



**PREFEITURA DE
PONTE NOVA**



**PLANO MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO E GERENCIAMENTO DE
AÇÕES DE RECUPERAÇÃO EM SAÚDE DAS COMUNIDADES CHOPOTÓ,
SIMPLÍCIO E CONCÓRDIA APÓS ROMPIMENTO DA BARRAGEM DO
FUNDÃO (MARIANA – MG).**

**MAIO
2022**



SUMÁRIO

1-	DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO	3
1.1-	Gestores Municipais	3
2-	INTRODUÇÃO.....	4
2.1-	DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	4
2.1.1-	Histórico.....	4
2.1.2-	Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM)	6
2.1.3 -	Evolução:	7
2.2-	DEMOGRAFIA.....	8
2.2.1-	População.....	8
2.2.3-	Estrutura Etária	9
2.2.4-	Educação.....	10
2.3-	Renda	12
2.4-	Trabalho.....	13
2.5-	Perfil Epidemiológico.....	14
3-	CENÁRIO DA SAÚDE MUNICIPAL	16
3.2-	Redes de Atenção à Saúde	17
3.3-	Atenção Primária à Saúde.....	17
3.3.1-	Núcleo Ampliado de Saúde da Família	18
3.3.2-	Esus-AB	19
3.4-	Assistência Farmacêutica	19
3.5-	Vigilância em Saúde.....	20
3.5.1-	Vigilância Epidemiológica.....	20
3.5.2-	Vigilância Sanitária.....	20
3.6-	Saúde Bucal	21
3.7-	Saúde Mental.....	21
3.8-	Imunização.....	21
3.9-	Atenção Especializada	22
3.10-	Tratamento Fora Domicílio.....	24
4-	CONTEXTUALIZAÇÃO.....	24
4.1-	Perfil Epidemiológico após rompimento	26
5-	PLANO DE AÇÃO EM SAÚDE DE PONTE NOVA	28
5.2-	OBJETIVOS:.....	28
5.2.1-	Objetivo geral	28
5.2.2-	Objetivos específicos	28
5.3-	JUSTIFICATIVA	29
5.4-	PÚBLICO ALVO.....	29
6-	PLANO DE AÇÃO DE ENFRENTAMENTO	29
7-	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....	33
8-	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33



1- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

Ponte Nova – Minas Gerais

Código IBGE: 315210

Fundo Municipal de Saúde / CNPJ:

Endereço da Secretaria Municipal de Saúde: Rua Antônio Frederico Ozanan, 450 - Centro.

Telefone: (31) 3817- 1120

E-mail: gabinetsaude@pontenova.mg.gov.br

1.1- Gestores Municipais

- Prefeito do Município: Wagner Guimarães Mol
- Vice Prefeito: Valéria Cristina Alvarenga dos Santos

Telefone: (31)3819 5454

E-mail:

- Secretária Municipal de Saúde: Érika Aparecida Oliveira
- Telefone: (31) 3817-1120

E-mail: gabinetsaude@pontenova.mg.gov.br

2- INTRODUÇÃO

2.1- DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

2.1.1- Histórico

O povoado de Ponte Nova se desenvolveu em torno de uma capela e às margens do Rio Piranga, ficando conhecida inicialmente, como São Sebastião de Ponte Nova. Foi elevada à categoria de cidade em 1866. O desenvolvimento local se deve à expansão da lavoura de cana de açúcar, que lhe valeu o título de maior centro açucareiro de Minas Gerais, no decorrer do século XIX e início do XX. As exportações de açúcar, rapadura e aguardente já tinham adquirido importância, sendo a produção transportada através de tropas de burros, principalmente para o mercado de Mariana.

A maioria das propriedades rurais contava com seus próprios engenhos, sendo o açúcar mascavo e o de forma exportado para várias regiões de Minas Gerais. O primeiro engenho de ferro fundido chegou a Ponte Nova em 1860, sendo que a primeira usina a vapor, a Usina Ana Florência, construída com máquinas importadas da Inglaterra, foi inaugurada em 1883.

Com a instalação de uma estação da Estrada de Ferro Leopoldina Railway, inaugurada em 1886 por Dom Pedro II, a produção açucareira passou a atingir mercados mais distantes. Antes do final do século, ainda foram construídos o Engenho Central do Piranga e a Usina do Vau-Açu, que multiplicaram, ainda mais, a produção ponte-novense, complementada por inúmeros engenhos menores que funcionaram como fábricas de rapadura e aguardente. No século XX, outras quatro indústrias sucroalcooleiras iriam se instalar no município: a Usina da Jatiboca, em 1920, a Usina do Pontal e a Usina São José, em 1935, e a Usina Santa Helena, em 1940.

Atualmente, Ponte Nova busca novos caminhos de desenvolvimento. A suinocultura, muito desenvolvida na região e uma das mais tecnificadas do país, deu origem ao Frigorífico Industrial do Vale do Piranga (Frivap), empresa de porte médio, implantada no município por um grupo de suinocultores, com apoio do governo do Estado de Minas Gerais, da Câmara Municipal e da Prefeitura Municipal de Ponte Nova.

O comércio atacadista de armarinhos é outro segmento importante para a geração de emprego e renda, além do setor de serviços, especialmente da saúde, que se destaca com vultosos investimentos na modernização tecnológica dos hospitais Arnaldo Gavazza Filho e Nossa Senhora das Dores, além do atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), da sede regional da Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais (Hemominas) e do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Piranga (Cisamapi), com sede em Ponte Nova. A cidade pólo

regional das Diretorias Estaduais de Ensino e de Saúde, além de sediar a Associação dos Municípios do Vale do Piranga (Amapi).

No que se refere ao turismo, Ponte Nova passou a pertencer à Associação do Circuito Turístico Montanhas e Fé em fevereiro de 2011, integrante, a partir daí, do Programa de Regionalização do Turismo do Estado de Minas Gerais e, desde então, tem participado ativamente das atividades do Circuito Turístico. A cidade ainda faz parte da área de influência da Estrada Real e da Rota Imperial, a antiga Estrada São Pedro de Alcântara, caminho que liga Ouro Preto a Vitória/ES e passa por 17 municípios mineiros e 14 capixabas.¹

Figura 1- Caracterização do território

Ponte Nova, MG

IDHM 2010

0,717

FAIXA DO IDHM

Alto

IDHM entre 0,700 e 0,799

POPULAÇÃO 2017

60.361 hab.

DENSIDADE DEMOGRÁFICA 2017

128,26 hab/km²

PIB PER CAPITA 2016

R\$ 16,40

ANO DE INSTALAÇÃO

1857

anual, em mil reais de agosto 2010

ÁREA

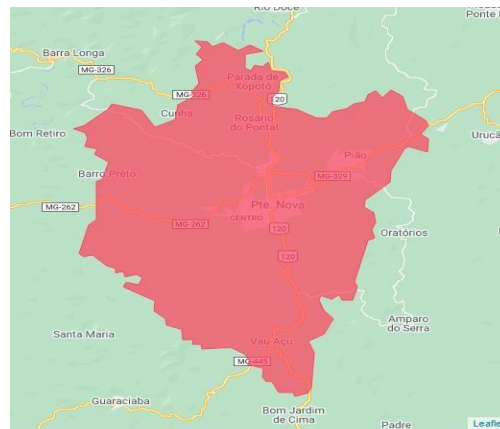
470,60 Km²

Fonte: Atlas de Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, 2021.

Ponte Nova está situada a 180 Km da capital Belo Horizonte, tendo como região de influência a Microrregião do Vale do Piranga e possui as seguintes divisões com municípios.

¹ Texto extraído do site da Prefeitura Municipal de Ponte Nova.

Figura 2- Município de Ponte Nova



Fonte: Atlas de Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, 2021.

2.1.2- Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM)

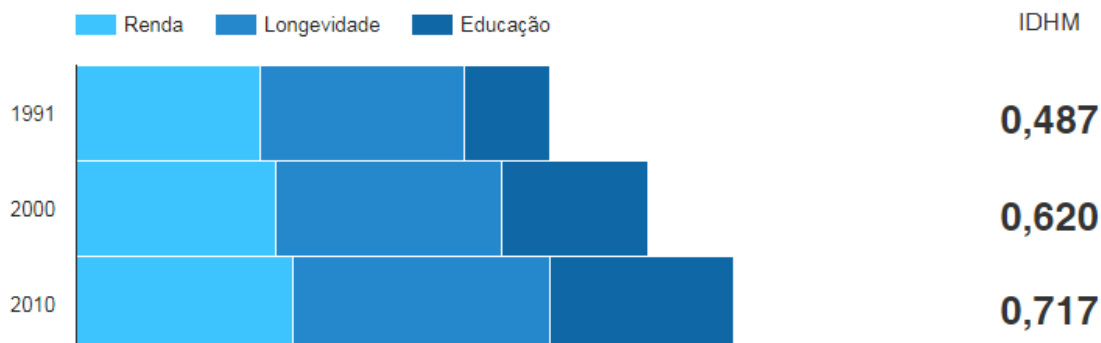
O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) - Ponte Nova é 0,717, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,848, seguida de Renda, com índice de 0,714, e de Educação, com índice de 0,608.

Tabela 1: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes

IDHM e componentes	1991	2000	2010
IDHM Educação	0,283	0,484	0,608
% de 18 anos ou mais com fundamental completo	28,00	36,83	49,73
% de 5 a 6 anos na escola	41,88	88,67	96,85
% de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental REGULAR SERIADO ou com fundamental completo	41,95	66,13	84,49
% de 15 a 17 anos com fundamental completo	19,80	45,29	55,31
% de 18 a 20 anos com médio completo	10,35	22,04	32,54
IDHM Longevidade	0,675	0,747	0,848
Esperança de vida ao nascer	65,47	69,83	75,90
IDHM Renda	0,605	0,658	0,714
Renda per capita	346,28	479,58	679,67

Fonte: PNUD, Ipea e FJP. In: Atlas de Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, 2013.

Gráfico 1: Componente IDHM



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013.

2.1.3 - Evolução:

Entre 2000 e 2010

O IDHM passou de 0,620 em 2000 para 0,717 em 2010 - uma taxa de crescimento de 15,65%. 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 74,47% entre 2000 e 2010. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,124), seguida por Longevidade e por Renda.

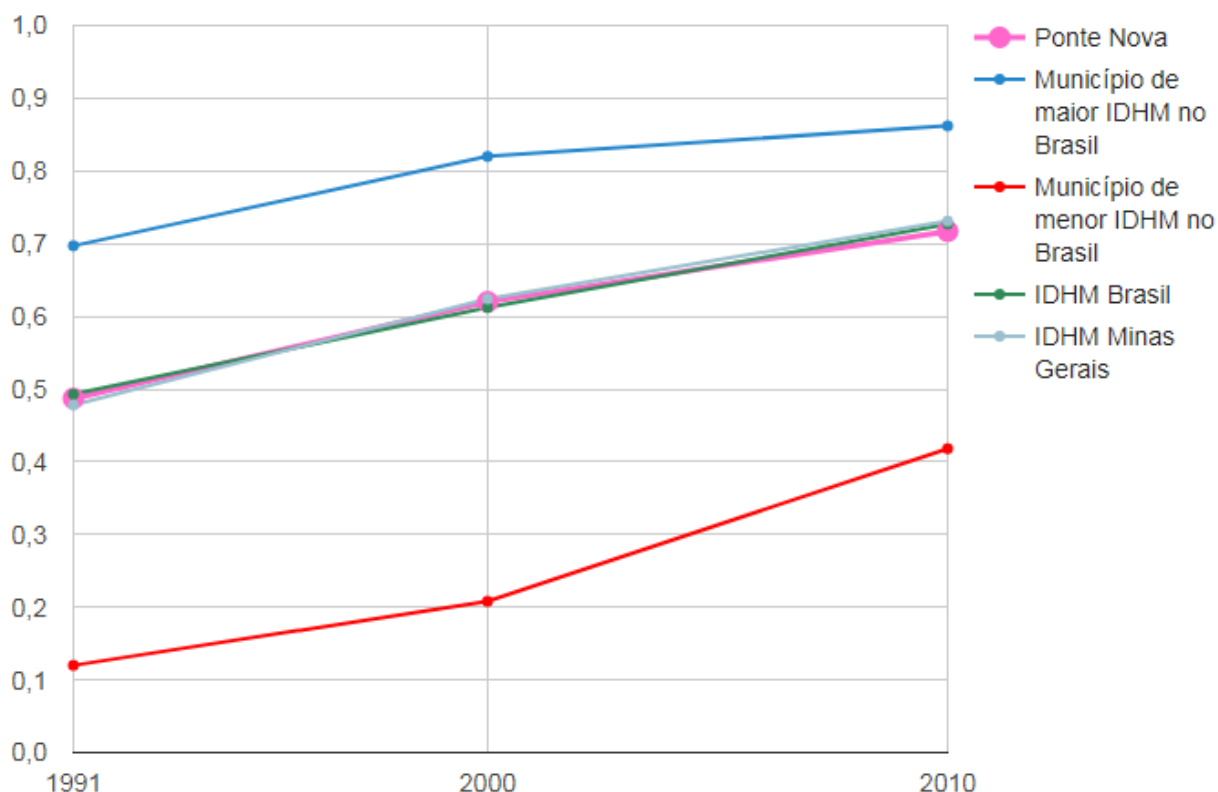
Entre 1991 e 2000

O IDHM passou de 0,487 em 1991 para 0,620 em 2000 - uma taxa de crescimento de 27,31%. O hiato de desenvolvimento humano foi reduzido em 74,07% entre 1991 e 2000. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,201), seguida por Longevidade e por Renda.

Entre 1991 e 2010

De 1991 a 2010, o IDHM do município passou de 0,487, em 1991, para 0,717, em 2010, enquanto o IDHM da Unidade Federativa (UF) passou de 0,478 para 0,731. Isso implica em uma taxa de crescimento de 47,23% para o município e 52% para a UF; e em uma taxa de redução do hiato de desenvolvimento humano de 55,17% 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 0,325), 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.

Gráfico 2: Evolução do IDHM- Ponte Nova-MG



Fonte: PNUD, Ipea e FJP. In: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013.

Ponte Nova ocupa a 1398ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros segundo o IDHM. Nesse ranking, o maior IDHM é 0,862 (São Caetano do Sul) e o menor é 0,418 (Melgaço).

2.2- DEMOGRAFIA

2.2.1- População

Entre 2000 e 2010, a população de Ponte Nova cresceu a uma taxa média anual de 0,37%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Nesta década, a taxa de urbanização do município passou de 88,60% para 89,19%. Em 2010 viviam, no município, 57.390 pessoas. Entre 1991 e 2000, a população do município cresceu a uma taxa média anual de 0,64%. Na UF, esta taxa foi de 1,43%, enquanto no Brasil foi de 1,63%, no mesmo período. Na década, a taxa de urbanização do município passou de 83,08% para 88,60%. Em 2019 a população estimada foi de 59.742.

Tabela 2: População Total, por Gênero, Rural/Urbana - Município - Ponte Nova - MG

População	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
População total	52.216	100,00	55.303	100,00	57.390	100,00
População residente masculina	25.117	48,10	26.535	47,98	27.495	47,91
População residente feminina	27.099	51,90	28.768	52,02	29.895	52,09
População urbana	43.382	83,08	48.997	88,60	51.185	89,19
População rural	8.834	16,92	6.306	11,40	6.205	10,81

Fonte: PNUD, Ipea e FJP. In: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013.

2.2.3- Estrutura Etária

Entre 2000 e 2010, a razão de dependência no município passou de 50,82% para 42,15% e a taxa de envelhecimento, de 7,35% para 8,86%. Em 1991, esses dois indicadores eram, respectivamente, 62,42% e 5,95%. Já na UF, a razão de dependência passou de 65,43% em 1991, para 54,88% em 2000 e 45,87% em 2010; enquanto a taxa de envelhecimento passou de 4,83%, para 5,83% e para 7,36%, respectivamente.

Tabela 3: Estrutura Etária da População - Município - Ponte Nova - MG

Estrutura Etária	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
Menos de 15 anos	16.963	32,49	14.570	26,35	11.935	20,80
15 a 64 anos	32.148	61,57	36.668	66,30	40.373	70,35
População de 65 anos ou mais	3.105	5,95	4.065	7,35	5.082	8,86
Razão de dependência	62,42	-	50,82	-	42,15	-
Taxa de envelhecimento	5,95	-	7,35	-	8,86	-

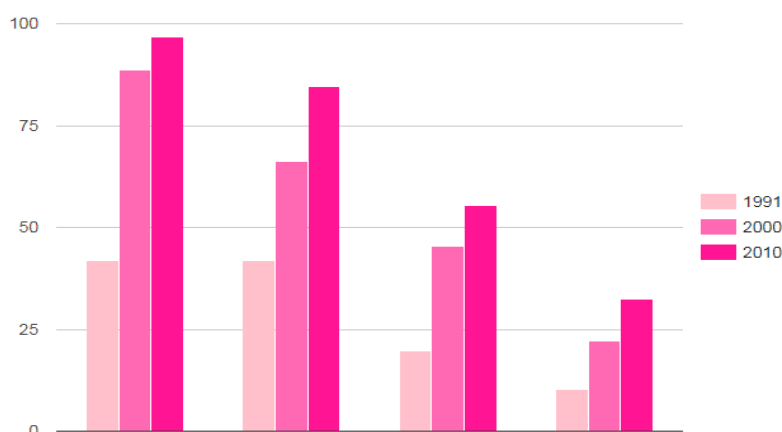
Fonte: PNUD, Ipea e FJP. In: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013.

2.2.4- Educação

Crianças e jovens

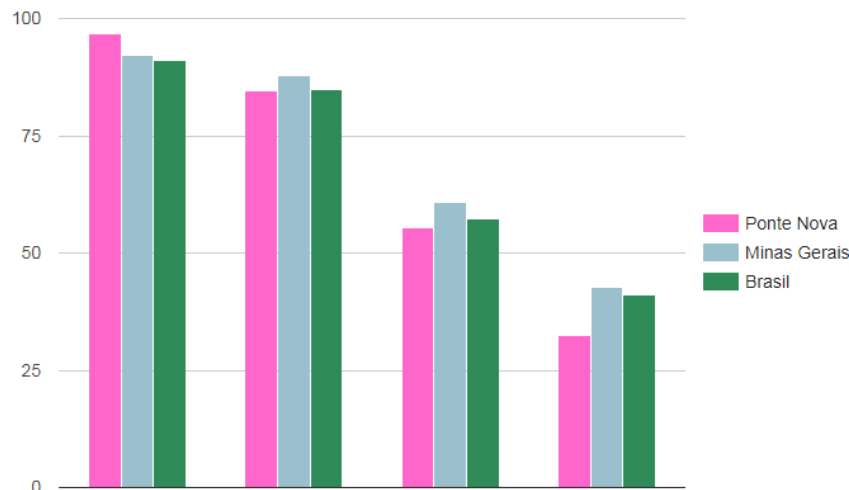
Proporções de crianças e jovens frequentando ou tendo completado determinados ciclos indica a situação da educação entre a população em idade escolar do estado e compõe o IDHM Educação. No município, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola é de 96,85%, em 2010. No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental é de 84,49%; a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo é de 55,31%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo é de 32,54%. Entre 1991 e 2010, essas proporções aumentaram, respectivamente, em 54,97 pontos percentuais, 42,54 pontos percentuais, 35,51 pontos percentuais e 22,19 pontos percentuais.

Gráfico 3: Fluxo Escolar por Faixa Etária- Ponte Nova- MG- 1991/2000/2010



Fonte: PNUD, Ipea e FJP. In: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013.

Gráfico 4: Fluxo Escolar por Faixa Etária – Ponte Nova- MG- 2010



Fonte: PNUD, Ipea e FJP. In: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013.

Em 2010, 81,15% 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 78,49% e, em 1991, 73,42%. Dos jovens adultos de 18 a 24 anos, 11,93% estavam cursando o ensino superior em 2010. Em 2000 eram 5,82% e, em 1991, 4,84%.

Expectativa de Anos de Estudo

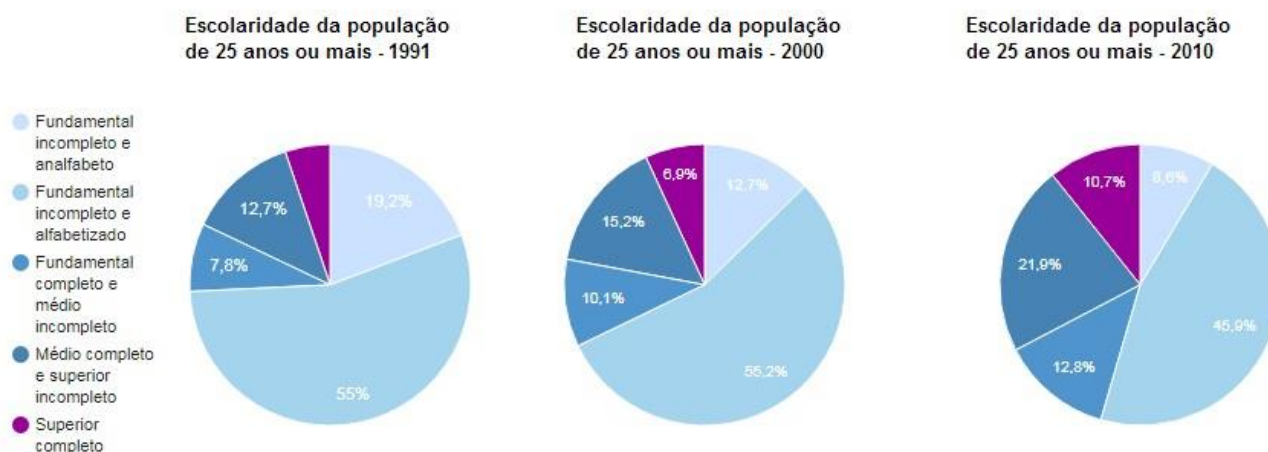
O indicador Expectativa de Anos de Estudo também sintetiza a frequência escolar da população em idade escolar. Mais precisamente, indica o número de anos de estudo que uma criança que inicia a vida escolar no ano de referência deverá completar ao atingir a idade de 18 anos. Entre 2000 e 2010, ela passou de 9,17 anos para 9,27 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 8,55 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 36,83% para 49,73%, no município, e de 39,76% para 54,92%, na UF. Em 1991, os percentuais eram de 28,00% ,no município, e 30,09%, na UF. Em 2010, considerando-se a população municipal de 25 anos ou mais de idade, 8,58% eram analfabetos, 45,48% tinham o ensino fundamental completo, 32,68% possuíam o ensino médio completo e 10,74%, o superior completo. No Brasil, esses percentuais são, respectivamente, 11,82%,50,75%, 35,83% e

11,27%.

Gráfico 5: Escolaridade da população de 25 anos ou mais 1991/2000/2010



Fonte: PNUD, Ipea e FJP. In: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013.

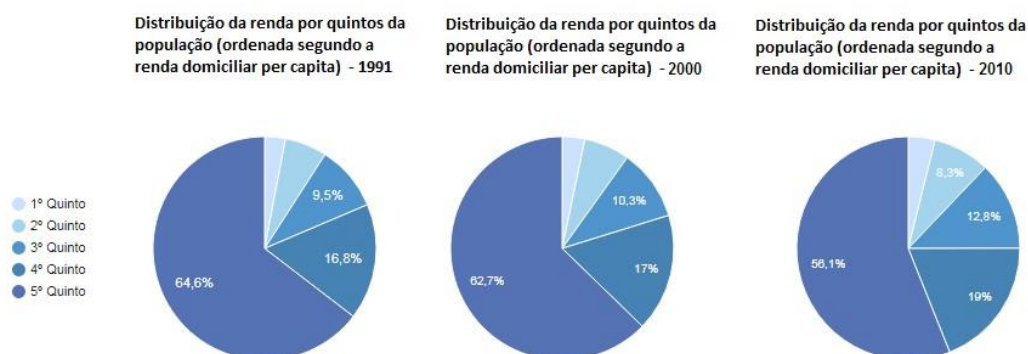
2.3- Renda

A renda per capita média de Ponte Nova cresceu 96,28% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 346,28, em 1991, para R\$ 479,58, em 2000, e para R\$ 679,67, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 3,61%. A taxa média anual de crescimento foi de 3,68%, entre 1991 e 2000, e 3,55%, 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 42,17%, em 1991, para 23,83%, em 2000, e para 10,47%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,59, em 1991, para 0,57, em 2000, e para 0,51, em 2010.

Gráfico 6: Renda, Pobreza e Desigualdade Ponte Nova -MG

	1991	2000	2010
Renda per capita	346,28	479,58	679,67
% de extremamente pobres	15,40	6,43	2,73
% de pobres	42,17	23,83	10,47
Índice de Gini	0,59	0,57	0,51

Fonte: PNUD, Ipea e FJP



Fonte: PNUD, Ipea e FJP. In: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013.

2.4- 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 65,41% em 2000 para 66,64% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 15,79% em 2000 para 8,30% em 2010.

Tabela 4: Ocupação da população de 18 anos ou mais- Ponte Nova- MG

	2000	2010
Taxa de atividade - 18 anos ou mais	65,41	66,64
Taxa de desocupação - 18 anos ou mais	15,79	8,30
Grau de formalização dos ocupados - 18 anos ou mais	65,43	72,57
Nível educacional dos ocupados		
% dos ocupados com fundamental completo - 18 anos ou mais	45,38	57,49
% dos ocupados com médio completo - 18 anos ou mais	30,43	40,99
Rendimento médio		
% dos ocupados com rendimento de até 1 s.m. - 18 anos ou mais	58,76	15,63
% dos ocupados com rendimento de até 2 s.m. - 18 anos ou mais	81,58	75,57
% dos ocupados com rendimento de até 5 s.m. - 18 anos ou mais	93,50	93,05

Fonte: PNUD, Ipea e FJP. In: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013.

Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais do município, 7,97% trabalhavam no setor agropecuário, 0,38% na indústria extrativa, 9,93% na indústria de transformação, 8,76% no setor de construção, 1,62% nos setores de utilidade pública, 21,77% no comércio e 45,66% no setor de serviços.

2.5- Perfil Epidemiológico

Mortalidade

		2017	2018	2019	2020
Taxa de mortalidade infantil por 1000 nascidos vivos e número de óbitos infantis		6,00	9,00	6,00	7,00
Taxa de mortalidade infantil por componentes por 1000 nascidos vivos e número de óbitos infantis	TX de mort neonatal precoce	4,00	3,00	3,00	1,00
	TX de mort neonatal	1,00	2,00	3,00	3,00
	TX de mort pós-neonatal	1,00	4,00	-	3,00

Fonte: Sala de Situação SES/MG

Taxa de Mortalidade Geral por capítulos CID-10	2015	2016	2017	2018	2019	2020
I. Algumas doenças infecciosas	0,37	0,38	0,45	0,29	0,30	-
II. Neoplasias (tumores)	1,28	1,41	1,29	0,96	1,46	-
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitários	0,02	0,02	0,07	0,05	0,02	-
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0,43	0,42	0,36	0,32	0,29	-
V. Transtornos mentais e comportamentais	0,12	0,20	0,33	0,20	0,12	-
VI. Doenças do sistema nervoso	0,20	0,28	0,38	0,22	0,20	-
VII. Doenças do olho e anexos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,00	0,00	0,02	0,00	0,02	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	2,02	1,98	2,04	1,74	1,80	-
X. Doenças do aparelho respiratório	0,85	0,93	0,96	0,81	1,16	-
XI. Doenças do aparelho digestivo	0,30	0,23	0,28	0,30	0,34	-
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,02	0,03	0,03	0,05	0,12	-
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0,03	0,00	0,02	0,03	0,02	-
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0,15	0,18	0,20	0,20	0,50	-
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	0,03	0,05	0,03	0,03	0,05	-
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laboratoriais	0,47	0,40	0,48	0,34	0,49	-
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0,73	0,91	0,75	0,18	0,52	-
Cap não informado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-

Fonte: Sala de Situação SES/MG



Notificação

Proporção de casos de agravos notificados imediato (60 dias) e encerrados oportunamente (%)	2017	2018	2019	2020
	100,00	100,00	100,00	
Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência interpessoal/autoprovocada	2017	2018	2019	2020
	2	3	3	
Número de notificações das doenças e agravos de notificação compulsória mais acompanhados pela saúde do trabalhador	2017	2018	2019	2020
	36	25	43	
Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho (%)	2017	2018	2019	2020
	97,22	100,00	98,15	

Fonte: Sala de Situação SES/MG

Programa de Imunização

Vacina	2018			2019		
	Doses	Cobertura (%)	Cobertura MG (%)	Doses	Cobertura (%)	Cobertura MG (%)
Pentavalente (< 1 ano)	648	91,01	85,69	654	65,59	76,18
Pneumocócica (<1 ano)	658	92,42	88,54	641	86,50	93,80
Poliomielite (< 1 ano)	655	91,99	85,44	560	94,38	86,13
Tríplice Viral - D1 (1 ano)	725	101,83	88,52	642	86,64	97,58

Fonte: Sala de Situação SES/MG

Saúde da Mulher

Proporção de gravidez na adolescência (10 a 19 anos) (%)	2017	2018	2019	2020
	14,31	11,89	12,61	-
Proporção de parto normal (%)	2017	2018	2019	2020
	36,69	36,04	35,99	-
Óbitos Maternos por residência	2017	2018	2019	2020
	0	1	0	-

Vigilância Ambiental

Número de óbitos por dengue	2017	2018	2019	2020
	0	0	0	
Número de óbitos por leishmaniose visceral	2017	2018	2019	2020
	0	0	0	
Proporção de cães vacinados na campanha antirrábica (%)	2018	2019	2020	Parâmetro: 90% de cobertura
	77,98	77,98		
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	2017	2018	2019	2020
	51,89	63,93	70,18	

Fonte: Sala de Situação SES/MG



Vigilância Ambiental

	2017	2018	2019	2020
Número de óbitos por dengue	0	0	0	
Número de óbitos por leishmaniose visceral	0	0	0	
Proporção de cães vacinados na campanha antirrábica (%)	77,98	77,98		Parâmetro: 90% de cobertura
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	51,89	63,93	70,18	

Fonte: Sala de Situação SES/MG

Controle de Doenças

	2017	2018	2019	2020
Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera (%)	65,22	89,47	86,96	
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos da coorte* (%)	0,00	-	100,00	
Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	3	1	1	
Número de casos novos de aids em menores de 5 anos	0	0	0	

Fonte: Sala de Situação SES/MG

3- CENÁRIO DA SAÚDE MUNICIPAL

A saúde de Ponte Nova está municipalizada desde 1992 e o município está atualmente na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal de acordo com a NOB 01/96.

A Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) é composta de: Gabinete de Gestão, Almoxarifado, Compras e Patrimônio, Frotas, Recursos Humanos, Controle, Avaliação e Auditoria, Atenção Primária, Vigilância em Saúde, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Controle de endemias, Setor de Tratamento Fora Domicílio e Central de Marcação de Exames e Consultas.

Os serviços municipais próprios de prestação de serviços são compostos por:

- 13 equipes de Estratégia Saúde da Família;
- 01 Posto de Pronto Atendimento (SAMMDU);
- 01 Policlínica Municipal;
- 01 Centro de Especialidade Odontológica (CEO);
- 01 Posto de Atendimento Médico (PAM);
- 01 Centro de Reabilitação;
- 04 Postos de Saúde na Zona Rural (Brito, Gentio, Passatempo, Cedro) ;
- 01 Laboratório de Análise Clínicas;
- 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS);
- 01 Centro de Imunização;
- 01 Farmácia Integrada.

3.2- Redes de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde constituem-se em diferentes arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, que por meio de um sistema de simples apoio, busca garantir o cuidado à saúde. A Rede de Atenção à Saúde se estrutura na Rede de Assistência à Saúde, na Rede de Vigilância em Saúde e na Rede de Gestão. A Rede de Assistência à Saúde compreende a Atenção Primária, Atenção Especializada, Atenção de Alta Complexidade, o Serviço de Regulação e Assistência Farmacêutica.

A Rede de Vigilância em Saúde compreende a Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, Controle de Zoonoses e Vigilância Sanitária. A Rede de Gestão compreende o gabinete da secretaria de saúde, Núcleo de Apoio (setor de recursos humanos, setor de transporte da saúde, setor orçamentário e financeiro através do Fundo Municipal de Saúde, contabilidade, compras, almoxarifado e informática).

3.3- Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do

vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Primária à Saúde tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS e tem como fundamentos: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e de programação; e estimular a participação popular e o controle social.

Em Ponte Nova a APS é desenvolvida por meio de 13 equipes de Estratégia de Saúde da Família. Os principais serviços por elas ofertados são: prevenção e promoção à saúde através de oficinas terapêuticas e educação em saúde, consultas de pré-natal, consultas para rastreamento de mamografia, coleta de material para citopatológico de colo de útero, curativos, puericulturas, consultas médicas agendadas, visitas domiciliares, procedimentos de enfermagem como injeções, cuidados com ostomias e sondagens, cadastramento familiar, entre outros.

3.3.1- Núcleo Ampliado de Saúde da Família

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foi criado pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. Atualmente regulamentados pela Portaria de Consolidação nº 2, os núcleos configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde. Esta atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos; o atendimento compartilhado entre profissionais, tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares e possibilita a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma a ampliar e qualificar as intervenções

no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde.

Com a publicação da Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012, o Ministério da Saúde criou uma terceira modalidade de conformação de equipe: o NASF 3, abrindo a possibilidade de qualquer município do Brasil aderir à implantação de equipes NASF, desde que tenha ao menos uma (01) equipe de Saúde da Família.

Em 2018, o Ministério celebrou 10 anos da criação do NASF-AB. Ao longo do ano foram realizadas ações celebrativas, como os Encontros Estaduais para Fortalecimento da Atenção Básica ; a série de vídeos 10 anos do NASF ; e as lives com temáticas pertinentes ao NASF.

O Nasf- AB de Ponte Nova possui em sua composição: assistente social; psicólogo, profissional de educação física, farmacêutico, fonoaudiólogo e fisioterapeuta.

3.3.2- Esus-AB

O **e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB)** é uma estratégia do Departamento de Saúde da Família para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS APS, faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico.

3.4- Assistência Farmacêutica

A oferta de medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS) é organizada em três componentes que compõem o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica - Básico, Estratégico e Especializado, além do Programa Farmácia Popular. Com exceção do Farmácia Popular, em todos os outros componentes o financiamento e a escolha de qual componente o medicamento fará parte é tripartite, ou seja, a responsabilidade é da União, dos estados e os municípios.

Os medicamentos estão disponíveis na **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename)**. A Rename é uma lista orientativa e cabe a cada município estabelecer sua própria relação de medicamentos de acordo com suas características epidemiológicas. A Rename contempla os medicamentos e insumos disponibilizados no Sistema Único de Saúde (SUS) e está dividida

em Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF), Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), além de determinados medicamentos de uso hospitalar. Hospitais possuem descrição nominal própria de tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais do SUS.

3.5- Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde é responsável por ações de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis, pela vigilância de fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, saúde ambiental e do trabalhador e também pela análise de situação de saúde da população brasileira.

Diante do novo contexto, em que diferentes estratégias e tecnologias são incorporadas às ações de saúde pública, a vigilância em saúde passa a ser entendida como um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, que visa ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

3.5.1- Vigilância Epidemiológica

É definida como um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de intervenção em saúde pública.

Ações gerais:

- Execução de controle ambiental, proteção à saúde do trabalhador, vigilância alimentar e nutricional, promoção e educação em saúde, mobilização social e controle de Zoonoses;
- Ações de coleta sistemática, de consolidação, análise e interpretação de dados;
- Divulgação de informações;
- Diagnósticos de casos;
- Avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;
- Retroalimentação do sistema;
- Processamento de dados;
- Assumir controle operativo de situações epidêmicas, quer de doenças de notificação compulsória, quer agravos inusitados à saúde.

3.5.2- Vigilância Sanitária

Entende-se por vigilância sanitária o conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos e agravos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo o controle:

A Vigilância Sanitária prioriza as ações educativas, alterando o perfil coercitivo, que é a principal característica do setor. Os resultados das ações educativas são positivos, observando-se aumento da participação da sociedade nas intervenções de ouvidoria (denúncia), maior compreensão das competências do setor pela população, e melhor contribuição dos responsáveis dos estabelecimentos no cumprimento das exigências sanitárias. Os resultados são comprovados pelo aumento das denúncias recebidas, redução das quantidades de retornos aos estabelecimentos inspecionados, possibilitando as emissões de Alvarás Sanitários em menor tempo, otimizando as ações de Vigilância Sanitária e utilização dos recursos públicos.

3.6- Saúde Bucal

Atualmente o município busca a ampliação das Equipes de Saúde Bucal fomenta as mudanças estratégicas quanto à gestão do cuidado, à ordenação da rede assistencial e dentro do contexto do modelo de atenção à saúde.

A Equipe de Saúde Bucal é composta pelo Cirurgião Dentista e Auxiliar de Saúde Bucal. Cada categoria profissional possui atribuições específicas e complementares na atenção individual ou coletiva ao paciente.

Os usuários que não têm suas necessidades resolvidas na APS e necessitarem de atendimento especializado são encaminhados ao Centro de Especialidade Odontológica – CEO.

3.7- Saúde Mental

O cuidado às pessoas com transtornos mentais acontece através de grupos operativos realizados pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e através de ações que envolvem os serviços do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS

Os CAPS's são serviços especializados inseridos na construção de uma cultura antimanicomial que priorizam o atendimento do usuário em sua comunidade, evitando assim, a internação deste em hospitais psiquiátricos.

3.8- Imunização

Desde 1973 o Brasil tem o Programa Nacional de Imunização que organiza campanhas, orientações

e sistematiza ações para a imunização da população brasileira, com o objetivo de imunizar todo o país. Na definição do ministério da saúde, a vacina é um mecanismo para controlar algumas doenças infectocontagiosas.

De acordo com o Ministério da Saúde uma pessoa imunizada é aquela que possui anticorpos contra um agente infeccioso. Essa pessoa pode ter adquirido os anticorpos artificialmente por meio da vacinação, ou naturalmente após a pessoa ter adquirido a doença e o corpo desenvolver os anticorpos necessários pra combatê-la.

A vacina pode ser de dose única ou ser tomada em várias doses ao longo da vida. O ministério da saúde possui um calendário de imunização. Por meio dele a população pode se orientar sobre a época correta de se tomar as vacinas e se imunizar contra as doenças infectocontagiosas.

A incidência das doenças imunopreveníveis mostra que mudanças importantes ocorreram no seu comportamento com o uso de vacinas e o avanço nas coberturas vacinais. Entretanto, a heterogeneidade dos resultados dessas coberturas vacinais pode contribuir para o recrudescimento de doenças e requer, portanto a adoção de estratégias adicionais para o resgate e vacinação dos não vacinados.

As recomendações dos esquemas vacinais são elaboradas a partir de estudos que demonstram como uma vacina pode proporcionar o máximo de eficácia e proteção contra as doenças imunopreveníveis. Neste sentido, para cada vacina é estabelecido um esquema de vacinação, as faixas etárias alvo da vacinação, a idade mínima e máxima para receber cada dose, os intervalos ideais entre as doses, e ainda são levados em conta às questões logísticas e operacionais para a realização da vacinação nos programas nacionais de imunizações de cada país.

Ponte Nova possui uma central de imunização e três salas de vacina localizadas na ESF Triângulo; Santo Antônio e PACS.

3.9- Atenção Especializada

A Atenção Especializada no Sistema Único de Saúde (SUS) tem a função de promover coordenadamente serviços especializados em saúde, oferecendo à população acesso qualificado e em tempo oportuno.

É feita através de um conjunto de ações, praticas, conhecimentos e serviços de saúde realizados em ambiente ambulatorial que englobam a utilização de equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados para a produção do cuidado em média e alta complexidade.

A média complexidade é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio

diagnóstico e tratamento.

A Alta Complexidade é constituída por um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade).

As ações e procedimentos considerados de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar se constituem para os gestores em um importante elenco de responsabilidades, serviços e procedimentos relevantes para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao cidadão.

Em Ponte Nova a rede própria disponibiliza consultas médicas especializadas (neurologia, endocrinologia, dermatologia, fisiologia, cardiologia, cirurgia geral, oftalmologia) e SADT(ultrassom, eletrocardiograma, RX) na Policlínica Milton Campos.

O município possui o Laboratório Central com a realização de exames de sangue, fezes, urina, cultura BAAR, outros exames especializados são realizados nos laboratórios tercerizados e as sorologias são encaminhadas para o laboratório Oficial do Governo- FUNED.

A rede contratada, através do Consórcio Intermunicipal de Saúde- CIS AMAPI, é disponibilizado consultas especializadas (ortopedia, neurologia, cardiologia, oftalmologia, dermatologia, infectologia, otorrinolaringologia, urologia, psiquiatria, gastroenterologia, proctologia, angiologia, mastologia) e SADT (ultrassom, eletroencefalograma, endoscopia digestiva, teste ergométrico, ecocardiograma, retossigmoidoscopia, colonoscopia, eletroneuromiografia, campimetria, fundoscopia , tonometria, duplex scan)

A rede contratada através dos hospitais (Hospital Arnaldo Gavazza Filho e Hospital Nossa Senhora das Dores) é ofertado consultas especializadas (cardiologia, angiologia, nefrologia, oftalmologia, otorrinolaringologia derivado do credenciamento dos serviços de média e alta complexidade), e SADT (RX, mamografia, densitometria óssea, ecocardiograma, duplex scan)

O serviço de urgência e emergência é ofertado por meio de contratualização com o hospital Arnaldo Gavazza Filho. O pronto socorro do Hospital Arnaldo Gavazza funciona 24 hs e possui, plantão de pediatria e ortopedia. O Hospital de Nossa Senhora das Dores atende a demanda de trabalho de parto assim como as urgência em decorrência da gravidez. O sistema de transporte está ainda pouco estruturado e não existe pessoal capacitado para atendimento pré hospitalar. Houve convênio com o Corpo de Bombeiros o que deverá melhorar bastante o transporte pré-hospitalar. Atualmente é disponibilizada uma ambulância com enfermeiro, técnico de enfermagem, prancha rígida, colar cervical e oxigênio para o atendimento às urgência pré-hospitalares, isso melhorou bastante a qualidade deste transporte, porém ainda não é o ideal e espera-se otimizá-lo com a chegada o Corpo de Bombeiros.

3.10- Tratamento Fora Domicílio

O setor de tratamento fora do domicílio é responsável pela marcação, encaminhamento e pagamento de despesas de tratamentos realizados fora do município. Além de consultas, são encaminhados pacientes para realizar exames e cirurgias de alta complexidade. Os principais procedimentos encaminhados para tratamento extra município são: radioterapia, hematologia, ortopedia, neurologia, nefrologia, oftalmologia, cirurgia plástica, pneumologia, psiquiatria e angiologia.

4- CONTEXTUALIZAÇÃO

Em novembro de 2015, na madrugada do dia 6, ocorreu um dos maiores desastres tecnológicos envolvendo barragens de mineração, já registrado mundialmente, o que podemos conceituar também de acidente ampliado de trabalho. Mais de 50 milhões de m³ de rejeitos de mineração foram lançados no meio ambiente e a onda de lama causou estragos e devastação em um trecho ao longo dos rios Gualaxo do Norte, do Carmo e da Bacia do Rio Doce. O município de Ponte Nova integra a bacia do rio Doce, sendo banhado por um de seus principais formadores, rio Piranga. O rio Doce recebe esse nome a partir da confluência dos rios Piranga e do Carmo, entre as cidades de Ponte Nova, Rio Doce e Santa Cruz do Escalvado, em Minas Gerais.

A lama de rejeitos da mineração alcançou o Rio Doce, alagando as algumas comunidades rurais de Ponte Nova: comunidade de Simplício, Fazenda Concórdia e Vila Chopotó, atingindo a situação econômica e social destas, bem como o estado e uso dos recursos naturais pelas famílias destas comunidades. Os moradores, antes acostumados à rotina de uma comunidade rural, de vida pacata e hábitos simples, presenciou o acelerado processo de modificações devido aos efeitos do crime ambiental. Não obstante, a violação das moradias, renda e saúde, alterando o perfil destas comunidades.

Após a chegada da lama que se depositou nas propriedades rurais, estas famílias começaram a conviver com o intenso fluxo de veículos que passaram a transitar nas vias para a retirada da lama. As vias foram convertidas em uma rota permanente de veículos pesados. Tal processo desencadeou um novo impacto que incide sob a residência dos moradores e estradas que não nunca tinham convividos com este fluxo intenso de caminhões pesados.

Diante disso, os terrenos das famílias tornaram-se depósito de rejeitos, trazendo grande prejuízo para o uso do solo e da água, matando as plantações e inviabilizando futuras.

Todos os moradores são ribeirinhos, pescadores e trabalham com agricultura familiar. Eles

possuíam um forte vínculo com o rio do Carmo, que era uma fonte de renda, subsistência, lazer, dessedentação dos animais e irrigação das plantações. Após o rompimento da barragem, as famílias sofreram e continuam sofrendo com as perdas e danos no seu modo de vida.

Os membros da família compartilhavam uma canoa de madeira, a qual era utilizada para a travessia até o município de Rio Doce, devido a facilidade de acesso. Eles contam que possuíam um vínculo direto com os funcionários da Fazenda Porto Alegre, que está localizada na outra margem do rio.

A zona rural do Município é bastante extensa tornando difícil o acesso a todas elas, bem como a dificuldade de sempre manter as estradas em boas condições para o tráfego de veículos. Agrava-se essa situação na medida em que a estrutura de transporte é escassa. As equipes da ESF têm dificuldade de locomoção para a zona rural tanto pela extensão quanto pela escassez de transporte disponível na rede de atendimento já que as Equipes de Saúde da Família precisam dar cobertura a todo o território com acompanhamento contínuo das famílias.

Ressalta-se que a zona rural não possui tratamento da água. O abastecimento é feito através de poço artesiano. As famílias que foram atingidas pelo desastre, também tiveram o abastecimento de água comprometido.

Após o rompimento foram construídos dois poços semi-artesianos na comunidade, porém os mesmos não resolveram o problema, ficando assim a população abastecida por um caminhão PIPA durante um período, onde não se sabia a origem e qualidade da água ofertada.

Concentrações elevadas de metais pesados, como alumínio, arsênio, chumbo, cobre, cromo, mercúrio e níquel, alguns comprovadamente prejudiciais à saúde, mesmo quando ingeridos em pequenas concentrações e o tratamento convencional não os remove eficientemente. Podem se acumular na biota aquática e devido a sua toxicidade, causar prejuízos aos ecossistemas aquáticos naturais. O consumo do pescado contaminado com esses metais, pode resultar em problemas de saúde para a população.

Foram destruídos: pastagens, matas, cachoeiras, áreas de lazer, animais domésticos, plantações, hortas, pomares. poços artesanais, açudes. Maquinários, ferramentas e veículos automotivos foram danificados.

Animais de grande e pequeno porte morreram e/ou adoeceram e os que restaram não tinham água e comida, pois a maioria das capineiras e silagens secaram e algumas ainda continuam cobertas pela lama.

A relação com o rio é um ponto que também merece destaque. Do rio, os moradores, antes

de se tornarem atingidos, retiravam provimento inerente à subsistência e a complementação de sua renda. O rio oferecia a essa população desde o trabalho até o lazer. Muitos trabalhadores da região exerciam atividades de garimpeiros ou pescadores, possuindo, portanto, uma relação de interdependência com o rio. No entanto, com o rompimento da barragem, essas relações se dissolveram, e um processo de empobrecimento da população, que não podem mais contar com o rio para manutenção do seu processo de sobrevivência. A relação dos moradores com o rio para a subsistência e o lazer foi suspensa.

Concomitante, após a chegada da lama que se depositou nas ruas de vários municípios que fazem parte da microrregião de Ponte Nova, este começa a conviver com o intenso fluxo de pessoas que começam a procurar, principalmente por serviços médicos e hospitalares. Tal processo desencadeou um impacto sócio econômico do nosso município. Alguns espaços foram impactados de forma peculiar.

Não obstante, em 2016 o município foi acometido por uma epidemia de dengue, além de 03 óbitos por febre amarela.

4.1- Perfil Epidemiológico após rompimento

Frequência por ano da notificação segundo município de residência

Acidente por Animais Peçonhentos						
Ano	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Total	65	78	89	75	99	406

AIDS						
Ano	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Total	10	10	7	18	25	70

Atendimento Antirrábico Humano						
Ano	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Total	142	134	108	171	183	738

Dengue						
Ano	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Total	47	48	750	11	41	897

Esquistossomose						
Ano	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Total	39	43	33	46	34	195

Febre Amarela						
Ano	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Total	0	0	0	1	14	15

Hepatites Virais						
Ano	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Total	6	8	12	19	9	54

Fonte SINAN

Os dados contidos nos quadros acima apontam para um aumento significativo de agravos, após o rompimento da Barragem de Fundão, em 2015. Houve um aumento do número de acidentes por animais peçonhentos e aumento significativo dos atendimentos antirrábico humanos.

Observa-se ainda um aumento dos casos de AIDS. Vale ressaltar que em 2016 passamos por uma epidemia de dengue, um aumento discreto dos casos de esquistossomose e um aumento dos casos de Febre Amarela, registrando 03 óbitos no município, além de um aumento dos casos das Hepatites Virais.

Taxa de Mortalidade Geral por capítulos CID-10	2014	2015	2016	2017	2018
I. Algumas doenças infecciosas	0,25	0,37	0,38	0,45	0,29
II. Neoplasias (tumores)	1,19	1,28	1,41	1,29	0,96
III. Doenças sangue órgãos hemat. e transt. imunitários	0,03	0,02	0,02	0,07	0,05
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0,48	0,43	0,42	0,36	0,32
V. Transtornos mentais e comportamentais	0,35	0,12	0,20	0,33	0,20
VI. Doenças do sistema nervoso	0,33	0,20	0,28	0,38	0,22
VII. Doenças do olho e anexos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00
IX. Doenças do aparelho circulatório	2,42	2,02	1,98	2,04	1,74
X. Doenças do aparelho respiratório	0,67	0,85	0,93	0,96	0,81
XI. Doenças do aparelho digestivo	0,47	0,30	0,23	0,28	0,30
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,05	0,02	0,03	0,03	0,05
XIII. Doenças sist. osteomuscular e tec conjuntivo	0,05	0,03	0,00	0,02	0,03
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0,10	0,15	0,18	0,20	0,20
XV. Malf. Cong. Deformid. e anomalias cromossômicas	0,07	0,03	0,05	0,03	0,03
XVI. Sini sinais e achad. Anorm.ex clín e laboratoriais	0,43	0,47	0,40	0,48	0,34
XVII. Lesões enven e alg out conseq. causas externas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
XVIII. Causas externas de morbidade e mortalidade	0,82	0,73	0,91	0,75	0,18
Capítulo não informado	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00

O quadro acima especifica as causas dos óbitos ocorridos no município de Ponte Nova no período de 2014 a outubro de 2018. Podemos notar um aumento na taxa de mortalidade por Doenças Infeciosas, Doenças do Aparelho Respiratório e Doenças do Aparelho Geniturinário.

5- PLANO DE AÇÃO EM SAÚDE DE PONTE NOVA

O Plano de Ação em Saúde do Município de Ponte Nova foi construído com o objetivo de ser um instrumento norteador para a execução das ações em saúde em nosso município e contou com a participação dos profissionais de saúde da gestão local e da população atingida pelo rompimento da Barragem de Fundão, em Mariana no ano de 2015.

5.2- OBJETIVOS:

5.2.1- Objetivo geral

Oferecer serviços ao município de Ponte Nova, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde da população atingida pelo rompimento da barragem de rejeitos de Fundão, em Mariana, em 2015, garantindo, principalmente a acessibilidade desta população a estes serviços, bem como a reparação dos danos causados pelo rompimentoda barreira, reestabelecendoa rotina das comunidades atingidas.

5.2.2- Objetivos específicos

- Reestruturar e capacitar a equipe técnica da Atenção Básica para atender às demandas de Saúde que surgiram após o rompimento da barragem de rejeitos, em Mariana;
- Reestruturar e capacitar a equipe técnica de Saúde Mental para atender a demandada que surgiu após rompimento da barragem de rejeitos, em Mariana;
- Intensificar as ações de vigilância em saúde;
- Capacitar a equipe de saúde para o enfrentamento de situações correlacionadas aoscomponentes químicos oriundos dos rejeitos;
- Promover o acesso à população atingida com qualificação e humanização da atenção emsaúde, visando o bem-estar geral da população atingida.

5.3- JUSTIFICATIVA

O Plano de Ações em Saúde do Município de Ponte Nova foi construído com a participação dos profissionais de saúde e da população atingida pelo rompimento da barragem de rejeitos e Fundão, em novembro de 2015, seguindo as normas básicas do SUS, conforme Lei 8.080/90 visando a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde da população atingida e a garantia de todos os seus direitos, uma vez que as propriedades às margens do rio do Carmo foram atingidas pela lama de rejeitos decorrente do rompimento da barragem de Fundão em novembro de 2015, tornando-se os terrenos depósito de rejeitos, trazendo grande prejuízo para o uso do solo e da água, matando as plantações e inviabilizando futuras.

Todos os moradores são ribeirinhos, pescadores e trabalham com agricultura familiar. Eles possuíam um forte vínculo com o rio do Carmo, que era uma fonte de renda, subsistência, lazer, dessedentação dos animais e irrigação das plantações. Após o rompimento da barragem, as famílias sofreram e continuam sofrendo com as perdas e danos no seu modo de vida.

5.4- PÚBLICO ALVO

As famílias atingidas pelo rompimento da barragem de rejeitos de Fundão, em Mariana, em 2015.

6- PLANO DE AÇÃO DE ENFRENTAMENTO

Segue-se, portanto abaixo a identificação e definição dos problemas prioritários após o levantamento da análise situacional da saúde em seus diversos aspectos através da identificação foi formulado e priorizado os problemas em uma determinada realidade após o Rompimento da Barragem do Fundão em 2015.

6.1- ATENÇÃO BÁSICA

- ▶ **Problema:** Dificuldade de acesso a saúde pelos atingidos pós rompimento
- ▶ **Descritor:** Os moradores da comunidade tem dificuldade de acesso à unidade de saúde mais próxima localizada no Pontal devido à manutenção das estradas e os percalços que o eriodo chuvoso apresenta. Além disto, na comunidade não há Posto de Saúde.

- ▶ **Meta:** Aquisição de um veículo e construção de um posto para atendimento na comunidade.
- ▶ **Responsáveis:**
Execução: Fundação Renova
Acompanhamento: Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento.
- ▶ **Indicadores:** Percentual da cobertura populacional de Atenção Básica.
- ▶ **Custos:** R\$175.000,00
- ▶ **Prazo para Execução:** 12 meses.

6.2- SAÚDE MENTAL

- ▶ **Problema:** Aumento de agravos à saúde mental pós-rompimento da Barragem de rejeitos de Fundão, em Mariana, em 2015, como tristeza, angústia, frustração e medo por conta dos diversos animais mortos e da notícia de pessoas mortas encontradas na região, contribuindo para o surgimento e/ou agravamento de doenças mentais.
- ▶ **Descritor:** O município conta com um número reduzido de profissionais da saúde mental o que não supri a demanda da população, principalmente após o desastre do rompimento da Barragem de Fundão.
- ▶ **Meta:** Reestruturar a equipe técnica e/ou ampliação de contratos para que se possa realizar o acompanhamento e, portanto atender toda a demanda que surgiu após rompimento da Barragem; além da construção de um espaço de convivência para Grupos terapêuticos na comunidade.
- ▶ **Responsáveis:**
Execução: Fundação Renova
Acompanhamento: Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento.
- ▶ **Indicadores:** Diminuição do tempo de espera e no atendimento da população atingida pelo rompimento da barragem de fundão de Mariana.
- ▶ **Custos:** R\$ 589.259,52 (Custo referente ao que é pago aos profissionais já existentes no município);
R\$ 200.000,00 (Centro de Convivência)
- ▶ **Prazo para Execução:** 36 meses.

Profissional	Quantidade	Carga Horária	Salário/mês	Período
Assistente Social	01	20 hrs	R\$ 2.067,68	36 meses
Psicólogo	01	20 hrs	R\$ 2.067,68	36 meses
Médico	01	20 hrs	R\$10.165,28	36 meses
Enfermeiro	01	20 hrs	R\$ 2.067,68	36 meses

6.3- ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

▶ **Problema:** Dificuldade de acesso a medicamentos essenciais da Farmácia Integrada.

▶ **Descritor:** A distribuição da medicação acontece pela Farmácia Integrada, localizada na zona urbana.

▶ **Meta:** Implantação de farmácia móvel;

▶ **Responsáveis:**

▶ Execução: Fundação Renova

▶ Acompanhamento: Secretaria Municipal de Saúde

▶ **Indicadores:** Proporção de atendimentos..

▶ **Custos:** R\$ 200.000,00

▶ **Prazo para Execução:** 12 meses.

6.4- EDUCAÇÃO PERMANENTE

▶ **Descritor:** Realização de programa de capacitação, educação permanente voltada para as equipes de saúde do município.

-Planejamento de oficinas com temáticas referentes às Emergências em desastres para Saúde Mental, APS e Equipe de Urgência e Emergência;

-Capacitação de médicos e enfermeiros para diagnosticar, monitorar e acompanhar pacientes com exposição de metal pesado.

-Capacitação para os profissionais de reabilitação para pacientes diagnosticados com intoxicação por metal pesado;

-Capacitação para os profissionais de saúde mental para atendimento à população atingida por desastres;

-Capacitação em farmacovigilância;

-Capacitação de ACS e ACE com olhar voltado para doenças relacionadas a fatores ambientais e metais

pesados.

► **Meta:** Educação interativa no trabalho, valorizando estratégias construtivistas de formação.

► **Responsáveis:**

► Financiamento: Fundação Renova

Execução: Secretaria Municipal de Saúde

► **Indicadores:** Aplicação de questionários que a análise da atividade desenvolvida e o cumprimento dos seus objetivos.

► **Custo:** R\$ 30.000,00 (Contratação de profissionais especializados para realização de capacitação e aprimoramento, para desenvolver ações relacionadas à Práticas de Educação Permanente em Saúde).

► **Prazo para Execução:** 24 meses.

6.5- EDUCAÇÃO EM SAÚDE

► **Descritor:** Realização de programa de educação em saúde voltada para a comunidade atingida.

-Articular ações coletivas de assistência e de recuperação dos agravos, com ações coletivas, de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores; ações de planejamento e avaliação com as práticas de saúde; o conhecimento técnico e os saberes dos trabalhadores.

-Orientar a população sobre os cuidados na manipulação dos alimentos e destino dos resíduos.

► **Meta:** Construir uma relação horizontal com a comunidade para a promoção, prevenção e recuperação da saúde.

► **Responsáveis:**

Financiamento: Fundação Renova

Execução: Secretaria Municipal de Saúde

► **Indicadores:** indicadores de promoção da saúde tendo como base informações epidemiológicas, sociais, econômicas, demográficas, ambientais, de organização dos serviços de saúde, de desenvolvimento de políticas públicas e de organização da comunidade.

► **Custo:** R\$ 20.000,00 (Contratação de profissionais especializados para realização de ações relacionadas à Práticas de Educação em Saúde).

► **Prazo para Execução:** 24 meses.

7- MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O plano será monitorado pela comissão responsável por sua elaboração com período semestral. A comissão deverá avaliar o desenvolvimento, a possibilidade de revisão e adequação de etapas.

8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei nº 8080/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 03 de março de 2019.

Atlas do Desenvolvimento no Brasil. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/ponte-nova_mg#caracterizacao>. Acesso em 10 de dezembro de 2021.

SANTOS, Luiz Gustavo Cota. História e Contemporaneidade. Disponível em <https://www.pontenova.mg.gov.br/detalhe-da-materia/info/historia-e-contemporaneidade/6501>. Acesso em 10 de dezembro de 2021.



**PREFEITURA DE
PONTE NOVA**

