

Programa Especial de Saúde do Rio Doce

**Plano de Ação
Ouro Preto/MG**

Junho de 2025

Sumário

1	Introdução	2
2	Informações cadastrais do município	3
3	Diagnóstico Situacional de Saúde	4
3.1	Perfil socioeconômico, produtivo e demográfico	4
3.2	Perfil epidemiológico	4
3.3	Estrutura da rede de saúde	4
4	Detalhamento das ações previstas	6
4.1	Eixo 1 - Fortalecimento e ampliação dos serviços de Atenção à Saúde	6
4.1.1	Ação 1 - Projeto de Implantação do Centro de Convivência (CECO) do Município de Ouro Preto- MG - Aquisição de Imóvel	6
4.1.2	Ação 2 - Mudança de Funcionamento do CAPS II para CAPS II - 24 horas	8
4.1.3	Ação 3 - Contratar exames de Hemodinâmica no Hospital Santa Casa da Misericórdia de Ouro Preto	11
4.1.4	Ação 4 - Reestruturação da Reabilitação de Antônio Pereira	11
4.1.5	Ação 5 - Contratação de profissionais para o setor de Reabilitação de Antônio Pereira	12
4.1.6	Ação 6 - Projeto de Implantação do Centro de Convivência (CECO) do Município de Ouro Preto-MG - Custeio	13
4.2	Eixo 2 - Fortalecimento e ampliação das ações e serviços de Vigilância em Saúde	14
4.2.1	Ação 1 - INFORMATIZAÇÃO DOS AGENTES DE ENDEMIAS E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	14
4.3	Eixo 3 - Fortalecimento, ampliação e melhorias da infraestrutura de saúde	16
4.3.1	Ação 1 - Reforma e Ampliação da Policlínica	16
4.3.2	Ação 2 - Construção UBS tipo 2 Antônio Dias	16
4.3.3	Ação 3 - Reforma e Ampliação do CAPS AD	18
5	Assinaturas	20

1 Introdução

Em 05 novembro de 2015, em decorrência do rompimento da barragem de rejeito de mineração de Fundão, uma enxurrada de rejeitos de mineração atingiu diversos municípios de Minas Gerais e do Espírito Santo, causando a morte de 19 pessoas, além de danos e impactos socioambientais e socioeconômicos em 49 municípios.

No dia 25/10/2024, foi celebrado o “ACORDO JUDICIAL PARA REPARAÇÃO INTEGRAL E DEFINITIVA RELATIVA AO ROMPIMENTO DA BARRAGEM DE FUNDÃO”, homologado pelo Supremo Tribunal Federal em 06 de novembro de 2024.

O Acordo de Repactuação, como ficou convencionado o novo acordo judicial, estabeleceu uma compensação ao poder público pelos danos e impactos negativos à saúde das populações e comunidades atingidas nos estados de Minas Gerais e Espírito Santo.

O valor estabelecido deverá financiar o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), através da adoção de medidas e ações adequadas para cada situação, segundo a direção de cada esfera de governo, com observância das normas constitucionais e infraconstitucionais que regem o Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, o Acordo de Repactuação prevê a constituição do Programa Especial de Saúde do Rio Doce, para a execução das ações de recuperação em saúde em decorrência do rompimento da barragem de Fundão no território delimitado no referido acordo.

É importante destacar que desastres tecnológicos dessa natureza não estão limitados apenas aos danos imediatos e identificáveis. Há uma sobreposição de riscos e a ocorrência de danos e impactos desconhecidos e supervenientes, que podem se prolongar no tempo, que demandam e requerem a atuação e intervenção articulada do setor saúde.

2 Informações cadastrais do município

Abaixo seguem as informações referentes ao preenchimento do plano de ação.

- **Responsável pelo documento:** MARIA DO PILAR ALVES
- **Cargo do responsável:** GERENTE DE PLANEJAMENTO
- **Telefone:** 31986074929
- **E-mail:** pilar.alves@ouropreto.mg.gov.br

3 Diagnóstico Situacional de Saúde

3.1 Perfil socioeconômico, produtivo e demográfico

A caracterização mais atualizada do município de Ouro Preto, é baseada nos dados do Censo do IBGE 2010, ano em que a população foi contabilizada em 70.281 habitantes (IBGE 2010). Outro destaque relevante é entender que, o crescimento populacional do município de Ouro Preto, estimado em 2010, para a década 2001-2010, foi de 0,59% ao ano. Observa-se, nos seis anos (2011-2017), um crescimento médio superior, que atingiu um percentual de 0,90%, elevando a população total para de 74.356 habitantes em 2016. O perfil demográfico de Ouro Preto, se manteve em equilíbrio na categoria de gênero com discreto predomínio do sexo masculino nas faixas etárias que vão de 0 a 24 anos e do feminino nas faixas etárias acima. Demais informações contidas no arquivo anexo (Dados epidemiológicos).

3.2 Perfil epidemiológico

Dados constantes no arquivo anexo (dados epidemiológicos).

3.3 Estrutura da rede de saúde

4.5 MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE

A rede assistencial do SUS em Ouro Preto é, em sua quase totalidade, pública. A atenção primária e o serviço de urgência são realizados por serviços municipais. A Atenção Secundária é realizada pelo serviço municipal, rede conveniada e consórcio ICISMEP e CIAS. O atendimento hospitalar é feita pela Santa Casa da Misericórdia - entidade filantrópica conveniada ao SUS. A rede ambulatorial própria conta com 11 unidades básicas de saúde na área urbana e 13 unidades básicas de saúde de atendimento na área rural, 01 Policlínica na sede, 01 Complexo de saúde Cachoeira do Campo com observação 24 horas, 01 unidade de urgência e emergência (UPA Dom Orione), 01 Centro de Especialização Odontológica, 02 unidades de odontologia (Bairro São Cristóvão e Distrito de Cachoeira do Campo). A Rede de Atenção Psicossocial é composta por 01 CAPS I – Casa dos Artista (Centro de Atenção Psicossocial tipo I), 01 CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) , 01 CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil), 01 serviço pré hospitalar SAMU consorciado ao CIAS, 01 serviço de Reabilitação Física, serviço de análises clínicas licitadas tanto para urgência como para eletivo, 01 farmácia central, 01 farmácia complementar, 01 rede de frios, 01 laboratório de prótese dentária.

4.5.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE O município de Ouro Preto possui 24 Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo 11 ESF localizadas na área urbana e 13 na área rural. Duas equipes, Florescer e Beija Flor, ainda aguardam homologação do Ministério da Saúde, mas já estão em pleno funcionamento desde o ano de 2020. Através da convocação dos aprovados no processo seletivo realizado no início deste ano (2021), a Atenção Primária pretende regularizar as contratações diretas do setor e preencher as vagas de Agentes Comunitários de Saúde em aberto nas equipes. A gestão regulamentou o Programa Previne Brasil no município, através de legislação específica. Este programa estabelece critérios para repasse de recursos do Ministério da Saúde aos municípios, através do cadastramento da população, ações estratégicas e desempenho das equipes de saúde, no intuito de melhorar o acompanhamento da situação de saúde da população, evitando assim possíveis agravamentos e atendendo às necessidades de cada indivíduo.

Com o aumento populacional nos últimos anos, a Atenção Primária pretende implantar mais 6 equipes

de Saúde da Família nos próximos 4 anos, dividindo territórios com excesso populacional, no intuito de garantir uma atenção à saúde mais qualificada. Tal ação vem de encontro ao plano de governo da atual gestão municipal, que tem por objetivo o fortalecimento da Atenção Primária no município.

4.5.2 - ATENÇÃO SECUNDÁRIA - ESPECIALIZADA O acesso aos serviços de Saúde na Atenção Especializada no município se dá a partir das Unidades Básicas de Saúde que referenciam para especialidades. Compõe essa Rede, as especialidades médicas, a Reabilitação e Rede de Saúde Mental. Ainda, especificamente ao atendimento de Fisioterapia/Reabilitação, é realizado também pela clínica especializada que avalia cada caso e a necessidade de cada paciente. Para atender as necessidades identificadas pelas Unidades Básicas de Saúde/Equipes de Saúde da Família, a Central de regulação de Consultas e exames, está vinculado a Policlínica Municipal, sob a responsabilidade da Diretoria de Atenção Especializada. As especialidades médicas e ambulatoriais organizadas e ofertadas na Policlínica Municipal são: Cardiologia, Angiologia, Dermatologia, Neurologia, Gastrenterologia, Hematologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Reumatologia, Ginecologia, Urologia e Cirurgia Ambulatorial e Endocrinologia. Oferta também exames de Apoio Diagnóstico e Terapêutico tais como: Eletrocardiograma e Ecografias, propedêutica de glaucoma, avaliação e cirurgias de catarata. Estão também na Policlínica os serviços do SAE- Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids municipal, com a presença da infectologista, através do Ambulatório de DST/AIDS e Hepatites Virais, serviço vinculado a Vigilância em Saúde Municipal. As referências em Ambulatórios de Especialidades são apontadas pelo gestor como importantes pontos de estrangulamento da rede.

4 Detalhamento das ações previstas

4.1 Eixo 1 - Fortalecimento e ampliação dos serviços de Atenção à Saúde

4.1.1 Ação 1 - Projeto de Implantação do Centro de Convivência (CECO) do Município de Ouro Preto- MG - Aquisição de Imóvel

Identificação do problema: A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um processo histórico de defesa aos direitos humanos e busca da cidadania de pessoas em sofrimento psíquico. Numa perspectiva de mudança de paradigmas e práticas, ela aponta para uma mudança cultural do lugar da loucura na sociedade. Através de um modelo de atenção de base territorial que valoriza o convívio social, a reinserção comunitária e a desinstitucionalização, rompendo com práticas excludentes e segregadoras. Ela visa então o rompimento do isolamento das pessoas com transtornos mentais, devolvendo a elas o direito a cidadania. Falamos então de uma rede que precisa por si só ser inventiva, articulada e que a todo momento “converse com a vida lá fora”. Nesse sentido, O exercício da cultura está intimamente ligado ao da cidadania. De acordo com Marshall (1973), citado por Held, Barbosa e Silva (1999), a cidadania relaciona-se ao pertencimento a uma comunidade, à igualdade na garantia, a cada indivíduo, de direitos e deveres, liberdades e impedimentos, poderes e responsabilidades. Para Saraceno (2011), ela é um direito em si e condição necessária para garantir a diversidade, bem como a saúde para todos. Apesar disso, esse direito permanece sendo negado a algumas pessoas. Nossa história nos conta uma realidade dura. A sociedade sempre produziu espaços de reclusão para lidar com as pessoas que geravam algum incômodo social. Entre elas, aquelas com sofrimento mental. Assim, o dito “louco” foi retirado da cidade, do trabalho, do lazer, da família, da cultura e da vida social. O Centro de Convivência (CECO) surge então como necessário e potente dispositivo com caráter estratégico para a convivência, o desenvolvimento do potencial criativo e produtivo, da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), oferecendo espaços de fortalecimento de laços sociais e acesso a direitos para pessoas em sofrimento mental, em situação de vulnerabilidade social ou com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. São espaços de exercício de cidadania, tendo como princípios a convivência, a solidariedade, a democracia e a participação coletiva, o protagonismo das pessoas conviventes, a redução de riscos e danos e a diversidade e a heterogeneidade das expressões humanas e culturais. Tem como diretrizes a desinstitucionalização e o cuidado em liberdade, a reabilitação psicossocial; e a integração das políticas de saúde com demais políticas sociais.

Descrição: Ouro Preto é um município com aproximadamente 70 mil habitantes, reconhecido nacionalmente por seu patrimônio histórico e cultural, “nossa museu a céu aberto”. Uma cidade que respira e inspira cultura e arte. Porém, não é incomum escutar pessoas com sofrimento mental dizerem não conhecer os museus e outros pontos de cultura do município. Festivais, teatros e apresentações gratuitas também. O usuário ainda transita principalmente num “circuito psiquiátrico”, necessitando de suporte e investimento para que consiga ocupar outros espaços. Assim, apesar do acesso a múltiplos espaços culturais, observa-se a exclusão social de pessoas com sofrimento mental. A Rede de Atenção Psicossocial de Ouro Preto é composta por um CAPS II, um CAPS AD II, um CAPS IJ II, seis leitos de retaguarda a crise no Hospital Geral, SAMU e ESF (100% de cobertura do território). A partir dos Projetos Terapêuticos Singulares, os Centros de Atenção Psicossocial buscam para além do cuidado da crise, mirar no convívio e participação social dos usuários atendidos, pessoas com transtorno mental grave que acaba por impactar sua vida como um todo, autocuidado, instrumentalidade da vida e socialização como um todo. Assim, faz-se necessária a adoção de estratégias para qualificar ainda mais o atendimento prestado no município. Desta forma, é fundamental potencializar a rede de serviços substitutivos criando-se espaços de convivência, facilitando a formação de laços afetivos e solidários na construção de redes de cuidados para as pessoas com transtornos mentais. O

CECO deve estar articulado aos pontos de atenção da RAPS e a outras infraestruturas sociais, tendo como princípios, diretrizes e objetivos: a Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS, Política Nacional de Atenção Básica à Saúde – PNAB, Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde – PNAES, e nas políticas voltadas para populações específicas no âmbito do SUS.

Objetivo: São objetivos do CECO a realização de ações de reabilitação psicossocial e a promoção da saúde; acolhimento integral, humanizado em espaços favoráveis ao convívio humano; ações de incentivo à autonomia, ao protagonismo, à coletividade e à contratualidade entre usuários da RAPS e demais Redes de Atenção em Saúde; promoção da confluência de projetos e programas intersetoriais de saúde, cultura, economia solidária, educação, desenvolvimento social, esporte, lazer, meio ambiente e direitos humanos; oferecimento de espaços e atividades pautadas na diversidade humana, com propósito de constituir ambientes plurais e heterogêneos; e fomento a cidadania por meio de políticas de proteção social e acesso a direitos, com base nos princípios do SUS e na dignidade humana.". Para isso o CECO deve estabelecer ações intersetoriais, preferencialmente com políticas que promovam a arte, a cultura, a economia solidária, o trabalho, a educação, o desenvolvimento social, a proteção social, o esporte, o meio ambiente, os direitos humanos, a igualdade racial e de gênero. Deve proporcionar acesso livre e de baixa exigência para pessoas com qualquer condição de saúde; e estrutura física independente de outros pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde. O ambiente físico do CECO deve oferecer estrutura mínima com banheiros, espaços para atividades em grupo e acessibilidade.

Itens previstos: Funcionamento As atividades devem ser realizadas em dois períodos, somando oito horas de atividades diárias, durante os dias úteis, sendo permitido o funcionamento em outros horários e aos finais de semana, conforme o projeto técnico-institucional . 5. Estrutura Física O CECO terá sede própria, com acessibilidade e estrutura mínima, incluindo: Espaços para atividades em grupo (salas multiuso); Banheiros adaptados; Espaço para oficinas culturais e grupos; Sala administrativa e de coordenação; Área externa para atividades de lazer e convivência. Serão utilizadas também áreas públicas como praças, parques, centros culturais e esportivos. 6. Atividades Propostas O CECO poderá realizar as seguintes atividades: I - acolhimento individual e em grupo; II - oficinas com diferentes linguagens artístico - culturais; III - práticas integrativas e complementares em saúde; IV - ações de educação em saúde; V - ações de geração de renda e economia solidária; VI - ações de arte e cultura; VII - ações de redução de riscos e danos; VIII - integração entre diferentes pontos de atenção em saúde; IX - integração com a comunidade do território; X - estímulo a autonomia e ao protagonismo das pessoas conviventes; XI - esporte e lazer; XII - atividades coletivas de integração com a cidade e o território; e XIII - atividades de educação e preservação ambiental e sustentabilidade. Observação: É vedada a realização de atividades com finalidade médica, psicoterapêutica ou farmacoterapêutica.

7. Parcerias e Integração Intersetorial O projeto será articulado com: Secretaria Municipal de Saúde (gestora do SUS local); Secretaria Municipal de Cultura; Secretaria Municipal de Educação; Secretaria Municipal de Esportes; Organizações da sociedade civil; Pontos culturais e esportivos locais; Redes de proteção social e direitos humanos.

Memória de cálculo: Compra imóvel: R\$ 2.500.000,00

Tipo: Investimento

Orçamento previsto: R\$ 2.500.000,00

Data de início: 07/2025

Data de término: 06/2027

Indicador: Imóvel adquirido

Meta: 100%

Observações: XXX

4.1.2 Ação 2 - Mudança de Funcionamento do CAPS II para CAPS II - 24 horas

Identificação do problema: Ouro Preto não possui um CAPS III para acolhimento 24h. Os casos em crise são então encaminhados para a acolhimento noturno na UPA e no Hospital Geral do município, sendo um impasse no cuidado. Falta de capacitação dos trabalhadores para o manejo da crise em saúde mental, estigmatização acerca da loucura/uso prejudicial de álcool e outras drogas, evasão de usuários durante as noites e dificuldade de co-responsabilização do cuidado colocam o município num lugar de frágil condução dos casos que mais necessitam, sendo a equidade, princípio essencial do SUS. Assim, a falta de um serviço especializado 24 horas resulta por vezes na insuficiência de respostas efetivas levando a descontinuidade do tratamento de pessoas que encontram-se em grave crise.

Apesar dos esforços dos atuais serviços de urgência do município para cuidar dos usuários no território, o cenário já explicitado acaba gerando, ainda que pouco, encaminhamentos ,(em situação de emergência) para o Hospital Psiquiátrico vinculado à Rede FHEMIG IRS (Instituto Raul Soares), sediado na capital, há 100 km de distância, onerando o cuidado e dificultando a vinculação dos usuários e familiares na RAPS do próprio município.

O CAPS III proporcionará atendimento contínuo e especializado (24h/dia); redução das internações em serviços de emergência; reforço no suporte social e familiar, promovendo a reintegração comunitária.

Descrição: 4.3.1 - A assistência - Diretrizes do acolhimento e inscrição no acompanhamento no CAPS III Os acolhimentos serão realizados em dias úteis no horário de 07h as 17h, sendo realizados por profissional de nível superior componente da equipe. No acolhimento será identificada a demanda e necessidade apresentada pelo usuário e qual encaminhamento necessário: inscrição no serviço em suas diferentes modalidades (ambulatorial, hospitalidade diurna e/ou hospitalidade noturna) ou encaminhamento para outro ponto da rede. A hospitalidade noturna será indicada a partir da avaliação técnica das equipes do CAPS III e CAPS AD de acordo com o Projeto Terapêutico Singular de usuários já acompanhado pelos serviços. Sua indicação se dará para usuários em grave situação de crise que necessitam de suporte contínuo do serviço. A permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias. Situações que fujam a essa normativa se darão por justificativa técnica da equipe de referência dos CAPSs.

Atividades realizadas no CAPS AD: Acolhimentos: Consistem no primeiro atendimento ofertado pelo CAPS para novos usuários por demanda espontânea ou referenciada, incluindo as situações de crise em saúde mental no território. O acolhimento consiste na escuta qualificada, que reafirma a legitimidade da pessoa e/ou familiares que buscam o serviço e visa reinterpretar as demandas, construir o vínculo terapêutico inicial e/ou corresponsabilizar-se pelo acesso a outros serviços, caso necessário. A partir do acolhimento é definido se o usuário será inscrito no serviço em suas diferentes modalidades de acompanhamento ou se será encaminhado para outro ponto da rede; Reacolhimento: atendimento prestado aos usuários que retornam ao serviço; Atenção às situações de crise em saúde mental; Atendimentos Individuais (todos os profissionais técnicos de saúde) : Atendimento direcionado a pessoa, que comporte diferentes modalidade, responda as necessidades de cada um incluindo os cuidados de clínica geral que visam à elaboração do projeto terapêutico singular ou dele derivam,

promovam as capacidades dos sujeitos de modo a tornar possível que eles se articulem com os recursos existentes na unidade e fora dela; Busca ativa; Oficina Terapêutica Interna; Grupo Terapêutico; Oficinas externas; Internações nos Leitos de Retaguarda da Saúde Mental Santa Casa; Intervenção familiar ; Intervenções domiciliar; Permanência dia (Semi intensivo /Intensivo); Ações de articulação de redes intra e intersetoriais; Ações de redução de danos: Conjunto de práticas e ações do campo da saúde e dos direitos humanos realizadas de maneira articulada inter e intrasetorialmente que buscam minimizar danos de natureza biopsicossocial decorrentes do uso de substâncias psicoativas, ampliam cuidado e acesso aos diversos pontos de atenção, incluídos aqueles que não tem relação com o sistema de saúde voltadas sobretudo à busca ativa e ao cuidado de pessoas com dificuldade para acessar serviços, em situação de alta vulnerabilidade ou risco, mesmo que não se proponham a reduzir a reduzir ou deixar o uso de substâncias psicoativas; Promoção de contratualidade no Território: Acompanhamento de usuários em contextos reais de vida - cenários de vida cotidiana – casa, trabalho, iniciativas de geração de renda/empreendimentos solidários; contextos familiares, sociais e comunitários-territoriais, mediando relações para a criação de novos campos de negociação e diálogo que garantam e propiciem a participação de usuários em igualdade de oportunidades, a ampliação de redes sociais e a autonomia; Ações de Reabilitação Psicossocial: Ações de fortalecimento de usuários e familiares, mediante a criação e desenvolvimento de iniciativas preferencialmente intersetoriais e em articulação com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos que garantam o exercício dos direitos de cidadania, visando a produção de novas possibilidades para projetos de vida. Ações junto a UPA, SAMU, Leitos - Santa Casa, Bombeiros: Atendimento compartilhado, discussão de casos, orientações, territorialização. Ações junto as UBS : Atendimento compartilhado, discussão de casos, orientações, territorialização. Ações junto as Escolas: discussões de casos, orientações, reuniões, intervenções em conjunto. Reuniões de equipe Fornecimento de alimentação: os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão 03 (três) refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias;

Objetivo: a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana; b - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local; d – apoiar as equipes de atenção primária em saúde, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; e – configurar-se enquanto ordenador do cuidado em saúde mental do seu território.

Itens previstos: 4.3.2 - Recursos Humanos: 4.3.2.1 – Para o período de acolhimento diurno em dias úteis, a equipe deverá ser composta por:

01 (um) enfermeiros, responsável técnico horário administrativo; Médico Psiquiatra (8 horas/dia); 04 (quatro) técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço (3 horário administrativo e 1 plantão 12/36 horas, por plantão); 03 (três) assistentes administrativos de nível médio; 07 (sete) profissionais de nível superior dentre as seguintes categorias: enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional; 1 (um) Monitor de oficinas terapêuticas de nível superior; 1 (um) monitor de oficinas terapêuticas de nível médio; 1 (um) farmacêutico; 1 (um) coordenador 1 (um) copeiro 2 (dois) auxiliares de serviços gerais 1 (um) motorista 4.3.2.2 - Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por: a – 1 Enfermeiro horas (1 em cada plantão noturno) ou 5 enfermeiros 36 horas (1 plantão de 24 horas de segunda a sexta e revezamento dos finais de semana tal como ocorre na UPA, que cobriria dia e noite) b - 02 (três) técnicos de

enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, por plantão; c - 01 (um) profissionais de nível médio da área de apoio administrativo; d- 01 (um) profissional de nível médio da área porteiro/vigia

4.3.2.3 - Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por: a - 01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico; b – 1 médico psiquiatra (40 horas de segunda a sexta e 12 horas no sábado e no domingo) c - 01 (um) técnico de enfermagem, d - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio administrativo. e- 1 Enfermeiro 12/36 horas (1 em cada plantão diurno) ou 5 enfermeiros 36 horas (1 plantão de 24 horas de segunda a sexta e revezamento dos finais de semana tal como ocorre na UPA, que cobriria dia e noite) f- 01 (um) profissional de nível médio da área porteiro/vigia Impacto de RH que deverá ser ampliado para funcionamento 24 horas: a) 4 enfermeiros 12/36 horas ou 5 enfermeiros 36 horas (1 plantão de 24 horas de segunda a sexta e revezamento dos finais de semana tal como ocorre na UPA, que cobriria dia e noite); b) 6 técnicos de enfermagem 12/36 horas (2 para plantão diurno e 4 para plantão noturno); c) 4 auxiliares administrativos (2 para plantão diurno e 4 para plantão noturno); d) 48 horas de médico psiquiatra (24 para cobertura dos finais de semana e 24 para composição de equipe em dias úteis); e) 4 porteiros/vigias 12/36 horas (2 para plantão diurno e 4 para plantão noturno); f) 03 (três) profissionais de nível superior (30 h) dentre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico (escala 12/60 horas de segunda a domingo, para atender os usuários em hospitalidade de noturna e apoio à equipe técnica)

Memória de cálculo: 4.3.2 - Recursos Humanos: 4.3.2.1 – Para o período de acolhimento diurno em dias úteis, a equipe deverá ser composta por:

01 (um) enfermeiros, responsável técnico horário administrativo; Médico Psiquiatra (8 horas/dia); 04 (quatro) técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço (3 horário administrativo e 1 plantão 12/36 horas, por plantão); 03 (três) assistentes administrativos de nível médio; 07 (sete) profissionais de nível superior dentre as seguintes categorias: enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional; 1 (um) Monitor de oficinas terapêuticas de nível superior; 1 (um) monitor de oficinas terapêuticas de nível médio; 1 (um) farmacêutico; 1 (um) coordenador 1 (um) copeiro 2 (dois) auxiliares de serviços gerais 1 (um) motorista 4.3.2.2 - Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por: a – 1 Enfermeiro horas (1 em cada plantão noturno) ou 5 enfermeiros 36 horas (1 plantão de 24 horas de segunda a sexta e revezamento dos finais de semana tal como ocorre na UPA, que cobriria dia e noite) b - 02 (três) técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, por plantão; c - 01 (um) profissionais de nível médio da área de apoio administrativo; d- 01 (um) profissional de nível médio da área porteiro/vigia

4.3.2.3 - Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por: a - 01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico; b – 1 médico psiquiatra (40 horas de segunda a sexta e 12 horas no sábado e no domingo) c - 01 (um) técnico de enfermagem, d - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio administrativo. e- 1 Enfermeiro 12/36 horas (1 em cada plantão diurno) ou 5 enfermeiros 36 horas (1 plantão de 24 horas de segunda a sexta e revezamento dos finais de semana tal como ocorre na UPA, que cobriria dia e noite) f- 01 (um) profissional de nível médio da área porteiro/vigia Impacto de RH que deverá ser ampliado para funcionamento 24 horas: a) 4 enfermeiros 12/36 horas ou 5 enfermeiros 36 horas (1 plantão de 24 horas de segunda a sexta e revezamento dos finais de semana tal como ocorre na UPA, que cobriria dia e noite); b) 6 técnicos de enfermagem 12/36 horas (2 para plantão diurno e 4 para plantão noturno); c) 4 auxiliares administrativos (2 para plantão diurno e 4

para plantão noturno); d) 48 horas de médico psiquiatra (24 para cobertura dos finais de semana e 24 para composição de equipe em dias úteis); e) 4 porteiros/vigias 12/36 horas (2 para plantão diurno e 4 para plantão noturno); f) 03 (três) profissionais de nível superior (30 h) dentre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico (escala 12/60 horas de segunda a dormindo, para atender os usuários em hospitalidade de noturna e apoio à equipe técnica)

Tipo: Custeio

Orçamento previsto: R\$ 2.000.000,00

Data de início: 07/2025

Data de término: 06/2027

Indicador: Mudança de horário de funcionamento do CAPS implementada.

Meta: Serviço credenciado pelo Ministério da Saúde.

Observações: XXX

4.1.3 Ação 3 - Contratar exames de Hemodinâmica no Hospital Santa Casa da Misericórdia de Ouro Preto

Identificação do problema: A contratação deste exames se deve a dificuldade de acesso aos serviços no município referência de Belo Horizonte tanto pela distância como pela oferta de serviços .

Descrição: Contratar exames de hemodinâmica

Objetivo: Ofertar dentro do próprio município de Ouro Preto exames de hemodinâmica, facilitando o acesso e agilidade no tempo resposta .

Itens previstos: Exames de hemodinâmica em cardiologia, neurologia e angiologia.

Memória de cálculo: Custo médio por exame R\$ 7.750,00 x 193 exames = R\$ 1.503.500,00 Obs: Diferença será arcada pelo município (se necessário).

Tipo: Custeio

Orçamento previsto: R\$ 1.500.000,00

Data de início: 07/2025

Data de término: 06/2027

Indicador: Exames realizados

Meta: 100% de exames indicados realizados.

Observações: XXX

4.1.4 Ação 4 - Reestruturação da Reabilitação de Antônio Pereira

Identificação do problema: A criação de um setor de fisioterapia é uma necessidade estratégica para garantir a integralidade da assistência à saúde da população residente estimada em 6 mil habitantes, com variações sazonais que elevam esse número para até 7 mil pessoas. O aumento da demanda por serviços de reabilitação, prevenção e promoção da saúde justifica a implantação de um setor completo,

com capacidade de atendimento ambulatorial e domiciliar, visando suprir as necessidades de pacientes com patologias ortopédicas, neurológicas, respiratórias, reumatológicas, pediátricas, entre outras.

Descrição: Implantação e estruturação de um Setor de Fisioterapia ambulatorial com capacidade para atender a uma população residente. A ação inclui adequação de espaço físico, aquisição de equipamentos fisioterapêuticos modernos, contratação de profissionais qualificados e organização dos fluxos de atendimento. O serviço será voltado à prevenção, promoção, tratamento e reabilitação de pacientes com patologias ortopédicas, neurológicas, respiratórias, reumatológicas, pediátricas e outras condições clínicas que demandem intervenção fisioterapêutica. A iniciativa visa ampliar o acesso à reabilitação, melhorar a qualidade de vida da população, reduzir complicações e sequelas, além de promover a autonomia funcional dos usuários do SUS.

Objetivo: Estruturar espaço físico com equipamentos e profissionais para o atendimento de fisioterapia no distrito de Antônio Pereira.

Itens previstos: Equipamentos Fisioterapêuticos Essenciais Eletrotermofototerapia Reabilitação Ortopédica e Funcional Fisioterapia Respiratória Fisioterapia Neurológica e Reabilitação Global Fisioterapia Uroginecológica

Memória de cálculo: conforme orçamentos R\$ 200.000,00

Tipo: Investimento

Orçamento previsto: R\$ 200.000,00

Data de início: 07/2025

Data de término: 06/2027

Indicador: Equipamentos adquiridos

Meta: 100% do espaço estruturado;

Observações: XXX

4.1.5 Ação 5 - Contratação de profissionais para o setor de Reabilitação de Antônio Pereira

Identificação do problema: A criação de um setor de fisioterapia é uma necessidade estratégica para garantir a integralidade da assistência à saúde da população residente estimada em 6 mil habitantes, com variações sazonais que elevam esse número para até 7 mil pessoas. O aumento da demanda por serviços de reabilitação, prevenção e promoção da saúde justifica a implantação de um setor completo, com capacidade de atendimento ambulatorial e domiciliar, visando suprir as necessidades de pacientes com patologias ortopédicas, neurológicas, respiratórias, reumatológicas, pediátricas, entre outras.

Descrição: Implantação e estruturação de um Setor de Fisioterapia ambulatorial com capacidade para atender a uma população residente. A ação inclui a adequação de espaço físico, aquisição de equipamentos fisioterapêuticos modernos, contratação de profissionais qualificados e organização dos fluxos de atendimento. O serviço será voltado à prevenção, promoção, tratamento e reabilitação de pacientes com patologias ortopédicas, neurológicas, respiratórias, reumatológicas, pediátricas e outras condições clínicas que demandem intervenção fisioterapêutica. A iniciativa visa ampliar o acesso à reabilitação, melhorar a qualidade de vida da população, reduzir complicações e sequelas, além de promover a autonomia funcional dos usuários do SUS.

Objetivo: Contratar 02 profissionais fisioterapeutas para o setor de Reabilitação no distrito de Antônio Pereira.

Itens previstos: 02 profissionais fisioterapeutas

Memória de cálculo: Valor Anual = salário do profissional na região + encargos.

Tipo: Custeio

Orcamento previsto: R\$ 300.000,00

Data de início: 07/2025

Data de término: 06/2027

Indicador: Profissionais contratados

Meta: 02 profissionais de fisioterapia contratados.

Observações: XXX

4.1.6 Ação 6 - Projeto de Implantação do Centro de Convivência (CECO) do Município de Ouro Preto-MG - Custeio

Identificação do problema: A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um processo histórico de defesa aos direitos humanos e busca da cidadania de pessoas em sofrimento psíquico. Numa perspectiva de mudança de paradigmas e práticas, ela aponta para uma mudança cultural do lugar da loucura na sociedade. Através de um modelo de atenção de base territorial que valoriza o convívio social, a reinserção comunitária e a desinstitucionalização, rompendo com práticas excludentes e segregadoras. Ela visa então o rompimento do isolamento das pessoas com transtornos mentais, devolvendo a elas o direito a cidadania. Falamos então de uma rede que precisa por si só ser inventiva, articulada e que a todo momento “converse com a vida lá fora”. Nesse sentido, o exercício da cultura está intimamente ligado ao da cidadania. De acordo com Marshall (1973), citado por Held, Barbosa e Silva (1999), a cidadania relaciona-se ao pertencimento a uma comunidade, à igualdade na garantia, a cada indivíduo, de direitos e deveres, liberdades e impedimentos, poderes e responsabilidades. Para Saraceno (2011), ela é um direito em si e condição necessária para garantir a diversidade, bem como a saúde para todos. Apesar disso, esse direito permanece sendo negado a algumas pessoas. Nossa história nos conta uma realidade dura. A sociedade sempre produziu espaços de reclusão para lidar com as pessoas que geravam algum incômodo social. Entre elas, aquelas com sofrimento mental. Assim, o dito “louco” foi retirado da cidade, do trabalho, do lazer, da família, da cultura e da vida social. O Centro de Convivência (CECO) surge então como necessário e potente dispositivo com caráter estratégico para a convivência, o desenvolvimento do potencial criativo e produtivo, da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), oferecendo espaços de fortalecimento de laços sociais e acesso a direitos para pessoas em sofrimento mental, em situação de vulnerabilidade social ou com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. São espaços de exercício de cidadania, tendo como princípios a convivência, a solidariedade, a democracia e a participação coletiva, o protagonismo das pessoas conviventes, a redução de riscos e danos e a diversidade e a heterogeneidade das expressões humanas e culturais. Tem como diretrizes a desinstitucionalização e o cuidado em liberdade, a reabilitação psicossocial; e a integração das políticas de saúde com demais políticas sociais.

Descrição: Ouro Preto é um município com aproximadamente 70 mil habitantes, reconhecido nacionalmente por seu patrimônio histórico e cultural, “nossa museu a céu aberto”. Uma cidade que respira e inspira cultura e arte. Porém, não é incomum escutar pessoas com sofrimento mental dizerem não

conhecer os museus e outros pontos de cultura do município. Festivais, teatros e apresentações gratuitas também. O usuário ainda transita principalmente num “circuito psiquiátrico”, necessitando de suporte e investimento para que consiga ocupar outros espaços. Assim, apesar do acesso a múltiplos espaços culturais, observa-se a exclusão social de pessoas com sofrimento mental. A Rede de Atenção Psicossocial de Ouro Preto é composta por um CAPS II, um CAPS AD II, um CAPS IJ II, seis leitos de retaguarda a crise no Hospital Geral, SAMU e ESF (100% de cobertura do território). A partir dos Projetos Terapêuticos Singulares, os Centros de Atenção Psicossocial buscam para além do cuidado da crise, mirar no convívio e participação social dos usuários atendidos, pessoas com transtorno mental grave que acaba por impactar sua vida como um todo, autocuidado, instrumentalidade da vida e socialização como um todo. Assim, faz-se necessária a adoção de estratégias para qualificar ainda mais o atendimento prestado no município. Desta forma, é fundamental potencializar a rede de serviços substitutivos criando-se espaços de convivência, facilitando a formação de laços afetivos e solidários na construção de redes de cuidados para as pessoas com transtornos mentais. O CECO deve estar articulado aos pontos de atenção da RAPS e a outras infraestruturas sociais, tendo como princípios, diretrizes e objetivos: a Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS, Política Nacional de Atenção Básica à Saúde – PNAB, Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde – PNAES, e nas políticas voltadas para populações específicas no âmbito do SUS.

Objetivo: Contratar equipe profissional

Itens previstos: Considerando a população atual do município, o CECO será implantado na modalidade ampliada III: municípios com população acima de setenta mil e um habitantes, conforme a Portaria nº 5.738/2024. 3. Equipe Técnica (270 horas) 1 coordenador, com ensino superior com experiência em saúde mental - 40h 1 Terapeuta Ocupacional - 30h 1 Profissional das Artes Plásticas - 30h 1 Profissional de Música - 30h 1 profissional de nível médio com conhecimento e experiência em artesanato e outras atividades manuais. 30h 1 educador social com habilidade de trânsito na comunidade e articulação no território. 30h 2 Técnicos administrativos 80h 1 auxiliar de serviços gerais 1 Porteiro/vigia 24 horas

Memória de cálculo: salário de referência de cada profissional

Tipo: Custeio

Orçamento previsto: R\$ 490.000,00

Data de início: 07/2025

Data de término: 06/2027

Indicador: Profissionais contratados

Meta: Unidade em funcionamento 24 hs.

Observações: XXX

4.2 Eixo 2 - Fortalecimento e ampliação das ações e serviços de Vigilância em Saúde

4.2.1 Ação 1 - INFORMATIZAÇÃO DOS AGENTES DE ENDEMIAS E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Identificação do problema: A metodologia atualmente utilizada para o registro das atividades dos Agentes de Combate a Endemias e AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACE/ ACS) no município

é predominantemente manual o que compromete a confiabilidade, a tempestividade e a rastreabilidade dos dados de visitas domiciliares e atividades em campo. Isso dificulta o controle efetivo sobre: Número real de visitas realizadas; Tempo médio de permanência nos imóveis; Registro e georreferenciamento de focos e pendências; Planejamento estratégico baseado em evidências Melhoria na coleta e registro de dados de forma mais rápida e precisa. Facilitação no acompanhamento das famílias e indivíduos, permitindo ações mais direcionadas. Aumento da eficiência na comunicação com a equipe de saúde e na atualização de informações. Melhor planejamento das visitas e intervenções, otimizando o tempo e recursos. Apoio na identificação de riscos e necessidades de saúde da população atendida. Cobertura vacinal. Número de visitas domiciliares realizadas. Controle de doenças crônicas e agudas. Taxa de adesão a programas de saúde. Monitoramento de fatores sociais e ambientais que impactam a saúde. Satisfação da comunidade com os serviços prestados.

A ausência de informatização compromete o cumprimento das diretrizes do Programa Nacional de Controle da Dengue e o e-SUS APS é uma estratégia da Secretaria de Atenção Primária (SAPS) para reestruturar as informações da Atenção Primária à Saúde (APS) em nível nacional. A Estratégia e-SUS APS faz referência ao processo de informatização qualificada do Sistema Único de Saúde (SUS) em busca de um SUS eletrônico (e-SUS) e tem como objetivo concretizar um novo modelo de gestão de informação que apoie os municípios e os serviços de saúde na gestão efetiva da APS e na qualificação do cuidado dos usuários.

Descrição: A ação consiste na aquisição de dispositivos móveis (tablets ou smartphones) e na implantação de um sistema informatizado que permita aos ACS's e ACE's realizarem, em tempo real, o registro das visitas domiciliares, pontos estratégicos e imóveis especiais, conforme as diretrizes do Programa Nacional de Controle das Arboviroses e com a PNAB (Política Nacional de Atenção Básica). O sistema deverá ser compatível com o e-SUS AB Território e outras plataformas de vigilância, permitindo a georreferenciação das visitas, o monitoramento de tempo e frequência das ações, e a geração de relatórios gerenciais.

Além disso, a ação contempla capacitações técnicas para os ACE e ACS's, e aos supervisores sobre o uso da ferramenta, bem como a estruturação de suporte técnico para manutenção e apoio operacional contínuo.

A informatização trará maior transparência, padronização e rastreabilidade das atividades realizadas, permitindo uma análise mais precisa dos dados e a tomada de decisões mais eficazes no enfrentamento das endemias no município.

Objetivo: Informatizar as atividades dos ACS's e ACEs, por meio da aquisição de dispositivos móveis e implantação de sistema de registro e monitoramento em tempo real, garantindo maior controle, qualidade e eficiência nas ações de vigilância em saúde ambiental.

Itens previstos: Dispositivos móveis (smartphones/tablets) Capas protetoras resistentes Chips com plano de dados móveis Para acesso em tempo real às plataformas de registro

Memória de cálculo: 185 R\$ 2.200,00 R\$ 407.000,00 185 R\$ 120,00 R\$ 22.200,00 185 R\$ 30,00/mês R\$ 66.600,00/ano

Tipo: Investimento

Orçamento previsto: R\$ 500.000,00

Data de início: 07/2025

Data de término: 06/2027

Indicador: 100% dos profissionais utilizando sistema informatizado específico.

Meta: 100% de equipamentos adquiridos.

Observações: XXX

4.3 Eixo 3 - Fortalecimento, ampliação e melhorias da infraestrutura de saúde

4.3.1 Ação 1 - Reforma e Ampliação da Policlínica

Identificação do problema: A Unidade Policlínica encontra-se num espaço físico em que necessita de ampliação devido ao aumento de oferta de consultas especializadas realizadas pelo município. Atualmente, circulam diariamente de 300 a 400 pacientes nesta unidade de saúde.

Descrição: Elaborar projeto arquitetônico para reformar e ampliar a unidade Policlínica.

Objetivo: Proporcionar conforto para atendimento mais humanizado à população.

Itens previstos: Aumentar número de consultórios, Pintura, troca de piso, porta e janelas. Tratamento das infiltrações Impermeabilização da laje Revestimento cerâmico como barrado em todas as paredes da unidade troca de calhas Reforma dos banheiros destinado à população com acesso para PNE Revisão elétrica Revisão hidráulica

Memória de cálculo: conforme arquivo anexo R\$ 1.923.744,73

Tipo: Investimento

Orçamento previsto: R\$ 1.923.745,00

Data de início: 07/2025

Data de término: 06/2027

Indicador: Policlínica reformada

Meta: 100% da Policlínica reformada e ampliada

Observações: XXX

4.3.2 Ação 2 - Construção UBS tipo 2 Antônio Dias

Identificação do problema: A construção da UBS (Unidade Básica de Saúde) Antônio Dias é de extrema importância para a promoção da saúde da população. Considerando que a Política Nacional de Atenção Básica (2017) preconiza de 2.000 a 3.500 pessoas por equipe de Saúde da Família e que, além do critério populacional permite a existência de outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, a Coordenação da Atenção Primária vem através deste justificar a necessidade de construção da UBS

A unidade possui 5.000 pessoas cadastradas e;

É uma área de grande vulnerabilidade socioeconômica, o que acarreta em maior demanda de usuários dependentes do SUS; É uma região de expansão imobiliária no município, com tendência a crescimento rápido nos próximos anos; sendo um dos principais fatores a proximidade com a UFOP (Universidade Federal de Ouro Preto) e o IFMG (Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Minas Gerais), Hospital e UPA. A UBS encontra-se fora dos parâmetros ministeriais, além disso ressalta-se problemas como: infiltrações, umidades, mofos, falta de acessibilidade, consultórios pequenos, etc.

Existe uma negociação com a prefeitura para desapropriação de terrenos no território visando a construção de casas populares para aproximadamente 200 famílias.

Descrição: Contratação de empresa de engenharia para a execução, com fornecimento total de mão de obra, materiais e equipamentos, para a execução da Construção da Unidade Básica Antônio Dias - UBS ANTÔNIO DIAS, No endereço: Rua Professor Washington Dias, N° 120, Bairro Barra, Ouro Preto-MG.

Objetivo: Proporcionar Unidade de Saúde adequada para o atendimento à população da região adscrita.

Itens previstos: Fornecimento total de mão de obra, materiais e equipamentos

Memória de cálculo: Denomina-se Bonificações e Despesas Indiretas (BDI) o elemento orçamentário destinado a cobrir todas as despesas que, num serviço ou num empreendimento como um todo, segundo critérios claramente definidos, classificam-se como indiretas e, também, necessariamente, atender o lucro. O BDI é calculado como uma taxa percentual, que é aplicada sobre os custos diretos orçados para a execução do serviço ou obra. O preço final do serviço ou empreendimento é obtido somando-se a esses custos diretos a parcela correspondente ao BDI, ou seja, para se obter o valor total de um serviço de construção civil deve ser aplicada a seguinte relação matemática:

SECRETARIA MUNICIPAL DE OBRAS Rua Jair Mazon, 140, Saramenha Ouro Preto – Minas Gerais - 35400-000 (31) 3559-3279

$$PV = PC \times (1 + BDI)$$

PV (ou CT) = preço de venda (ou custo total); PC (ou CD) = preço de custo (ou custo direto); Para o cálculo do BDI (bonificações e despesas indiretas) de obras públicas, esta taxa é calculada pela fórmula determinada no acórdão do TCU n° 2.622/2013:

AC = administração central; R = risco; DF = despesas financeiras; T = tributos; SG= seguro e garantia; L = lucro. O acórdão do TCU n° 2.622/2013 diferencia o BDI para realização de obras públicas obedecendo enquadramento do empreendimento, dentro de 5 classificações, sendo elas: 1. Construção de edifícios; 2. Construção de rodovias e ferrovias; 3. Construção de redes de abastecimento de redes de água, coleta de esgoto e correlatas; 4. Construção e manutenção de estações de redes de distribuição de energia elétrica; 5. Obras portuárias, marítimas e fluviais. 7.2 BDI DO CONTRATO Este contrato se enquadra na classificação de “Construção de rodovias e ferrovias”, usado também para contratação de obras de infraestrutura em geral, detalhado no orçamento analítico, em anexo a este documento. 7.3 PLANILHAS ORÇAMENTÁRIAS As planilhas orçamentárias foram desenvolvidas obedecendo às legislações que estabelecem regras e critérios a serem seguidos por órgãos e entidades da administração pública para a elaboração de orçamentos de referência, contratados e executados com recursos de orçamentos públicos, tais como: a) A lei federal n° 14.133/2021 que versa sobre a contratação de obras, serviços de engenharia, arquitetura e correlatos; b) Decreto municipal n° 8.202/2024, que dispõe sobre a regularização do sistema de preços no município de Ouro Preto (MG);

SECRETARIA MUNICIPAL DE OBRAS Rua Jair Mazon, 140, Saramenha Ouro Preto – Minas Gerais - 35400-000 (31) 3559-3279

- c) O decreto federal n° 7.983/2013 que define os tetos de preços unitários para serviços de engenharia e arquitetura;
- d) O acórdão do Tribunal de Contas da União n° 2.622/2013 que: atualiza a fórmula do BDI (bonificações e despesas indiretas) para obras públicas; discorre sobre os itens que compõe atual-

mente esta fórmula, bem como os limites mínimos, médios e máximos destes componentes; classifica as obras de engenharia em tipologias, definindo também os intervalos percentuais dos limites dos componentes da fórmula de BDI para cada uma delas; define a fórmula de BDI para contratação de materiais e equipamentos, com o detalhamento dos limites mínimos, médios e máximos dos itens componentes; define os intervalos percentuais para contratação de administração local em obras públicas;

- e) O acórdão do Tribunal de Contas da União nº 13.161/2015 que define a contribuição previdenciária sobre a receita bruta em 4,50%, nos casos em que houver a desoneração da folha de pagamento de funcionários das empresas que firmarem contratos com a Administração Pública (nestes casos, este item é acrescido à fórmula de BDI no componente referente aos tributos);
- f) Demais leis, decretos, portarias e instruções normativas relacionadas a contratação e execução de serviços públicos, especialmente de engenharia e arquitetura. 7.4 CPRB (Contribuição Previdenciária sobre a Receita Bruta) A Contribuição Previdenciária sobre a Receita Bruta (CPRB) - LEI 13.161/2015, desonera a folha de salários de diversas atividades econômicas da construção civil e impacta no cálculo do BDI mediante a majoração do percentual correspondente a 4,50% sobre o preço total da obra, em substituição à contribuição previdenciária patronal de 20% prevista nos encargos sociais. 7.5 PREÇOS DE SERVIÇOS E INSUMOS Para contratação de obras, materiais e equipamentos com a administração pública municipal, usam-se preços de insumos e serviços desonerados, advindos de planilhas de referências oficiais. Na ausência de preços de serviços necessários a execução do objeto, a elaboração de composição unitária de preços da Prefeitura de Ouro Preto usará preços unitários de planilhas de referências oficiais desoneradas.

Arquivo anexo

Tipo: Investimento

Orçamento previsto: R\$ 3.000.000,00

Data de início: 07/2025

Data de término: 06/2027

Indicador: Unidade construída

Meta: 100% da obra e instalações concluídas.

Observações: XXX

4.3.3 Ação 3 - Reforma e Ampliação do CAPS AD

Identificação do problema: Os gestores da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial de Ouro Preto, com a representação da coordenação de saúde mental e gerência do CAPS-ad II, pactuaram a implantação do CAPS-ad III 24 hs – Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas, com funcionamento 24 hs, 7 dias por semana, inclusive sábados, domingos e feriados. A proposta visa ao alojamento noturno e a um tratamento integral e humanitário aos usuários de álcool e outras drogas no município de Ouro Preto

Descrição: Elaborar projeto arquitetônico para reformar e ampliar a unidade CAPS ad

Objetivo: A proposta inclui o acolhimento, sem agendamento prévio em dias úteis entre 7 às 17 hs e hospitalidade diurna e noturna 24h todos os dias da semana. Os CAPS-ad preconizam a reinserção social e familiar, e se responsabilizam por uma atuação em rede visando prevenção, redução de estig-

mas, tratamento e reabilitação. Com leitos noturnos para desintoxicação evita-se sobrecarga da rede e internações desnecessárias.

Itens previstos: Há necessidade de ampliação do espaço físico para acomodação de mais 4 (quatro) leitos, de modo a prover o funcionamento de 8 (oito) leitos de acolhimento noturno.

Memória de cálculo: Conforme anexo

Tipo: Investimento

Orcamento previsto: R\$ 2.500.000,00

Data de início: 07/2025

Data de término: 06/2027

Indicador: Reforma e ampliação do CAPS AD realizado

Meta: 100% do projeto executado.

Observações: XXX

5 Assinaturas

MANIFESTAÇÃO DO GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE

Encaminho o presente **Plano de Ação do Município de Ouro Preto/MG**, elaborado no âmbito do **Programa Especial de Saúde do Rio Doce**, à apreciação do Conselho Municipal de Saúde, com vistas à sua anuência, conforme previsto nas diretrizes pactuadas no Acordo Judicial de Repactuação, homologado pelo Supremo Tribunal Federal em 06 de novembro de 2024.

Declaro que o plano foi construído com base nas necessidades e prioridades locais identificadas, considerando os impactos à saúde decorrentes do rompimento da Barragem de Fundão, e em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ouro Preto/MG, _____ de _____ de _____.

Secretário(a) Municipal de Saúde

TERMO DE ANUÊNCIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

O Conselho Municipal de Saúde de Ouro Preto/MG, no uso de suas atribuições legais, declara que **tomou conhecimento, analisou e manifesta anuência ao Plano de Ação apresentado pelo município**, no âmbito do **Programa Especial de Saúde do Rio Doce**.

O Conselho reconhece que o plano foi elaborado com base nas necessidades e prioridades de saúde identificadas no território, frente aos danos e riscos à saúde gerados pelo rompimento da Barragem de Fundão, com vistas ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), e se compromete a **acompanhar, fiscalizar e colaborar** com sua efetiva implementação, atuando em conformidade com os princípios da participação social, da transparência e do controle social.

Ouro Preto/MG, _____ de _____ de _____.

Presidente(a) do Conselho Municipal de Saúde



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE OURO PRETO
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Mecânico José Português, 240 – São Cristóvão – Tel.: (31) 3559-3300
CEP: 35.400-000 – Ouro Preto – Minas Gerais
E-mail: cmsouropreto@yahoo.com.br / conselhomunicipalsaude362@gmail.com

RESOLUÇÃO N.º 10/2025 CMS

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE OURO PRETO (CMS/OP)

Dispõe sobre deliberações de reunião ordinária:

O Conselho Municipal de Saúde de Ouro Preto (CMS/OP), no uso de suas atribuições e conforme deliberado na 666^a Reunião Ordinária, realizada no dia 04 de junho de 2025,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o Plano de Ação elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde contendo as propostas para a execução financeira do recurso destinado ao fortalecimento do SUS, a ser repassado ao município de Ouro Preto em decorrência do novo Acordo da Bacia do Rio Doce, de acordo com o seguinte detalhamento:

Saúde Mental

Reforma e ampliação do CPS AD	R\$ 2.500.000,00
Centro de convivência de saúde mental	R\$ 2.500.00,00 Aquisição do imóvel R\$ 490.000,00 custeio
Mudança de funcionamento do CAPS 2 Para CAPS 3 24 horas	R\$ 2.000.000,00 Custeio (RH)

Antônio Pereira

Reestruturação da reabilitação de Antônio Pereira (equipamentos)	R\$ 200.000,00 Bens permanentes
Reestruturação da reabilitação de Antônio Pereira (Profissionais)	R\$ 300.000,00 pessoal

Policlínica

Reforma e ampliação da policlínica	R\$ 1.923.744,73 Obras e instalações
------------------------------------	--------------------------------------



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE OURO PRETO
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Rua Mecânico José Português, 240 – São Cristóvão – Tel.: (31) 3559-3300

CEP: 35.400-000 – Ouro Preto – Minas Gerais

E-mail: cmsouropreto@yahoo.com.br / conselhomunicipal.saude362@gmail.com

UBS Antônio Dias

Construção UBS tipo 2 Antônio Dias	R\$ 3.000.000,00 obras e instalações
------------------------------------	--------------------------------------

ACS's e ACE's

Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às endemias

Informatização dos ACS e ACE	R\$ 500.000,00 Serviço de informática
------------------------------	---------------------------------------

Santa Casa

Hemodinâmica	R\$ 1.500.000,00 custeio
--------------	--------------------------

Ouro Preto, 06 de junho de 2025.

Leandro Leonardo de Assis Moreira
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

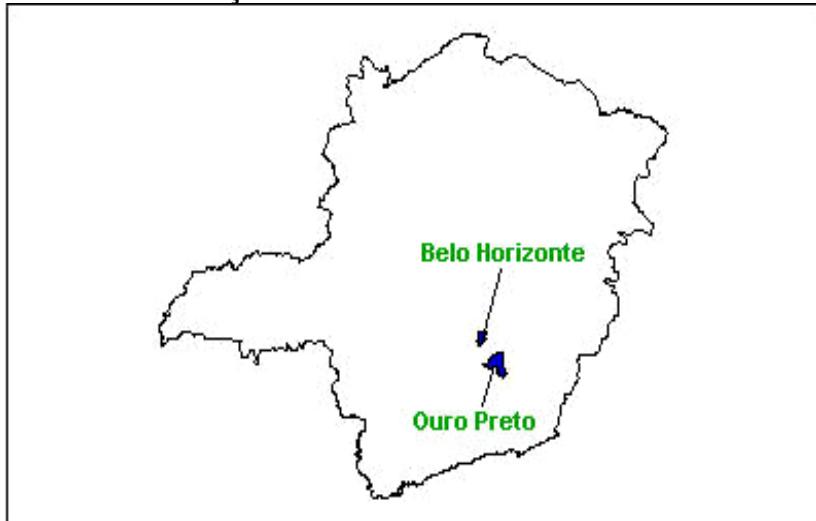
Luiza Ramalho Vitório

Luiza Ramalho Vitório
Vice Presidente do Conselho Municipal de Saúde

CAPITULO 3 – CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

Para caracterizar a situação de Saúde no município de Ouro Preto, procura-se inicialmente delinear um perfil geral da localidade e evidenciar alguns aspectos demográficos, socioeconômicos e epidemiológicos. A partir deste cenário busca-se avançar numa análise da estrutura da rede assistencial pública, dos mecanismos de gestão e controle social existentes no município.

3.1 LOCALIZAÇÃO



Fonte: IGA - Instituto de Geociência Aplicada

Figura 1 Ouro Preto se situa na região central de Minas Gerais, distante 89 Km da capital, Belo Horizonte, 475 Km do Rio de Janeiro, 675 Km de São Paulo e 840 Km de Brasília.

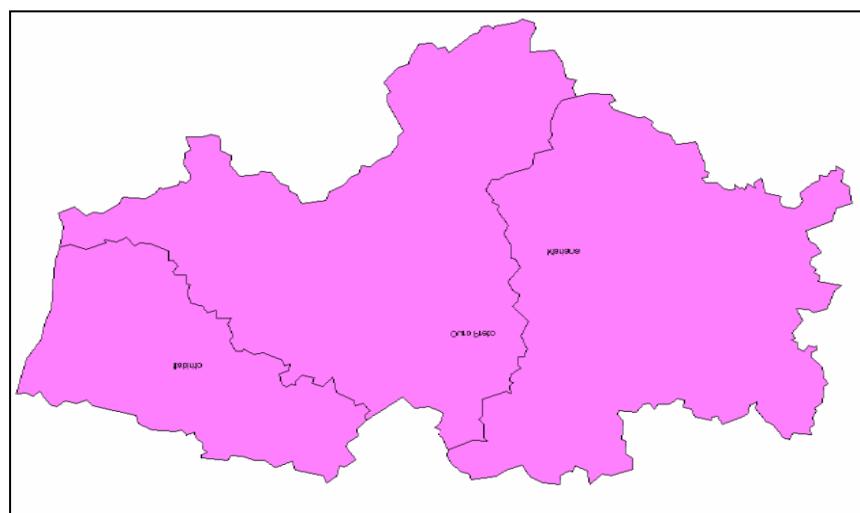
Tem limites com os municípios de Mariana, Itabirito, Congonhas, Santa Bárbara, Catas Altas da Noruega, Ouro Branco, Piranga, Moeda, Belo



Figura 2: Mapa do Município de Ouro Preto e seus distritos



Figura 3: Mapa da Microrregião Ouro Preto



Fonte: www.saude.mg.gov.br – Plano Diretor de Regionalização



3.2 CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA

A caracterização mais atualizada do município de Ouro Preto, é baseada nos dados do Censo do IBGE 2010, ano em que a população foi contabilizada em 70.281 habitantes (IBGE 2010). Outro destaque relevante é entender que, o crescimento populacional do município de Ouro Preto, estimado em 2010, para a década 2001-2010, foi de 0,59% ao ano. Observa-se, nos seis anos (2011-2017), um crescimento médio superior, que atingiu um percentual de 0,90%, elevando a população total para de 74.356 habitantes em 2016. O perfil demográfico de Ouro Preto, se manteve em equilíbrio na categoria de gênero com discreto predomínio do sexo masculino nas faixas etárias que vão de 0 a 24 anos e do feminino nas faixas etárias acima.

Para este Plano Municipal de Saúde 2022/2025 recorremos aos cálculos de estimativa populacional disponível em sites oficiais que estão apresentadas na tabela I, Figuras 4,5 e 6; quadros 1 e 2.

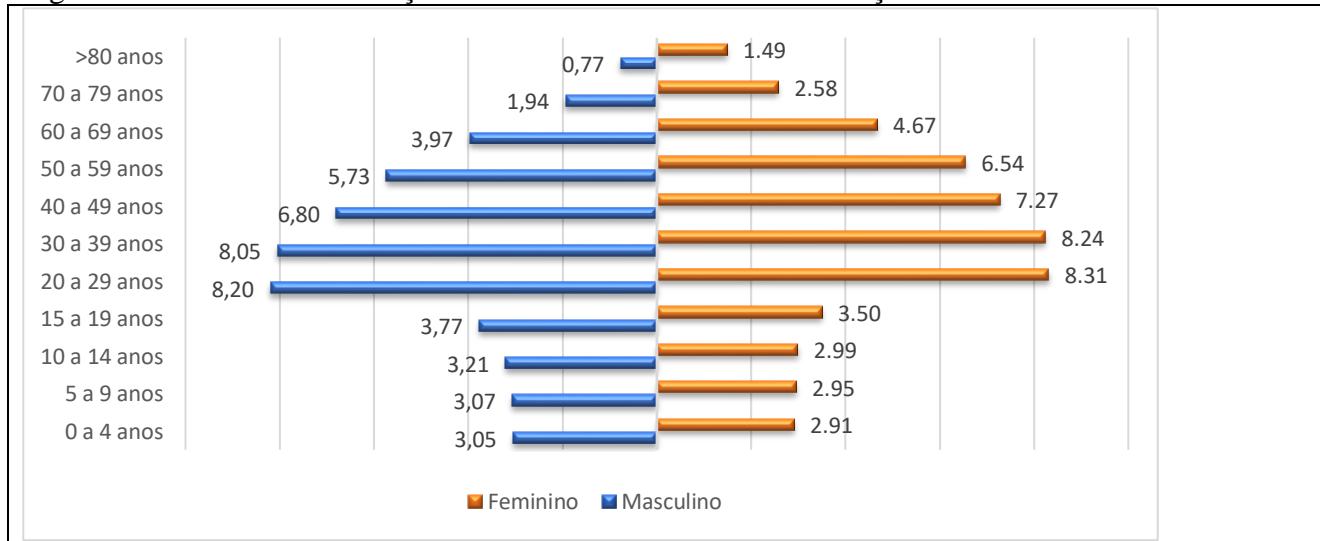


Tabela I - População Residente Por Gênero Segundo Faixa Etária , 2020 – Município De Ouro Preto

Faixa etária	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
0 a 4 anos	2271	3,0	2166	2,9	4437	5,9
5 a 9 anos	2289	3,1	2202	3,0	4491	6,2
10 a 14 anos	2396	3,2	2228	3,0	4624	6,1
15 a 19 anos	2808	3,8	2606	3,5	5414	7,3
20 a 29 anos	6124	8,2	6194	8,3	12318	16,5
30 a 39 anos	6000	8,0	6147	8,2	12147	16,3
40 a 49 anos	5067	6,8	5422	7,3	10489	14,1
50 a 59 anos	4273	5,7	4874	6,5	9147	12,2
60 a 69 anos	2958	4,0	3485	4,7	6443	8,6
70 a 79 anos	1446	1,9	1921	2,6	3367	4,5
>80 anos	573	0,8	1108	1,5	1681	2,3
Total	36205	48,6	38353	51,4	74558	100

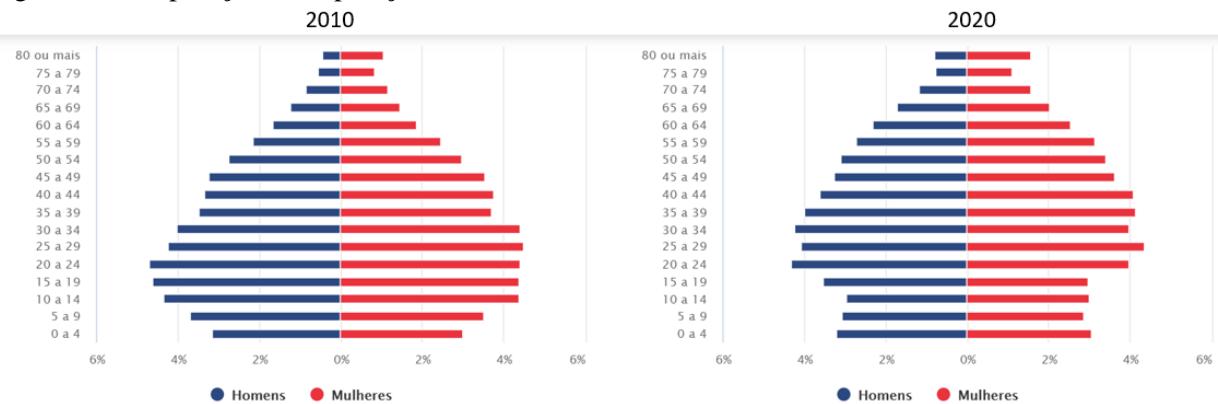
Fonte: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde, 2000 a 2020 – SVS/DASNT/CGIAE

Figura 4 - Pirâmide Da Evolução Etária De Ouro Preto – Distribuição Por Gênero – 2020



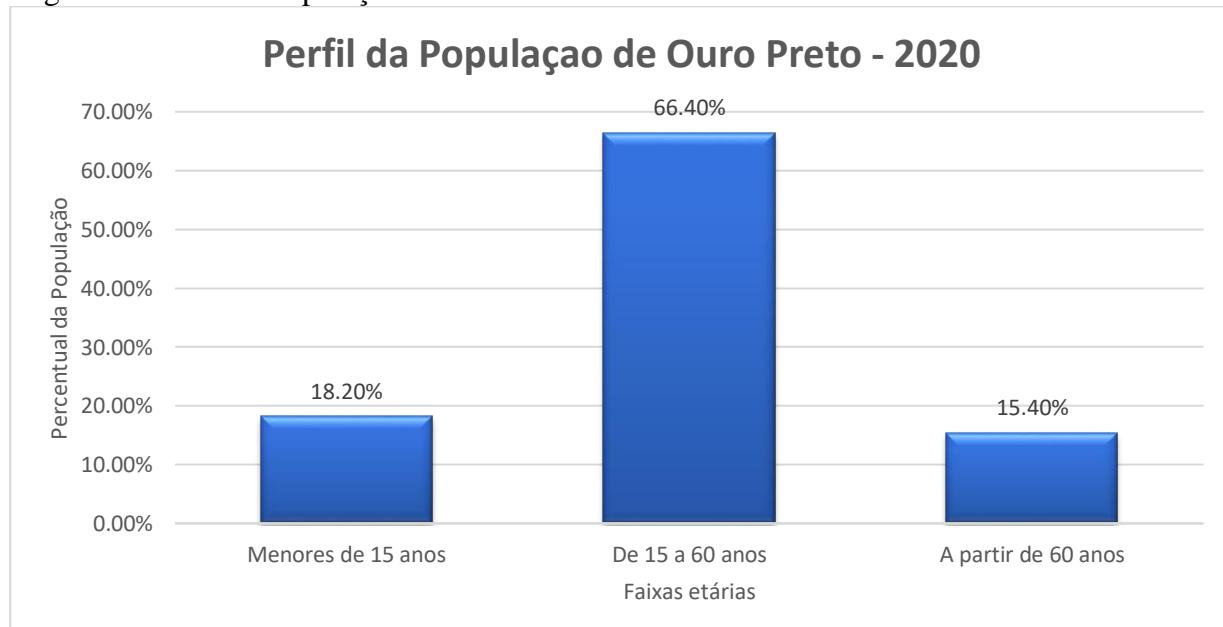
Fonte: Adaptado Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde, 2000 a 2020 – SVS/DASNT/CGIAE

Figura 5 - Comparação da População Anos 2010 e 2020



Fonte: IBGE / Elaboração: Índice Mineiro de Responsabilidade Social IMRS, Fundação João Pinheiro – FJP. Disponível em: <http://imrs.fjp.mg.gov.br>

Figura 6 - Divisão População Por Faixa Etária



Fonte: Adaptado Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde, 2000 a 2020 – SVS/DASNT/CGIAE



Quadro 1- Taxa de População Urbana E Rural

Local	Ouro Preto			Minas Gerais			Brasil			
	Ano	Urbana	Rural	Tx*	Urbana	Rural	Tx*	Urbana	Rural	Tx*
2000	56.292 (84,93%)	9.985 (15,07%)	84,9%	14.671.82 8 (82,00%)	3.219.666 (18,00%)	82,0%	137.927,8 66 (81,23%)	31.871,30 4 (18,77%)	81,2 % %	
2010	61.120 (86,97%)	9.161 (13,03%)	87,0%	16.715.21 6 (85,30%)	2.882.114 (14,70%)	85,3%	160.921,5 92 (84,36 %)	29.834.20 7 (15,64 %)	84,4 % %	

Fonte: Censo IBGE 2010. *Taxa de urbanização - porcentagem da população residente em área urbana em relação à população total.

Quadro 2. Crescimento Populacional Estimado E Média Anos 2010 a 2021

Ano	Ouro Preto	Minas Gerais	Brasil
	População	População	População
2010	66.277	19.957.444	194.890.682
2011	72.606	20.096.163	196.603.732
2012	72.985	20.235.204	198.314.934
2013	73.349	20.371.328	200.004.188
2014	73.699	20.508.631	201.717.541
2015	74.037	20.648.978	203.475.683
2016	74.356	20.780.264	205.156.587
2017	74.659	20.908.628	206.804.741
2018	73.994	21.040.662	208.494.900
2019	74.281	21.168.791	210.147.125
2020	74.558	21.292.666	211.755.692
2021	74.824	21.411.923	213.317.639
TCG (%)* média da população	0,70	0,64	0,82

Fonte: Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2021, IBGE.

*TCG – Taxa de crescimento geométrico.



3.2.1 ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH-M)

Quadro 3: Evolução do IDH-M e alguns componentes de Ouro Preto, 1991-2010

ANO	1991	2000	2010
IDH - M	0,491	0,640	0,741
Educação	0,832	0,911	0,677
Longevidade	0,654	0,754	0,834
Renda	0,637	0,697	0,721

Fonte: IBGE – Atlas de Desenvolvimento Humano

O Índice de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM) - Ouro Preto é 0,741, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,834, seguida de Renda, com índice de 0,721, e de Educação, com índice de 0,677.

Entre 2000 e 2010

O IDHM passou de 0,640 em 2000 para 0,741 em 2010 - uma taxa de crescimento de 15,78%. O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 71,94% entre 2000 e 2010. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,153), seguida por Longevidade e por Renda.

Entre 1991 e 2000

O IDHM passou de 0,491 em 1991 para 0,640 em 2000 - uma taxa de crescimento de 30,35%. O hiato de desenvolvimento humano foi reduzido em 70,73% entre 1991 e 2000. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,241), seguida por Longevidade e por Renda.

Entre 1991 e 2010

De 1991 a 2010, o IDHM do município passou de 0,491, em 1991, para 0,741, em 2010, enquanto o IDHM da Unidade Federativa (UF) passou de 0,493 para 0,727. Isso implica em uma taxa de crescimento de 50,92% para o município e 47% para a UF; e em uma taxa de redução do hiato de desenvolvimento humano de 50,88% para o município e 53,85% para a UF. No município, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,394), seguida por Longevidade e por Renda. Na UF, por sua vez, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,358), seguida



por Longevidade e por Renda. Ouro Preto ocupa a 743^a posição entre os 5.565 municípios brasileiros segundo o IDHM. Nesse ranking, o maior IDHM é 0,862 (São Caetano do Sul - SP) e o menor é 0,418 (Melgaço - PA).

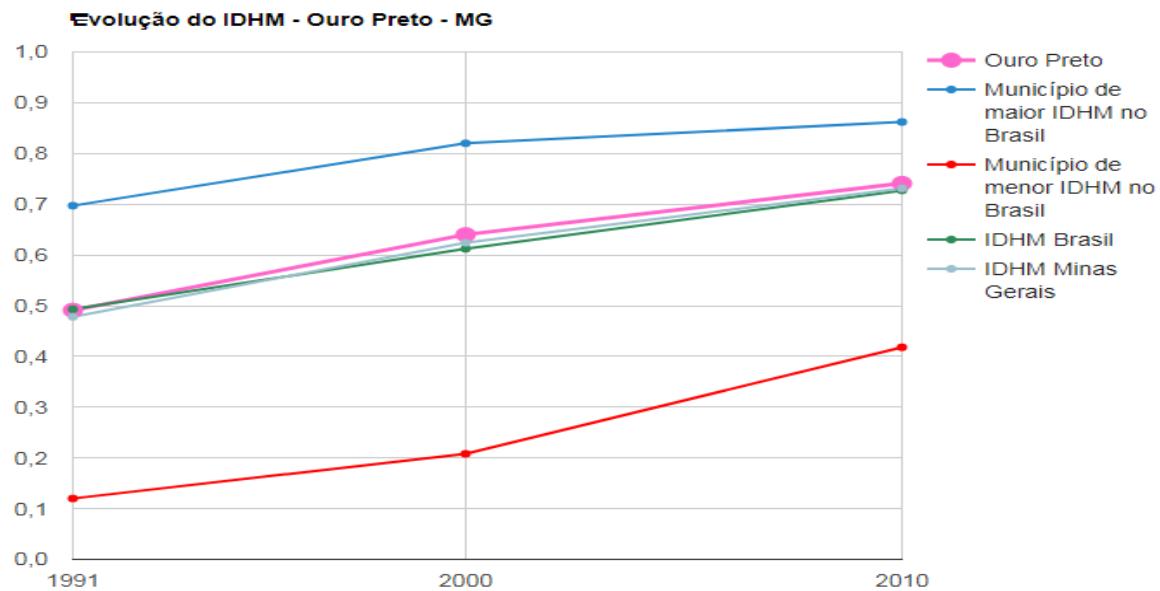
A seguir, apresentamos quadro 8, IDHM detalhado por seus componentes, donde observamos a evolução.

Quadro 4: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes - Município - Ouro Preto - MG

IDHM E COMPONENTES	1991	2000	2010
IDHM EDUCAÇÃO	0,283	0,524	0,677
% de 18 anos ou mais com fundamental completo	28,42	42,84	58,37
% de 5 a 6 anos na escola	46,86	86,94	98,91
% de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental REGULAR SERIADO ou com fundamental completo	41,90	75,24	93,67
% de 15 a 17 anos com fundamental completo Razão entre a população de 15 a 17 anos de idade que concluiu o ensino fundamental, em qualquer de suas modalidades (regular seriado, não seriado, EJA ou supletivo), e o total de pessoas nesta faixa etária, multiplicada por 100.	14,30	49,76	57,82
% de 18 a 20 anos com médio completo	10,28	20,04	41,36
IDHM LONGEVIDADE	0,688	0,754	0,834
Esperança de vida ao nascer	66,26	70,26	75,03
IDHM RENDA	0,607	0,665	0,721
Renda per capita	350,27	502,54	710,55

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Figura 7: Evolução do IDHM de Ouro Preto 1991 - 2010



Fonte: PNUD, IPEA, FJP

3.3 EDUCAÇÃO

Crianças e Jovens

Proporções de crianças e jovens frequentando ou tendo completado determinados ciclos indica a situação da educação entre a população em idade escolar do Estado e compõe o Índice de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM) da Educação. No município, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola era de 98,91%, em 2010 (IBGE-2010). No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental é de 93,67%; a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo é de 57,82%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo é de 41,36%. Entre 1991 e 2010, essas proporções aumentaram, respectivamente, em 52,05, 51,77, 43,52 e 31,08.

Em 2010, 84,17% da população de 6 a 17 anos do município estavam cursando o ensino básico regular com até dois anos de defasagem idade-série. Em 2000 eram 83,40% e, em 1991, 67,88%. Dos jovens adultos de 18 a 24 anos, 17,81% estavam cursando o ensino superior em 2010. Em 2000 eram 5,15% e, em 1991, 3,68%.

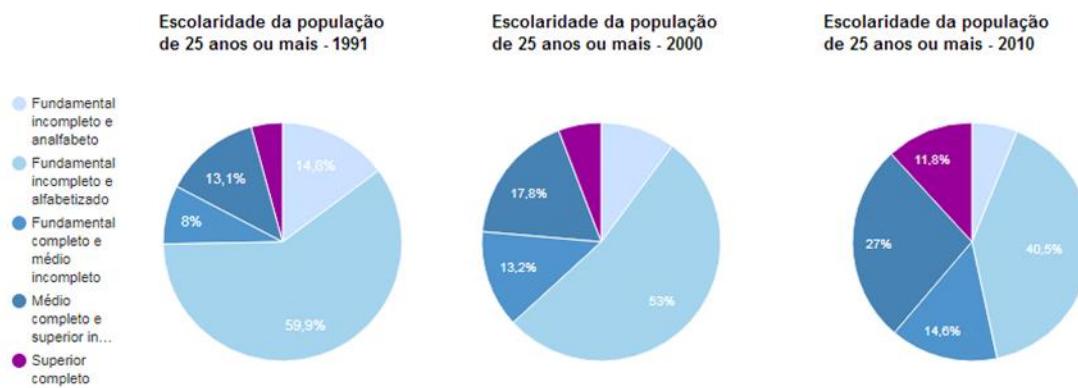
O indicador Expectativa de Anos de Estudo também sintetiza a frequência escolar da população em idade escolar. Mais precisamente, indica o número de anos de estudo que uma criança que inicia a vida escolar no ano de referência deverá completar ao atingir a idade de 18 anos. Entre 2000 e 2010,

ela passou de 9,89 anos para 10,20 anos, no município, enquanto na UF passou de 9,16 anos para 9,38 anos. Em 1991, a expectativa de anos de estudo era de 8,36 anos, no município, e de 8,36 anos, na UF.

População Adulta

Também compõe o IDHM Educação um indicador de escolaridade da população adulta, o percentual da população de 18 anos ou mais com o ensino fundamental completo. Esse indicador carrega uma grande inércia, em função do peso das gerações mais antigas, de menor escolaridade. Entre 2000 e 2010, esse percentual passou de 42,84% para 58,37%, no município, e de 39,76% para 54,92%, na UF. Em 1991, os percentuais eram de 28,42% ,no município, e 30,09%, na UF. Em 2010, considerando-se a população municipal de 25 anos ou mais de idade, 6,17% eram analfabetos, 53,37% tinham o ensino fundamental completo, 38,78% possuíam o ensino médio completo e 11,82%, o superior completo. No Brasil, esses percentuais são, respectivamente, 11,82%, 50,75%, 35,83% e 11,27%. (Figura 8)

Figura 8: Escolaridade da População Adulta de Ouro Preto, 1991 – 2010.



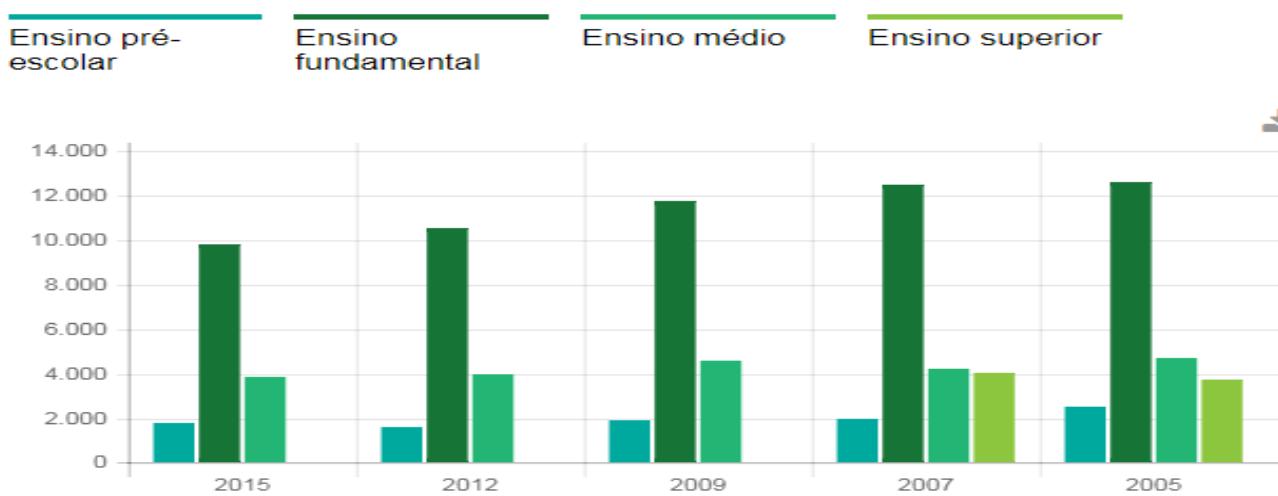
Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública do município tiveram nota média de 6.1 no IDEB. Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 4.3. Na comparação com cidades do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava este município na posição 400 de 853. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 574 de 853. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 98.8% em 2010. Isso posicionava o município na posição 136 de 853 dentre as cidades do estado e na posição 834 de 5570 dentre as cidades do Brasil. Ainda em 2015, a rede de

ensino contava com 43 pré-escolas, com 1758 matrículas, 48 escolas fundamental com 9.783 matrículas e 12 escolas de ensino médio com 3.873 matrículas, no município.

Figura 9: Matrículas por etapa de escolarização 2015

Matrículas (Unidade: matrículas)



A proporção de jovens com poucos anos de estudo diminuiu de forma acentuada durante as décadas de 1991 a 2015, mostrando que houve continuidade e acerto na política educacional implementada pelas diferentes administrações que passaram pela Prefeitura de Ouro Preto conforme apresentado na figura 9.

3.4- CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

3.4.1 - FINANÇAS PÚBLICAS

A tabela II mostra a evolução da Receita Corrente Bruta do município no período 2017-2020.

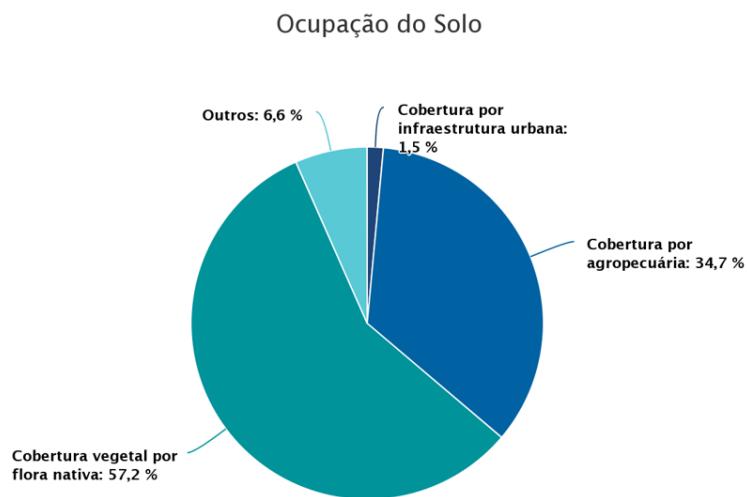
Tabela II - Receita Corrente Bruta do município de Ouro Preto, Minas Gerais, 2017-2020			
Anos	ICMS	Outros	Total Bruto
2017	115.842.541,60	141.670.350,22	257.512.891,82
2018	81.567.213,42	161.635.033,13	243.202.246,55
2019	86.846.429,30	217.699.871,43	304.546.300,73
2020	115.738.574,14	248.271.807,21	364.010.381,35

Fonte: Secretaria Municipal de Fazenda, 2021

3.4.2- Atividade Econômica

A área territorial de Ouro Preto é de **1.247 Km²**, sendo ocupada da seguinte forma: 57,2% cobertura vegetal por flora nativa; 347 % agropecuária e 1,5% infraestrutura urbana (Figura 10). A produção agrícola e pecuária no município de Ouro Preto foram apresentadas nos quadros 05 e 06.

Figura 10. Divisão da área territorial por tipo de ocupação do solo no município de Ouro Preto-MG, 2020.



Fonte: MapBiomas, IBGE / Elaboração: Índice Mineiro de Responsabilidade Social IMRS, Fundação Joao Pinheiro – FJP. Disponível em: <http://imrs.fjp.mg.gov.br>

Quadro 5. Produção Pecuária no município e Ouro Preto – MG, principais efetivos no ano de 2010 -2020.

Especificação	Número de cabeças Município de Ouro Preto				Número de cabeças Minas Gerais
	2003	2010	2015	2020*	
Bovinos	9.700	10.303	10.066	33.448	22.165.606
Buballinos	-	-	18	169	76.042
Equinos	650	745	2955	3.584	828.296
Suínos total	1.990	2.242	7.840	3.682	5.229.317
Caprinos	-	86	560	433	75.863
Ovinos	-	-	-	752	206.851
Galináceos total	11.550	12.860	11.080	56.100	120.267.089
Codornas	-	-	500	110	2.674.758

Fonte: Atlas do desenvolvimento Humano no Brasil, IBGE.

*Pesquisa da Pecuária Municipal, IBGE,2021

Quadro 06 – Produção Agrícola Segundo Área Colhida e Rendimento Médio Por Hectare

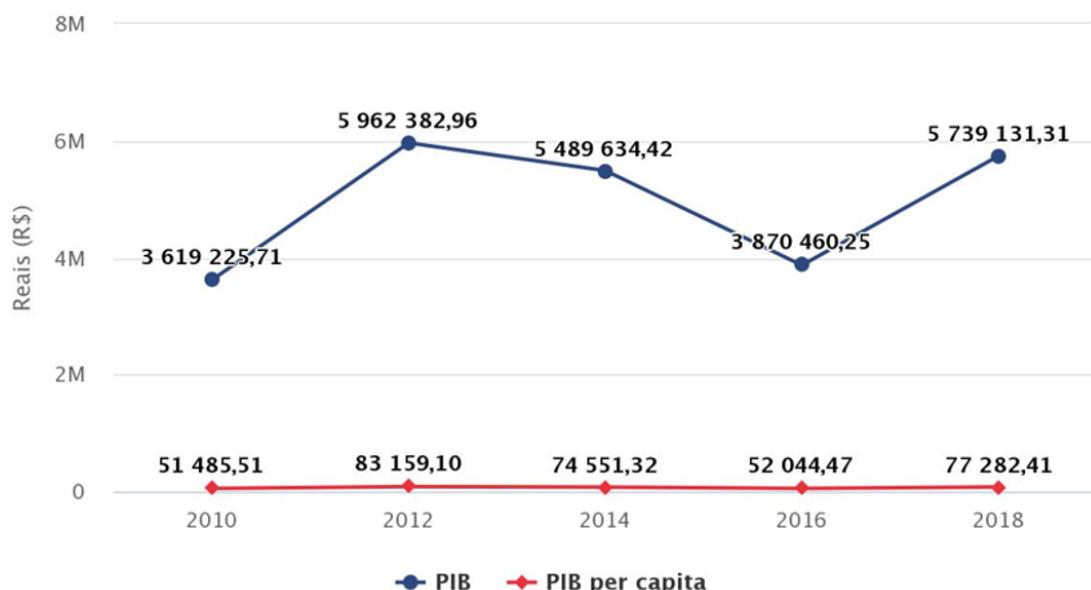
	Área colhida (Ha)			Quantidade produzida (toneladas)			Rendimento médio (ton/Ha)		
	2015	2016	2020	2015	2016	2020	2015	2016	2020
Banana	50	40	43	600	480	386	12t/ha	12t/ha	9 t/ha
Café	-	-	30	-	-	55	-	-	1,8 t/ha
Laranja	32	25	13	384	300	325	12t/ha	12t/ha	25 t/ha

Fonte: Produção Agrícola Municipal – PAM, IBGE.

3.4.3 - PIB

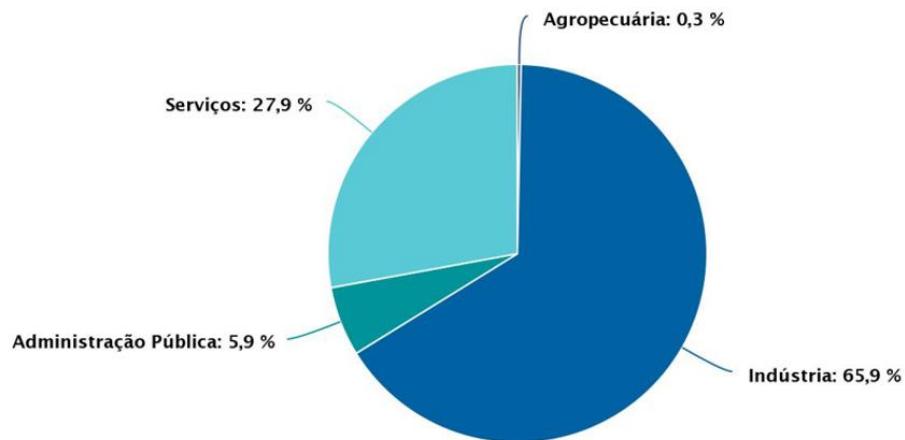
Uma medida das atividades econômicas desenvolvidas no território de Ouro Preto é apresentada pelo Produto Interno Bruto (PIB). O PIB corresponde à soma monetária de todos os bens e serviços finais produzidos numa localidade, durante um período determinado. O gráfico abaixo mostra a evolução do PIB e do PIB per capita de Ouro Preto, entre 2010 e 2018 e também destaca, por meio de um gráfico pizza, a contribuição de cada atividade econômica na geração do valor agregado municipal em 2018.

Figura 11: Evolução do PIB e do PIB per capita, entre 2010 e 2018 no município de Ouro Preto-MG.



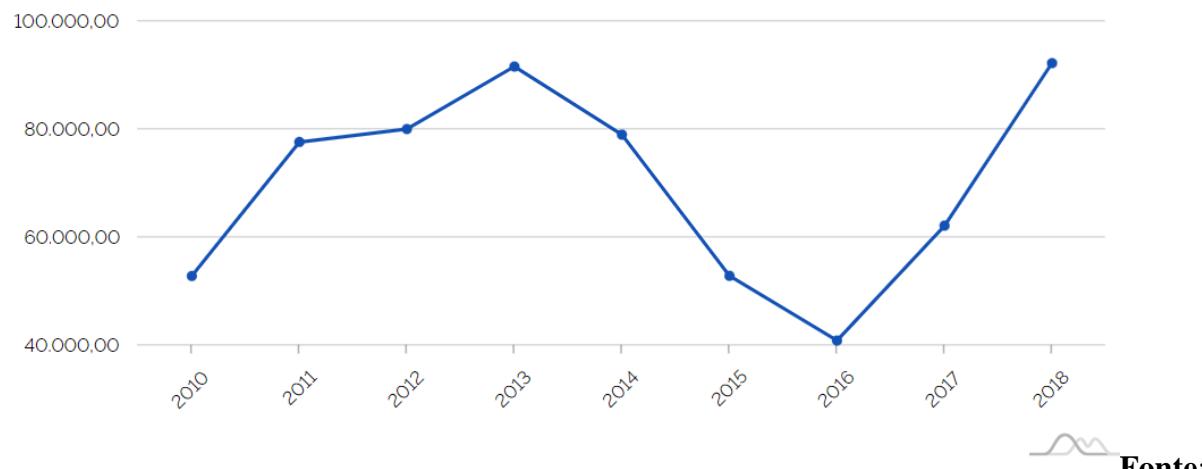
Fonte: IBGE / Elaboração: Índice Mineiro de Responsabilidade Social IMRS, Fundação João Pinheiro – FJP. Disponível em: <http://imrs.fjp.mg.gov.br>

Figura 12 Distribuição de cada atividade econômica na geração do valor agregado no município de Ouro Preto-MG, 2018.



Fonte: IBGE / Elaboração: Índice Mineiro de Responsabilidade Social IMRS, Fundação Joao Pinheiro – FJP. Disponível em: <http://imrs.fjp.mg.gov.br>

Figura 13. Comportamento do PIB de Ouro Preto, 2010- 2018.



Fonte: IBGE / Elaboração: Índice Mineiro de Responsabilidade Social IMRS, Fundação Joao Pinheiro – FJP. Disponível em: <http://imrs.fjp.mg.gov.br>

3.4.4 - RENDA

Em 2000, os indicadores de renda medidos pelo IBGE mostram um crescimento de 43,5% na renda média per capita no período de 1991 a 2000 (Quadro 07). Observou-se uma diminuição de 36,1% nos níveis de pobreza, medido pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 75,50, que equivale a metade do salário mínimo vigente em agosto de 2000. O Índice de GINI, que

indica os níveis de pobreza da população, também apresentou ligeiro declínio no período de 1991 a 2000 em Ouro Preto, passando de 0,59 para 0,57.

Em 2010, contatou-se que a **renda per capita** média de Ouro Preto cresceu 102,86% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 350,27, em 1991, para R\$ 502,54, em 2000, e para R\$ 710,55, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 3,79%. A taxa média anual de crescimento foi de 4,09%, entre 1991 e 2000, e 3,52%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 39,27%, em 1991, para 20,29%, em 2000, e para 9,05%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini¹, que passou de 0,58, em 1991, para 0,56, em 2000, e para 0,50, em 2010.

Quadro 7: Indicadores de Renda, Pobreza e Desigualdade, Ouro Preto/MG, 1991 - 2010

ANO	1991	2000	2010
Renda per capita	350,27	502,54	710,55
% de extremamente pobres	16,12	6,00	2,64
% de pobres	39,27	20,29	9,05
Índice de Gini	0,58	0,56	0,50

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Os indicadores de renda/classes sociais (IBGE/2016 e o Decreto Federal nº 8.794 de 29 de junho de 2016), trazem como informações que a população de pobres e extremamente pobres do Brasil, pertencentes à classe E que possui renda \leq a 2 salários mínimos (salário R\$937,00/2017), sendo considerados pobres aqueles que possuem até R\$170,00 de renda per capita mensal e extremamente pobres aqueles com renda mensal per capita até R\$85,00.

3.4.5 - TRABALHO

Entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 64,10% em 2000 para 68,68% em 2010. Ao

¹É um instrumento usado para medir o grau de concentração de renda. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de 0 a 1, sendo que 0 representa a situação de total igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda, e o valor 1 significa completa desigualdade de renda, ou seja, se uma só pessoa detém toda a renda do lugar.



mesmo tempo, sua taxa de desocupação (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 13,75% em 2000 para 7,84% em 2010.

Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais do município, 6,53% trabalhavam no setor agropecuário, 7,17% na indústria extrativa, 7,46% na indústria de transformação, 11,70% no setor de construção, 0,94% nos setores de utilidade pública, 13,14% no comércio e 49,65% no setor de serviços.

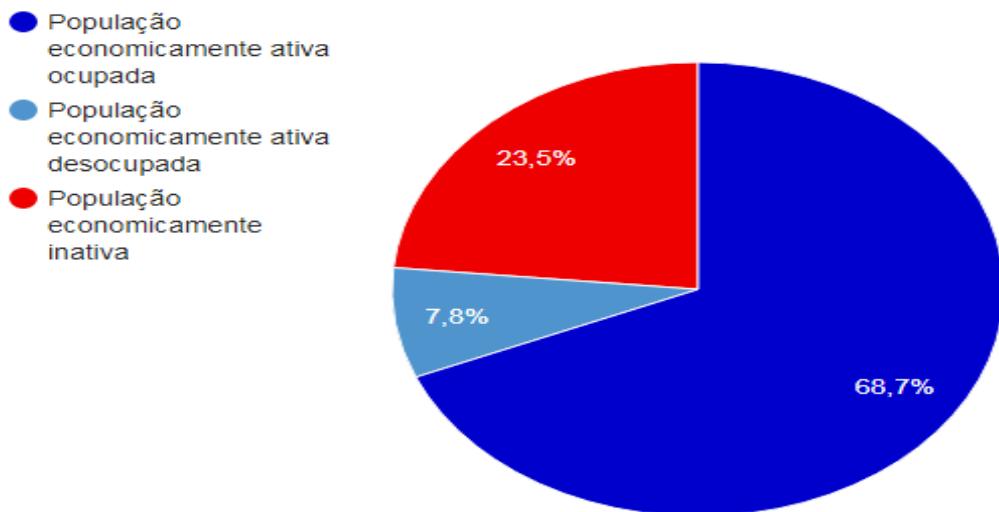
Quadro 08: Ocupação da população ≥ 18 anos - Município - Ouro Preto – MG

ANO	2000 (%)	2010 (%)
Taxa de atividade - 18 anos ou mais	64,10	68,68
Taxa de desocupação - 18 anos ou mais	13,75	7,84
Grau de formalização dos ocupados - 18 anos ou mais	58,61	66,94
Nível educacional dos ocupados		
% dos ocupados com fundamental completo - 18 anos ou mais		
Razão entre o número de pessoas de 18 anos ou mais de idade ocupadas que já concluíram o ensino fundamental (regular seriado, regular não seriado, EJA ou supletivo) e o número total de pessoas ocupadas nessa faixa etária, multiplicada por 100.	49,35	65,67
% dos ocupados com médio completo - 18 anos ou mais	30,83	47,85
Rendimento médio		
% dos ocupados com rendimento de até 1 s.m. - 18 anos ou mais	51,13	15,38
% dos ocupados com rendimento de até 2 s.m. - 18 anos ou mais	78,22	72,62
% dos ocupados com rendimento de até 5 s.m. - 18 anos ou mais	92,51	92,49

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Figura 14:

Composição da população de 18 anos ou mais de idade – 2010



Fonte: PNUD, IPEA, FJP

3.5 SANEAMENTO BÁSICO

Dede janeiro de 2020, o município de Ouro Preto formalizou contrato com a SANEOURO que é um consórcio formado pelas empresas GS Inima Brasil e MIP responsável pela prestação dos serviços de água e esgoto da cidade

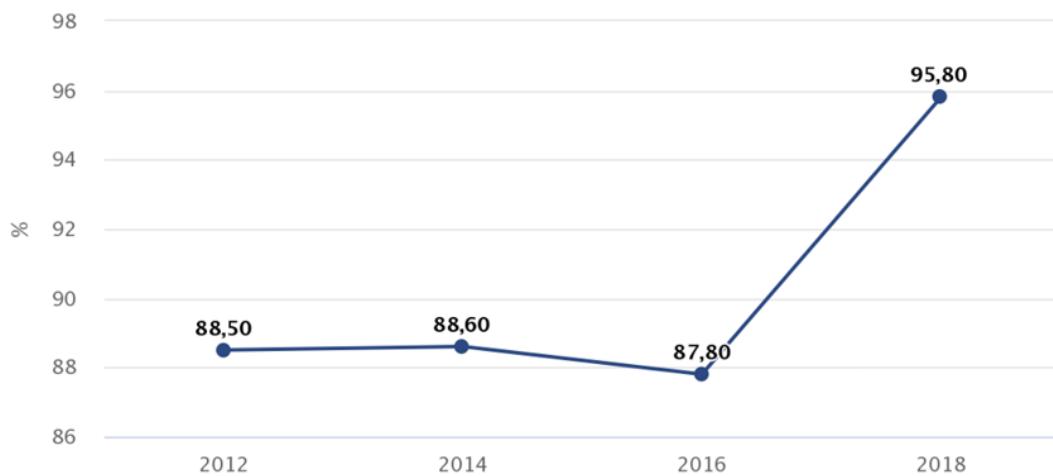
Com 74 mil habitantes distribuídos por 12 distritos além da sede, o principal desafio em Ouro Preto é universalizar os serviços de saneamento básico, já que o município conta com um dos mais antigos sistemas de água e esgoto do Brasil, criado em 1890.

Além da universalização dos serviços que atendem hoje 88% dos moradores com água potável, e 67% com coleta de esgoto, mas trata apenas aproximadamente 1% dos efluentes domésticos coletados.

3.5.1 - Água

Abastecimento de água

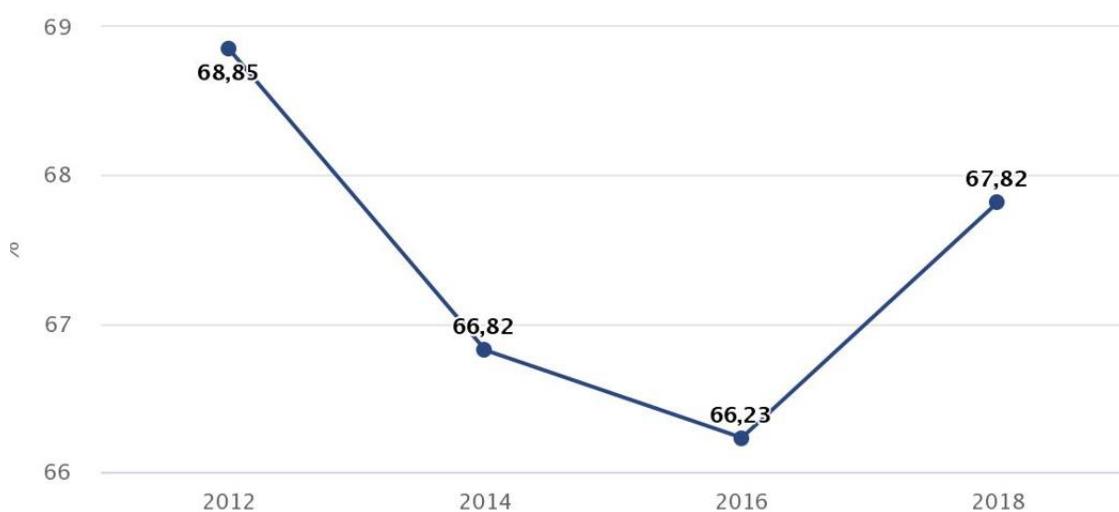
Figura 15. Percentual da população urbana residente em domicílios ligados a rede de abastecimento de água de Ouro Preto, 2012-2018.



Fonte: SNIS - Sistema Nacional de Informações Sobre Saneamento / **Elaboração:** Fundação João Pinheiro.

3.5.2 - Esgotamento Sanitário

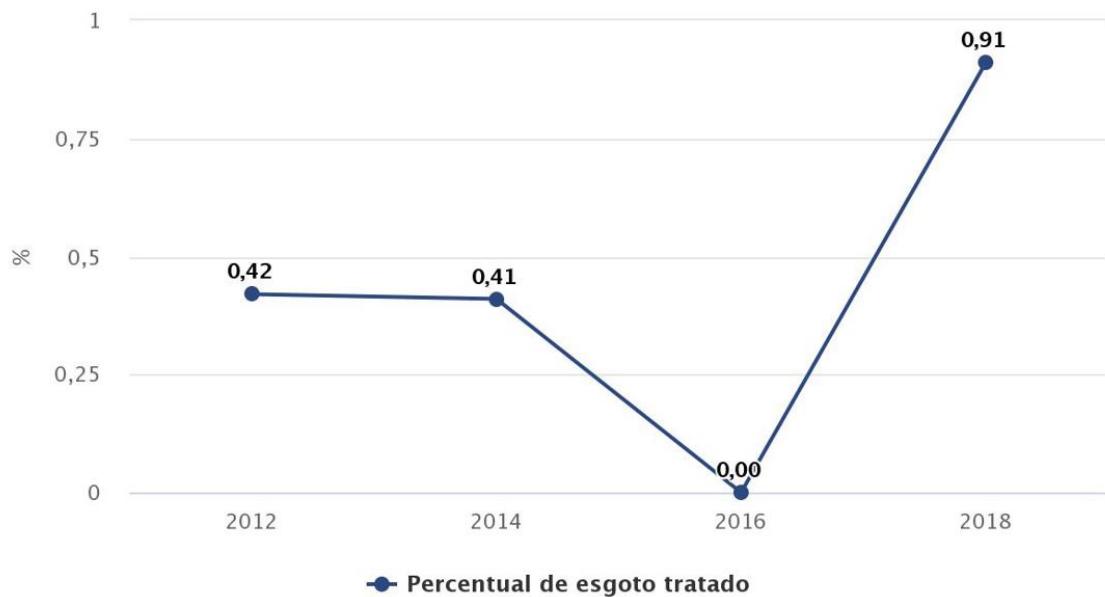
Figura 16. Percentual da população urbana residente em domicílios ligados a rede de esgoto de Ouro Preto, 2012-2018.



● Percentual da população urbana residente em domicílios ligados à rede de esgoto

Fonte: SNIS - Sistema Nacional de Informações Sobre Saneamento / **Elaboração:** Fundação João Pinheiro.

Figura 17. Percentual do esgoto tratado no município de Ouro Preto, 2012-2018.



Fonte: SNIS - Sistema Nacional de Informações Sobre Saneamento / **Elaboração:** Fundação João Pinheiro.

3.5.3 - Resíduos Sólidos

Figura 18: Percentual da população urbana efetivamente atendida com os serviços regulares de coleta de lixo domiciliar no município de Ouro Preto, 2012-2018.



* No ano de 2016, os dados não foram plotados porque não foram informados pelos municípios.

Fonte: SNIS - Sistema Nacional de Informações Sobre Saneamento / **Elaboração:** Fundação João Pinheiro.

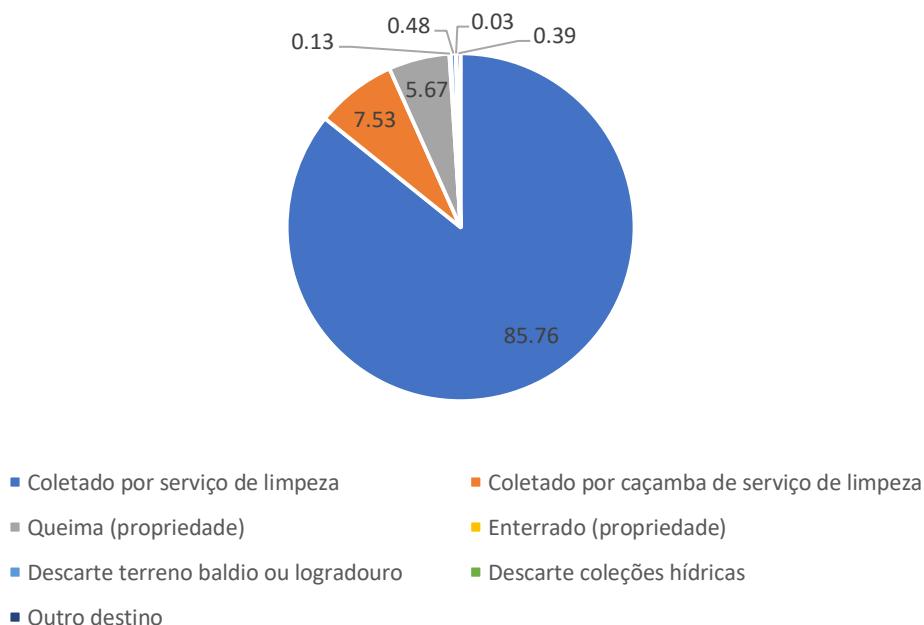
Tabela III. Coleta e destinação de resíduos sólidos, por domicílio no município de Ouro Preto-MG, 2010

Tipo de destino	n º de domicílios	%
Coletado por serviço de limpeza	17440	85,76
Coletado por caçamba de serviço de limpeza	1531	7,53
Queima (propriedade)	1154	5,67
Enterrado (propriedade)	26	0,13
Descarte terreno baldio ou logradouro	97	0,48
Descarte coleções hídricas	7	0,03
Outro destino	80	0,39
Total	20335	100,00

Fonte: DATASUS

Figura 19- Coleta e destinação de resíduos sólidos, por domicílio no município de Ouro Preto-MG, 2010.

Coleta e destinação de resíduos sólidos por domicílio



Fonte: DATASUS

3.5.4- Energia elétrica

Dados do IBGE, mostraram que no ano 2000, cerca de 98% dos domicílios do município eram cobertos por serviços de energia elétrica. E que esse percentual alcançou a marca de 99,67% em 2010, segundo o mesmo órgão.

3. 6 -VULNERABILIDADE SOCIAL

Quadro 09. Vulnerabilidade Social- Ouro Preto – MG, 2012 a 2017

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
% de meninas de 10 a 14 anos de idade que tiveram filhos DATASUS	-	0,57	0,74	0,44	0,58	0,59
% de adolescentes de 15 a 17 anos de idade que tiveram filhos DATASUS	-	13,95	14,59	13,17	12,90	12,76
% de analfabetos com 15 anos ou mais de idade no Cadastro Único Cadastro Único	-	-	4,82	4,47	4,92	5,84
% de pessoas inscritas no Cadastro Único sem abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de lixo adequados Cadastro Único	-	-	5,22	4,79	4,61	4,25
% de pessoas inscritas no Cadastro Único sem abastecimento de água adequado Cadastro Único	-	-	14,98	13,60	12,75	11,35
% de pessoas inscritas no Cadastro Único sem esgotamento sanitário adequado Cadastro Único	-	-	17,55	16,35	15,74	13,49
% de pessoas inscritas no Cadastro Único sem coleta de lixo adequada Cadastro Único	-	-	9,57	8,72	8,33	6,98
Taxa de Mortalidade infantil PNAD	-	-	-	-	-	-
Taxa de envelhecimento PNAD	-	-	-	-	-	-
Razão de dependência PNAD	-	-	-	-	-	-

Fonte: Ministério da Cidadania, CadÚnico



Quadro 10. Vulnerabilidade Social - Brasil, 2012 a 2017

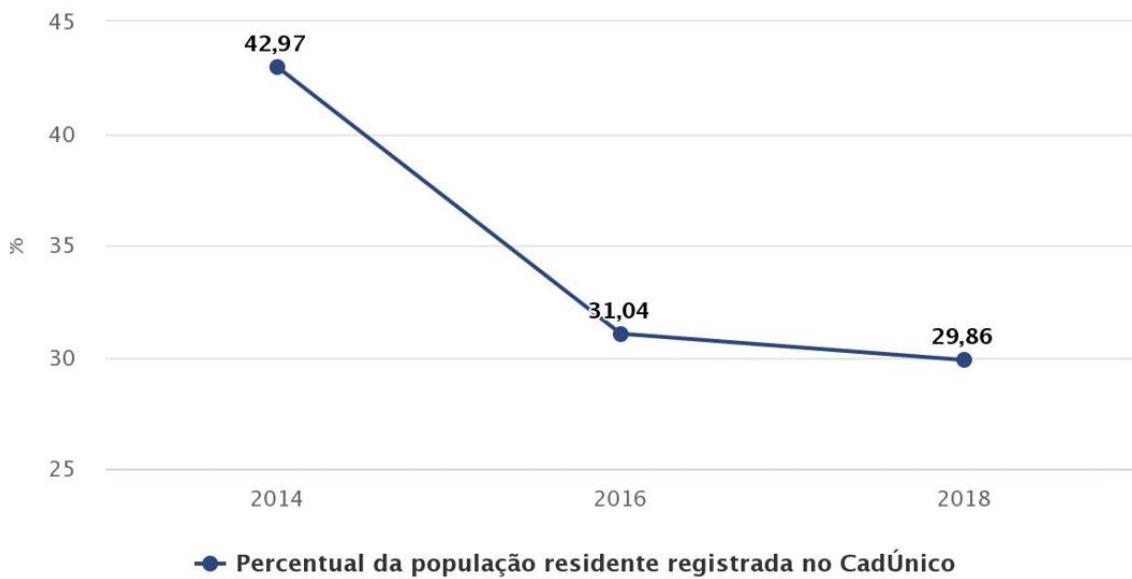
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
% de meninas de 10 a 14 anos de idade que tiveram filhos DATASUS	-	0,96	0,95	0,88	0,84	0,76
% de adolescentes de 15 a 17 anos de idade que tiveram filhos DATASUS	-	18,32	17,94	17,26	16,70	15,69
% de analfabetos com 15 anos ou mais de idade no Cadastro Único Cadastro Único	-	-	10,34	10,15	9,89	10,40
% de pessoas inscritas no Cadastro Único sem abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de lixo adequados Cadastro Único	-	-	15,88	15,06	14,55	13,72
% de pessoas inscritas no Cadastro Único sem abastecimento de água adequado Cadastro Único	-	-	29,79	28,67	28,04	27,43
% de pessoas inscritas no Cadastro Único sem esgotamento sanitário adequado Cadastro Único	-	-	44,03	43,06	42,14	40,81
% de pessoas inscritas no Cadastro Único sem coleta de lixo adequada Cadastro Único	-	-	24,07	22,79	21,92	20,70
Taxa de Mortalidade infantil PNAD	15,69	15,02	14,40	13,82	13,29	12,81
Taxa de envelhecimento PNAD	8,79	8,96	9,29	9,49	9,84	10,01
Razão de dependência PNAD	45,77	45,46	44,63	44,10	43,48	43,46

Fonte: Ministério da Cidadania, CadÚnico

O Cadastro Único do Ministério da Cidadania (CadÚnico), gerado no município e consolidado na instância federal, é a base de dados utilizada para a construção dos índices do IMRS-vulnerabilidade. As pessoas/famílias se inscrevem neste cadastro para se candidatar a algum tipo de auxílio ou programa do governo federal na área da assistência social. Em 2019, 29,77% da população de Ouro

Ouro Preto estava cadastrada no CadÚnico (Índice Mineiro de Responsabilidade Social IMRS, Fundação Joao Pinheiro – FJP Disponível em: <http://imrs.fjp.mg.gov.br>).

Figura 19. Percentual da população registrada no CadÚnico no município de Ouro Preto, 2012-2018.



Fonte: Índice Mineiro de Responsabilidade Social IMRS, Fundação Joao Pinheiro – FJP Disponível em: <http://imrs.fjp.mg.gov.br>).



CAPÍTULO 4 – ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

4.1. DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO

Abaixo encontramos o quantitativo de nascimento e óbitos no município de Ouro Preto-MG, entre 2015 e 2020.

Tabela IV: Comparação Do Total de Nascidos Vivos e Óbitos Entre Município, Estado e País; Período 2015-2020

	Total de Nascidos vivos			Total de óbitos		
	Ouro	Minas	Brasil	Ouro	Minas	Brasil
	Preto	Gerais		Preto	Gerais	
2015	911	268.305	3.017.668	404	131.274	1.264.175
2016	868	253.520	2.857.800	440	135.257	1.309.774
2017	854	260.959	2.923.535	454	138.118	1.312.663
2018	871	263.640	2.944.932	501	135.619	1.316.719
2019	768	256.892	2.849.146	471	141.022	1.349.801
2020	767	246.339	2.726.025	548	151.235	1.552.740
Total	5.039	1.549.655	17.319.106	2818	832.535	8.105.872

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC e Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.

4.1.1 NASCIDOS VIVOS

Tabelas III e IV mostram a série histórica de nascidos vivos em Ouro Preto e no Estado de Minas Gerais entre 2015 – 2020, segundo informações disponíveis no site do DATASUS. O item que chama a atenção é o crescimento considerável de partos cesáreos sobre os partos vaginais durante todo o período no município. Observa-se uma flutuação nos percentuais de parto com prematuridade, variando de 8,67 a 14,24%, no ano de 2018 tivemos maior percentual chegando a aproximadamente 15%; com 85,7 % dos partos prematuros acontecendo após a 37^a semana e 14,5 % antes 37^a semana de gestação.

Tabela V: Informações sobre nascimentos em Ouro Preto 2015 – 2020.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nº nascidos vivos	911	868	854	871	768	767
%parto com prematuridade	8,67	12,10	13,35	14,24	12,76	11,08

% mães de 10-14 anos	0,44	0,58	0,59	0,46	0,78	0,13
% mães de 15-19 anos	13,17	12,90	12,76	11,83	10,55	10,56
% parto cesárea	63,12	58,06	57,49	54,31	57,16	55,81
% parto vaginais	36,98	41,94	42,39	45,46	42,57	42,89
% informações parto ignoradas	-	-	0,12	0,23	0,36	1,30

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Tabela VI- Percentual de parto com prematuridade no município de Ouro Preto-MG, 2015 -2019

	Antes da 37^asemana de gestação	Após 37^a semana de gestação	Ignorado	% parto com prematuridade
2015	8,67	86,06	5,27	8,67
2016	12,10	85,94	1,96	12,10
2017	13,35	85,71	0,94	13,35
2018	14,24	85,65	0,11	14,24
2019	12,76	86,72	0,52	12,76

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Quando avaliamos o Percentual de Nascidos Vivos com Atendimento Pré-Natal, observa-se que houve uma diminuição do percentual de nascidos vivos sem nenhuma consulta de atendimento pré-natal durante todo período avaliado. O número de nascidos vivos com média de 7 ou mais consultas de atendimento pré-natal, aumentou durante o período, atingindo 82,68% no ano de 2019 (Tabela VII)

Tabela VII - Percentual de Nascidos Vivos com Atendimento Pré-Natal

	Nenhum a	%	<7 consulta		7 ou mais consulta		Ignorad o	%	Total
			s	%	s	%			
2015	16	1,76	187	20,53	707	77,61	1	0,11	911
2016	11	1,27	206	23,73	651	75,00	-	0,00	868
2017	5	0,59	151	17,68	698	81,73	-	0,00	854
2018	5	0,57	146	16,76	718	82,43	2	0,23	871
2019	6	0,78	126	16,41	635	82,68	1	0,13	768

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

4.1.2 MORTALIDADE GERAL

Na tabela VIII, apresentamos os dados dos óbitos de residentes em Ouro Preto, no período de 2015 a 2020, mostrando maior prevalência dos óbitos associadas a CID-10 das doenças do Aparelho Circulatório, seguido das Neoplasias e Doenças do Aparelho respiratório. No ano de 2020, houve aumento do coeficiente de mortalidade de doenças infecciosa, com 1,21 mortes para cada 1000 habitantes. A mortalidade geral apresentou um aumento gradativo no município, conforme dados apresentados na Tabela x, tendo passado de 5,46 mortes para cada 1000 habitantes em 2015, para 7,32 mortes para 1.000 habitantes no ano de 2020.

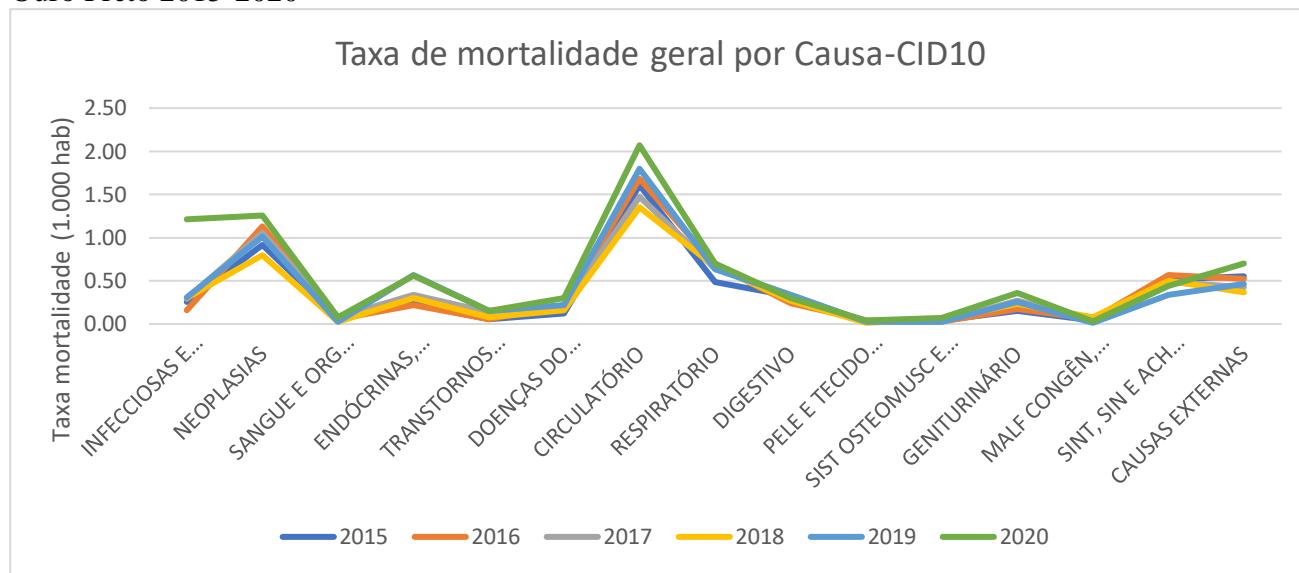
Tabela VIII -Taxa de Mortalidade Geral por capítulos CID-10, no município de Ouro Preto nos anos de 2015 a 2020.



Taxa de Mortalidade Geral por capítulos CID-10	2015	2016	2017	2018	2019	2020
I. Algumas doenças infecciosas	0,26	0,16	0,29	0,30	0,31	1,21
II. Neoplasias (tumores)	0,92	1,13	1,06	0,80	1,01	1,26
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitários	0,08	0,05	0,08	0,03	0,03	0,08
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0,23	0,22	0,33	0,30	0,57	0,56
V. Transtornos mentais e comportamentais	0,05	0,05	0,13	0,08	0,15	0,15
VI. Doenças do sistema nervoso	0,12	0,22	0,20	0,16	0,22	0,30
VII. Doenças do olho e anexos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
IX. Doenças do aparelho circulatório	1,61	1,68	1,47	1,35	1,80	2,07
X. Doenças do aparelho respiratório	0,49	0,69	0,64	0,66	0,64	0,70
XI. Doenças do aparelho digestivo	0,32	0,24	0,33	0,27	0,34	0,30
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,03	0,04	0,03	0,01	0,03	0,04
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0,04	0,03	0,03	0,05	0,03	0,07
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0,15	0,17	0,27	0,23	0,26	0,36
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	0,04	0,05	0,04	0,08	0,01	0,03
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laboratoriais	0,51	0,56	0,48	0,50	0,34	0,44
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0,55	0,52	0,43	0,36	0,46	0,70
Coeficiente mortalidade total	5,46	5,89	5,92	5,35	6,31	7,32

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

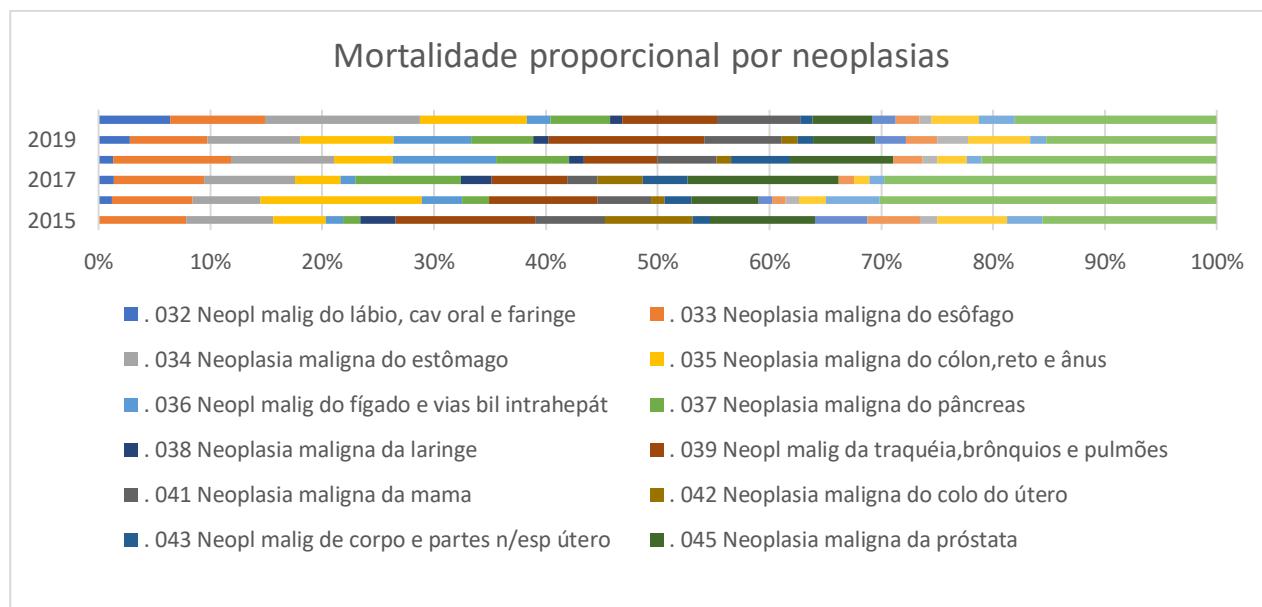
Figura 21 . Coeficientes de Mortalidade (x 1000 hab.) por causa definida CID-10, no município de Ouro Preto 2015-2020



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Quando se avalia a mortalidade proporcional por causa específica, no grupo de neoplasias, os maiores percentuais identificados foram neoplasias malignas de pâncreas e traqueia/brônquios e pulmões. Houve diminuição dos percentuais de câncer de colo de útero e próstata, principalmente nos anos de 2019 e 2020.

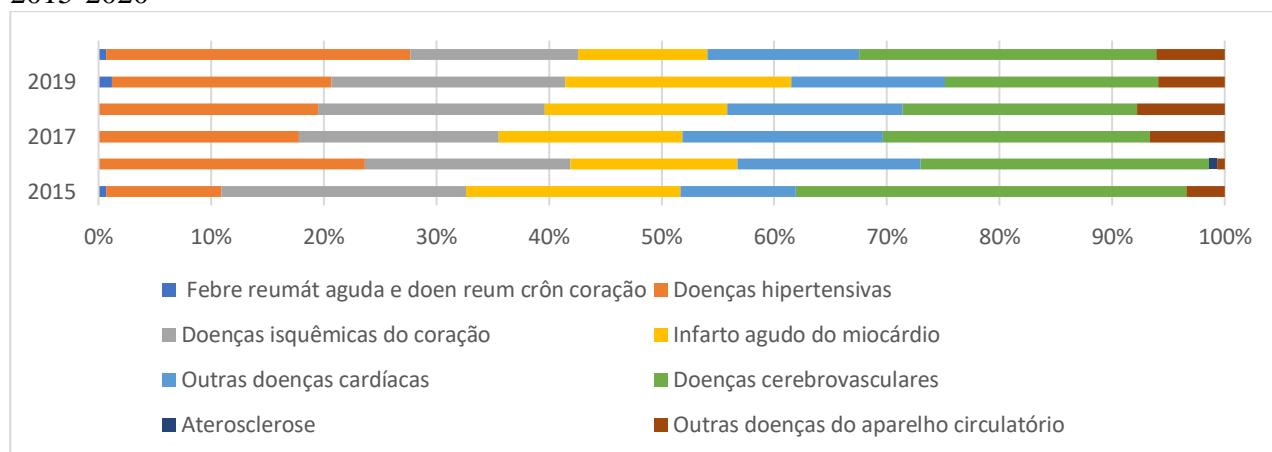
Figura 22. Mortalidade proporcional por neoplasias, no município de Ouro Preto 2015-2020.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Na avaliação da mortalidade proporcional por causa específica, no grupo de doenças do aparelho circulatório os maiores percentuais identificados foram doenças cerebrovasculares, com aumento expressivo de doenças hipertensivas no ano de 2020. Houve diminuição dos percentuais de mortalidade por infarto do miocárdio durante o período, exceto no ano de 2019.

Figura 23 - Mortalidade proporcional por alterações circulatórias, no município de Ouro Preto 2015-2020



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Tabela IX -Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas em Ouro Preto-MG no período entre 2015 e 2020.

Causa do Óbito	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Aids	1,35	0,00	2,68	2,70	4,04	0,00
Neoplasia maligna da mama (/100.000 mulheres)	10,66	10,61	5,28	10,52	13,09	18,25
Neoplasia maligna do colo do útero (/100.000 mulher)	13,33	2,65	7,92	2,63	2,62	0,00
Infarto agudo do miocárdio	37,82	29,59	29,47	33,79	45,77	22,80
Doenças cerebrovasculares	68,88	51,11	42,86	43,25	43,08	52,31
Diabetes mellitus	16,21	16,14	21,43	27,03	40,39	33,53
Acidentes de transporte	10,81	14,79	6,70	9,46	12,12	14,75
Agressões	10,81	6,72	10,72	9,46	5,38	5,36

Fonte: TABNET/DATASUS/2010-2015. * Coeficiente de mortalidade proporcional.



Tabela X -Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas em Minas Gerais no período entre 2015 e 2020.

Causa do Óbito	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Aids	4,19	3,96	3,56	3,43	3,31	3,15
Neoplasia maligna da mama (/100.000 mulheres)	13,91	14,81	15,46	14,99	16,08	16,51
Neoplasia maligna do colo do útero (/100.000 mulher)	3,86	4,00	4,28	4,20	4,22	4,18
Infarto agudo do miocárdio	33,04	33,48	32,78	31,98	31,90	31,64
Doenças cerebrovasculares	47,34	48,03	47,56	45,78	46,36	44,52
Diabetes mellitus	24,78	25,79	27,24	27,72	28,90	30,43
Acidentes de transporte	19,09	17,53	17,81	15,67	15,08	12,74
Agressões	21,91	22,21	20,46	15,95	13,54	10,74

Fonte: TABNET/DATASUS/2010-2015.

Tabela XI- Outros Indicadores de Mortalidade Ouro Preto, 2010 – 2015.

Outros Indicadores de Mortalidade	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Total de óbitos	404	440	454	501	471	548
Total de nascidos vivos	911	868	854	871	768	767
% de óbitos por 100.000 habitantes	546	592	608	677	634	735
Total de óbitos por causas mal definidas	40	43	38	43	28	42
Núm. óbitos causas mal definidas / 100.000 hab.	54	58	51	58	38	56
Núm. de óbitos infantis (menor que 1 ano)	8	12	9	7	9	7
Núm. de óbitos infantis por causas mal definidas	1	1	1	0	0	0
% de óbitos infantis no total de óbitos geral *	1,98	2,73	1,98	1,40	1,91	1,28
% Mortalidade infantil por 1.000 nascidos-vivos	8,78	13,82	10,54	8,04	11,72	9,13

Fonte: TABNET/DATASUS/2010-2015.



Tabela XII- Outros Indicadores de Mortalidade Minas Gerais, 2010 – 2015.

Outros Indicadores de Mortalidade	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Total de óbitos	131.274	135.257	138.118	135.619	141.022	151.235
Total de nascidos vivos	268.305	253.520	260.959	263.640	256.892	246.339
% de óbitos por 100.000 habitantes	636	651	661	645	666	710
Total de óbitos por causas mal definidas	11.261	11.691	11.328	10.215	10.109	11.692
Núm. óbitos causas mal definidas / 100.000 hab.	55	56	54	49	48	55
Núm. de óbitos infantis (menor que 1 ano)	3.070	2.912	2.982	2.889	2.942	2.578
Núm. de óbitos infantis por causas mal definidas	127	136	161	11	124	102
% de óbitos infantis no total de óbitos geral *	2,34	2,15	2,16	2,13	2,09	1,70
% Mortalidade infantil por 1.000 nascidos-vivos	11,44	11,49	11,43	10,96	11,45	10,47

Fonte: TABNET/DATASUS/2010-2015

Tabela XIII –Coeficiente de Mortalidade Por Faixa Etária, segundo Grupos de Causas – CID-10 (/ 100.000 hab.), em Ouro Preto- 2020.

Faixa Etária	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	II. Neoplasias malignas	IX. Doenças do aparelho circulatório	X. Doenças do aparelho respiratório	XI. Doenças do aparelho digestivo	XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	Total
Menor 1 ano	-	-	-	-		1 -	-	6
1 a 4 anos	-	-	-	-		1 -	-	1
5 a 9 anos	-	1	1	-	-	-	-	2
15 a 19 anos	1	-	-	-	-	-	-	4 5
20 a 29 anos	-	2	-	-	-		1	3 6
30 a 39 anos	2	1	7	-	-	-	-	7 17
40 a 49 anos	5	3	7	4	2	-	-	5 26
50 a 59 anos	11	13	10	4	3	-	-	4 45
60 a 69 anos	7	33	22	7	3	-	-	9 81
70 a 79 anos	12	18	38	8	2	-	-	3 81
80 anos e mais	31	23	46	20	6	-	-	11 137
Total	69	94	131	43	18		1	46 407

Fonte: TABNET/DATASUS/2010-2015

4.1.2.1 Mortalidade Fetal

Em relação a mortalidade fetal, no município de Ouro Preto, observa-se um aumento do número de óbitos durante o período avaliado. Houve um aumento do percentual de óbitos em partos cesáreos e no período gestacional de 22 a 37 semanas.

Tabela XIV – Distribuição da mortalidade fetal no município Ouro Preto-MG no período entre 2015 e 2020.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nº Óbitos	8	7	9	11	10	10
% parto cesárea	25,00	14,29	11,11	27,27	40,00	40,00
% parto vaginais	75,00	85,71	55,56	72,73	50,00	60,00
% informações parto ignoradas	-	-	33,33	0,00	10,00	0,00
% menos 22 semanas de gestação	-	-	11,11	18,19	10,00	-
% 22 a 37 semanas de gestação	75,00	57,15	44,45	54,54	40,00	80,00
% acima 37 semanas de gestação	25,00	28,58	22,22	27,27	40,00	10,00
% tempo de gestação ignorado	-	14,27	22,22	-	10,00	10,00

Fonte: TABNET/DATASUS/2010-2015

4.1.2.2 Mortalidade Infantil

Em relação a mortalidade infantil, no município de Ouro Preto, observa-se uma flutuação do coeficiente de mortalidade infantil e seus componentes durante os anos. Nos anos de 2015 e 2016 houve uma queda, passando de 7,68 por 1000 nascidos vivos em 2015 para 6,91 por mil nascidos vivos em 2016. A partir de 2017 observa-se um aumento desse coeficiente, atingindo seu ápice em 2018 com 24,11 mortes por 1000 nascidos vivos. Entretanto, a partir do ano de 2019 esse índice volta a ter uma queda expressiva continua durante o tempo, no ano de 2020 o coeficiente de mortalidade infantil do município é de 9,13 óbitos por 1000 nascidos vivos. Nos anos e de 2017 e 2019 o percentual de óbitos infantis investigados ficou abaixo de 50%, em 2020 apenas 28,6 os óbitos infantis foram investigados no município e nos demais anos do período avaliado acima de 80%. O percentual de causas evitáveis e 0-4 anos de idade predominou durante todo período avaliado (variando de 50 a 66,7%).



A nível estadual, observa-se uma queda neste mesmo período, onde, seu coeficiente de mortalidade infantil de 11,44 mortes por 1000 nascidos vivos em 2015, para 10,47 mortes por mil nascidos vivos em 2020.

Tabela XV – Distribuição da mortalidade infantil e seus componentes no município Ouro Preto-MG no período entre 2015 e 2020.

Ouro Preto	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Mortalidade neonatal precoce (< 6 dias)	5,49	5,76	8,20	10,33	2,60	3,91
Mortalidade neonatal tardia (7 a 27 dias)	0,00	0,00	3,51	5,74	5,21	2,61
Mortalidade neonatal pos-neonatal (28 a 364 dias)	2,20	1,15	3,51	8,04	3,91	2,61
Mortalidade Infantil (<1 ano)	7,68	6,91	15,22	24,11	11,72	9,13
Minas Gerais	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Mortalidade Infantil (<1 ano)	11,44	11,49	11,43	10,96	11,45	10,47

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SIH/SUS

4.1.2.3 Mortalidade Materna

Segundo o TABNET/DATASUS e dados da Vigilância Epidemiológica do Município, um importante índice a se ressaltar é a ocorrência de 5 óbitos maternos registrados em Ouro Preto-MG, no período 2015-2020.

Tabela XVI – Distribuição da mortalidade materna no município Ouro Preto-MG no período entre 2015 e 2020.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nº óbitos	0	1	1	2	-	1
% mortes maternas causas obstétricas diretas	-	100	100	100	-	100
% mortes maternas causas obstétricas indiretas	-	0	0	0	-	0
% óbitos investigados	-	100	100	100	-	0
Causas Categoria CID-10	-				-	-
Hemorragia pós-parto	0	1	1			0
Embolia origem obstétrica	0	0	1			0
Complicações puerpério-NCOP	1	0	0			0
Assist materna ligadas pred grav	0	0	0			1



Mortes durante puerpério ou até 42 dias

Sim	0	1	1	0
Não	1	0	0	0
Informado	0	0	1	1

Faixa etária

20 a 29 anos	1	0	0	1
30 a 39 anos	0	1	1	0

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

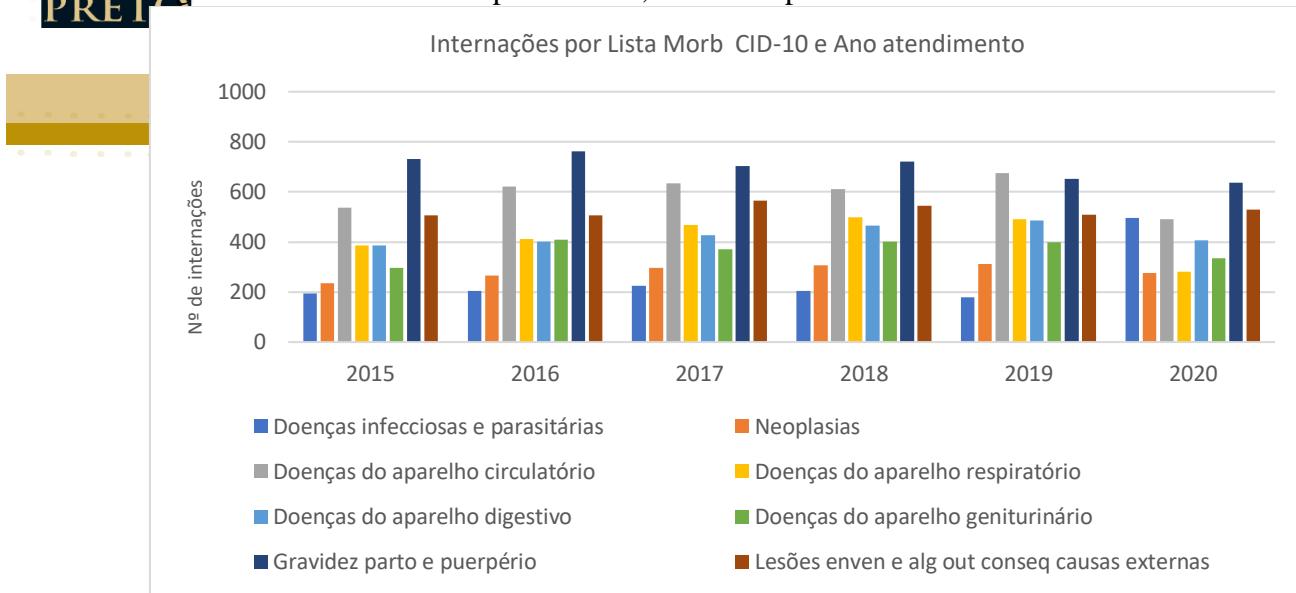
4.1.3 MORBIDADE HOSPITALAR

A tabela XVI, apresenta a Morbidade Hospitalar total - por local de internação, Capítulo CID10 em Ouro Preto de 2015 a 2021 .Ao verificar a lista de morbidades e buscarmos o percentual das principais causas de internação, percebemos que os motivos destas seguem os mesmos das séries históricas anteriores, sendo, em primeiro lugar, as internações por Gravidez, parto e puerpério (15,30%), prevalecendo nas faixas de 15 a 39 anos de idade. Em segundo lugar, as Doenças do aparelho circulatório (13,23%) que prevalecem nas faixas de 20 a 59 anos, justamente o período produtivo da população. Em terceiro e quarto lugar ficaram as lesões por envenenamentos e causas externas (11,85%) que acometem principalmente as pessoas com idade maior/igual a 50 anos e doenças do aparelho digestivo com 9,52%. Em relação ao câncer, é interessante notar que, apesar de ser a sétima causa, este grupo contribuiu com 6,35% das internações. Estas 4 principais causas de Morbidade corresponderam a 49,40% das internações em Ouro Preto no ano de 2016.



Tabela XVII- Número de internações hospitalares por Lista de morbidade do CID-10, no município de Ouro Preto 2015-2021.

Lista Morb CID-10	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
01 Algumas doenças infecciosas e parasitárias	195	205	226	204	180	496	397	1918
02 Neoplasias (tumores)	235	267	296	307	311	277	196	1902
03 Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	58	59	62	96	79	58	50	464
04 Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	150	135	109	162	121	119	72	872
05 Transtornos mentais e comportamentais	38	32	49	135	149	140	64	611
06 Doenças do sistema nervoso	102	105	102	105	84	106	58	663
07 Doenças do olho e anexos	18	25	12	34	49	28	25	195
08 Doenças do ouvido e da apófise mastóide	2	2	5	8	10	4	2	33
09 Doenças do aparelho circulatório	538	622	635	611	675	490	370	3962
10 Doenças do aparelho respiratório	386	412	469	499	492	280	183	2738
11 Doenças do aparelho digestivo	386	401	426	464	485	406	267	2848
12 Doenças da pele e do tecido subcutâneo	140	110	101	149	144	87	62	798
13 Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	85	123	97	79	86	76	59	606
14 Doenças do aparelho geniturinário	296	410	371	402	400	335	212	2439
15 Gravidez parto e puerpério	730	763	702	721	653	637	365	4589
16 Algumas afec originadas no período perinatal	64	64	43	111	92	89	41	512
17 Malf cong deformid e anomalias cromossômicas								
	19	24	49	20	20	19	17	168
18 Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	27	27	34	64	87	94	74	410
19 Lesões enven e alg out conseq causas externas	505	506	566	545	508	529	357	3545
20 Causas externas de morbidade e mortalidade	1	-	-	-	-	-	-	3
21 Contatos com serviços de saúde	109	84	89	81	86	78	102	638
Total	4084	4376	4443	4797	4711	4348	2973	29914



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SIH/SUS

4.1.4 - AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Os dados do Sistema de Notificação de Agravos de Notificação Compulsória estão apresentados na tabela XVIII. Durante todo período avaliado, os agravos com maiores notificações foram os casos de Dengue, seguidos do Acidentes com animais peçonhentos. Observa-se um aumento expressivo dos casos de dengue nos anos de 2016 e 2019, que representaram 75,86 % dos agravos notificados em 2016 e 73,81% dos agravos notificados em 2019.

Tabela XVIII – Notificação Por agravos 2015 a 2020

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
A90 Dengue	33	176	4	3	93	8	317
B550 Leishmaniose Visceral	0	0	0	0	0	1	1
B551 Leishmaniose Tegumentar	4	0	7	4	9	0	24
B09 Doenças Exantemáticas (Sarampo/Rubéola)	0	0	0	0	0	0	0
A779 Febre Maculosa/Rickettsioses	0	0	0	0	0	0	0
A309 Hanseníase	2	5	1	0	2	0	10
A169 Tuberculose	6	7	14	5	11	5	48
AX29 Acidente Por Animais Peçonhento	46	39	20	-	-	-	105
Intoxicação exógena	16	5	18	4	11	4	58
Total	107	232	64	16	126	18	563

Fonte: Ministério da Saúde/SINAN

4.1.5 COVID 19

Desde dezembro de 2019, quando o novo coronavírus SARS-CoV-2 emergiu em Wuhan, China, a humanidade enfrentou uma grave crise de saúde global. Em 3 de fevereiro de



OURO PRETO 2020, o Ministério da Saúde declarou Emergência de Saúde Pública de Importância

Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo Coronavírus (COVID-19), por meio da Portaria MS nº 188, e conforme Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011. A Organização Mundial da Saúde, no dia 11 de março de 2020, declarou pandemia de Covid-19. Por meio do Decreto nº 47.891, de 20 de março de 2020, o Governo do Estado reconhece o estado de calamidade pública decorrente da pandemia causada pelo agente Coronavírus (COVID-19); e o Decreto Municipal nº 5.666, de 21 de março de 2020, que declara estado de calamidade pública em todo o território do Município de Ouro Preto para fins de prevenção e de enfrentamento ao coronavírus COVID-19 e dá outras providências.

A seguir descrevemos o atual perfil epidemiológico da pandemia de Coronavírus a nível estadual e municipal, evidenciando os principais indicadores pactuados de saúde em relação à COVID-19. Dentre esses indicadores, foram abordados o número total de casos e óbitos confirmados; a taxa de letalidade (número de óbitos x 100) / número de casos confirmados) que dimensiona a taxa percentual de casos confirmados que evoluíram a óbito; coeficiente de Incidência (casos confirmados * 1000 hab) / população); e o coeficiente de mortalidade (óbitos * 1000 hab) / população; conforme quadro 11.

No Estado de Minas Gerais (MG), o primeiro caso confirmado de COVID-19 ocorreu em 9 de março de 2020, na cidade de Divinópolis, sendo notificado em uma mulher que havia retornado da Itália. A doença se espalhou por todo o Estado e atualmente já foram confirmados no Estado 2.713.581 casos e 57.314 óbitos pela COVID-19 e letalidade de 2,1%. Dados da evolução da vacinação mostram que o estado apresenta uma cobertura vacinal de 77,28% para 1ª dose e 66,23% para 2ª dose e dose única da população total.

No boletim epidemiológico oficial da Prefeitura de Ouro Preto emitido no dia 31 de janeiro de 2022, o município apresentava no quadro geral, 10.640 casos confirmados, destes 7609 recuperados, 136 que evoluíram para óbito. O município apresenta população com aproximadamente 74.824 habitantes; taxa de letalidade de 1,3% e coeficiente de mortalidade de 1,8. O município apresenta uma cobertura vacinal de 88,7% da população total para 1ª dose, 86,8% para 2ª dose e 18,6% dose de reforço.

Quadro 11 – Comparação dos Principais indicadores em relação à COVID-19, Ouro Preto e Estado de MG, Período: Janeiro/2020 a Janeiro/ 2022.

Indicadores	Ouro Preto ¹	Minas Gerais ²
-------------	-------------------------	---------------------------



Nº total de casos confirmados	10.640	2.713.581
Nº total de óbitos	136	57.341
Nº total de recuperados	7.609	2.409.345
Coeficiente mortalidade (x1.000hab)	1,8	2,7
Taxa de Letalidade (%)	1,3	2,1
Cobertura vacinal – 1ªDose (%)	88,7	78,6
Cobertura vacinal – 2ªDose (%)	86,8	74,4
Cobertura vacinal – Reforço (%)	18,6	22,4

¹Atualização Painel da Vacinação e Boletim Epidemiológico (31 de janeiro de 2022) de Ouro Preto

²Atualização Painel Vacinação SES-MG (31 de janeiro de 2022)