ser destinado a todos que laboram na saúde municipal e que ingressaram através de concurso público ou que adquiriram estabilidade por força da Lei Magna de 1988, representando, destarte, o direito efetivo a que todo trabalhador deve obter no desenvolvimento de suas atividades, no decorrer de suas carreiras, reconhecendo assim que a saúde se faz com gente (gestores e trabalhadores de saúde).

Início do Projeto: 2010.
Término do Projeto: 2011.

7.5 Projetos Transversais

Foram definidos sete projetos transversais que fundamentam a base operacional garantindo a participação popular, o acolhimento ao usuário, o apoio diagnóstico-terapêutico, a regulação do sistema, a inclusão digital e a estrutura e logística da atenção a saúde. Estes projetos são amplos o bastante para traduzir, integrar e atender as demandas de todos os departamentos e setores da SESA.

Assistência Farmacêutica
Educação Popular em Saúde
Controle, Regulação, Normatização, Avaliação e Auditoria dos Serviços de Saúde
Informatização da Rede dos Serviços de Saúde

Assistência Farmacêutica

A gestão adequada da assistência farmacêutica permite a economicidade dos recursos financeiros, a segurança e o uso racional de medicamentos como conseqüência a qualificação dos serviços de saúde.
Ao definir este eixo como projeto transversal a SESA propõe organizar a assistência farmacêutica nas diferentes etapas de seu ciclo: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação, farmacovigilância, financiamento e sistema de informação, para atender a demanda por medicamentos essenciais do âmbito municipal.

Início do Projeto: 2010.
Término do Projeto: 2013.

Educação Popular em Saúde

Como prática transversal, a educação popular em saúde, proporciona maior inclusão social, não somente por promover a apropriação do significado de saúde enquanto direito por parte da população como também pela promoção de saúde. Objetiva estimular a participação popular no autocuidado orientando as práticas de promoção e prevenção de saúde e funcionamento do SUS utilizando como atores de multiplicação as lideranças comunitárias espontâneas e os representantes da sociedade civil organizada.

A população que se apropria de novos conceitos, de novas condutas e estilos de vida desenvolve um sentido de responsabilidade compartilhada com os profissionais e com os serviços de saúde fomentando ações relativas à melhoria da qualidade de vida de sua comunidade.

Início do Projeto: 2010.
Término do Projeto: 2013.

Controle, Regulação, Normatização, Avaliação e Auditoria dos Serviços de Saúde

As ações de controle, regulação, normatização, avaliação e auditoria dos serviços de saúde são os pilares fundamentais para a condução da organização da assistência ambulatorial básica, especializada e hospitalar.

As informações geradas são uma potente ferramenta de gestão por permitir o conhecimento efetivo dos pontos de afunilamento da assistência, das solicitações de exames complementares, dos encaminhamentos para especialidades, da morbidade hospitalar e para subsidiar a construção dos protocolos assistenciais. Contribuindo assim, para a alocação e utilização adequada dos recursos financeiros o que garante o acesso e a qualidade da atenção a saúde oferecida aos cidadãos.

Neste contexto, este projeto transversal objetiva a Regulação dos Sistemas de Saúde, da Atenção e do Acesso à Assistência por meio da efetivação do Complexo Regulador do Sistema da Atenção, a implantação de auditoria em saúde, a descentralização de ações e o fortalecimento da equipe técnica.

Início do Projeto: 2010.
Término do Projeto: 2013.

Informatização da Rede dos Serviços de Saúde

A qualificação da gestão dos serviços de saúde, por meio da utilização de ferramentas de tecnologia da informação e da modernização gerencial das atividades e processos de trabalho é uma necessidade a qual este Plano aponta como projeto transversal. Faz-se necessário adotar medidas que promovam melhoria no processo de gestão das informações relativas aos usuários, procedimentos e intervenções de nossa instituição.

A reestruturação tecnológica da SESA envolve:
- a aquisição de software integrado de gestão de recursos de saúde e todos os demais recursos tecnológicos;
- a formação de ambiente tecnológico adequado para a disponibilização do produto em operação e revisão de processos de trabalho;
- a implantação e monitoramento de indicadores de gestão que permitam avaliação permanente, abrangendo ampla variedade de especialidades médicas, atendimento obstétrico, atendimento de urgência e atendimentos ambulatoriais;
- a qualificação dos profissionais para operacionalização do sistema.

Início do Projeto: 2010.
Término do Projeto: 2011.

Humanização da Atenção e Gestão no SUS

Visa à valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores, tendo como objetivo efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e de gestão. Trata-se de uma política pública norteadora dos processos de produção de saúde e qualidade de vida.

Nesse sentido a SESA propõe operacionalizar a política de humanização por meio da implantação de dispositivo de acolhimento de classificação de risco, Posso Ajudar e Grupo de Trabalho de Humanização – GTH nas unidades de saúde.

Início do Projeto: 2010.
Término do Projeto: 2013.

Apoio Diagnóstico Terapêutico

O apóio diagnóstico-terapêutico na prática de atenção a saúde é um instrumento que visa o resultado final do processo de assistência modificando o curso natural da doença, definindo a cura, prevenindo e reduzindo seqüelas e reabilitando o paciente, assegurando assim equilíbrio biopsicossocial.

No sentido de aprimorar as ações de apoio diagnóstico-terapêutico com ampliação de recursos tecnológicos atualizados, este projeto transversal objetiva dar maior agilidade e segurança aos procedimentos e condutas assistenciais, bem ofertar exames e terapêutica aos usuários do SUS, conforme competência da esfera municipal.

Início do Projeto: 2010.
Término do Projeto: 2013.

Estrutura e Logística

A qualidade da atenção à saúde é impactada diretamente pela estrutura física e logística dos serviços. O processo de manutenção e melhoria das instalações, dos equipamentos, dos serviços de apóio e de logística deve ser capaz de proporcionar agilidade e racionalidade as demandas dos diversos segmentos que compõem a SESA.

Este projeto é responsável por prover estrutura física, materiais, recursos humanos e equipamentos necessários para a execução de todas as atividades da rede municipal de saúde. Objetiva a manutenção dos serviços, melhoria da estrutura e do suporte logístico visando agilidade, otimização, controle, segurança e eficácia.

Início do Projeto: 2010.
Término do Projeto: 2013.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em:<https://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 10 set. 2007.

BRASIL Ministério da Saúde. Acessoria de Comunicação Social. **Lei orgânica da saúde.** Brasília, 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/ area.cfm?id_area= 169>. Acesso em: 18 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n° 8.142, de 28 de dezembro de 1990 - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único, **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 31 de dezembro de 1990..

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006. Aprova Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 61, Seção 1. 29 mar. 2006a. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materias/xml/do/secao1/2068991.xml>. Acesso em: 20 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/ Port2006/GM/GM-399.htm>. Acesso em: 20 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 64, de 30 de maio de 2008. Estabelece a Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) como instrumento de planejamento para definição de um elenco norteador das ações de vigilância em saúde que serão operacionalizadas pelas três esferas de gestão e da outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília. 02 junho. 2008

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2000.** Brasília, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Sinopse do **Censo Demográfico 2010.** Brasília, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração Alma-Ata. In: CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978. Alma-Ata, URSS

SERRA. Agenda Serra 21: plano estratégico 2007-2027. **Prefeitura Municipal da Serra.** Serra, 2008.163 p.

SERRA. Lei Municipal n.º3.421, de 24 de julho de 2009.Regulamenta a organização do município em bairros e dá outra providencia Disponível em: < http://legis.serra.es.gov.br/normas>. Acesso em: 20 dez. 2009

SERRA. Lei Municipal n.º2.100, de 03 de julho de 1998. Dispõe sobre o plano diretor urbano do município da Serra, institui o plano diretor de urbano e dá outras providências Disponível em: < http://legis.serra.es.gov.br/normas>. Acesso em: 21 dez. 2009

STOTZ, E. N. **Necessidades de saúde mediações de um conceito (contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área do planejamento em saúde)".** 1991. 513 f. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.