

Plano Regional de Saúde Mental

REGIÃO DE SAÚDE NORTE BARRETOS DRS-V BARRETOS

MUNICÍPIOS DE ALTAIR, BARRETOS, CAJOBI, COLINA,
COLÔMBIA, GUAÍRA, GUARACI, JABORANDI,
OLÍMPIA E SEVERÍNIA

Equipe técnica responsável pela elaboração do Mapa de Saúde
Interlocutores de Saúde Mental da Região Norte

Richard Virginio da Silva – município de Altair

Sabrina de Almeida Rocha - município de Barretos

Rosângela Gonçalves Pereira – município de Cajobi

Neusa Maria de Castro Munari e Rogéria Adriana Casagrande – município de Colina

Télcia Mara Botelho – município de Colômbia

Marcio Silveira – município de Guairá

Carla Helena da Silva – município de Guaraci

Sebastião Luis de Castro – município de Jaborandi

Sandra Sgarbi e Alessandra Falco – município de Olímpia

José Américo Giangiuto – município de Severinínia

Articuladora de Saúde Mental - DRS V Barretos

Jussara Aparecida De Angelis Colli

Articuladora Regional de Humanização – DRS/Barretos

Ana Angela Alcântara Castilho

APOIO

Núcleo Técnico do CDQ/SUS - DRS V Barretos

Núcleo Organização das Redes de Serviços – NORS – DRS V Barretos

I – Introdução

As Políticas Públicas de Saúde Mental visam elaborar leis que contribuam para a melhoria no atendimento dos serviços e benefícios para os usuários, transformando aquilo que é individual em ações coletivas, garantindo assim seus direitos sociais. A prática em saúde mental é uma responsabilidade social e deve se relacionar ao desenvolvimento histórico da sociedade.

Com a reforma psiquiátrica pretende-se modificar o sistema de tratamento clínico da doença mental, eliminando gradualmente a internação como forma de exclusão social. No campo da assistência, o Ministério da Saúde estabelece as diretrizes para o atendimento nos serviços de saúde mental, normatizando vários serviços substitutivos como: atendimento ambulatorial com serviços de saúde mental (Unidade Básica, Estratégias de Saúde da Família, Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS), Hospital-Dia (HD), Serviço de Urgência Psiquiátrica em Hospital-geral, leito psiquiátrico em Hospital-geral, além de definir padrões mínimos para o atendimento nos hospitais psiquiátricos. Conforme a Portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial instituir-se-á com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. O Colegiado Norte da DRS V, vem tentando se adequar a estas propostas, já contando com 1 CAPS III, no município de Barretos e 1 CAPS I, no município de Guaíra e 23 leitos psiquiátricos, na Santa Casa de Barretos – Hospital Geral. Em 2008 foram descredenciados 110 leitos no Hospital Psiquiátrico Vale do Rio Grande. Os municípios de Barretos, Olímpia e Guaíra possuem Ambulatório de Saúde Mental; sendo que este equipamento não compõe os equipamentos que são contemplados na Portaria N° 3.088 de 23 de dezembro de 2011, que institui a RAPS.

A Região de Saúde Norte Barretos é composta pelos municípios de: Altair, Barretos, Cajobi, Colina, Colômbia, Guaíra, Guaraci, Jaborandi, Olímpia e Severínia.

Grupo Condutor do Projeto Regional da Rede Psicossocial

O grupo Condutor iniciou as atividades para implantar a RAPS, em uma Oficina promovida pela RRAS 13 em parceria com a Coordenação de Saúde Mental da SES/SP, que contou com participação de um representante do Ministério da Saúde no dia 29/05/13. Foi discutido com os Gestores e Articuladores Municipais de Saúde Mental toda a legislação para a implantação da referida Rede. Em 07 de Junho de 2013 foi promovido pelo Coletivo de Apoiadores do DRS V um *Fórum* com os gestores e técnicos de Saúde Mental com o objetivo de discutir todo o processo da

Reforma Psiquiátrica no Brasil, a sua inserção no SUS até os dias de hoje e o diagnóstico atual da Rede de Saúde Mental na abrangência do DRS V Barretos.

Após este *Forum*, a Articulação de Saúde Mental do DRS V iniciou os trabalhos de elaboração do Plano de Ação da RAPS por Região de Saúde, com a participação do Grupo Condutor Regional, abordando as seguintes pautas: discussão dos objetivos e diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial; alinhamento conceitual para preenchimento da matriz para o diagnóstico municipal; discussão sobre os equipamentos de saúde disponíveis na atenção psicossocial regional e municipal considerando os componentes da rede; distribuição de tarefas para elaboração dos planos de ação municipais e construção coletiva do Plano de Ação Regional. O Grupo condutor utilizou o material que já estava sendo elaborado sobre o diagnóstico da Saúde Mental da Região, através dos encontros dos articuladores municipais promovidos pelo DRS V Barretos desde fevereiro de 2013 e também dos dados de caracterização da região em seus aspectos socioeconômicos e demográficos do Mapa da Saúde da Região Norte Barretos.

Objetivos Gerais

Segundo a Portaria GM/MS Nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, de tanto, os objetivos da RAPS são:

- I - Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II - Promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção;
- III - Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Objetivos Específicos

De acordo com a Portaria GM/MS Nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, de tanto, os objetivos específicos da RAPS são:

- I - Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II - Promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção;
- III - Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

IV – promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;

V – Promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;

VI – Desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;

VII - Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;

VIII - Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e

IX - Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços através de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

II – Caracterização da Região de Saúde Norte Barretos

O DRS V de Barretos é composto por duas Regiões de Saúde: Norte Barretos e Sul Barretos, conforme o Mapa 1.

A Região de Saúde Norte Barretos é composta por 10 municípios, totalizando uma população de 268.546 habitantes segundo dados do IBGE 2010.

Mapa 1 - Regiões de Saúde do DRS – V Barretos

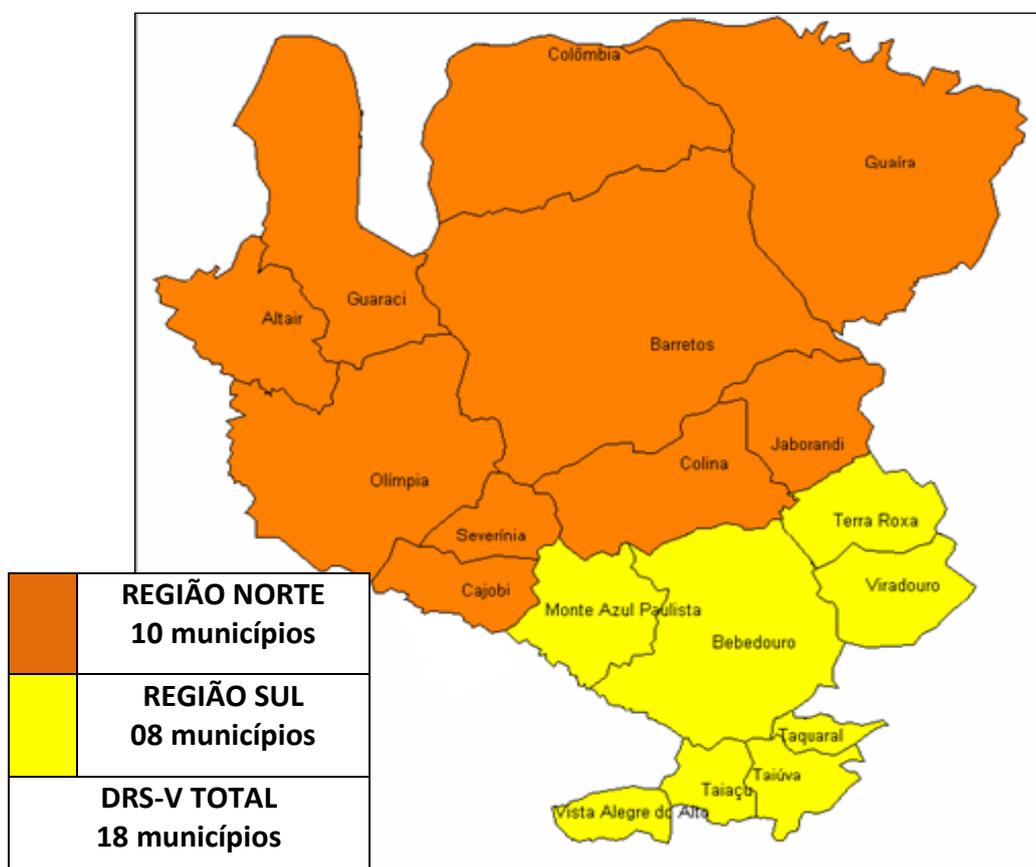


Tabela 2 - Distribuição populacional por sexo e faixa etária da Região Norte Barretos

REGIÃO DE SAÚDE - 35051 - NORTE-BARRETOS			
Idade	Masculino	Feminino	Total
Menor 4 anos	8.540	8.263	16.803
5 a 9 anos	9.107	8.555	7.662
10 a 14 anos	10.450	9.791	20.241
15 a 19 anos	11.110	10.631	21.741
20 a 24 anos	12.270	11.720	23.990
25 a 29 anos	12.192	11.839	24.031
30 a 34 anos	10.909	10.770	21.679
35 a 39 anos	9.714	10.016	19.730
40 a 44 anos	9.321	9.760	19.081
45 a 49 anos	8.963	9.382	18.345
50 a 54 anos	7.690	8.353	16.043
55 a 59 anos	6.435	6.938	13.373
60 a 64 anos	5.112	5.938	11.050
65 a 69 anos	3.892	4.605	8.497
70 a 74 anos	2.983	3.688	6.671
75 a 79 anos	1.980	2.663	4.643
80 anos e mais	1.941	3.025	4.966
Total	132.609	135.937	268.546

Fonte: IBGE/Datasus

Observa-se que a Região de Saúde Norte totaliza população feminina superior à masculina, repetindo o que se vê na população do Estado no mesmo período, o que implica a esta Região de Saúde um olhar diferenciado às mulheres principalmente as em idade fértil como mostra a Tabela 2.

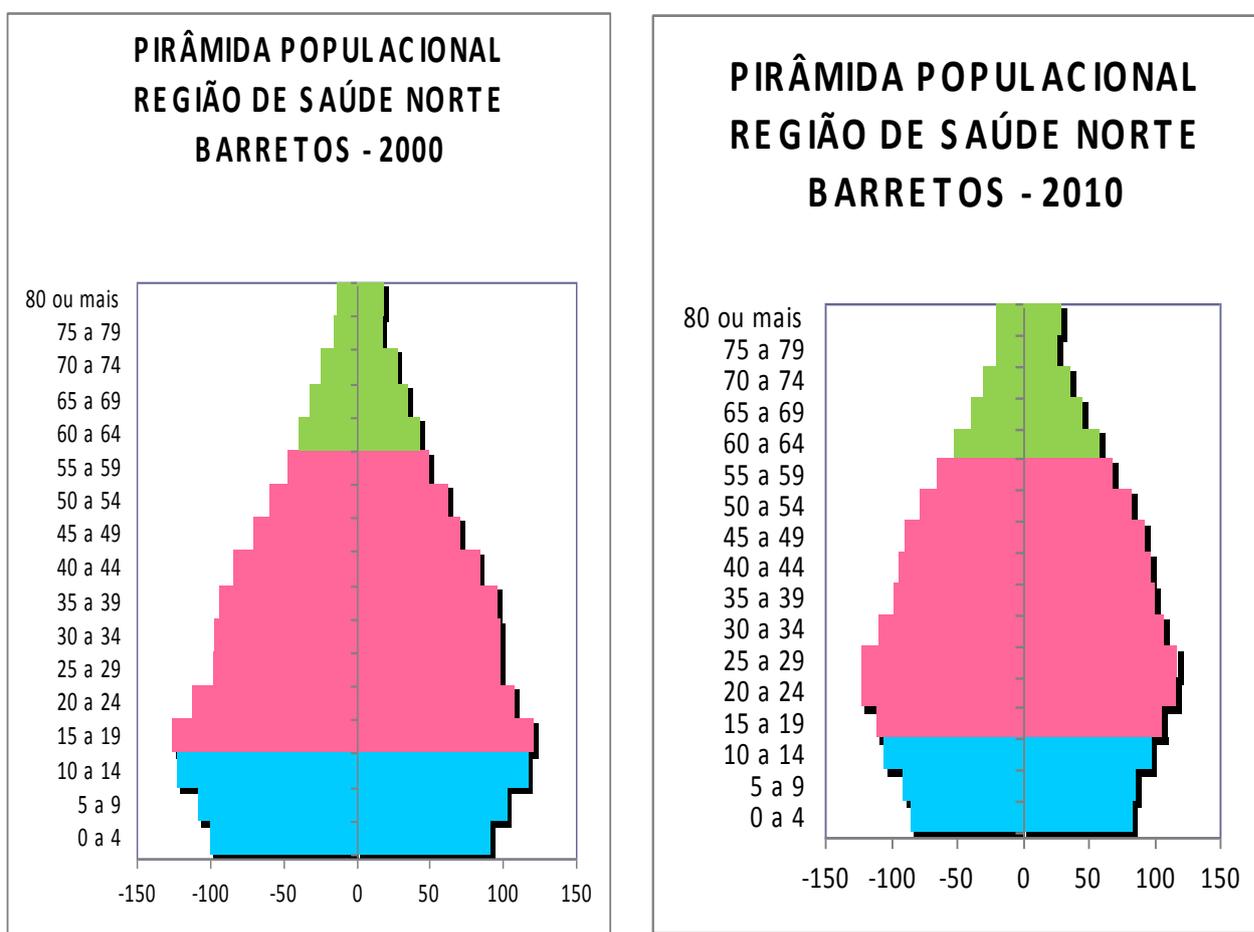
Tabela 3 – Distribuição por Faixa Populacional da Região Norte Barretos

DRS / Região de Saúde	< 10.000 hab	10 a 49.000 hab	50 a 99.000 hab	100 a 499.000 hab	> 500.000 hab.
DRS-V 35051 Norte - Barretos	ALTAIR CAJOBI COLÔMBIA GUARACI JABORANDI	COLINA GUAÍRA SEVERÍNIA	OLÍMPIA	BARRETOS	
	5	3	1	1	0

Fonte: IBGE/Datasus

A tabela apresenta a distribuição dos municípios que compõe a Região Norte Barretos de acordo com faixas populacionais onde se pode observar que tem em sua sede, o município de Barretos, seu maior pólo (26% da população). Os outros municípios apresentam população variando de < 10.000 a 99 mil habitantes tendo em sua maioria municípios com população inferior a 10.000 habitantes, demonstrando a necessidade de um sistema de saúde organizado a partir de uma Atenção Básica resolutiva, com fluxos e referências estabelecidos, regulados e monitorados na Média e Alta Complexidade, bem como estabelecimento de protocolos de procedimentos de contra-referência.

Gráfico 1 – Pirâmide Populacional, segundo sexo e faixa etária – Região Norte Barretos 2000 e 2010



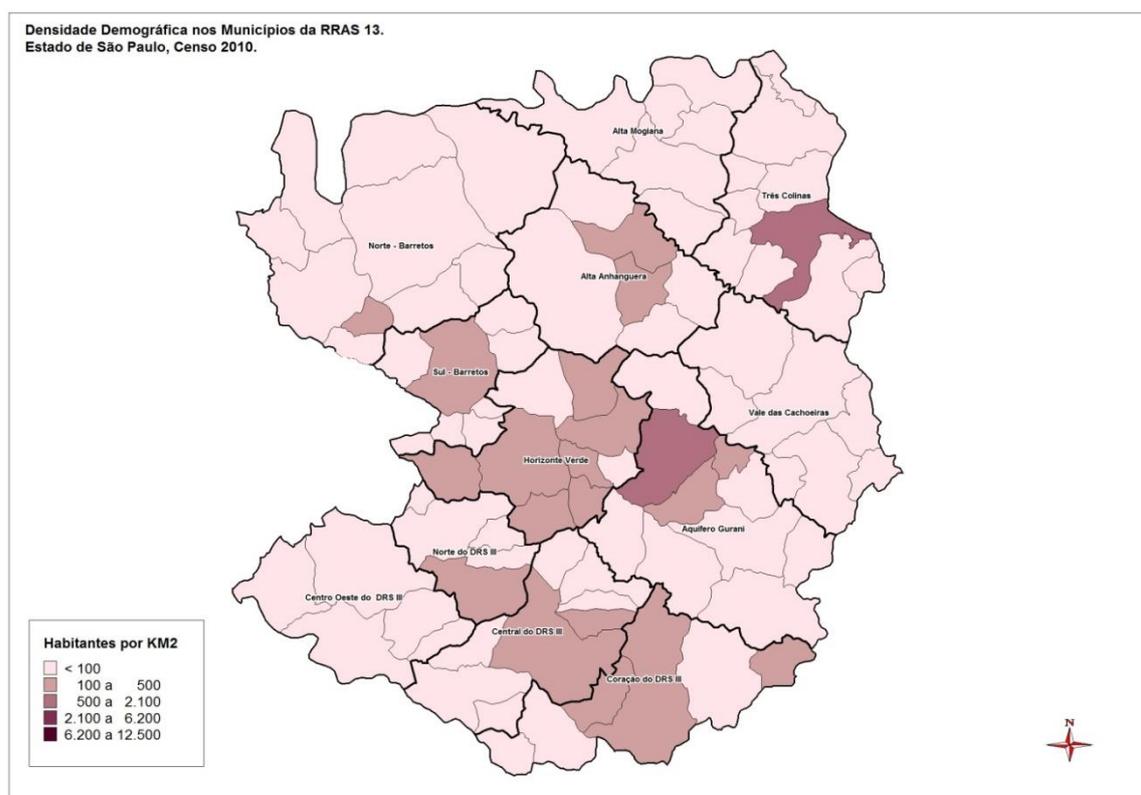
As Pirâmides Populacionais acima indicam aumento da população idosa em 2010 com predomínio de mulheres quando comparada a de 2000 bem como, diminuição da população menor de 15 anos e concentração de adultos na faixa entre 20 a 59 anos com predomínio do sexo feminino.

Tabela 4 - Densidade demográfica (hab/km²) da Região Norte Barretos, 2010

MUNICÍPIO	Área KM ² 2000	Total População Censo 2010	Densidade Demográfica 2010
Altair	338	3.815	11,29
Barretos	1.570	112.101	71,40
Cajobi	182	9.768	53,67
Colina	404	17.371	43,00
Colômbia	725	5.994	8,27
Guáira	1.241	37.404	30,14
Guaraci	643	9.976	15,51
Jaborandi	248	6.592	26,58
Olímpia	812	50.024	61,61
Severínia	132	15.501	117,43

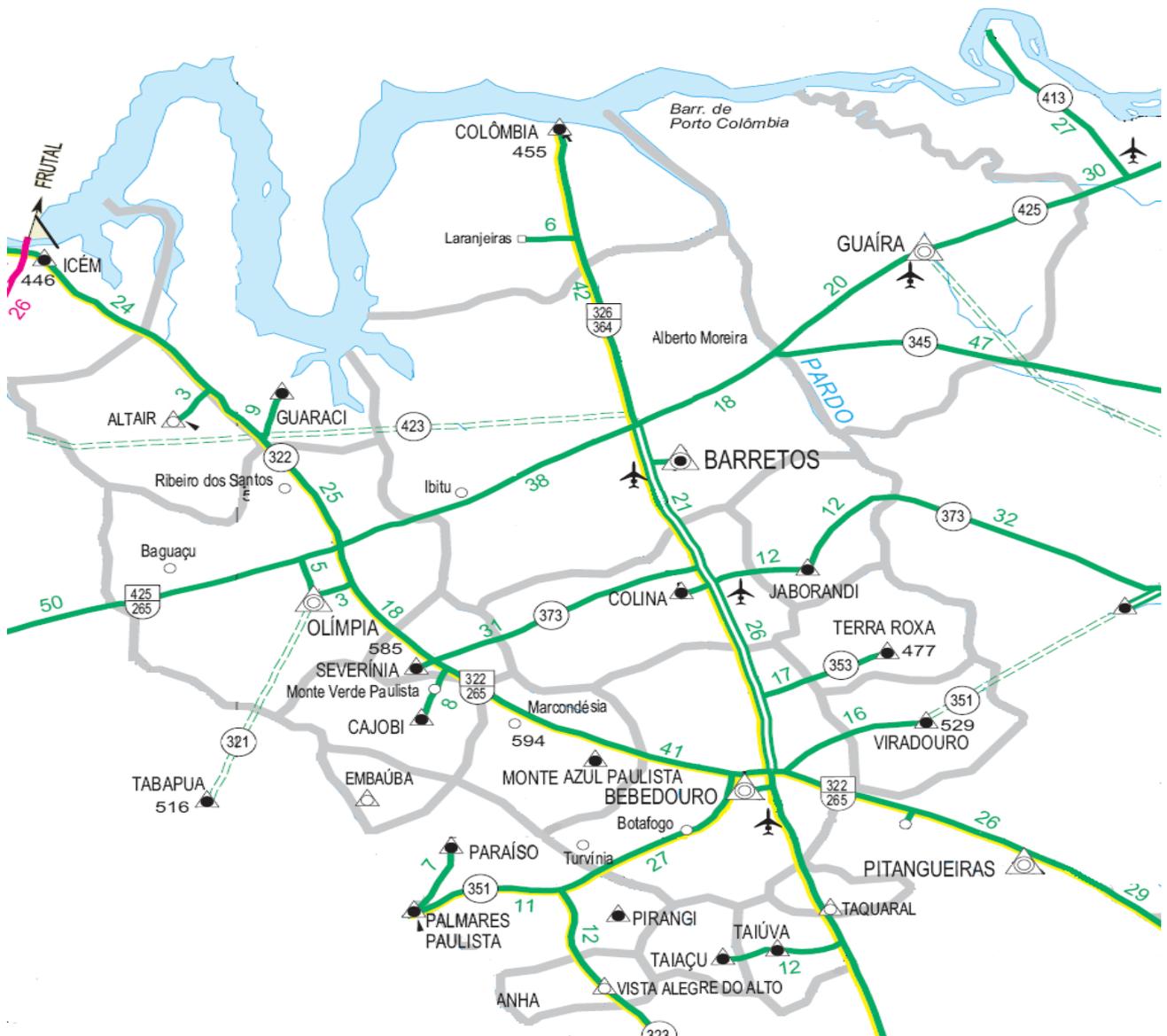
Fonte: IBGE/Datasus

Mapa 3 - Densidade demográfica (hab/km²) da RRAS 13, 2010



A tabela e o mapa de densidade populacional acima apontam uma concentração alta de habitantes por KM² no município de Severínia e menor concentração no município de Colômbia.

MAPA 4 – Malha Viária Região DRS-V Barretos



As rotas de comunicação com a região são formadas por algumas estradas vicinais e rodovias como a Assis Chateaubriand (SP 425) a Brigadeiro Faria Lima (SP 326) e a rodovia Armando Salles Oliveira (SP 322) sendo as duas ultimas, duplicadas em seu maior trecho, facilitando o acesso dos municípios às secretarias municipais e ao complexo hospitalar que se encontra em Ribeirão Preto – Hospital das Clínicas.

O segmento da rodovia Armando Salles de Oliveira entre Bebedouro e Olímpia não é duplicado e se apresenta em mal estado de conservação, sem acostamento, com vários buracos

levando a altos índices de acidentes e mortes, inclusive de pacientes que se locomoviam às referências de Barretos, Bebedouro e Olímpia.

O segmento da rodovia Brigadeiro Faria Lima entre Colômbia e Barretos também não é duplicado e vem sendo chamada de "rodovia da morte" e está em fase de reformas com recapeamento geral, implantação de terceira faixa e acostamentos também asfaltados, com previsão do término das obras para dezembro de 2.013. Segundo informações do Departamento de Estradas e Rodagem, regional de Barretos este trecho da Rodovia Brigadeiro Faria Lima apresenta grande número de acidentes de trânsito, dados dão conta que no exercício de 2.011 foram registrados 300 acidentes com 22 vítimas fatais, onde grande parte dos feridos passou pelo serviço médico de urgência local, além da ponte que divide os Estados, esta mesma rodovia passa a ser federal e, constantemente vítimas de acidentes do Estado de Minas Gerais também são trazidas ao nosso pronto atendimento. Esse trecho é parte da principal ligação entre a região metropolitana de São Paulo e o porto de Santos com Brasília e região norte do país, razão do grande movimento de veículos pesados, agravado por caminhões canavieiros de usina de álcool instalada na zona rural do município de Colômbia.

O segmento da rodovia Assis Chateaubriant não é duplicado no trecho entre Olímpia e Guairá, apresenta tráfego intenso de caminhões e grande número de acidentes.

Tabela 5 – IDH – Índice de Desenvolvimento Humano - Região Norte Barretos

Municípios	IDH/2000
Altair	0,812
Barretos	0,802
Cajobi	0,775
Colina	0,813
Colômbia	0,763
Guairá	0,822
Guaraci	0,758
Jaborandi	0,760
Olímpia	0,815
Severinia	0,750

Fonte: IBGE/Datasus

A tabela acima apresenta 5 municípios com IDH próximo ao do estado de São Paulo que é de 0,833, considerado elevado e 5 municípios com IDH abaixo do Estado e considerados médio desenvolvimento humano.

Tabela 6 – PIB dos Municípios da Região Norte Barretos

MUNICÍPIO	Produto e Renda - PIB (Em milhões de reais correntes) 2009	População Residente Estimada TCU 2009	Produto e Renda - PIB per Capita (Em reais correntes) 2009
Altair	96,19	3.287	29.263,77
Barretos	1.653,91	113.618	14.556,76
Cajobi	114,09	10.009	11.398,74
Colina	401,9	17.745	22.648,63
Colômbia	144,24	6.345	22.732,86
Guaíra	850,16	38.676	21.981,59
Guaraci	105,02	9.459	11.102,65
Jaborandi	74,2	6.715	11.049,89
Olímpia	931,04	50.602	18.399,27
Severínia	182,39	15.707	11.612,02
Estado	1.084.353,49	41.384.039	26.202,22

Fonte: IBGE/Datasus

Observa-se na tabela acima que apenas o município de Altair apresenta PIB maior que do Estado de São Paulo, enquanto os demais apresentam PIB inferior ao do estado.

Tabela 7 – Percentual aplicado em Saúde do orçamento próprio da Região Norte Barretos

MUNICÍPIO	R. Impostos e Transf. Const. 2011	D.R. Próprios 2011	Participação em Saúde (%) 2011
Altair	11.302.428,50	2.735.897,11	24,21
Barretos	141.548.815,76	28.214.346,85	19,93
Cajobi	11.453.673,42	2.976.031,24	25,98
Colina	33.779.154,07	6.088.937,10	18,03
Colômbia	21.080.143,34	6.317.773,79	29,97
Guairá	76.660.922,24	14.899.985,22	19,44
Guaraci	18.719.103,14	5.032.963,51	26,89
Jaborandi	12.128.277,19	2.164.287,98	17,84
Olímpia	70.111.624,94	17.042.570,52	24,31
Severínia	19.531.888,92	4.515.756,78	23,12
Estado	69.881.176.853,10	15.008.968.223,43	21,48

Fonte: IBGE/Datasus

Verifica-se na Tabela acima que todos os Municípios desta Região de Saúde Norte investem mais que o estabelecido pela legislação vigente. No entanto, deve-se avaliar em que tipo de ação este investimento está sendo direcionado, considerando que muitas vezes o problema está na dificuldade de acesso às referências pactuadas.

Tabela 8- Percentual de Urbanização segundo Região Norte Barretos e Municípios

Região de Saúde/ Município	População urbana	População total	Percentual de urbanização
35051 Norte - Barretos	254.566	268.546	94,79
Altair	3.022	3.815	79,21
Barretos	108.686	112.101	96,95
Cajobi	9.133	9.768	93,50
Colina	16.223	17.371	93,39
Colômbia	4.332	5.994	72,27
Guaíra	36.059	37.404	96,40
Guaraci	8.927	9.976	89,48
Jaborandi	6.166	6.592	93,54
Olímpia	47.244	50.024	94,44
Severínia	14.774	15.501	95,31
Estado de São Paulo			95,94

Fonte: IBGE/Datasus

Tabela 9 - Índice de envelhecimento segundo Municípios da Região Norte Barretos

MUNICÍPIO	Índice de envelhecimento 2010
Altair	31,39
Barretos	48,90
Cajobi	51,24
Colina	44,11
Colômbia	32,53
Guaíra	38,53
Guaraci	39,77
Jaborandi	44,85
Olímpia	52,13
Severínia	29,26
Estado São Paulo	36,50

Fonte: IBGE/Datasus

A Região Norte Barretos apresenta uma proporção de idosos em torno de 13,34% em 2010 e um índice de Envelhecimento em torno de 65,49 muito acima do Estado de São Paulo que apresenta um Índice de envelhecimento em torno de 36,50. Esse panorama da Região de Saúde Norte sugere um olhar Geriátrico - Gerontológico das equipes de Atenção Básica para com a população idosa, bem como, para as doenças crônicas degenerativas como Hipertensão, Diabetes, etc.

Tabela 10 – População coberta pela Saúde Suplementar – Região Norte Barretos

Município	População	% Saúde Suplementar
Altair	3.815	9,31
Barretos	112.101	26,79
Cajobi	9.768	17,97
Colina	17.371	27,05
Colômbia	5.994	21,71
Guaíra	37.404	25,50
Guaraci	9.976	12,56
Jaborandi	6.592	19,71
Olímpia	50.024	34,78
Severínia	15.501	23,23
Total CGR Norte	268.546	26,61
Estado de São Paulo	41.262.199	43,44

Fonte: IBGE/Datasus

A Tabela acima demonstra que os municípios da Região de Saúde Norte apresentam cobertura de Saúde Suplementar abaixo do Estado, valendo destacar que essa cobertura muitas vezes é restrita, limitando-se às consultas e exames.

População Flutuante – Destacamos que alguns municípios da Região de Saúde Norte sofrem algum tipo de invasão, caracterizando uma população flutuante significativa, trazendo certo impacto no setor da saúde desses municípios.

O município de Barretos sofre invasão devido ao grande número de pacientes atendidos pela Fundação Pio-XII que são oriundos não só de outras Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, bem como de vários Estados Brasileiros.

No município de Colômbia, a invasão ocorre devido à proximidade do município com o Estado de Minas Gerais. No município de Severínia a invasão se dá pela presença de uma usina de álcool e derivados, trazendo na época de safra, grande número de trabalhadores oriundos de outros Estados.

Indicadores de Morbidade

**Tabela 11 – Taxa de internações segundo grupo de causas (Capítulo CID-10)
dos residentes da Região Norte – Barretos – 2011**

Causa Capítulo CID 10	Nº internações *	Taxa de Internação**
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.054	39,25
II. Neoplasias (tumores)	1.763	65,65
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	125	4,65
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	673	25,06
V. Transtornos mentais e comportamentais	45	1,68
VI. Doenças do sistema nervoso	474	17,65
VII. Doenças do olho e anexos	137	5,10
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	34	1,27
IX. Doenças do aparelho circulatório	1.835	68,33
X. Doenças do aparelho respiratório	2.812	104,71
XI. Doenças do aparelho digestivo	2.388	88,92
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	328	12,21
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	771	28,71
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1.883	70,12
XV. Gravidez parto e puerpério	2.564	95,48
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	233	8,68
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	127	4,73
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	276	10,28
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	1.692	63,01
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	2	0,07
XXI. Contatos com serviços de saúde	434	16,16
XXII. Códigos para propósitos especiais	-	0,00
Total	19.650	731,72
População residente da Região de Saúde 35051	268.546	

Fonte: SIHSUS e IBGE/DATASUS/Censo Nota: (*) AIHs Tipo I (Normal)

Na Região Norte Barretos, de acordo com os Capítulos do CID 10, as doenças do aparelho respiratório respondem pela principal causa de internação, como se pode verificar na **Tabela acima** sendo seguida pelas internações devido à gravidez, parto e puerpério, em 2º lugar, em 3º estão as doenças do aparelho digestivo, em 4º as doenças do aparelho geniturinário, em 5º as doenças do aparelho circulatório, em 6º as neoplasias e em 7º as lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüentes causas externas, sendo essas sete causas as que respondem pelas maiores taxas de internações seguidas pelas demais com taxas abaixo de 28,71/10.000 habitantes.

As sete principais causas de internações da Região Norte Barretos respondem por 76% do total de internações e coincidem com as da Região Sul Barretos.

Quanto às internações por transtornos mentais e comportamentais, os dados não representam a realidade; pois Santa Casa de Barretos não apresenta a produção de internações da ala psiquiátrica no faturamento ao DATASUS. De acordo com planilha de controle interno do referido prestador, no ano de 2012 foram internados 429 pacientes na ala psiquiátrica. Destes 429, 76 foram do colegiado sul, 348 do Colegiado Norte e 5 de outras DRSs.

Tabela 12 – Vinte principais causas específicas de internação (Agrupamento CID 10-BR) por sexo – Região de Saúde Norte Barretos – 2011

Lista Morbidade CID-10	Masculino	Feminino	Total
O82 Parto unico p/cesariana	0	897	897
J18 Pneumonia p/microorg NE	342	291	633
O80 Parto unico espontâneo	0	447	447
G82 Paraplegia e tetraplegia	125	264	389
I64 Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquemico	197	190	387
I50 Insuf cardíaca	184	163	347
J15 Pneumonia bacter NCOP	160	175	335
N39 Outr transt do trato urinário	74	248	322
M54 Dorsalgia	129	190	319
J35 Doenc cronicas das amigdalas e das adenoides	150	152	302
K40 Hernia inguinal	240	43	283
J44 Outr. Doenc. pulmonares obstrutivas crônicas	150	123	273
A09 Diarréia e gastroenterite orig infecc presum	140	128	268
K80 Colelitiase	61	200	261
D25 Leiomioma do útero	0	256	256
S06 Traum. Intracraniano	175	56	231
J21 Bronquiolite aguda	133	90	223
E86 Depleção de volume	119	94	213
O61 Falha na indução do trabalho de parto	0	213	213
S52 Frat do antebraço	114	98	212
Total das 20	2.493	4.318	6.811
Todas demais	6.248	7.150	13.398
Total	8.741	11.468	20.209

Fonte: SIH/SUS

Os dados da tabela acima mostram que no sexo feminino, no ano de 2011, o parto único por cesariana representa a principal causa específica de internação, em seguida estão as internações por partos únicos espontâneos e as pneumonias. No sexo masculino, as pneumonias representam a principal causa específica de internação e em seguida estão as internações por hérnia inguinal e por acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico.

Observam-se, em relação ao sexo, que as hérnias inguinais acometem muito mais o sexo masculino e respondem por 84,81% das internações por essa causa. O mesmo acontece em

relação ao traumatismo intracraniano cujas internações no sexo masculino representam 75,76% do total de internações por essa causa.

Quanto à coelítase e outros transtornos do trato urinário constata-se que são mais prevalentes em mulheres e respondem por, respectivamente, 76,63% e 77,02% do total de internações.

Do total geral de internações ocorridas no período, 56,75% foram de mulheres e 43,25% de homens.

Tabela 13 - Taxa de Mortalidade segundo grupo de causas (capítulo CID - 10) dos residentes da Região de Saúde Norte Barretos – 2010

Causa Capítulo CID 10	Região Saúde Norte Barretos	
	Nº Óbitos	Taxa Mortalidade
IX - Doenças do aparelho Circulatório	337	125,49
X - Doenças do Aparelho Respiratório	152	56,6
II - Neoplasias (tumores)	132	49,15
XX - Causas externas de morbidade e mortalidade	88	32,77
XI - Doenças do Ap.Digestivo	71	26,44
XVIII- Sint sinais e achad anorm ex clín e laboratorial	61	22,71
IV - Doenças endócrinase Metabólicas	43	16,01
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	31	11,54
XIV - Doenças do aparelho geniturinário	26	9,68
VI - Doenças do Sistema Nervoso	22	8,19
XVI - Algumas afecções originadas periodo perinatal	12	4,47
V - Transtornos mentais e comportamentais	9	3,35
XVII - Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	8	2,98
XIII- Doenças Sist osteomuscular e tec.conj.	5	1,86
XII - Doenças de pele e do tecido subcutâneo	4	1,49
III - Doneças sangue órgãos hemat e transt imunitários	2	0,74
XXI - Contatos com serviço de saúde	0	0
XXII - Códigos para propósitos especiais	0	0
XV - Gravidez parto e puerpério	0	0
XIX - Lesões enven e alg outr conseq causas externas	0	0
VII Doenças do olho e anexos	0	0
VIII - Doenças do ouvido e apófise mastóide	0	0
Total RS Norte	0	373,49
RRAS 13	21972	664,34

Fonte Base Unif óbitos SESSP/FSEAS e População IBGE/DATASUS/CENSO

No contexto grupo causal na Região Norte observa-se um significativo número de mortes causado por doenças do aparelho circulatório seguido por doenças respiratórias e neoplasias.

Essas proporções e seqüências são semelhantes a RRAS 13.

Esses 3 Grupos, já não coincidem com a Região Sul, pois neste, as causas mal definidas superam a taxa de Doenças Aparelho Respiratório. As causas mal definidas podem estar associadas ao controle preventivo pouco eficiente ou equipes que cuidam desses usuários pouco eficazes; também podem ocorrer falhas nos centros de referência para tratamento por não haver realização de diagnósticos corretos e a tempo hábil.

Conclui-se em análise abrangente em mortalidade que, os cuidados com a saúde estão muito além do que o uso regular de medicamentos. É fundamental o equilíbrio entre o tripé físico, mental e social para promover uma vida realmente saudável, com longevidade qualitativa, e evitar mortes precoces ou pior, morbidade limitante.

Quanto à mortalidade por transtornos mentais e comportamentais, A Região Norte Barretos apresentou um índice preocupante e ainda, podendo ter outros casos em que a causa básica de óbito registrada na Declaração de óbito tenha sido a comorbidade.

**Tabela 14 - Principais causas específicas de mortalidade por sexo –
Região Norte Barretos – 2010**

REGIÃO SAÚDE NORTE BARRETOS			
Feminino		Masculino	
Causas	Nº Óbitos	Causas	Nº Óbitos
Outras doenças cardíacas	101	Doenças Cerebros Vasculares	88
Doenças Cérebro Vasculares	77	Causa mal definida	73
Pneumonia	65	Outras doenças cardíacas	72
Causa mal definida	61	Doenças isquêmicas do coração	72
Doenças isquêmicas do coração	58	Doenças crônicas de vias aéreas inferiores	72
Infarto Agudo do miocárdio	44	Pneumonia	69
Diabetes Mellitus	32	Infarto Agudo do miocárdio	54
Doenças crônicas de vias aéreas inferiores	28	Morte sem assistência médica	47
Morte sem assistência médica	26	Doenças do Fígado	46
Neoplasia Maligna de Mama	26	Acidentes de transporte	45
Outras doenças bacterianas	24	Doenças virais	29
Restante de neoplasias malignas	23	Fibrose e cirrose do fígado	28
Septicemia	22	Diabetes Mellitus	27
Doenças virais	21	Restante Doenças Aparelho Digestivo	26
Restante de doenças do Aparelho Respiratório	19	Restante de neoplasias malignas	25
Doença de Alzheimer	18	Neoplasia de Próstata	24
Restante Doenças Aparelho Digestivo	17	Doença pelo HIV	22
Neoplasia Maligna de traquéias, brônquios e pulmões	16	Agressões	20
Doenças Hipertensivas	15	Neoplasia Maligna de traquéias, brônquios e pulmões	20
Neoplasia do colo, reto e ânus	14	Doenças Hipertensivas	18
Total	707	Total	877

Fonte: SES/SEADE

A Região Norte apresenta causas de óbitos semelhantes entre sexo masculino e feminino. A maioria delas por doenças crônicas, basicamente por causas cardio-respiratórias.

Algumas diferenças estão entre o maior número de óbitos do sexo masculino relacionados com HIV, Fibrose e Cirrose de Fígado, além de causas externas como Agressões e Acidentes de Trânsito. Estas podem ser justificadas por estilo de vida de cada gênero. É fato que o gênero feminino morre mais por doenças crônicas, e também a expectativa de vida delas é maior, mostrando que há um maior cuidado com a saúde, evitando contágio por infecções preveníveis e maior prudência para evitar mortes traumáticas.

III – MATRIZ DIAGNÓSTICA

Para elaboração da matriz diagnóstica, consideramos a Rede de Atenção Psicossocial constituída pelos seguintes componentes:

- I - Atenção Básica em Saúde;
- II - Atenção Psicossocial Especializada;
- III - Atenção de Urgência e Emergência;
- IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- V - Atenção Hospitalar;
- VI - Estratégias de Desinstitucionalização; e
- VII - Reabilitação Psicossocial.

MODELO ASSISTENCIAL DA ATENÇÃO BÁSICA NA REGIÃO

Em relação à organização da atenção básica nos municípios, identificamos que o modelo adotado é diversificado: exclusivamente Estratégia Saúde da Família (ESF), Unidades Básicas Tradicionais; Estratégia de Saúde da Família com Unidade Básica Tradicional (ESF + UBS); Unidades Básicas Tradicionais com ACS (UBS + EACS), e por fim, exclusivamente UBS (UBS).

No quadro abaixo, podemos observar que a ESF não é, até o momento, o modelo assistencial da Atenção Básica adotado pela região. Devido à dificuldade de fixação do médico generalista, com disponibilidade para trabalhar 40 horas semanais, que eram exigidas há pouco tempo pelo Ministério da Saúde, os municípios tinham dificuldades em relação a este profissional.

A EACS está sendo uma alternativa adotada por alguns municípios para a reorganização da Atenção Básica, em que o vínculo entre equipes de saúde e usuário é recuperado no processo de “cuidar”. Durante a construção do projeto da Rede Psicossocial, os gestores demonstraram interesse em aumentar a implantação da ESF como um importante incremento para a organização dos serviços de saúde voltados às pessoas com transtornos mentais e que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas.

Com a flexibilização da carga horária semanal dos médicos generalistas para dois turnos de 20 horas semanais, permitido pela Portaria 2.488 – Política Nacional da Atenção Básica, e pelo fato de muitos investimentos do Ministério da Saúde na região estar atrelados ao compromisso de implantar ou ampliar ESF, acreditamos que em breve esta proporção de cobertura populacional será bem maior.

I. COMPONENTE DA ATENÇÃO BÁSICA
ATENÇÃO BÁSICA COMO ORDENADORA DO CUIDADO

a) Unidades Básicas de Saúde

A Atenção Básica tem sido apontada como condição fundamental para a organização das redes de atenção à saúde e para que de fato assuma suas responsabilidades é necessário seu fortalecimento. Deve ser a ordenadora do Sistema de Saúde de todos os municípios e como porta de entrada deste sistema, atender a todas as necessidades e problemas da população de sua área de abrangência.

1. Capacidade Instalada da Atenção Básica:

Quadro 1.1: Número de Unidades e Modelo de Atenção

Município	Nº UBS Tradicional (clínico, pediatria e GO)	Nº UBS com PACS	Nº ESF	Nº ESF com SB	Nº UBS com especialidades	Outras: Nº UBS com PA 24 horas	Total de Unidades de Saúde
ALTAIR	2	0	0	1	0	0	3
BARRETOS	8	0	1	5	0	0	14
CAJOBI	0	0	0	2	1	0	3
COLINA	4	0	0	0	0	0	4
COLÔMBIA	0	0	0	2	0	1	3
GUAÍRA	1	0	0	6	0	0	7
GUARACI	1	0	0	1	0	0	2
JABORANDI	1	0	2	0	0	0	3
OLÍMPIA	3	0	5	4	0	0	8
SEVERÍNIA	0	0	0	4	0	0	4
Total RS NORTE	20	0	8	25	1	1	51

Fonte: Municipal

O quadro 1.1, mostra que a Região de Saúde Norte é composta por 10 municípios, dos quais o município de Colina só conta com modelo tradicional de AB e 01 equipe de PACS com 30 agentes que conseguem cobrir toda a população; os municípios de Colômbia e Severínia, atendem exclusivamente ESF e os municípios de Altair, Barretos, Cajobi, Guaíra, Guaraci e Olímpia, apresentam os modelos de AB tradicional e ESF. Observa-se quando analisamos a cobertura de ESF implantada por município que há a predominância pelo modelo de ESF na região de saúde norte. Nos municípios de Guaíra e Severínia, há unidades que abrigam 02 ESF em um mesmo prédio e no município de Guaraci, uma

UBS abriga 01 ESF (provisoriamente) e 01 PACS. Portanto, quando olhamos o 1º quadro e comparamos com os outros observa-se que o número de espaço físico não é igual, devido as particularidades apresentadas acima.

2. Áreas Programáticas e definição de território

Quadro 2.1: Definição de território e tipo de atendimento

Município	Quantidade de UBS	Unidade com área de abrangência definida		Tipo de atendimento					
				Demanda espontânea		Demanda programática		Urgência	
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
ALTAIR	3	2	1	3	2	2	1	1	2
BARRETOS	14	4	10	14	0	13	1	13	1
CAJOBI	3	2	1	3	0	3	0	1	2
COLINA	4	0	4	4	0	4	0	0	4
COLÔMBIA	3	3	0	3	0	3	0	0	3
GUAÍRA	7	6	1	6	1	6	1	6	1
GUARACI	2	2	0	2	0	2	0	2	0
JABORANDI	3	2	1	3	0	3	0	1	2
OLÍMPIA	8	5	3	8	0	8	0	8	0
SEVERÍNIA	2	2	0	2	0	2	0	2	0
Total RS NORTE	49	28	21	48	3	46	3	34	15

Fonte: Municipal

O quadro acima aponta que há a definição de área de abrangência, nos municípios que contam com ESF, nos territórios onde a Unidade está instalada favorecendo o vínculo dos usuários com a população. A maioria das Unidades de Saúde atende demanda espontânea (97,6%) e programática (92,7%) e em menor quantidade (63,4%) a demanda de urgência, pois já existe fluxo definido nas unidades de urgência dos municípios.

Quadro 2.2: Área Programática

Município	Quantidade de UBS	Saúde da Criança		Saúde da Adolescente		Saúde da Mulher		Saúde do Adulto		Saúde do Idoso		Saúde Mental		Saúde Bucal	
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
ALTAIR	3	2	1	0	3	2	1	2	0	0	3	0	3	2	1
BARRETOS	14	13	1	0	14	14	0	14	0	13	1	0	14	13	1
CAJOBI	3	3	0	0	3	3	0	3	0	0	3	0	3	2	1
COLINA	4	4	0	0	4	4	0	4	0	0	4	0	4	2	2
COLÔMBIA	3	3	0	3	0	3	0	3	0	3	0	0	3	3	0
GUAÍRA	7	6	1	0	7	1	1	6	1	7	0	0	7	6	1
GUARACI	2	2	0	0	2	2	0	2	0	0	2	0	2	2	0
JABORANDI	3	3	0	0	3	3	0	3	0	0	3	0	3	0	3
OLÍMPIA	8	8	0	8	0	8	0	8	8	0	0	1	7	8	
SEVERINIA	2	2	0	0	2	2	0	2	0	0	2	1	1	2	0
Total RS NORTE	49	46	3	11	38	42	2	47	9	23	18	2	47	40	9

Fonte: Municipal

O quadro acima nos mostra que, 92,7% das Unidades de saúde atendem Saúde da criança e mulher; 97,6% atendem saúde do adulto; 56,09% atendem saúde do idoso; 78,04% atendem Saúde Bucal; **2,43 atendem saúde mental** e 0% atendem saúde do adolescente.

Na área programática observamos que há uma deficiência nos programas saúde do idoso, adolescente e mental e não é que as unidades de saúde não atendam este público, mas não há uma estrutura formalizada, as ações são ainda incipientes. Na saúde do idoso alguns municípios estão em fase de organização e já implantaram caderneta do idoso, porém não realizam outras ações. Na saúde do adolescente, Não há nenhuma ação específica acontecendo; sendo necessário a qualificação do atendimento. **Na saúde mental destaca-se que o município de Severínia conta atendimento em uma Unidade de Saúde feito por especialistas (psicólogo e psiquiatra), sendo estendido para todo o município. Nos outros municípios o acolhimento é feito na Atenção Básica e os pacientes são encaminhados para as referências pactuadas, como Ambulatório e CAPS. A contra referência para a AB não é realizada e este usuário fica sendo acompanhado nos equipamentos de especialidades. O município de Guaira iniciou o processo de descentralização, encaminhando os pacientes do Ambulatório que podem ser acompanhados na Atenção Básica.** As áreas de saúde da criança, mulher, adulto e bucal estão mais organizadas e abrange o atendimento a toda a população independente de qual unidade a ação é realizada, mas deve-se destacar que as ações á saúde da mulher estão centradas na gestante, prevenção de colo de útero e mama, ficando o planejamento familiar, ações de climatério e prevenção, restrita a ações isoladas. Na saúde da criança, nem todas as unidades contam com pediatra, porém executam ações de imunização e acompanhamento de

peso e crescimento. Na saúde do adulto o atendimento se foca mais no atendimento ao hipertenso e diabético, e habitual, como receitas, pedidos de exames, estando fragilizado e necessitando de mudanças e priorização do cuidado. A saúde Bucal está inserida nas unidades de saúde ou em alguns casos em centros odontológicos, fazendo com que os pacientes se desloquem da sua unidade vinculada para ter o acesso ao atendimento. O município de Olímpia conta com o CRI – Centro De Referência do Idoso além de um CEO – Centro de Especialidades Odontológicas e Laboratório de Prótese.

3. Regulação

Quadro 3.1: Regulação a partir da AB

Município	Quantidade de UBS	A UBS agenda diretamente todos os exames		A UBS agenda diretamente consultas de especialidades		Autonomia para solicitação de internações	
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
ALTAIR	3	0	3	0	3	2	1
BARRETOS	14	0	14	0	14	14	0
CAJOBI	3	3	0	1	2	3	0
COLINA	4	0	4	0	4	4	0
COLÔMBIA	3	0	3	0	3	0	3
GUAÍRA	7	0	7	6	1	0	7
GUARACI	2	0	2	0	2	2	0
JABORANDI	3	3	0	1	2	3	0
OLÍMPIA	8	0	8	8	0	0	8
SEVERÍNIA	2	2	0	2	0	2	0
Total RS NORTE	49	8	41	18	31	30	19

No quadro 3.1 – Regulação - há poucos municípios com unidades de saúde (19,6%) que agendam diretamente os exames, pois a maioria é centralizada no setor de agendamento e o semelhante acontece com o agendamento de consultas de especialidades (24,3%), porém, a grande maioria tem autonomia para solicitar internações (73,17%). Entendemos que é necessário investir na regulação da AB e que este é um grande desafio para os gestores. O município de Olímpia informa que conta com uma agenda eletrônica para consultas de especialidades e exames, oferecidos pelo município.

4. Gestão da Atenção Básica

Quadro 4.1: Gestão da AB

Município	Atenção Básica é prioridade nos planos de saúde		Coordenador de AB no município		Gerência nas unidades de saúde formalizadas		Vazios assistenciais		Demanda reprimida na AB	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
ALTAIR	X			X		X	X			X
BARRETOS	X		X			X	X		X	
CAJOBI		X		X	X		X		X	
COLINA	X			X	X		X		X	
COLÔMBIA	X			X		X		X		X
GUAÍRA	X		X		X		X			X
GUARACI	X		X		X		X			X
JABORANDI	X		X		X		X			X
OLÍMPIA	X		X		X			X	X	
SEVERÍNIA	X		X			X	X			X
Total RS NORTE	09	01	06	04	06	04	08	02	04	06

Fonte: Municipal

No quadro acima a gestão da AB, deveria ser prioridade em todos os municípios, uma vez que se entenda que ela deva ser a ordenadora e porta de entrada do sistema, embora, a maioria dos gestores respondeu que nos Planos Municipais de Saúde a AB é prioridade isto é questionável, pois, pode estar até no papel, mas não é cumprida de acordo com o planejado. Somente 06 municípios tem coordenação de AB, nos outros ela ocorre de forma desarticulada, prejudicando a continuidade do cuidado tanto na gestão como no atendimento á população, uma vez que a integração entre os setores é fundamental para a resolubilidade da atenção. As gerências das unidades de saúde na sua maioria são executadas pelas enfermeiras, que além de assumirem o papel de gerente também assumem a assistência ao paciente, ficando sobrecarregadas e não conseguindo desenvolver todas as ações necessárias no atendimento das Unidades de Saúde. Na maioria dos municípios há vazio assistencial, e quatro responderam que há demanda reprimida na AB o que reflete de modo geral a fragilidade da assistência bem como a qualidade do acolhimento realizado pelas Unidades de Saúde, fazendo com que os usuários busquem muitas vezes o pronto atendimento local.

5. Processo de trabalho na AB

Quadro 5.1: Processo de trabalho na AB

Município	Reunião de equipe		Projetos de fortalecimento da AB locais ou regionais		Matriciamento das equipes de AB		Possui NASF		Ações de promoção à saúde, ações intersetoriais?	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
ALTAIR	X		X			X		X	X	
BARRETOS	X		X		X		X		X	
CAJOBI	X		X			X		X	X	
COLINA	X		X			X		X	X	
COLÔMBIA	X		X			X		X	X	
GUAÍRA	X		X		X		X		X	
GUARACI	X		X			X		X	X	
JABORANDI	X		X			X		X	X	
OLÍMPIA	X		X		X			X	X	
SEVERÍNIA	X		X			X		X	X	
Total RS NORTE	10		10		3	7	2	8	10	

Fonte: Municipal

No quadro 5.1 - processo de trabalho da AB-, todos os municípios realizam reuniões de equipe, embora em alguns locais ela não seja semanal o que seria adequado nas ESF.

Em relação aos projetos de fortalecimento da AB, houve vários cursos em parcerias com o CDQ voltados para a Atenção Básica e dentre eles estão: Curso Auxiliar em Saúde Bucal; Curso Introdutório em envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa; Curso Introdutório em Saúde Mental; Qualificação da Gestão e Atenção á Saúde com enfoque na Atenção Básica, divididos em 1. Gestão, Gerentes de Unidades e Ouvidoria, 2. Qualificação de equipes, 3. Vigilância em saúde, 4. Formação – Educação Permanente, 5. Formação Humanização; Desencadeando as Rodas Da Atenção Básica; Formação de multiplicadores para a o introdutório de ESF. Estes cursos foram oferecidos aos municípios da RS Norte, porém não foram todos que participaram. Com exceção ao município de Barretos, todos os outros estão inseridos no programa de articuladores da AB da SES.

O município de Guaíra, possui NASF e o município Barretos está implantando o NASF e conta com CAPS e CEO.

De um modo geral todos os municípios conseguem executar parcerias intersetoriais em sua grande maioria pela Educação e Assistência Social.

Entendemos que é necessário investir e qualificar a Atenção Básica na RS Norte, pois embora os municípios estejam tentando se adequar e contam com o apoio técnico do DRS, é fundamental que os gestores entendam que ao priorizar a AB no município, pode ocorrer um custo-efetividade positivo, dando resolubilidade e qualidade no atendimento prestado à população.

b) Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas (Consultório na Rua e Apoio à atenção residencial de caráter transitório)

Conforme orientação da Portaria Nº 123, de 25/01/2012, que define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultórios de Rua (eCR), somente o município de Barretos se enquadraria por possuir uma população superior a 100.000 habitantes, entretanto, os municípios da Região Norte Barretos informam que não apresentam população em situação de rua.

c) Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

O NASF é constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada e são responsáveis por apoiar as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas, realizando diretamente o apoio matricial e, quando necessário, o cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.

Há necessidade de implantação do NASF em todos os municípios da Região Norte Barretos, porém, os municípios precisam, também, ampliar as Equipes de Saúde da Família e adequar as já existentes. Podemos observar que a ESF não é, até o momento, o modelo assistencial da Atenção Básica adotado pela região e essa realidade também dificulta a melhora na assistência às pessoas com transtornos mentais e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.

A Região de Saúde Norte é composta por 10 municípios, dos quais o município de Colina só conta com modelo tradicional de AB e 01 equipe de PACS com 30 agentes que conseguem cobrir toda a população; os municípios de Colômbia e Severínia atendem exclusivamente ESF e os municípios de Altair, Barretos, Cajobi, Guaíra, Guaraci e Olímpia, apresentam os modelos de AB tradicional e ESF. Esta realidade deve mudar em breve, pois há na região muitos investimentos do Ministério da Saúde que levaram os gestores a se comprometerem em ampliar as ESF.

Desta forma, podemos contar com a possibilidade de NASF na região com a ampliação das ESF.

d) Centro de Convivência (CECCO)

O Centro de Convivência é uma unidade pública, articulada às Redes de Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade.

Os CECCOs são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade.

A Região não conta com CECCOs neste modelo de inclusão. Também não há uma normatização com relação ao seu cadastro, habilitação e financiamento, principalmente redirecionando-os para a Atenção Básica e Promoção em Saúde.

Todos os municípios da Região Norte gostariam de contar com cecco, desde que haja financiamento para construção, implantação e custeio

O quadro abaixo sintetiza as necessidades dos municípios da região, no que tange à construção da rede de atenção psicossocial, na AB.

MUNICÍPIO	NASF	eCR	CECCO
Altair	1	0	1
Barretos	2	0	1
Cajobi	1	0	1
Colina	1	0	1
Colômbia	1	0	1
Guairá	1	0	1
Guaraci	1	0	1
Jaborandi	1	0	1
Olímpia	1	0	1
Severínia	1	0	1

Fonte: Municipal

II. COMPONENTE DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA

A atenção psicossocial especializada é composta pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo.

O trabalho no CAPS é realizado prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembléias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. O cuidado é desenvolvido por meio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família.

A ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do CAPS ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de co-gestão e acompanhamento longitudinal do caso.

A Região Norte Barretos conta com dois CAPS, sendo um CAPS III no município de Barretos e um CAPS I, no município de Guairá e já estão habilitados pelo Ministério de Saúde.

Quadro 11 – CAPS Implantados na Região Norte Barretos por Local e Ano

Ano	Total de CAPS	Nº. CAPS Implantados	Modalidade CAPS	Município
2002	2	2	CAPS III	Barretos
			CAPS I	Guairá

Fonte: CNES e comunicação pessoal

Com o objetivo de ampliar o acesso ao tratamento ambulatorial em saúde mental, a partir do fechamento dos leitos de hospitais psiquiátricos, de acordo com a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial, foi pactuado entre as esferas federal, estadual, municipal e distrito federal o indicador de Taxa de Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)/100.000 habitantes.

Este indicador já está consolidado como um instrumento de monitoramento da expansão da rede extra-hospitalar no Brasil, assim como indica o aumento da acessibilidade às ações comunitárias de saúde mental no SUS. Considera-se como parâmetro, isto é, como conformação ideal da rede, a proporção de um CAPS para cada 100.000 habitantes.

Na Região Norte Barretos, a taxa de cobertura de CAPS ainda está abaixo do ideal. No quadro abaixo, estão dispostos os indicadores de cada município e da região.

Quadro 12 – Taxa de Cobertura CAPS por 100.000 hab. – Região Norte Barretos

Município	Taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes
Altair	0
Barretos	0,89
Cajobi	0
Colina	0
Colômbia	0
Guairá	2,6
Guaraci	0
Jaborandi	0
Olímpia	0
Severinia	0
Colegiado Norte	0,74

Fonte: SISPACTO 2010/2011

Sendo assim, algumas das dificuldades encontradas referem-se ao número reduzido de CAPS implantados na região para cobertura assistencial necessária, tendo em vista a complexidade dos casos e das ações.

Outra dificuldade refere-se ao número reduzido de equipamentos, gerador de um aumento da demanda que acaba por refletir no atendimento das equipes, **que não conseguem atender na lógica do acolhimento da crise e a intensividade dos casos, transformando os CAPS em dispositivos de atendimento especializado ambulatorial e não em dispositivos extra-hospitalares que se utilizam da estratégia da reabilitação psicossocial pautada nas particularidades do sujeito, do seu contexto familiar e do ambiente no qual está inserido.**

Acreditamos na necessidade de ampliação da rede CAPS na Região Norte Barretos para atendimento da demanda. A proposta é a implantação de quatro novos CAPS na Região, sendo a manutenção do CAPS III em Barretos; a implantação 1 CAPS i e 1 CAPS ad em Barretos; a manutenção do CAPS I em Guairá e a implantação de 1 CAPS I e 1 CAPS ad em Olímpia. É necessário o alinhamento com a Atenção Básica para o encaminhamento dos pacientes com transtornos mentais persistentes e graves ao CAPS.

Outro fator importante para a qualificação destes serviços e da rede psicossocial é a garantia da supervisão e a capacitação dos profissionais. Nesse sentido, seria importante que os CAPS, que compõem esta rede, fossem contemplados com os Projetos de Supervisão ofertados pelo MS, bem como integrassem a rede do Telessaúde. Salientamos que também seria necessária a implantação da Educação Permanente em Saúde nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial. **O**

DRS V, de Barretos, desencadeou um Projeto de Educação Permanente articulado da Atenção Básica com a área de Saúde Mental, ficando posteriormente, a Atenção Especializada.

O quadro abaixo sintetiza as necessidades dos municípios da região, no que tange à construção da rede de atenção psicossocial, na Atenção Especializada.

MUNICÍPIO	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS AD	CAPS AD III	CAPS i
Altair						
Barretos			1	1		1
Cajobi						
Colina						
Colômbia						
Guáira	1					
Guaraci						
Jaborandi						
Olímpia	1			1		
Severínia						

III. COMPONENTE DA ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Urgência - (SAMU, UPAS/AMA, Pronto Atendimento, Sala de Estabilização, Pronto Socorro Isolado, PS Hospitalar, Urgência Psiquiátrica)

Equipamentos de saúde públicos URGÊNCIA na Região Norte Barretos

TIPO DE EQUIPAMENTO DE SAÚDE – RS-NORTE	ALTAIR	BARRETOS	CAJOBI	COLINA	COLOMBIA	GUAIRA	GUARACI	JABORANDI	OLIMPIA	SEVERINIA	Total RS Norte	Total RS Sul	Total DRS-V Barretos
SAMU EM FUNCIONAMENTO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0	10
SAMU EM FASE DE IMPLANTAÇÃO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
SALAS DE ESTABILIZAÇÃO SOLICITADAS	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	8	5	13
UPAS EM FUNCIONAMENTO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1
UPAS EM FASE DE IMPLANTAÇÃO (Obra concluída, equipamentos em fase de licitação)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
PA	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	6	6	12
PS ISOLADO (MUNICIPAL)	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	3	1	4
PS HOSPITALAR	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	3
URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA (SANTA CASA DE BARRETOS E CAPS III)	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3

Fonte: CNES / Dados locais

As UPAs – Unidades de Pronto Atendimento Ambulatorial no DRS-V Barretos são em número de 4 novas, habilitadas e localizadas: uma em Barretos (Porte II), uma em Guaíra (Porte I) e uma em Olímpia (Porte II), ambos municípios da Região Norte Barretos e ainda uma em Bebedouro (Porte II), município da Região Sul Barretos. A UPA de Barretos abrange os municípios de Barretos, Colômbia, Colina e Jaborandi, perfazendo um total de 177.583 habitantes; a construção teve início em 30/12/2010, o atestado de conclusão da mesma foi emitido em 08/05/2012 e a previsão de inauguração é para o primeiro trimestre de 2014. A UPA de Olímpia foi inaugurada em julho de 2012, quando iniciou seu funcionamento; na proposta encaminhada ao Ministério da Saúde, abrange a população de Olímpia, mas de acordo com fluxo definido pela gestão de Olímpia, esta recebendo toda a demanda de urgência e emergência do próprio município e ainda, a encaminhada pelos municípios do seu entorno. Dado o entendimento de que a UPA de Olímpia deve tornar-se regionalizada, passando de porte I para II abarcando também os municípios de Altair, Cajobi, Guaraci e Severínia, este pleito foi aprovado no CGR Norte e na CIB nº 16/2013 de 23 de maio de 2013 (item 9.1) e aguarda homologação do Ministério da Saúde. A UPA de Bebedouro teve o início das obras em novembro de 2011 e sua abrangência é para a população de Bebedouro e todos os municípios do seu entorno: Monte Azul Paulista, Taiacu, Taiúva, Taquaral, Terra Roxa, Viradouro e Vista Alegre do Alto e

a previsão para inauguração e início do funcionamento é para 2014. Por meio da Portaria GM/MS nº 616 de 16 de abril de 2013, o município de Guaíra foi classificado pelo Ministério da Saúde como Município elegível para a construção de uma UPA Porte I no Programa de Aceleração do Crescimento – PAC 2 e através da Deliberação CIB nº 09 de 26 de abril de 2013 foi feita a ratificação e segundo informação do município já houve a liberação da primeira parcela do recurso financeiro.

IV. COMPONENTE DA ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO

a) Unidades de Acolhimento

Este é um ponto de atenção na rede que oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24 horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. O tempo de permanência na Unidade de Acolhimento é de até seis (06) meses. O acolhimento neste ponto de atenção será definido exclusivamente pela equipe do CAPS de referência que será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, considerando a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

a1) Serviços de Atenção em Regime Residencial – Unidade de Acolhimento Adulto, Unidade de Acolhimento Infante Juvenil e Comunidades Terapêuticas.

A Região Norte Barretos **não conta com nenhum serviço de comunidade terapêutica de acordo com a Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011.** Os serviços existentes são particulares ou ligados a alguma instituição religiosa.

Em relação à Unidade de Acolhimento Adulto e Infante Juvenil a Região de Saúde não contempla nenhum serviço.

O Grupo Regional de Vigilância Sanitária - GVS-XIV Barretos, articulada com os coordenadores de saúde mental da região e as vigilâncias sanitárias municipais, tem se preocupado com a verificação da infra-estrutura (física, recursos humanos, equipamentos e materiais permanentes) dos serviços instalados, assim como na realização de busca ativa daqueles denominados clandestinos. Estão programadas visitas conjuntas a estes estabelecimentos, para avaliar a condição de funcionamento, de forma pró ativa, antecipando-se às solicitações de credenciamento junto ao Sistema Único de Saúde.

Com relação à implantação das comunidades terapêuticas, a região apoia as decisões da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, no que diz respeito ao não incentivo com investimentos e financiamento do Ministério da Saúde às comunidades terapêuticas privadas e ao fortalecimento do controle, avaliação e fiscalização destes serviços.

V. COMPONENTE DA ATENÇÃO HOSPITALAR

Em 2008 houve o descredenciamento de 110 leitos, no Hospital Psiquiátrico “Vale do Rio Grande” e os moradores foram encaminhados para Casa Branca e ainda, outros pacientes retornaram para seus familiares para seguimento no CAPS de Barretos. Em 2009, houve a implantação de uma ala psiquiátrica na Santa Casa de Misericórdia de Barretos contando com 23 leitos. A Portaria GM/MS nº 1.101, de 12/06/2001, que define os parâmetros assistenciais, estabelece um leito psiquiátrico para 23.000 habitantes. Portanto a enfermaria psiquiátrica da Santa Casa de Barretos contempla a necessidade de leitos para os municípios das duas Regiões de Saúde do DRS V Barretos.

O município não possui Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias inseridas na comunidade para acolher pacientes egressos de hospitais psiquiátricos. Também não possui o programa de Volta para Casa.

Leitos específicos para crianças e adolescentes:

Outra demanda refere-se a leitos de retaguarda e internação de crianças, adolescentes com transtornos conseqüentes do uso abusivo e compulsivo de álcool e outras drogas, como para intervenção junto a crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais moderados e graves. A Região Norte Barretos não dispõe em seu território de leitos destinados a mencionada demanda. Assim, necessita de leitos infanto-juvenis em hospital geral para as duas Regiões de Saúde do DRS de Barretos. O número específico dos leitos necessários para atendimento destas demandas deverá ser discutido, posteriormente, entre os municípios, pois não dispomos de parâmetros e indicadores para este cálculo, embora, atualmente identificamos a necessidade, a partir das demandas dos serviços e também das demandas judiciais, a falta de referências para atendimentos desses usuários.

VI. COMPONENTE DE ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

a) Serviço de Residência Terapêutica (SRT)

O componente Estratégia de Desinstitucionalização é constituído por iniciativas que visam a garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos - que são pontos de atenção desse componente - são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.

Na rede de Atenção Psicossocial – RAPS, os SRTs apresentam-se como ponto de atenção do componente desinstitucionalização.

- Os SRT podem ser constituídos nas modalidades Tipo I e Tipo II, definidos pelas necessidades específicas de cuidado do morador.
- SRT Tipo I: moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo oito moradores.
- SRT Tipo II: modalidades de moradia destinadas às pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos, devendo acolher no máximo dez moradores.

A Matriz diagnóstica da Região Norte Barretos aponta o Serviço de Residência Terapêutica como um importante componente da RAPS, entretanto as informações e diagnósticos disponíveis não suscitam, por enquanto, a necessidade de implantação de um Serviço de Residência Terapêutica.

b) Programa de Volta para Casa (PVC)

O Programa de Volta para Casa (PVC) é uma política pública de reabilitação e inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização. O objetivo é garantir a assistência, o acompanhamento e a integração social, fora da unidade hospitalar.

De acordo com o levantamento do Censo Psicossocial de pacientes Moradores de Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo em 2008 foi instituído pela Lei 10.708/2003 um auxílio reabilitação de caráter indenizatório para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência. Todo indivíduo com mais de 2 anos ininterruptos de internação tem direito ao PVC.

A Região Norte Barretos não dispõe de informações de pacientes que atendam aos critérios para o PVC.

VII – COMPONENTE DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Um dos principais componentes da reabilitação psicossocial se refere ao eixo do trabalho, ou seja, pelas iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais. Para tanto, devem ser desenvolvidas ações intersetoriais por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de indivíduos com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas, em iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários.

O município de Barretos informa que possui um Projeto em parceria com a JBS S/A e o CAPS chamado de Oficina de Trabalhos Experimentais que visa incluir socialmente o portador de transtornos mentais através do trabalho. Este projeto se encontra na 2ª turma com formatura agendada para 01/10/2013 sendo que a primeira turma está em processo de tirar as primeiras férias. O projeto, para além de capacitar, busca identificar habilidades, estimular a autonomia, o controle e a disciplina, que hoje os funcionários que vem do projeto são disputados pelos coordenadores de áreas da empresa.

PLANO DE AÇÃO
Componente Atenção Básica

Fragilidade	Proposta/ Ação	Responsáveis	Cronograma
Dificuldade das equipes de referência em realizar cuidado em saúde mental	Implantação/Implementação de NASF em todos os municípios da Região Norte	Implantação de NASF – Município e MS	2014-2015
	Qualificação das equipes de CAPS e NASF para realizar matriciamento	Qualificação – DRS, SES e Município.	2013-2015
Insuficiência de ações de promoção à saúde e redução de danos	Implementação da Rede de ações que garantam o funcionamento dos serviços a partir das novas portarias	Implementação da Rede – Grupo condutor Estadual, Regional e Municípios	2014-2015
Fragilidades na atuação do profissional de saúde, decorrentes de lacunas na formação, as quais não contemplam, de forma geral, os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, Reabilitação Psicossocial e apoio matricial.	Elaboração de projetos de Educação Permanente em Saúde (EPS) que subsidiem <i>in loco</i> o fortalecimento das ações na perspectiva Psicossocial.	CDQ /DRS compartilhado com os municípios através das rodas de conversas	2013-2015
	Manutenção da Roda de Conversa com os Articuladores municipais de Saúde Mental em Saúde Mental como estratégia para apoio e aprendizagem às equipes municipais	Grupo Condutor Regional (DRS e Municípios)	2013-2015
	Fomento à participação dos profissionais em atividades de capacitação	Gestores Municipais	2013-2015
Pouca comunicação dos equipamentos de saúde mental com a Atenção Básica	Implementação do Apoio matricial em saúde mental como ferramenta para gestão do cuidado	Gestores de Saúde Municipais	2013-2015
	Estabelecimento de referência e contra-referência entre os serviços da rede	Gestores de Saúde Municipais	2014-2015
	Estimular o trabalho em rede, a partir da instalação de novos equipamentos e processos de trabalho de equipes	Grupo condutor municipal, regional e estadual	2013-2015
	Proporcionar espaços de troca entre equipes de AB, SM e demais setores, com periodicidade a ser definida	Gestores municipais Grupos condutores dos municípios	2014-2015
Dificuldade de contratação de Recursos Humanos, especialmente com experiência, para os pontos de atenção, devido principalmente a questões orçamentárias/ financeiras e LRF	Instalação de serviços de abrangência regional	Colegiados de Gestão Regional	2014-2015
	Elaboração de projetos de Educação Permanente em Saúde (EPS) que subsidiem <i>in loco</i> o fortalecimento das ações na perspectiva Psicossocial	Grupos condutores Regional e Municipais	2013-2015
	Prever aumento de quadro nas propostas orçamentárias	Gestor Municipal	2013-2015

Componente Atenção Básica - Equipes Populações Situações Específicas – Consultório na Rua

JUSTIFICATIVA

A Portaria 123 de 25 de janeiro de 2012, que define os critérios para cálculo do número máximo de equipes de consultório de rua (eCR), estabelece que “Consultório de Rua” pode ser habilitados apenas para municípios com população superior a 100.000 habitantes. No caso da Região Norte só o município de Barretos seria contemplado. Contudo o município não possui censo populacional oficial relacionados a população em situação de rua.

Componente Atenção Básica - Centro de Convivência

Fragilidade	Proposta/ Ação	Responsáveis	Cronograma
Ausência de Centros de Convivência nos municípios da Região Norte	Implantação desse equipamento na Região Norte	SMS, MS (Entende-se a necessidade de recursos financeiros para investimento e custeio na instalação do mesmo)	2014-2015
Dificuldade da atuação intersetorial, com a garantia da integralidade das ações e promoção à saúde	Aproximação com setores envolvidos, de forma a garantir sistematização de ações intersetoriais de inserção social, através da utilização dos Espaços de Convivência existentes na Região	Gestores Municipais	2014-2015
Dificuldade na inserção social da pessoa com transtorno mental implicando em vinculação prolongada aos CAPS	Sensibilizar a ABS para inserção da pessoa com problemas de saúde mental em atividades da unidade	Grupos condutores e Gestores Municipais	2014-2015
Falta de legislação e financiamento específico para Centros de Convivência	Sensibilizar gestores federal e estadual para a necessidade de estabelecer legislação para cadastro, credenciamento, assim como financiamento dos Centros de Convivência	Gestor Federal, Estadual e Gestor Municipal	2014-2015

Componente Atenção Especializada – CAPS

Fragilidade	Proposta/ Ação	Responsáveis	Cronograma
Insuficiência de equipamentos de atenção especializada em saúde mental na região	Manutenção do CAPS III de Barretos e CAPS I de Guaíra	Gestor Municipal e Colegiado de Gestão Regional	2013-2015
	Implantar o CAPS ad e 1 CAPS i em Barretos, 1 CAPS I e 1 CAPS ad em Olímpia	Grupo Condutor Regional, Gestor Municipal e MS.	2014-2015
Reprodução do modelo assistencial ambulatorial nos CAPS	Realização de processos de EP para fortalecer o trabalho no CAPS, de forma qualificada e resolutiva	Gestor Municipal	2013-2015
	Continuar com os espaços de Rodas de conversa de profissionais de saúde mental do DRS V e municípios	Grupo Condutor Regional, CGR e Gestor Municipal.	2013-2015
	Propor sistemática para realização de avaliação e monitoramento das ações realizadas nos CAPS	Grupo Condutor, Serviços de Saúde Mental	2014-2015
	Realizar intercâmbios de profissionais entre serviços de saúde mental na própria região para troca de experiências	Grupo Condutor, Serviços de Saúde Mental	2014-2015
	Sensibilizar os serviços para a necessidade de reinserção social dos usuários	Grupo Condutor Regional e Municipal e Gestor Municipal	2014-2015
	Realizar avaliação periódica dos usuários na perspectiva de alta para acompanhamento pela atenção básica	Serviços de saúde mental municipais	2014-2015
Dificuldade de contratação de médicos psiquiatras	Sensibilizar gestores para a necessidade de políticas públicas que fomentem a formação de profissionais para a saúde mental, sintonizados com a política atual	Ministério Educação e Saúde	2014-2015
	Implantação de serviços regionais	CGR, Grupo Condutor Regional e Gestores Municipais.	2014-2015
Alto índice de internações compulsórias	Ampliação do diálogo com judiciário para esclarecimentos, inclusive sobre a rede de atenção psicossocial	Gestor Federal, Estadual e Municipal.	2013-2015
	Continuidade da realização de fórum de saúde mental regional	Grupo de Apoio Institucional Regional	2013-2015
Dificuldade de adesão de usuários de álcool e drogas ao tratamento	Fomentar a busca ativa de usuários com dificuldade de freqüentar os serviços	Serviços de saúde mental	2014-2015
	Realizar intercâmbios de profissionais entre CAPS AD na própria região para troca de experiências	Grupo condutor, serviços de saúde mental	2014-2015
	Continuar com os espaços de Rodas de conversa de profissionais de saúde do DRS V	Grupo Condutor Regional e Municipal.	2013-2015
Iniciência das ações de saúde mental infantil	Realizar intercâmbios de profissionais entre serviços de saúde mental infantil na própria região para troca de experiências	Grupo Condutor Regional e gestores Municipais.	2014-2015
	Continuar com os espaços de Rodas de conversa de profissionais de saúde do DRS V	Grupo Condutor Regional	2013-2015

Componente Atenção de Urgência e Emergência

Fragilidade	Proposta/ Ação	Responsáveis	Cronograma
Dificuldade no atendimento às urgências psiquiátricas pela UBS, SAMU e UPA, PS e PA	Estabelecer diálogo com a Rede de Urgência e Emergência no sentido de sensibilizar e qualificar as equipes de AB, SAMU, UPA, PS e PA para atendimento em saúde mental	CGR e Grupos Condutores Regionais e Municipais	2014-2015
	Realizar intercâmbio com o Núcleo de EPS do SAMU no sentido de propor ações educativas para os serviços de todos os pontos da rede	Grupo condutor, equipes de EPS SAMU	2014- 2015

Componente Atenção Residencial em Caráter Transitório

Fragilidade	Proposta/ Ação	Responsáveis	Cronograma
Alto número de solicitações de internações involuntárias e compulsórias pelo poder judiciário para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas	Sensibilizar os gestores na implantação de Unidade de Acolhimento. Trabalhar a intersectorialidade com a Secretaria de Desenvolvimento Humano e Promoção Social.	Gestores Municipais	2014-2015
Falta de rede de suporte para pessoas com vínculos familiares frágeis			
Existência de Comunidades terapêuticas não vinculadas a Rede SUS	Monitorar e avaliar as atividades das comunidades terapêuticas	Vigilâncias Sanitárias Municipais	2013-2014

Componente Atenção Hospitalar

Fragilidade	Proposta/ Ação	Responsáveis	Cronograma
Alto número de solicitações de internações involuntárias e compulsórias pelo poder judiciário para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas	Manter os leitos psiquiátricos em hospital geral	Colegiado de Gestão Regional	2013-2014
	Ampliação do diálogo com judiciário para esclarecimentos, inclusive sobre a rede de atenção psicossocial	Gestores Estaduais e Municipais	2013-2015

Componente - Estratégias de Desinstitucionalização

Fragilidade	Proposta/ Ação	Responsáveis	Cronograma
Dificuldade das famílias para acolherem pacientes em alta do CAPS Inexistência de projetos junto as entidades públicas e privadas para acolherem o paciente de alta do CAPS. Levantamento de Pacientes internados em hospitais da Região Norte	Realizar trabalho sócio educativo com as famílias para acolherem pacientes em alta do CAPS Elaborar projetos de reinserção social junto as entidades públicas e privadas para acolherem o paciente de alta do CAPS.	Articuladores de Saúde Mental Municipais e Profissionais de saúde municipais	2014-2015

Componente de Reabilitação Social

Fomentar ações de combate a descriminalização	Promover a inserção dos usuários no mercado de trabalho.	Gestores Municipais	2014-2015
---	--	---------------------	-----------

Componente da Gestão

Fragilidade	Proposta/ Ação	Responsáveis	Cronograma
Aproximação incipiente do gestor em relação às políticas de saúde mental	Sensibilização do gestor em relação à temática da saúde mental, seus desafios e necessidades específicas	Grupos condutores e CGRs	2013-2014

Propostas de Educação Permanente

Tema assunto área	Público alvo	Responsáveis
Saúde Mental para atenção básica	Equipes das UBS e ESF	CDQ/DRS e Gestores Municipais
Processo de trabalho nos CAPS	Equipes CAPS	CDQ/DRS e Gestores Municipais
Apoio matricial enquanto ferramenta do NASF e CAPS	Equipes das UBS, ESF, CAPS e NASF	CDQ/DRS e Gestores Municipais CDQ/DRS e Gestores Municipais
Saúde Mental Infantil	Equipes das UBS, ESF, CAPS e NASF	CDQ/DRS e Gestores Municipais
Urgência e Emergência psiquiátricas	Equipes das UBS, ESF, CAPS, NASF e hospitais/SAMU	CDQ/DRS e Gestores Municipais

7. Matriz Diagnóstica

Ponto de atenção	Existente											Necessidade													
	Altair	Barretos	cajobi	Colina	Colômbia	Guaira	Guaraci	Jaborandi	Olimpia	Severinia	Colegiado Norte	Barretos	Altair	Barretos	Cajobi	Colina	Colômbia	Guaira	Guaraci	Jaborandi	Olimpia	Severinia	Colegiado Norte	Barretos	
Unidade Básica de Saúde Tradicional																									
Unidade Básica de Saúde com ESF																									
Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas - Consultório de rua	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Apoio à serviços de Residência Transitórios	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0														
Núcleo de Apoio à Saúde da Família		1				1						1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Centro de Convivência	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
CAPS I						1												1				1			
CAPS II																									
CAPS III		1											1												
CAPS AD													1									1			
CAPS ADIII																									
CAPSi													1												
UPA									1				1					1							
Pronto Socorro/PA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1															
SAMU																									
UA Adulto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0												
UA Infanto-juvenil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0												
Comunidade Terapêutica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0												
Leitos																									
Enfermaria especializada		20																							
SRT I																									
SRT II																									
PVC																									
Cooperativas																									

8. Rede de Atenção Psicossocial Região Norte Barretos

	Altair	Barretos	Cajobi	Colina	Colômbia	Guaíra	Guaraci	Jaborandi	Olímpia	Severínia
Atenção Básica	NASF3	NASF1	NASF3	NASF3	NASF3	NASF1	NASF3	NASF3	NASF 1	NASF2
Atenção Psicossocial Especializada	CAPSIII/ Barretos, CAPS i /Barretos CAPS AD Olímpia e CAPS I/ Olímpia	CAPSIII/ Barretos CAPS AD /Barretos CAPS i /Barretos	CAPSIII/ Barretos CAPS i /Barretos CAPS AD Olímpia e CAPS I/ Olímpia	CAPSIII/ Barretos CAPS AD /Barretos CAPS i /Barretos	CAPS III/ Barretos CAPS AD /Barretos CAPS i /Barretos	CAPS III/ Barretos CAPS I Guaíra CAPS AD /Barretos CAPS i /Barretos	CAPS III/ Barretos CAPS i /Barretos CAPS AD Olímpia e CAPS I/ Olímpia	CAPS III/ Barretos CAPS AD /Barretos CAPS i /Barretos	CAPS III/ Barretos CAPS i /Barretos CAPS AD Olímpia e CAPS I/ Olímpia	CAPS III/ Barretos CAPS i /Barretos CAPS AD Olímpia e CAPS I/ Olímpia
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU Regional	SAMU Regional	SAMU Regional	SAMU Regional	SAMU Regional	SAMU Regional	SAMU Regional	SAMU Regional	SAMU Regional	SAMU Regional
Atenção residencial de caráter transitório	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Atenção hospitalar	20 leitos em Hospital Geral									
Estratégias desinstitucionalização	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Reabilitação Psicossocial	-	Parceria com JBS/FRIBO	-	-	-	-	-	-	-	-

9. Planilha Financeira

MUNICÍPIO CGR AG	UNIDADE	COMPONENTE	CUSTEIO	PARCELA ÚNICA	PREVISÃO IMPLANTAÇÃO
ALTAIR	NASF 3	implantação	R\$96.000,00	R\$8.000,00	2014
BARRETOS	NASF 1	implantação	R\$240.000,00	R\$20.000,00	2013
	CAPS III	implantado/ construção	R\$1.009.000,00	R\$1.000.000,00	2014
	CAPS AD	constr/implant	R\$ 447.360,00	R\$850.000,00	2015
	CAPS i	constr/impl	R\$ 339.000,00	R\$ 820.000,00	2015
	Leitos	implantados 20/ Não habilitados	R\$ 1.346.264,40	R\$ 66.000,00	2013
CAJOBI	NASF 3	Implantação	R\$96.000,00	R\$8.000,00	2014
COLINA	NASF 3	implantação	R\$96.000,00	R\$8.000,00	2014
COLÔMBIA	NASF 3	implantação	R\$96.000,00	R\$8.000,00	2014
GUAÍRA	NASF 1	implantado	R\$240.000,00	R\$20.000,00	2013
	CAPS I	constr/implantado	R\$ 339.660,00	R\$ 800.000,00	2014
GUARACI	NASF 3	implantação	R\$96.000,00	R\$8.000,00	2014
JABORANDI	NASF 3	implantação	R\$96.000,00	R\$8.000,00	2014
OLÍMPIA	NASF 1	implantação	R\$240.000,00	R\$20.000,00	2014
	CAPS I	constr/ implant	R\$ 339.660,00	R\$ 820.000,00	2014
	CAPS AD	constr/ implant	R\$ 447.360,00	R\$ 850.000,00	2015
SEVERÍNIA	NASF 2	Implantação	R\$ 144.000,00	R\$ 12.000,00	2014
TOTAL			R\$ 5.708.304,40	R\$ 5.326.000,00	