



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DRS XVI - SOROCABA - SAÚDE MENTAL
Av. Comendador Pereira Inácio, 105 - Jardim Vergueiro - CEP: 18031-005
Fone (15) 33328148

Rede de Atenção Psicossocial



**Plano de Ação Regional
RAPS
CIR Itapetininga – SP
2015**



ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	03
2	RAPS - GRUPO CONDUTOR	05
3	HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL NA CIR ITAPETININGA.....	06
4	CARACTERIZAÇÃO DA REDE REGIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	09
5	CARACTERÍSTICAS DA REGIÃO.....	11
	5.1. ECONOMIA.....	11
	5.2. POPULAÇÃO.....	11
	5.3. DEMOGRAFIA E CONDIÇÕES DE VIDA.....	14
	5.4. INFRAESTRUTURA URBANA E VIÁRIA.....	27
6	ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	32
	6.1. ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO.....	32
	6.2. TAXA DE NATALIDADE.....	34
	6.3. TAXA DE ANALFABETISMO.....	36
	6.4. HABITAÇÃO E INFRAESTRUTURA URBANA EM 20.....	37
	6.5. PERFIL DE MORBIMORTALIDADE.....	38
7	MATRIZ DIAGNÓSTICA RRAS 8.....	51
8	PACTUAÇÃO DA RRAS 8.....	76
9	PLANO DE AÇÃO DA CIR ITAPETININGA.....	78



1. INTRODUÇÃO

A **Rede de Atenção Psicossocial**, Instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da Portaria nº 3088 de 23/12/2011, deve ser articulada, humanizada e voltada à integralidade do atendimento, garantindo a reabilitação psicossocial às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas.

Tem como diretrizes:

- I. Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II. Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III. Combate a estigmas e preconceitos;
- IV. Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V. Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI. Diversificação das estratégias de cuidado;
- VII. Desenvolvimento de atitudes no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII. Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX. Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X. Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI. Promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII. Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

A **Rede de Atenção Psicossocial** deve ser organizada para possibilitar o acesso, a garantia do cuidado em saúde que envolva a promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação psicossocial através do fortalecimento e desenvolvimento de práticas que promovam a vinculação familiar e participação social no território. Isso se dá mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

São objetivos da Rede de Atenção Psicossocial:

- I. Ampliar o acesso à Atenção Psicossocial da população em geral;
- II. Promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e
- III. Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde do território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências;



- IV. Promover cuidados em saúde, especialmente para grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas)
- V. Prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;
- VI. Reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;
- VII. Promover a reabilitação e reinserção das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;
- VIII. Promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;
- IX. Desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parcerias com organizações governamentais e da sociedade civil;
- X. Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;
- XI. Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e
- XII. Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

A Rede de Atenção Psicossocial deve ser constituída, que nos subsidia na elaboração da Matriz Diagnóstica:

- I. **Atenção Básica em Saúde**, formada pelos seguintes pontos de atenção:
Unidade Básica de Saúde;
Equipe de atenção básica para populações específicas - Consultório na Rua;
Núcleo de Apoio à Saúde da Família;
Centros de Convivência;
- II. **Atenção Psicossocial Especializada**, formada pelos seguintes pontos de atenção: Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades (I, II, III, AD, ADIII, i);
- III. **Atenção de Urgência e Emergência**, formada pelos seguintes pontos de atenção:
UPA 24h
SAMU 192;
- IV. **Atenção residencial de caráter transitório**, formada pelos seguintes pontos de atenção: Unidades de Acolhimento (UA adulto e UA infante juvenil)
Comunidade Terapêutica.
- V. **Atenção Hospitalar**, composta pelos seguintes pontos de atenção:
Serviço Hospitalar de Referência em saúde mental no Hospital Geral para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;
Enfermaria Especializada em Hospital Geral;
- VI. **Estratégias de Desinstitucionalização**
Serviço Residencial Terapêutico – modalidades I e II
Programa de Volta para Casa
- VII. **Reabilitação Psicossocial**
Cooperativas



2. RAPS – GRUPO CONDUTOR

O grupo condutor bipartite é formado por representantes da SES/SP e COSEMS, que através da deliberação CIB nº 99 DE 25/05/2012, priorizou a implantação da Rede de Atenção Psicossocial dentro da configuração das Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde (RRAS, definidas de maneira bipartite e instituídas pela Deliberação CIB nº 36 de 21/09/2011, como territórios para o seu desenho).

O Plano de Ação Regional para Implantação das Redes de Atenção Psicossocial - RAPS foi elaborado em conjunto com o **grupo condutor** regional, composto pelos secretários de saúde municipal e coordenadores/articuladores de saúde mental e área técnica de saúde mental e atenção básica do DRS XVI.

Foram realizadas reuniões com o Grupo condutor no período de 2013 e 2014, tendo sido renomeado em 2015 com alteração de alguns de seus membros. Foram discutidos os seguintes assuntos nas reuniões: o alinhamento conceitual para preenchimento da matriz diagnóstica municipal; a avaliação da situação da rede psicossocial municipal - considerando cada componente da rede; a construção coletiva dos planos de ação.

O Grupo condutor elaborou material sobre o diagnóstico da Saúde Mental da região, utilizou também os dados de caracterização da região em seus aspectos socioeconômicos e demográficos do Mapa da Saúde da Rede Regional de Atenção à Saúde da RRAS 08.

Este Plano Regional da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, foi apresentado e aprovado na **Reunião da CIR Itapetininga nº 74/13 em 11/12/2013**.

Tabela 1: Secretários Municipais de Saúde do CIR Itapetininga

MUNICÍPIO	SECRETARIO DA SAÚDE
Alambari	Maria Regina Cardoso de Carvalho
Angatuba	Luciane de Lima Ramachote Maciel
Campina Monte Alegre	Leonardo Mendes Albino
Capão Bonito	Angela Maria de Lisboa
Cerquilha	Angelica Regina Prupere
Cesário Lange	Claudia Maria Reimann Baston
Guareí	Ari Donizete de Barros
Itapetininga	Denilson Rodrigues da Silva
Quadra	Roberto Gonella Junior
Ribeirão Grande	Maria José Romanoff
São Miguel Arcanjo	Elisabete Gabriela Gonçalves Pagotto
Sarapuí	Marcos Paulo Machado
Tatuí	Sandra Maria dos Santos



Tabela 2: Grupo Condutor Regional – CIR Itapetininga

MUNICÍPIO	SECRETARIO DA SAÚDE	ARTICULADORES DE S MENTAL
Alambari	Maria Regina Cardoso de Carvalho	Ivo Vieira de Barros Junior
Angatuba	Luciane de Lima Ramachote Maciel	Juliana C. S. Tomé Da Costa Aurichio
Campina Monte Alegre	Leonardo Mendes Albino	Wina Roberta S. Pedroso
Capão Bonito	Angela Maria de Lisboa	Fernando Antonio. Menezes Bueno
Cerquilha	Angelica Regina Prupere	Jamile Cristina Albiero Silva
Cesário Lange	Claudia Maria Reimann Baston	
Guareí	Ari Donizete de Barros	Roberta Eliana De Moraes
Itapetininga	Denilson Rodrigues da Silva	Erico Avelino Pontes Ramos
Quadra	Roberto Gonella Junior	Virginia Francis de Almeida Aires
Ribeirão Grande	Maria José Romanoff	Paula Renata Dias Simonetti
São Miguel Arcanjo	Elizabeth Gabriela Gonçalves Pazoto	Eliana Terra De Souza
Sarapuí	Marcos Paulo Machado	Helio Cleto Fogaça
Tatuí	Sandra Maria dos Santos	Denise Cristina M. Alkmim

3. HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL - CIR ITAPETININGA

Citaremos alguns fatos históricos importantes da região do CIR de Itapetininga, para compreendermos e contextualizarmos a história da criação dos serviços de saúde mental.

Em Itapetininga, no ano de 2002, foi desativado o Hospital Psiquiátrico Regional Dr. Laerte Vieira Pires (CONDERGI), que trabalhava sob regime de consórcio e atendia Itapetininga e região. Com a desativação do referido Hospital, deu-se início a Rede Psicossocial, com a implantação do CAPS II no mesmo espaço do antigo hospital e um CAPS AD, num outro local. Vale lembrar que nem a população nem os funcionários ficaram desassistidos, pois os atendimentos foram absorvidos pelos serviços criados. Quanto à demanda das internações psiquiátricas, a referência continuou sendo a Central de Vagas Psiquiátricas de Sorocaba.

A região de Sorocaba foi considerada um dos maiores pólos manicomiais do Brasil, com cerca de duas mil e seiscentas pessoas em situação de internação de longa duração, reforçando o modelo centrado no atendimento hospitalar.

Considerando o movimento de denúncias sobre o tratamento e as internações psiquiátricas na região, surgiu a necessidade de transformar e humanizar a assistência psiquiátrica. Em 18 de dezembro de 2012, no município de Sorocaba, o Termo de Ajuste



de Conduta (TAC) foi assinado como resultado de duas forças: o movimento antimanicomial, com a luta do fechamento dos hospitais psiquiátricos, e a criação de uma rede de assistência psicossocial conforme rege a Política Nacional de Saúde Mental.

O TAC trouxe mudanças locais importantes, com surgimento do crescente número de determinações judiciais para internações e tratamento para pessoas com sofrimento mental, incluindo aos dependentes de álcool e drogas.

Toda a situação de transformação do contexto assistencial trouxe impactos financeiros, sociais e políticos importantes para a região, que ainda se encontrava imatura e despreparada para o atendimento adequado dessa população. Soma-se a isso a cobrança da população e o despreparo das equipes de saúde, promotoria, e outros segmentos da sociedade.

A partir desse momento, diversos movimentos e reuniões ocorridos em 2013, inclusive reuniões técnicas regionais, provocaram a mobilização das equipes de saúde municipais para a construção e elaboração de um Plano da Rede de Atenção Psicossocial, baseados na Lei nº 10.216/2001, na Portaria nº 3.088/2011 e na proposta do próprio TAC. Nos encontros destas discussões contamos com a participação de representantes do Ministério Público, para o esclarecimento e busca de parceria entre os setores de Saúde e da Justiça.

O desenho do Plano da RAPS foi homologado em CIR de 12 de dezembro de 2013. A partir daí houve uma mobilização importante e cada município da região começou a elaborar a criação de serviços para atender essa necessidade vigente. Vários serviços surgiram e se aprimoraram, buscando sua efetiva implantação (CAPS, SRTs, NASFs, Matriciamento da Atenção Básica, Núcleo de Educação Permanente e Humanização (NEPH), e outros).

Progressivamente os atendimentos dos Ambulatórios de Saúde Mental existentes foram sendo absorvidos pelas novas ferramentas da rede de atenção psicossocial. Tudo isso veio de encontro às necessidades reconhecidas, representando grande avanço e salto de qualidade na assistência da região, viabilizando a implantação de serviços e desenvolvimento de práticas que garantissem a integralidade do atendimento e reabilitação psicossocial.

Os municípios receberam nesse momento, como responsabilidade única, as internações compulsórias, tendo que recorrer de seus recursos não previstos em seus orçamentos para custear as internações compulsórias em clínicas e comunidades terapêuticas, contrariando os princípios da reforma psiquiátrica.



Tabela 3 - Número de internações na CIR Itapetininga – casos psicóticos e de pessoas em sofrimento decorrentes de uso de álcool, crack e outras drogas, nos anos de 2013 e 2014 e custos destas internações.

Município	Pop.	Internações 2013- 2014		Custos (R\$) período 2013-14
		AD	TRANST. PSICÓTICOS	
Alambari	5.356	0	0	0
Angatuba	23.666	6	9	0
Capão Bonito	47.510	13	26	0
Cerquilha	43.473	9	8	84.110,00
Cesário Lange	16.717	0	0	0
Guareí	16.149	3	0	0
Itapetininga	153.810	6	0	90.000,00
Quadra	3.489	1	4	14.400,00
Rib. Grande	7.667	9	7	60.000,00
São M. Archanjo	32.621	30	4	156.000,00
Sarapuí	9.628	0	0	0
Tatuí	114.314	115	90	797.000,00
TOTAL	480.236	148	136	1.201.510,00

O município de Angatuba realizou 06 internações AD e 09 psicóticos em 2014.

O município de Capão Bonito internou 26 pacientes com transtornos psicóticos e 13 pacientes AD pelo SUS.

O município de Itapetininga internou 06 pacientes adolescentes, por ordem judicial, em Comunidade Terapêutica.

O município de Quadra relata 01 internação de AD por ordem judicial e 04 internações de quadros psicóticos no SUS.

O município de Ribeirão Grande teve 09 internações AD em clínica particular e 07 internações de psicóticos pelo SUS.

O município de Tatuí internou 115 pacientes AD e 90 psicóticos.



4. CARACTERIZAÇÃO DA REDE REGIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE 8 – RRAS 8 - CIR ITAPETININGA

No Estado de São Paulo foram pactuadas 17 RAPS. **A RRAS 8 é constituída por 48 municípios** agregados em 03 diferentes Regiões de Saúde: **Sorocaba, Itapetininga e Itapeva**, abrangendo uma população total de **2.243.016** habitantes.

A urbanização do sudoeste paulista teve início no século XVII, quando, em função do povoamento do planalto, foram fundadas as cidades de Itu (1657) e Sorocaba (1661), esta última a porta de entrada da região em estudo. Assim, ao longo do "caminho das tropas de muars", que vinham do Sul, surgiram Itapeva (1769) e Itapetininga (1790).

As regiões que compõem a RRAS 8 apresentam acentuadas diferenças quanto às condições socioeconômicas, localização geográfica, distribuição populacional e disponibilidade de estabelecimentos e serviços de saúde.

A CIR de Itapetininga, sediada no município de Itapetininga, é composta por 13 municípios: Alambari, Angatuba, Campina do Monte Alegre, Capão Bonito, Cerquilho, Cesário Lange, Guareí, Itapetininga, Quadra, Ribeirão Grande, São Miguel Arcanjo, Sarapuí e Tatuí, que possuem juntos 480.236 habitantes (SEADE 2013).

Figura 1 – Redes Regionais de Atenção à Saúde. Estado de São Paulo, 2011

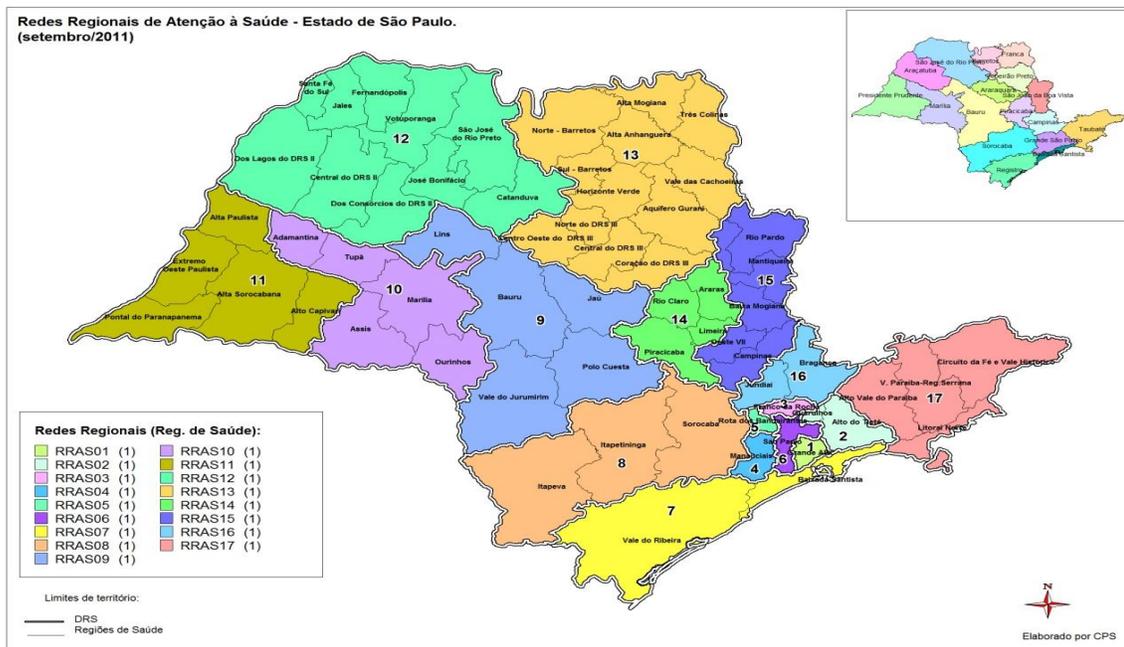




Figura 2 – Divisão geográfica da RRAS 08

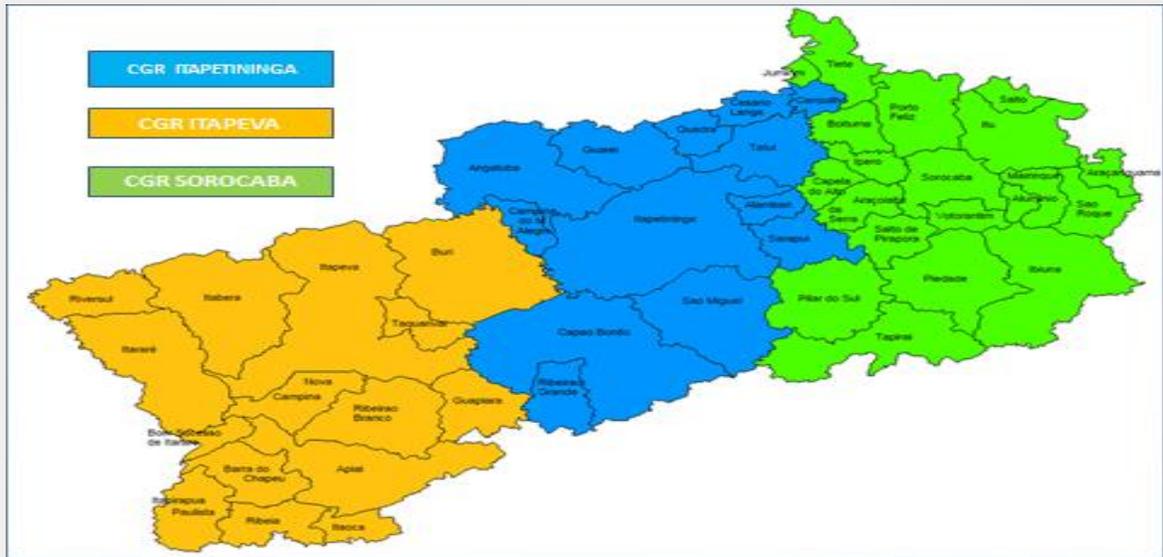
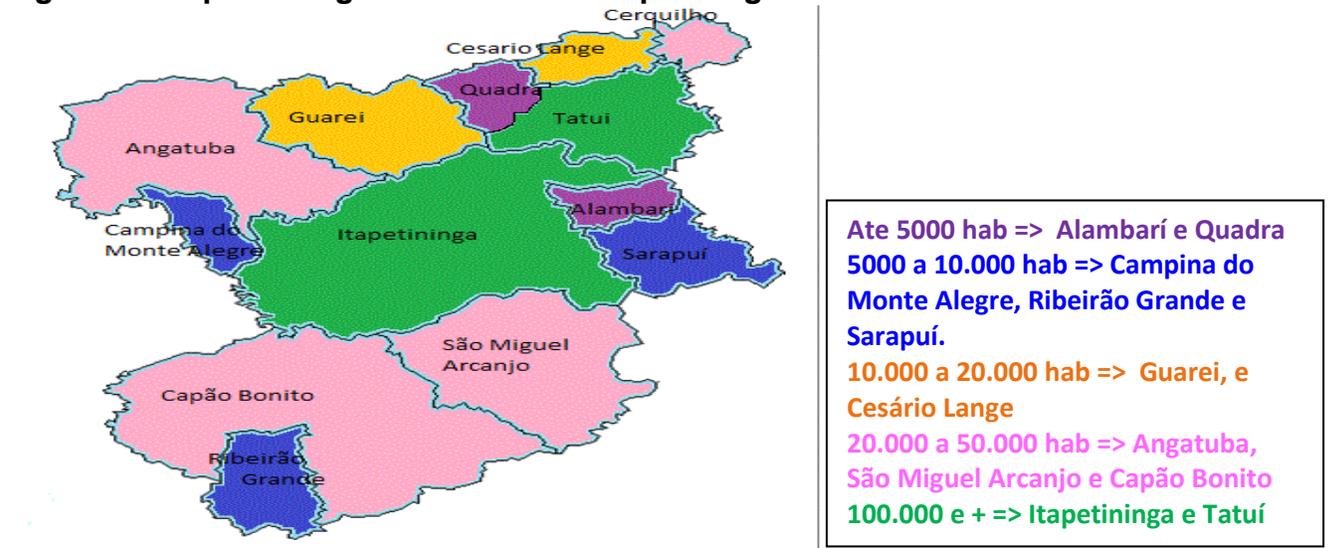


Figura 3: Mapa da Região de Saúde de Itapetininga





5. CARACTERÍSTICAS DA REGIÃO

A região de Itapetininga possui clima subtropical úmido, com geadas e temperaturas amenas, com médias anuais de Max. 25,7°C e Min.16°C. Vegetação com campos limpos e cerrados, pequenas ondulações e grandes várzeas. Tem solo glacial e hidrografia composta pelos rios da **bacia do Paranapanema, Rio Itapetininga e Tatuí**.

Abriga importante área de Mata Atlântica protegida pelo Parque Estadual Carlos Botelho e Intervalos nos municípios de São Miguel Arcanjo e Ribeirão Grande.

A grande maioria das cidades desta região origina-se de pouso de tropeiros, cavaleiros que vinham dos estados da Regiões Sul do país para comercialização de produtos e moares, levantando cabanas e oratórios fixando nas margens dos rios locais pequenos vilarejos que mais tarde se transforma nas cidades. A cidade de Cerquillo se destaca dos demais por ter sua fundação em volta de estação ferroviária, comum nas cidades da Região de Sorocaba.

A região destaca-se pela cultura tropeiro e pelos costumes simples do povo do interior.

5.1. ECONOMIA

A economia é basicamente voltada ao agronegócio com a cultura do milho, feijão e frutas, produzidas por pequenos produtores; laranja, cana de açúcar, resina, eucalipto, pinos, grama e batata são cultivadas por médios e grandes produtores. Na pecuária destaca-se o gado de corte e de leite (sendo importante bacia leiteira do país); suínos, equinos, aves e bubalinos também aparecem como economia importante.

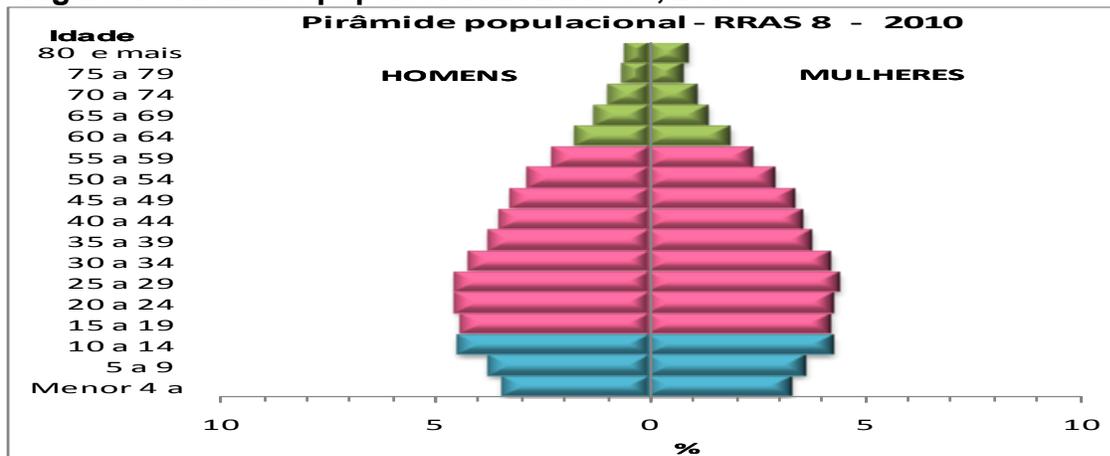
Possui principalmente pequenas e médias indústrias de manufaturados, roupas, móveis, alimentos e cerâmica. Destacam-se na economia da região as usinas de cana de açúcar, resina e eucalipto. Porém, o município de Itapetininga conta com algumas indústrias de expressão nacional e de grande porte, como 3M, baterias Moura e Duratex cuja unidade, tornou Itapetininga sede da 2ª maior empresa de MDF do mundo.

5.2. POPULAÇÃO

Região de Saúde	Nº Municípios	%	População	%
Sorocaba	20	41.7%	1.518.944	67,72
Itapeva	15	33.3%	272.676	12,16
Itapetininga	13	25.0%	451.399	20,12
RRAS 08 Sorocaba	48	100.0%	2.243.016	100



Figura 4– Pirâmide populacional RRAS 08, 2010



Apresenta predomínio de homens nas faixas de 0 a 34 anos e de mulheres nas faixas etárias entre 35 anos e 80 e mais. Há uma tendência de inversão da pirâmide, observada para o país, com diminuição da natalidade e aumento da expectativa de vida especialmente para mulheres. A tendência de envelhecimento e a existência de uma população jovem adulta crescente apontam para o incremento de políticas de promoção e de prevenção em saúde a serem desenvolvidas preferencialmente pelas áreas de educação permanente e de humanização nos níveis regional e municipal.

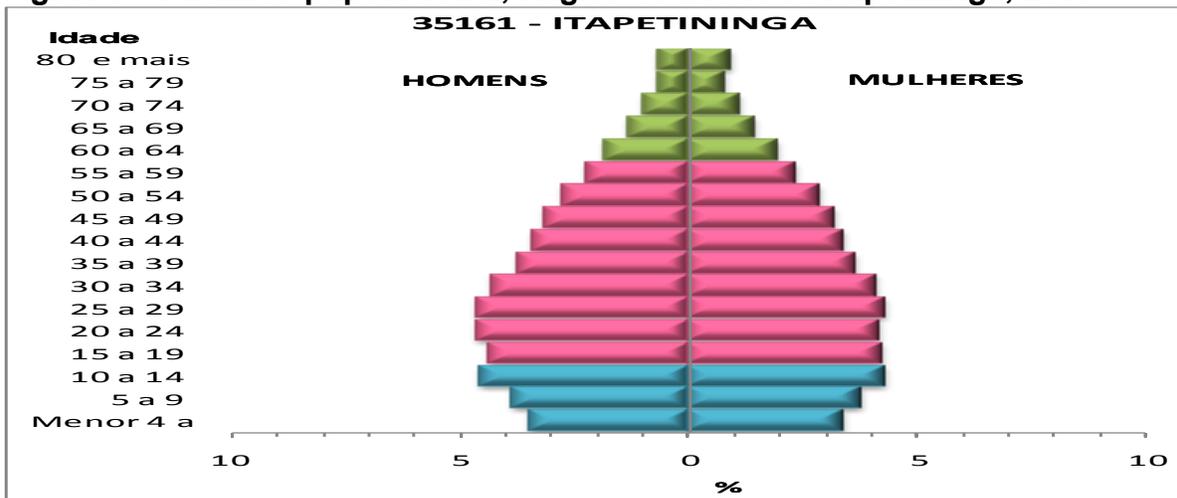
Tabela 4- População segundo sexo e faixa etária, Região de Saúde de Itapetininga, 2010.

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 4 anos	15.642	15.160	30.802
5 a 9 anos	17.402	16.847	34.249
10 a 14 anos	20.438	19.471	39.909
15 a 19 anos	19.644	19.110	38.754
20 a 24 anos	20.944	18.836	39.780
25 a 29 anos	20.962	19.199	40.161
30 a 34 anos	19.338	18.341	37.679
35 a 39 anos	16.768	16.489	33.257
40 a 44 anos	15.419	15.122	30.541
45 a 49 anos	14.233	14.212	28.445
50 a 54 anos	12.294	12.895	25.189
55 a 59 anos	10.101	10.550	20.651
60 a 64 anos	8.132	8.643	16.775
65 a 69 anos	5.910	6.443	12.353
70 a 74 anos	4.483	5.044	9.527
75 a 79 anos	2.905	3.553	6.458
80 anos e mais	2.877	3.992	6.869
Total	227.492	223.907	451.399

Fonte: Censo Populacional 2010 - IBGE/DATASUS



Figura 5 – Pirâmide populacional, Região de saúde de Itapetininga, 2010



Fonte: Censo Populacional 2010 - IBGE/DATASUS

Quanto à faixa etária, do total da população 23,3% são menores de 15 anos, 65,2% está entre 15 e 59 anos e 11,5% de maiores de 60 anos. A população da região é de 451.399 habitantes, sendo 50,4% do sexo masculino e 49,6% do sexo feminino.

A redução nas taxas de natalidade e mortalidade e o aumento da expectativa de vida nos últimos 10 anos são evidente na região de Saúde de Itapetininga, semelhante à população brasileira. Observa-se em 2010 o predomínio da população adulta e aumento na faixa etária acima de 60 anos que reflete em demandas específicas para esse segmento da população.

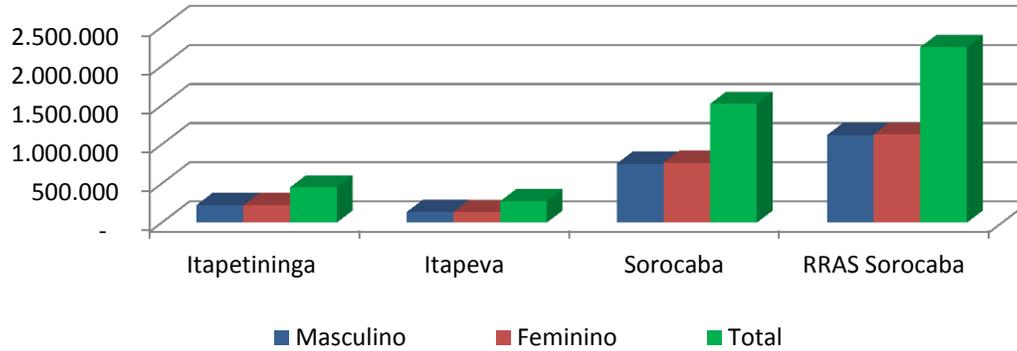
Tabela 5: Residentes na Região de Saúde de Itapetininga, por município/sexo – 2010.

Município	Masculino	%	Feminino	%	Total
Alambarí	2.456	50,3	2.428	49,7	4.884
Angatuba	11.245	50,6	10.965	49,4	22.210
Campina do Monte Alegre	2.853	51,2	2.714	48,8	5.567
Capão Bonito	23.021	49,9	23.157	50,1	46.178
Cerquilha	19.635	49,6	19.982	50,4	39.617
Cesário Lange	8.063	51,9	7.477	48,1	15.540
Guareí	8.927	61,3	5.638	38,7	14.565
Itapetininga	72.167	50	72.210	50	144.377
Quadra	1.707	52,8	1.529	47,2	3.236
Ribeirão Grande	3.795	51,1	3.627	48,9	7.422
São Miguel Arcanjo	15.995	50,9	15.455	49,1	31.450
Sarapuí	4.594	50,9	4.433	49,1	9.027
Tatuí	53.034	49,4	54.292	50,6	107.326
Total	227.492	50,4	223.907	49,6	451.399

Fonte: Censo Populacional 2010 - IBGE/DATASUS



Figura 6: População por sexo RAAS 8 - 2010



Fonte: IBGE 2010

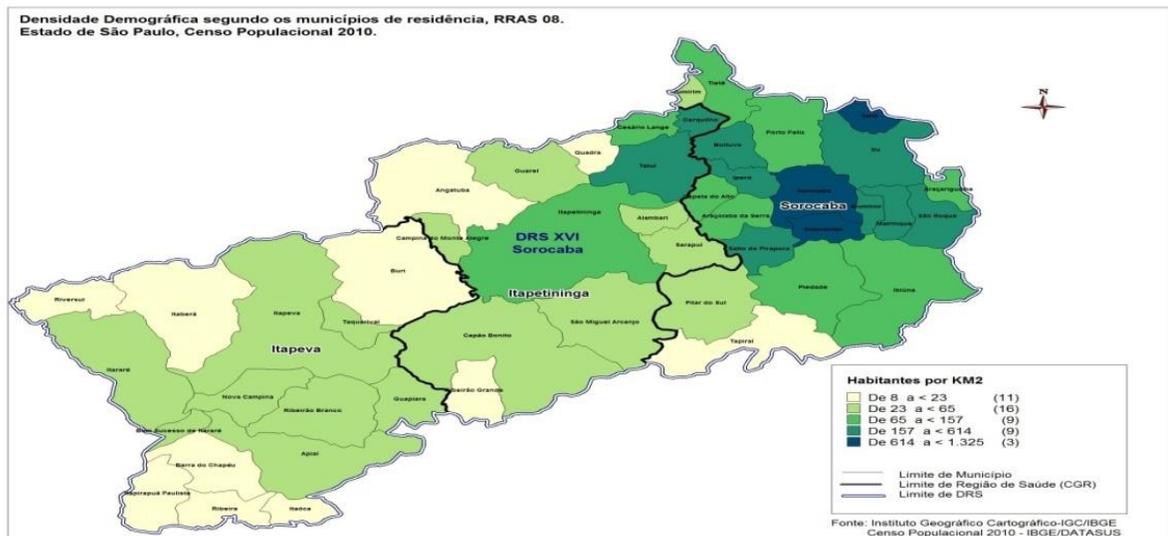
Tabela 6. Número de municípios por Departamento Regional de Saúde e Região de Saúde segundo faixas populacionais, RRAS 8, 2010.

DRS/ Região de Saúde	< 10.000 habit.	10 a 49.000 habitantes	50 a 99.000 habitantes	100 a 499.000 habitantes	>500.000 habitantes	Total
Sorocaba	02	11	03	03	01	20
Itapetininga	05	06	0	2	0	13
Itapeva	08	06	01	0	0	15
Total	15	23	04	05	01	48

FONTE: IBGE 2010

5.3. DEMOGRAFIA E CONDIÇÕES DE VIDA

Figura 7- Densidade demográfica (hab/km²) por município. RRAS 08, 2010



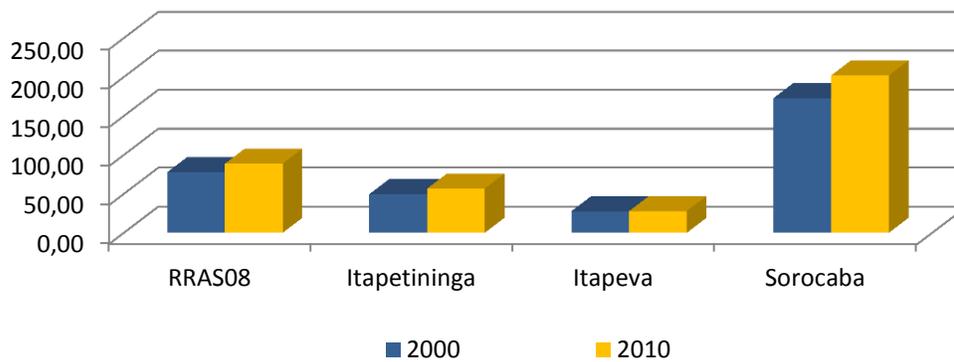
Fonte: IBGE 2010



DRS ITAPETININGA	
Municípios	hab/km ²
Alambari	30,66
Angatuba	21,61
Campina do Monte Alegre	30,09
Capão Bonito	28,15
Cerquillo	309,98
Cesário Lange	81,46
Guareí	25,72
Itapetininga	80,65
Quadra	15,73
Ribeirão Grande	22,26
São Miguel Arcanjo	33,80
Sarapuí	25,60
Tatui	205,03

FONTE: IBGE 2010

Figura 8. Gráfico DENSIDADE DEMOGRÁFICA, 2000- 2010 RAAS 8



Fonte: IBGE



POPULAÇÃO CARCERÁRIA ADULTO, JOVEM E QUILOMBOLA.

Tabela 7. População privada de liberdade (adulto)

MUNICÍPIO	UNIDADE PRISIONAL	POP. UNIDADE PRISIONAL 2013	POPULAÇÃO CENSO 2010	%
Capela do Alto	Centro de Detenção Provisória	907		
Capela do Alto	Penitenciária Masculina	783		
Total		1.690	17.532	9,63
Guareí	Penitenciária I masculina	1.722		
Guareí	Penitenciária II masculina	1.786		
Total		3.508	14.565	24,08
Iperó	Penitenciária masculina	2.252		
	Anexo de Detenção Provisória	296		
	Ala de Progressão Penitenciária	298		
Total		2.846	28.300	10,05
Itapetininga	Centro de Ressocialização Feminina	213		
Itapetininga	Penitenciária I masculina	1.621		
Itapetininga	Penitenciária II masculina	1.586		
Total		3.420	144.377	2,36
Sorocaba	Centro de Detenção Provisória	1.347		
Sorocaba	Penitenciária I masculina	453		
	Anexo de regime semi aberto	322		
Sorocaba	Penitenciária II masculina	1.717		
	Anexo de regime semi aberto	238		
Total		4.077	586.625	0,69
Total Geral		15.541	791.399	1,96

Fonte: Secretaria de Administração Penitenciária-SAP/ Censo IBGE

Obs.: A população das cadeias e delegacias não está computada e faz parte da Secretaria de Segurança Pública. A RRAS 8 tem 5 municípios com Unidade Prisional, sendo que no município de Capela do Alto as Unidades não foram inauguradas. A soma das populações desses 5 municípios é de 791.399 e a soma das capacidades populacionais das unidades, representa 1,75%. Esta prevista a implantação de uma penitenciária feminina no Município de Votorantim, porém sem informação da capacidade da unidade prisional.



Tabela 8. POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE (JOVEM)

MUNICÍPIO	UNIDADE SOCIOEDUCATIVA	POPULAÇÃO DA UNIDADE INTERNADA 2013	POPULAÇÃO CENSO 2010	%
Itapetininga	CASA Esperança	56		
	Internação e internação provisória			
Total		56	144.377	0,03
Sorocaba	CASA Sorocaba I	56		
	Internação e internação provisória			
Sorocaba	CASA Sorocaba II	56		
	Internação			
Sorocaba	CASA Sorocaba III	96		
	Internação			
Sorocaba	CASA Sorocaba IV	24		
	Atendimento inicial e internação provisória			
Sorocaba	CASA de Semiliberdade Sorocaba	20		
Total		252	586.625	0,04
Total Geral		308	791.399	0,07

Fonte: Secretaria de Estado da Justiça e da Defesa da Cidadania/Censo IBGE

Obs.: A **Fundação CASA** presta assistência a jovens de 12 a 21 anos incompletos em todo o Estado de São Paulo. Eles estão inseridos nas medidas socioeducativas de privação de liberdade (internação) e semiliberdade. As medidas — determinadas pelo Poder Judiciário — são aplicadas de acordo com o ato infracional e a idade dos adolescentes.



Tabela 9. COMUNIDADES ASSENTADOS

Região	Município	Assentados
Itapetininga	Itapetininga	217
Itapeva	Apiáí	269
Itapeva	Itaberá	253
Itapeva	Itapeva	390
Sorocaba	Iperó	932
Sorocaba	Porto Feliz	104

Fonte: Portaria GM/MS-90, de 17-01-2008

Tabela 10. COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Região	Município	Quilombolas
Itapeva	Itaóca	189
Itapeva	Itapeva	265
Sorocaba	Pilar do Sul	212
Sorocaba	Salto de Pirapora	120
Sorocaba	São Roque	361
Sorocaba	Votorantim	

Fonte: Portaria GM/MS-90, de 17-01-200/SMS Itaóca

INDICE PAULISTA DE RESPONSABILIDADE SOCIAL

Tabela 11: IPRS da Região de Saúde de Itapetininga, 2010

MUNICIPIO	IPRS	Riqueza	Longevidade	Escolaridade
Alambarí	5	30	59	42
Angatuba	3	34	66	59
Campina do Monte Alegre	5	27	59	39
Capão Bonito	4	29	62	55
Cerquilha	3	38	71	66
Cesário Lange	4	34	73	41
Guareí	4	28	75	44
Itapetininga	3	34	67	51
Quadra	5	32	65	49
Ribeirão Grande	4	29	68	48
São Miguel Arcanjo	3	27	68	52
Sarapuí	4	29	62	60
Tatuí	3	37	68	53

Fonte: Fundação SEADE/ Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo 2010

Itapirapuã Paulista da região de Itapeva; Cesário Lange e Cerquilha da Região de Itapetininga; Tietê e Araçoiaba da Serra da Região de Sorocaba, encontram-se no Grupo 3 que, mesmo sem um indicador de riqueza elevado, exibem níveis sociais satisfatórios.



INDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO – IDH

TABELA 12: IDH da Região de Saúde de Itapetininga, 2010

MUNICÍPIOS	IDH 2010	IDH-RENDAS	IDH- LONGEVIDADE	IDH-EDUCAÇÃO
Alambari	0,712	0,682	0,805	0,658
Angatuba	0,719	0,693	0,827	0,648
Campina do Monte Alegre	0,717	0,687	0,846	0,634
Capão Bonito	0,721	0,675	0,826	0,671
Cerquilha	0,782	0,758	0,854	0,739
Cesário Lange	0,706	0,715	0,804	0,611
Guareí	0,687	0,692	0,805	0,583
Itapetininga	0,763	0,728	0,864	0,705
Quadra	0,678	0,700	0,822	0,541
Ribeirão Grande	0,705	0,643	0,807	0,676
São Miguel Arcanjo	0,710	0,708	0,799	0,633
Sarapuí	0,707	0,699	0,814	0,621
Tatuí	0,752	0,734	0,842	0,688

FONTE: PNUD 2010



PIB PERCAPITA DOS MUNICÍPIOS DA RRAS 8.

Com um Produto Interno Bruto de R\$ 45.711,08 milhões, em 2009, representando 4,2% do total estadual, a economia regional ocupa a quinta posição no Estado.

Em 2009, o PIB *per capita* regional da RRAS 08 foi de R\$ 20.478,00, abaixo da média paulista de R\$ 26.202,22, apresentando disparidade entre seus municípios, cujos PIB's *per capita* variam de R\$ 5.937,74 em Itapirapuã Paulista, na região de Itapeva a R\$ 110.405,23 em Araçariguama na região de Sorocaba. Na RRAS 08, dez municípios possuem um PIB *per capita* acima da média regional e apenas 05 destes encontram-se acima da média estadual - a saber - Alumínio, Araçariguama, Boituva e Itu da região de Sorocaba e Cerquilha da região de Itapetininga.

Figura 11: Produto e Renda PIB (em milhões de reais correntes) 2000 e 2009, RRAS 08

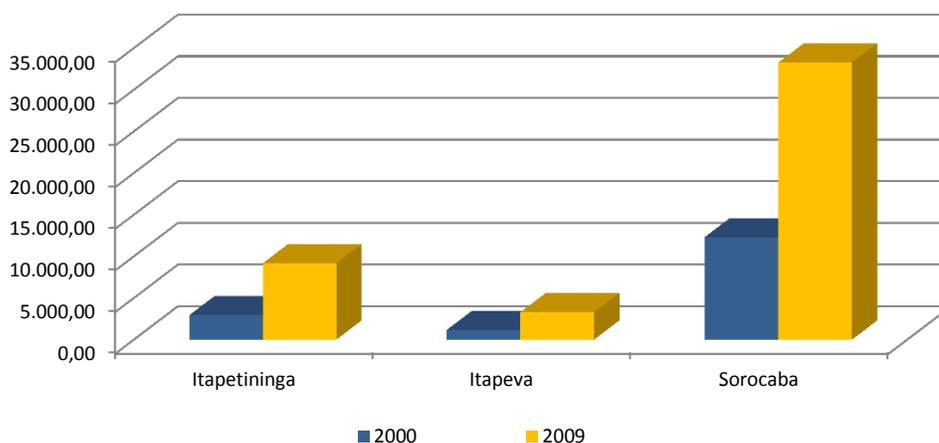


Figura 12: Produto e renda PIB per capita (em Reais) 2000 -2009, RRAS 8

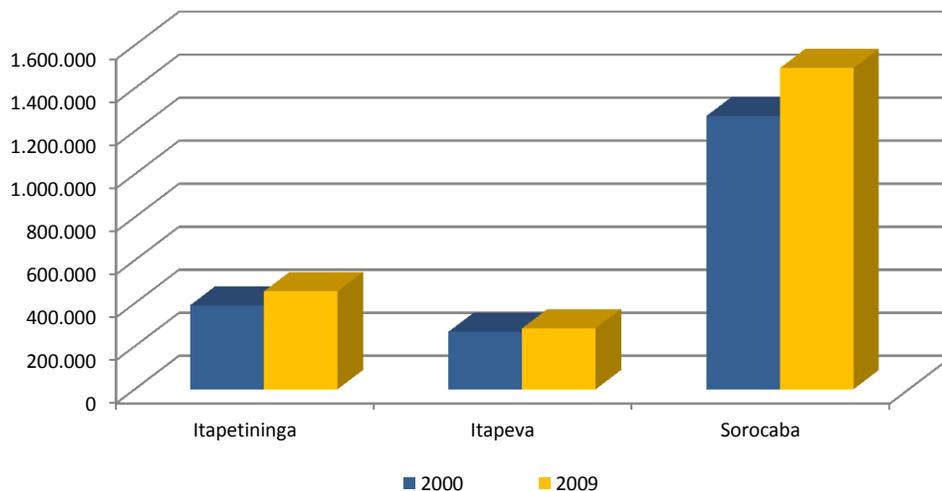




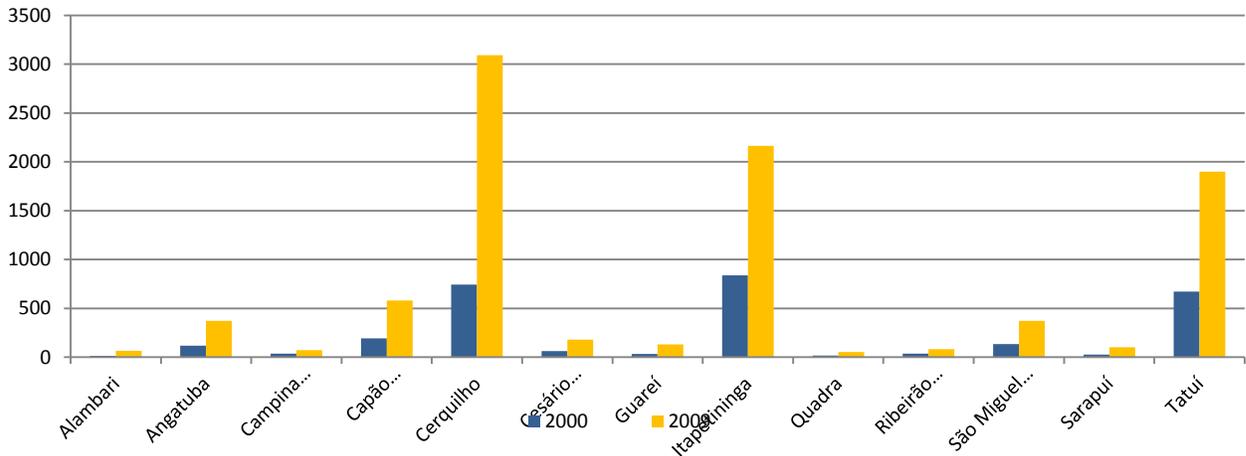
Tabela 13: Produto e Renda - PIB (em milhões de reais correntes) 2010 Região de saúde de Itapetininga

Produto Interno Bruto a preços correntes e Produto Interno Bruto per capita						
segundo as Grandes Regiões, as Unidades da Federação e os Municípios - 2006-2010						
Grandes Regiões, Unidades da Federação e Municípios	Produto Interno Bruto					Per capita (R\$) 2010 (1)
	A preços correntes (1 000 R\$)					
	2006	2007	2008	2009	2010 (1)	
Brasil	2 369 483 546	2 661 344 525	3 032 203 490	3 239 404 053	3 770 084 872	19 766,33
Sudeste	1 345 513 264	1 501 184 922	1 698 588 226	1 792 049 385	2 088 221 460	25 987,86
São Paulo	802 654 614	902 784 268	1 003 015 191	1 084 353 490	1 247 595 927	30 243,17
Alambari	43 136	45 648	55 815	64 998	93 729	19 183,23
Angatuba	217 549	255 136	291 988	370 611	513 309	23 110,56
Campina do Monte Alegre	61 500	69 722	65 137	73 843	91 399	16 417,93
Capão Bonito	358 345	414 896	488 693	581 453	630 612	13 656,12
Cerquilha	1 671 052	1 947 275	2 354 006	3 092 352	2 814 852	70 994,27
Cesário Lange	138 072	159 937	166 348	180 090	239 701	15 417,85
Guareí	82 823	92 146	107 033	132 054	190 763	13 094,67
Itapetininga	1 677 808	1 868 013	1 977 956	2 164 697	2 548 399	17 646,24
Quadra	28 213	31 377	37 172	52 996	48 617	15 023,77
Ribeirão Grande	67 014	70 782	72 311	82 659	93 805	12 643,88
São Miguel Arcanjo	281 371	332 239	319 964	371 055	463 554	14 738,46
Sarapuí	70 673	75 553	81 851	100 068	136 989	15 175,45
Tatuí	1 293 009	1 443 661	1 740 370	1 898 215	2 222 980	20 587,91

Fonte: IBGE2010

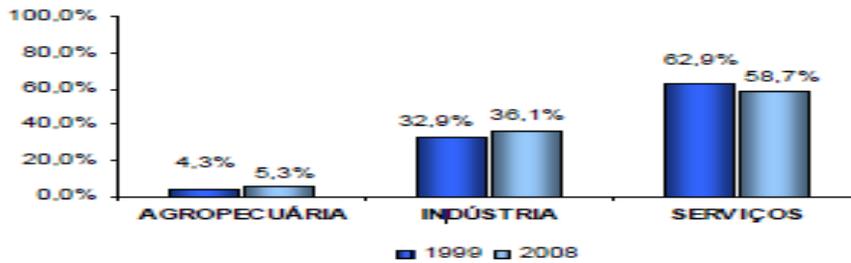


Figura 13: Produto e Renda - PIB (Em milhões de reais correntes) 2009 Região de Saúde Sorocaba

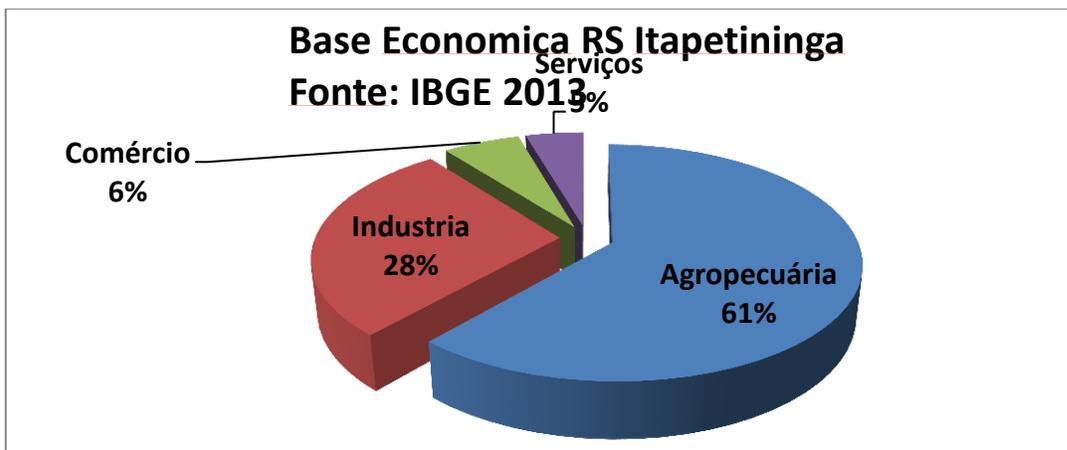


Fonte: IBGE

Figura 14: COMPOSIÇÃO SETORIAL DO PIB – RRAS 08



Fonte: Fundação SEADE; IBGE.



OBS: Cerquillo é exceção na região, tendo como base econômica 82% na indústria.



O desempenho econômico regional é avaliado a partir do comportamento do PIB municipal ao longo de um período, no caso, de 1999 a 2008.

De modo geral, as principais observações sobre o desempenho econômico positivo dos municípios da RRAS 08 referem-se à expansão de segmentos industriais de grande escala e à boa performance do setor primário, fundamentais para explicar a expansão econômica em outros.

APLICAÇÃO EM SAÚDE DO ORÇAMENTO PRÓPRIO DOS MUNICÍPIOS

Tabela 14: Participação da Receita Própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000, Região de Saúde de Itapetininga, RRAS 08, 2000 a 2012.

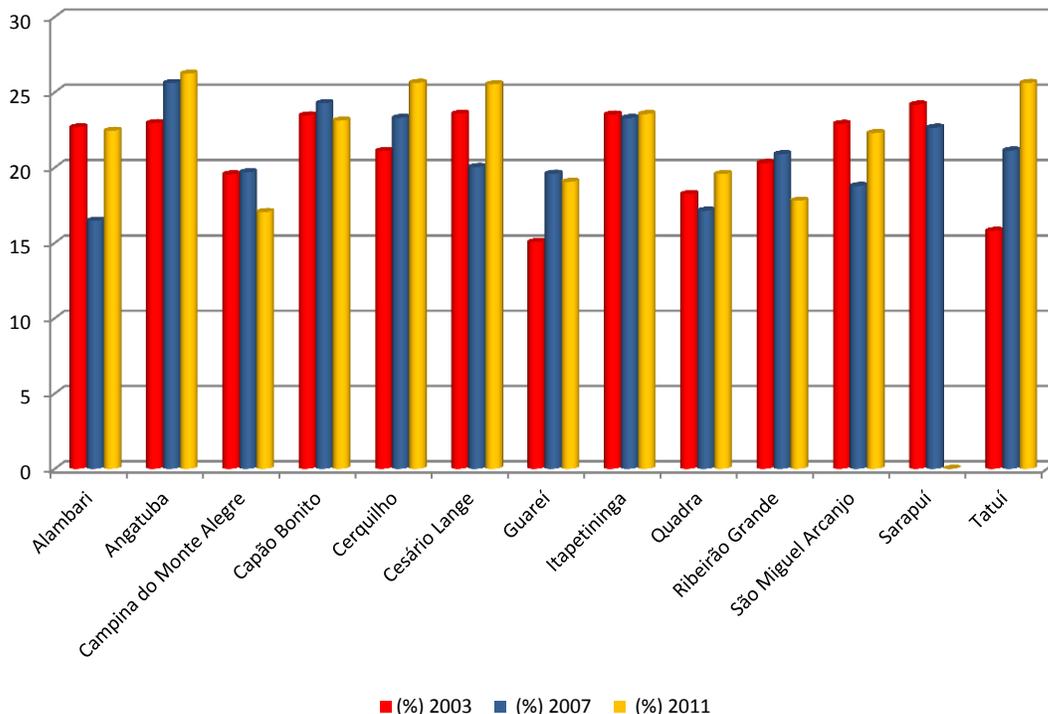
MUNICÍPIO	(%) 2000	(%) 2001	(%) 2002	(%) 2003	(%) 2004	(%) 2005	(%) 2006	(%) 2007	(%) 2008	(%) 2009	(%) 2010	(%) 2011	(%) 2012
Alambari	23,97	20,09	21,15	22,67	21,68	17,95	17,93	16,47	18,60	20,81	22,59	22,44	22,72
Angatuba	13,36	18,52	23,24	22,95	20,34	23,98	25,59	25,61	26,67	27,49	25,50	26,23	29,88
Campina do Monte Alegre	14,60	20,81	22,08	19,55	20,53	22,36	25,54	19,69	22,78	22,36	19,96	17,05	17,91
Capão Bonito	18,91	18,38	23,75	23,46	19,80	22,44	21,99	24,27	22,39	22,16	20,64	23,12	24,02
Cerquilha	18,72	20,56	21,92	21,09	20,25	22,49	22,05	23,30	25,87	26,66	28,57	25,63	29,38
Cesário Lange	8,37	23,73	20,80	23,57	24,09	20,29	19,82	20,04	18,08	19,11	21,57	25,53	25,29
Guareí	13,99	15,09	15,82	15,06	17,65	15,26	20,18	19,59	17,32	19,18	19,48	19,05	22,31
Itapetininga	17,09	14,49	19,60	23,52	26,05	22,64	23,81	23,29	29,95	25,26	25,18	23,55	31,93
Quadra	12,81	12,44	15,17	18,24	17,25	17,17	17,51	17,14	15,56	19,19	20,64	19,57	18,90
Ribeirão Grande	15,13	3,99	16,50	20,30	17,34	24,75	20,19	20,89	16,41	16,60	17,69	17,80	19,35
São Miguel Arcanjo	15,66	20,11	20,88	22,90	20,79	19,85	17,79	18,78	23,17	24,03	24,38	22,29	26,99
Sarapuí	19,17	15,15	24,39	24,18	26,64	23,10	23,56	22,65	25,38	30,20	22,97	26,65	26,12
Tatuí	15,65	16,30	17,39	15,80	17,03	21,41	17,70	21,13	22,29	24,83	24,26	25,62	28,81

Fonte: SIOPS, 2013.

* NI - Municípios que não informaram o SIOPS.



Figura 15: Participações da Receita Própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000, Região de Saúde de Itapetininga, RRAS 08,2003/2007/ 2011.



Fonte: SIOPS

De acordo com a Lei Complementar nº 141, de 13 Janeiro de 2012 que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme o Capítulo III Seção I Art. 7 onde é citado que os municípios deverão aplicar anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos.

Podemos constatar que na RAAS 8 a maioria dos municípios aplicaram mais que 15% de seu orçamento em Ações e Serviços Públicos de Saúde.

Destacam-se;

Na Região de Saúde de Sorocaba, Ibiúna e Votorantim aplicaram mais que 30%, Alumínio e Salto acima de 25%.

Na Região de Saúde de Itapeva, Guapiara aplicou mais que 30% e Itaberá acima de 25%.

Na Região de Saúde de Itapetininga, Angatuba, Cerquilha, Cesário Lange e Tatuí aplicaram mais de 25% de seu orçamento em saúde.

No ano de 2011 os municípios da RAAS 8: Araçariguama, Capela do Alto, Nova Campina e Sarapuí, não possuem informação no SIOPS.

Os municípios que aplicaram acima de 25% no período de 2000 a 2011, sugerimos rever seu planejamento em saúde para os próximos anos.



5.4. INFRAESTRUTURA URBANA E VIÁRIA

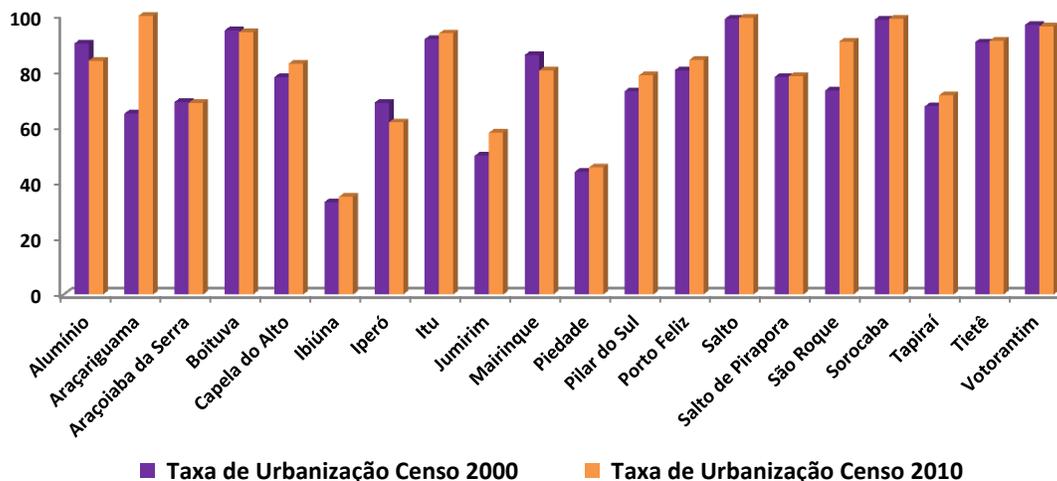
Tabela 15: Taxa de Urbanização da população residente, Região de Saúde de Itapetininga, 2000/ 2010.

MUNICÍPIO	População Urbana Censo 2000	População Urbana Censo 2010	Total População Censo 2000	Total População Censo 2010	Taxa de Urbanização Censo 2000	Taxa de Urbanização Censo 2010
Alambari	2.444	3.672	3.650	4.884	66,96	75,18
Angatuba	13.240	15.953	19.297	22.210	68,61	71,83
Campina do Monte Alegre	4.180	4.710	5.209	5.567	80,25	84,61
Capão Bonito	36.587	37.824	46.732	46.178	78,29	81,91
Cerquilha	27.996	37.567	29.508	39.617	94,88	94,83
Cesário Lange	8.921	10.492	12.883	15.540	69,25	67,52
Guareí	6.086	8.413	10.197	14.565	59,68	57,76
Itapetininga	112.137	131.050	125.559	144.377	89,31	90,77
Quadra	670	828	2.651	3.236	25,27	25,59
Ribeirão Grande	2.325	2.344	7.390	7.422	31,46	31,58
São Miguel Arcanjo	17.985	21.502	30.798	31.450	58,40	68,37
Sarapuí	5.103	6.646	7.805	9.027	65,38	73,62
Tatuí	85.613	102.256	93.430	107.326	91,63	95,28

Fonte: Censos Populacionais -2000/ 2010 - IBGE/DATASUS



Figura 16. Taxa de Urbanização da população residente, Região de Saúde de Itapetininga, 2000/ 2010



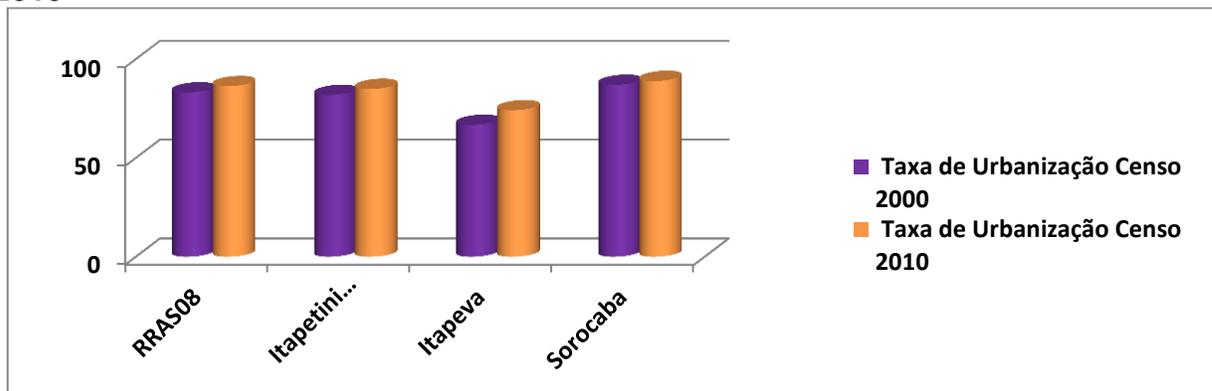
Fonte: Censos Populacionais – 2000/ 2010 - IBGE/DATASUS

Tabela 16: Percentual de Urbanização segundo, Região de Saúde. RRAS 08,2000-2010

Local	Pop. Urbana Censo 2000	Pop. Censo 2010	Total Pop. Censo 2000	Total Pop. Censo 2010	Taxa Urbanizaçã o Censo 2000	Taxa de Urbanizaç ão Censo 2010
RRAS08	1.634.308	1.936.060	1.965.811	2.243.016	83,14	86,32
Itapetininga	323.287	383.257	395.109	451.399	81,82	84,90
Itapeva	181.124	202.028	271.426	272.676	66,73	74,09
Sorocaba	1.129.897	1.350.775	1.299.276	1.518.941	86,96	88,93

Fonte: Censos Populacionais -2000/2010 - IBGE/DATASUS

Figura 17: Percentual de Urbanização segundo, Região de Saúde. RRAS 08,2000-2010

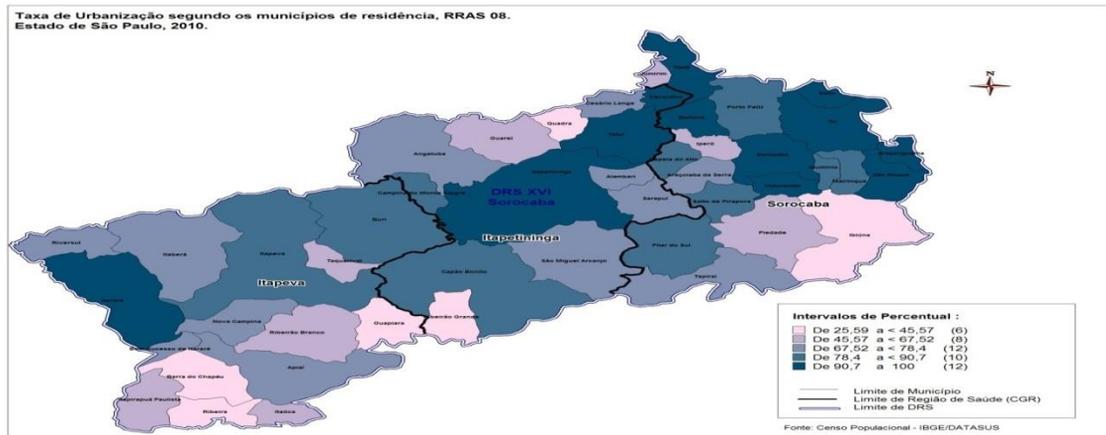


Fonte: Censos Populacionais -2000/2010 - IBGE/DATASUS



MAPA DE URBANIZAÇÃO DA RRAS 8

Figura 18: Percentual de urbanização por município. RRAS 08 - 2010



Fonte: IBGE Censo 2010

Na região de Saúde de Itapetininga, Quadra e Ribeirão Grande, com taxas de urbanização abaixo de 32% e Cerquilha, Itapetininga e Tatuí com taxas acima de 90%.

Ocorreu diminuição da taxa de Urbanização em comparação ao ano de 2000 nos municípios de Guareí e Cesário Lange.

Figura 19. Mapa das estradas da RAAS 8



A região da RRAS 08 conta com paisagens naturais, parques, represas, matas, serras, rios e cavernas, possuindo ainda algumas estâncias turísticas como Ibiúna,



Salto e São Roque, além de inúmeros atrativos turísticos em outras cidades, como por exemplo, as cachoeiras, *canyons*, grutas e turismo rural.

A região possui posição privilegiada quanto à logística, sendo servida por importantes rodovias, todas com cobrança de pedágios.

Os municípios da região de Sorocaba contam em sua maioria, com estradas bem pavimentadas e conservadas, muitas duplicadas, possibilitando boa integração entre eles e com a cidade de Sorocaba, e não são extensas as distâncias percorridas. Já os municípios da região de Itapeva possuem uma grande distância entre eles e com a cidade de Itapeva (referência de maior complexidade), as estradas são sinuosas, nenhuma é duplicada, apresenta condições precárias de pavimentação e conservação, especialmente nos municípios do Alto Vale do Ribeira. Assim, como detalhado a seguir, a região de Itapetininga, destacadamente a cidade de Itapetininga, situa-se centralmente, funcionando como elo de ligação principal entre as regiões de Sorocaba e Itapeva, tanto geograficamente como pelo traçado das rodovias.

Entretanto, como todas as regiões de Saúde possuem extensa área territorial, em grande parte dos municípios a área rural é servida por estradas vicinais, outras improvisadas, sem pavimentação, apresentando ausência ou insuficiência de transporte coletivo, o que prejudica o deslocamento dos usuários e dos profissionais até as Unidades de Serviço de Saúde, além disso, há sobrecarga do transporte da secretaria de saúde, pelas idas e vindas em grandes distâncias, desgaste dos veículos que sofrem com a falta de tempo para manutenção, especialmente as poucas ambulâncias existentes. Isso aponta para a necessidade de organizar uma política de transporte sanitário.

No sentido Leste-Oeste, a principal é a Rodovia Castelo Branco (SP-280), que liga Sorocaba a São Paulo a leste e a oeste com Ourinhos e norte do Paraná. Outras importantes rodovias servem de ligação como: Raposo Tavares (SP-270) que liga Sorocaba a São Paulo, e também até a divisa com Mato Grosso do Sul (MS); a Marechal Rondon (SP-300), liga Itu a Conchas, Botucatu, Bauru, Araçatuba, Andradina e MS. Outras rodovias menores como a SP-250, que liga Vargem Grande Paulista, Piedade, Pilar do Sul, São Miguel Arcanjo, Capão Bonito, Apiaí, Ribeira e norte do Paraná, e a Rodovia Francisco Alves Negrão (SP-258) que liga Capão Bonito, Itapeva, Itararé e norte do Paraná.

No sentido norte-sul, as principais rodovias são: Santos Dumont (SP-075), que liga Sorocaba a Campinas; a SP-127 é a principal ligação entre Itapetininga e Capão Bonito e, no trecho de Itapetininga, possibilita o acesso a Tatuí e à Rodovia Castelo



Branco, sendo portanto, a principal ligação dos municípios da região de Saúde de Itapeva com as demais regiões de Saúde. Vale destacar que a partir de Capão Bonito há acesso para a região do Vale do Ribeira, ainda com estradas precárias e de traçados sinuosos.

Ainda no sentido norte-sul, a SP-79 faz a ligação entre Itu, Sorocaba, Piedade e Tapiraí e a SP-264 faz ligação de Sorocaba, Salto de Pirapora, Pilar do Sul e São Miguel Arcanjo; ambas permitem o acesso à BR-116. A SP-249 faz a ligação entre Apiaí, Ribeirão Branco, Itapeva, Itaberá, Coronel Macedo, Taquarituba até a divisa com o Paraná; e a SP-209 liga Botucatu às Rodovias Castelo Branco e Marechal Rondon.

A maioria dessas rodovias quase todas com pista dupla. Dos municípios localizados mais a sul, sudeste e sudoeste, somente Capão Bonito é servido por uma rodovia de pista dupla, a SP-127. Algumas das estradas que servem estes últimos municípios passam dentro de parques estaduais, cuja preservação impede sua pavimentação.

Tabela 17: Distâncias dos municípios da Região de Itapetininga para os municípios de Itapetininga e de Sorocaba

Município	Distância Itapetininga (Km)	Distância Sorocaba (Km)
Alambarí	15	43
Angatuba	48	113
Campina do Monte Alegre	73	128
Capão Bonito	66	131
Cerquilha	72	87
Cesário Lange	66	88
Guareí	36	102
Itapetininga	0	66
Quadra	40	106
Ribeirão Grande	76	141
São Miguel Arcanjo	47	101
Sarapuí	35	52
Tatuí	41	63
Guareí	36	102
Itapetininga	0	66
Quadra	40	106
Ribeirão Grande	76	141
São Miguel Arcanjo	47	101
Sarapuí	35	52
Tatuí	41	63

Fonte: DER. SP.



6. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

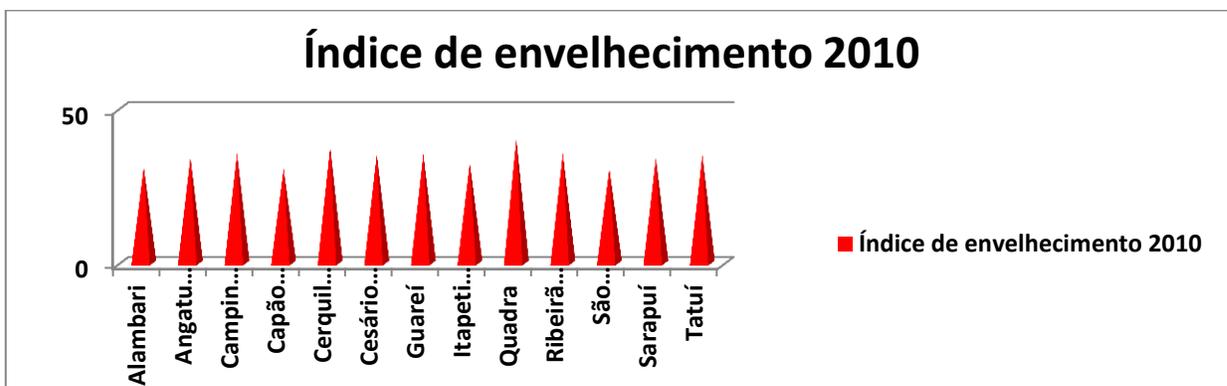
6.1. ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO DA RRAS 8

Tabela 18: Índice de Envelhecimento da Região de Saúde de Itapetininga, por município de residência, 2010.

MUNICÍPIO	População-2010		
	> 65 anos	< 15 anos	Índice envelhecimento
Alambarí	384	1.233	31,14
Angatuba	1.768	5.161	34,26
Campina do Monte Alegre	486	1.366	35,58
Capão Bonito	3.593	11.739	30,61
Cerquilha	3.096	8.227	37,63
Cesário Lange	1.200	3.402	35,27
Guareí	967	2.740	35,29
Itapetininga	10.952	33.796	32,41
Quadra	297	738	40,24
Ribeirão Grande	641	1.801	35,59
São Miguel Arcanjo	2.416	7.897	30,59
Sarapuí	770	2.261	34,06
Tatuí	8.637	24.599	35,11

Fonte: Censo e Estimativa Populacional/IBGE

Figura 19: Índice de Envelhecimento da Região de Saúde de Itapetininga, por município de residência, 2010



Fonte: Censo e Estimativa Populacional/IBGE



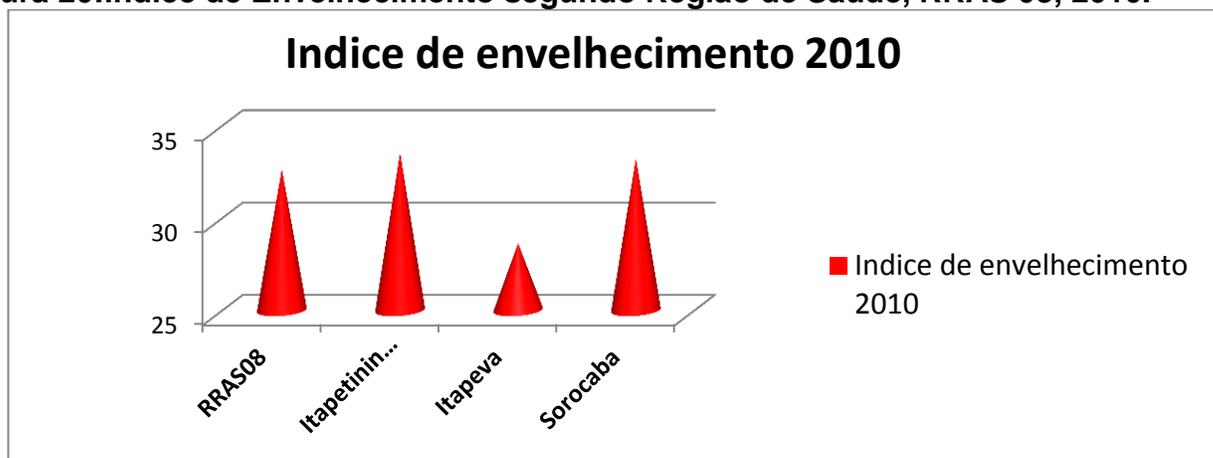
Tabela 18: Índice de Envelhecimento segundo Região de Saúde,RRAS 08,2010.

Local	População > 65 anos 2010	População < 15 anos 2010	Índice de envelhecimento 2010
RRAS08	167.305	512.420	32,65
Itapetininga	35.207	104.960	33,54
Itapeva	20.543	71.757	28,63
Sorocaba	111.555	335.703	33,23

Fonte: IBGE – Censo 2010

*Proporção de pessoas de 60 anos e mais por 100 indivíduos de 0 a 14 anos

Figura 20:Índice de Envelhecimento segundo Região de Saúde, RRAS 08, 2010.



Fonte: IBGE – Censo 2010

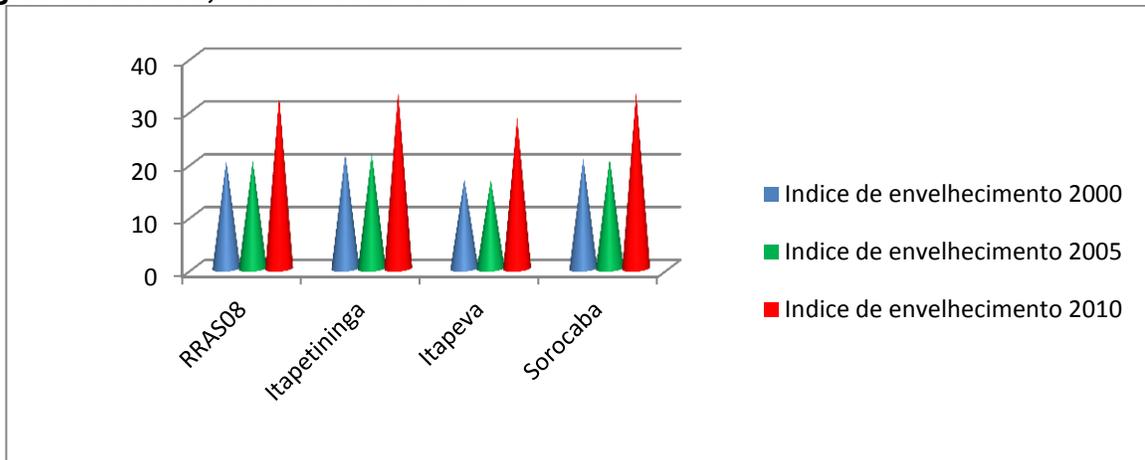
Tabela 19: Índice de Envelhecimento segundo município de residência, por Região de Saúde, 2000 a 2010.

Local	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
RRAS08	20,41	20,41	20,42	20,42	20,42	20,42	20,43	26,35	27,36	28,40	32,65
Itapetininga	21,76	21,78	21,79	21,80	21,81	21,83	21,84	28,15	29,26	30,38	33,54
Itapeva	16,97	16,94	16,93	16,90	16,88	16,83	16,81	22,53	23,77	24,74	28,63
Sorocaba	20,83	20,82	20,83	20,82	20,82	20,82	20,81	26,67	27,58	28,60	33,23

Fonte:Censo Estimativa Populacional/IBGE



Figura 21: Índice de Envelhecimento segundo município de residência, por Região de Saúde, 2000 /2005/2010.



Fonte: Censo e Estimativa Populacional/IBGE

Os maiores índices de envelhecimento da RAAS 8 estão na Região de Saúde de Itapetininga, sendo o maior índice de envelhecimento em Quadra e o menor, em Capão Bonito. Importante salientar o crescimento significativo do índice de envelhecimento nas três Regiões de Saúde (RAAS 8) no ano de 2010 em comparação aos anos de 2000 e 2005.

6.2. TAXAS DE NATALIDADE

Tabela 20: Taxa de natalidade, Região de Saúde de Itapetininga, 2010

MUNICIPIO	NASCIDOS VIVOS 2010	POPULAÇÃO 2010	TAXA DE NATALIDADE 2010
Alambarí	64	4.884	13,10
Angatuba	300	22.210	13,51
Campina do Monte Alegre	81	5.567	14,55
Capão Bonito	716	46.178	15,51
Cerquillo	520	39.617	13,13
Cesário Lange	208	15.540	13,38
Guareí	149	14.565	10,23
Itapetininga	2.091	144.377	14,48
Quadra	28	3.236	8,65
Ribeirão Grande	102	7.422	13,74
São Miguel Arcanjo	452	31.450	14,37
Sarapuí	124	9.027	13,74
Tatuí	1.633	107.326	15,22

Fonte: SEADE, 2010 e população IBGE



Figura 22: Natalidade, Região de Saúde de Itapetininga, 2010

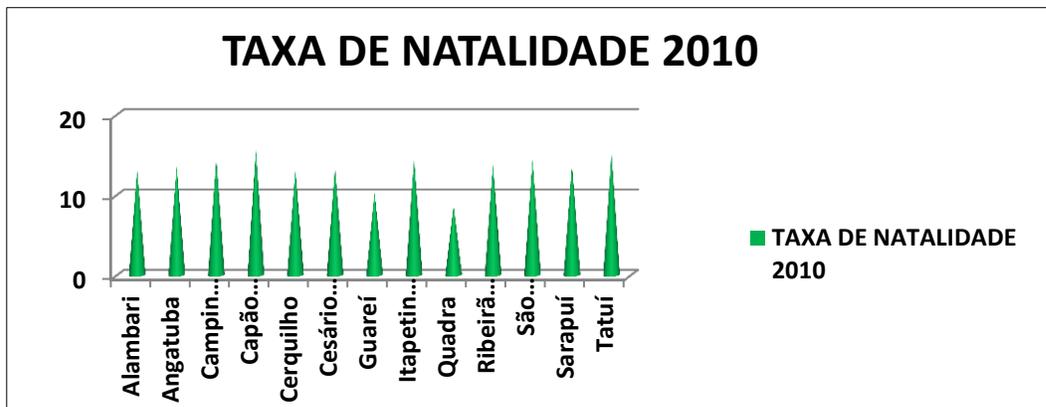
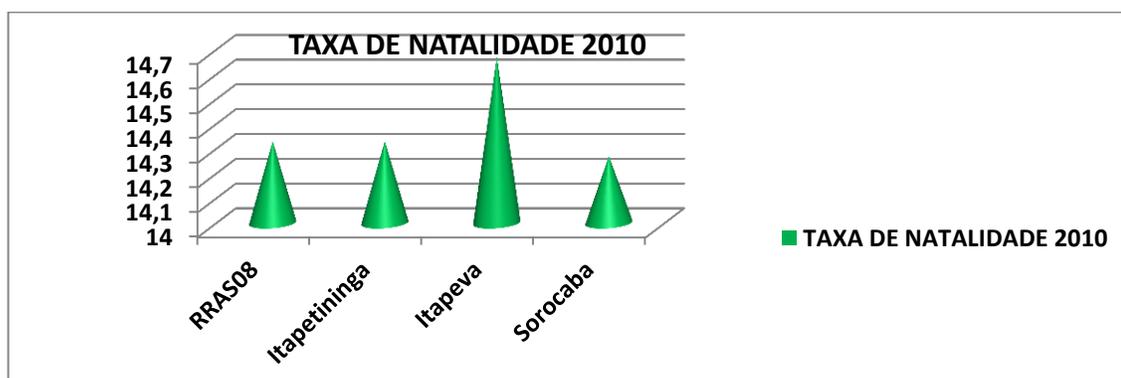


Tabela 21: Taxa de natalidade, por Região de Saúde, RRAS 08, 2010

Local	NASCIDOS VIVOS 2010	POPULAÇÃO 2010	TAXA DE NATALIDADE 2010
RRAS08	32.149	2.243.016	14,33
Itapetininga	6.468	451.399	14,33
Itapeva	4.000	272.676	14,67
Sorocaba	21.681	1.518.941	14,27

Fonte: SEADE, 2010 população IBGE – Censo 2010

Figura 23: Taxa de natalidade, por Região de Saúde, RRAS 08, 2010



Fonte: SEADE, 2010 população IBGE – Censo 2010

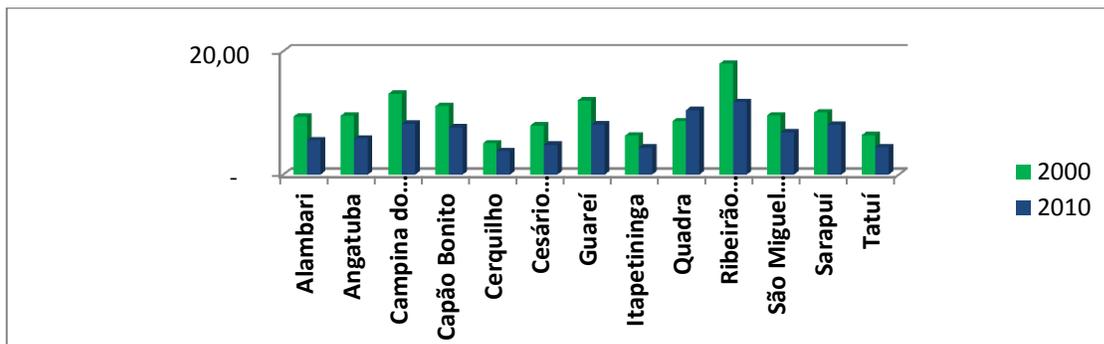
Na Região de Itapetininga o menor índice de natalidade encontra-se no município de Quadra e o maior, em Capão Bonito.

O maior índice de natalidade na RAAS 8 é encontrado na Região de Itapeva.



6.3. TAXA DE ANALFABETISMO

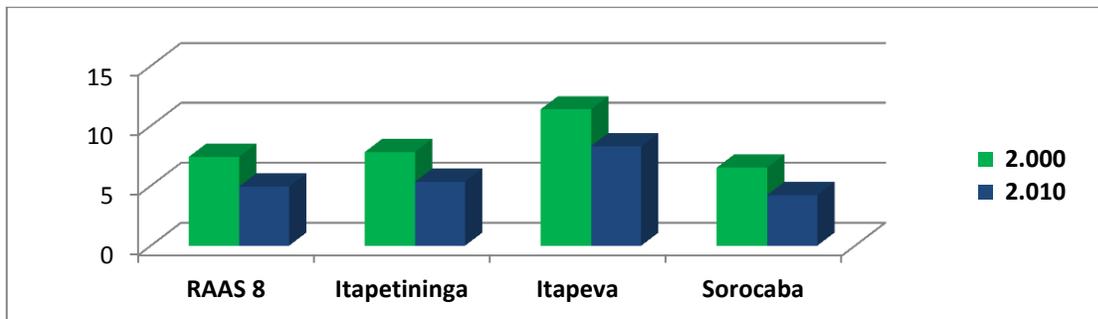
Figura 24: Taxa de analfabetismo Região de Saúde de Itapetininga 2000-2010



Fonte: IBGE 2010

A maior taxa de analfabetismo em 2.000 foi apresentada pelo município de Ribeirão Grande, com aproximadamente 18% e em Campina do Monte Alegre com aproximadamente 12%. Em 2.010, houve uma queda para 12% em Ribeirão Grande e para 8% em Campina do Monte Alegre.

Figura 25: Taxa de Analfabetismo RRAS 8



Fonte: IBGE 2010

Em 2000, a taxa de analfabetismo da RRAS 8 estava em 7,4% sendo que em 2010 houve uma queda para 4,9%. Em 2.010, a região de saúde de Itapeva apresentou a maior taxa de analfabetismo da RRAS 8, ou seja, 8,3%.



6.4. HABITAÇÃO E INFRAESTRUTURA URBANA EM 2010

Tabela 22. Domicílios com infraestrutura Interna Urbana de Sorocaba 2010

Habitação e Infraestrutura Urbana - 2010				
Municípios	Coleta de Lixo – Nível de Atendimento (Em %)	Abastecimento de Água – Nível de Atendimento (Em %)	Esgoto Sanitário – Nível de Atendimento (Em %)	Domicílios com acesso à energia elétrica
Alambari	99,82	96,12	70,55	99,8
Angatuba	99,6	99,25	96,96	99,8
Campina do Monte Alegre	99,35	97,8	87,75	99,8
Capão Bonito	99,27	97,98	95,93	99,5
Cerquilha	99,67	99,53	98,03	100
Cesário Lange	99,78	96,29	92,02	99,9
Guareí	98,08	96,65	75,94	99,2
Itapetininga	99,71	98,78	95,22	99,7
Quadra	100	99,65	86,22	99,9
Ribeirão Grande	99,57	99,42	94,21	99,6
São Miguel Arcanjo	99,54	96,91	86,14	99,7
Sarapuí	99,66	99,37	67,81	99,3
Tatuí	99,5	97,02	94,1	99,9

Fonte: IBGE. Censo Demográfico 2010 (resultados preliminares); Fundação Seade.



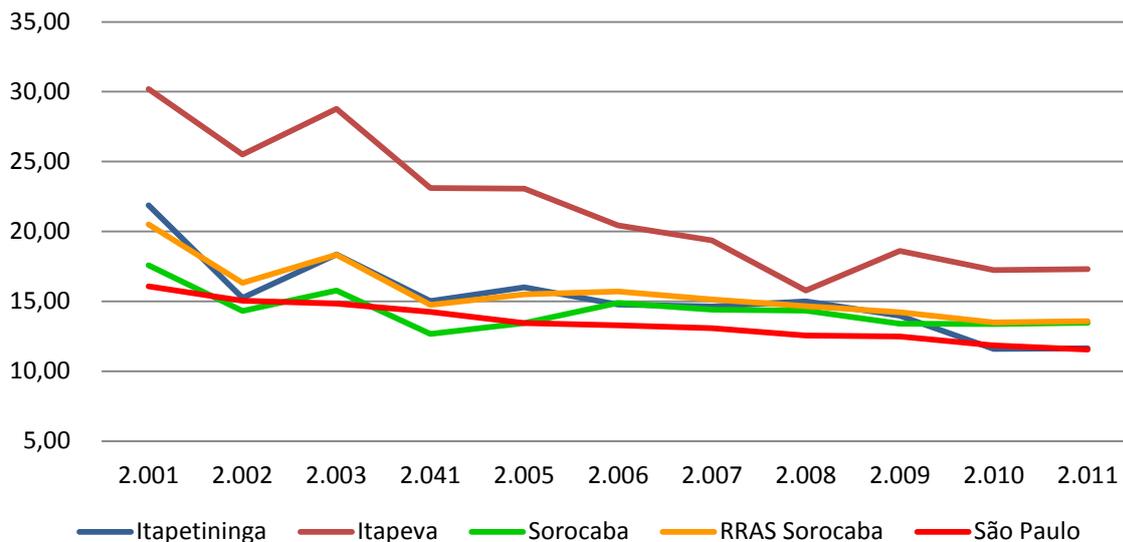
6.5. PERFIL DE MORBIMORTALIDADE

MORTALIDADE INFANTIL

Tabela 23: Coeficiente de Mortalidade Infantil por CIR – RRAS 08 Sorocaba 2001 a 2011

Local	2.001	2.002	2.003	2.004	2.005	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011
Itapetininga	21,87	15,24	18,36	15,02	16,01	14,78	14,65	15,00	13,98	11,60	11,64
Itapeva	30,20	25,52	28,77	23,11	23,07	20,44	19,37	15,79	18,62	17,25	17,30
Sorocaba	17,58	14,31	15,78	12,67	13,46	14,88	14,42	14,34	13,42	13,38	13,46
RRAS Sorocaba	20,52	16,32	18,35	14,74	15,50	15,70	15,15	14,67	14,22	13,50	13,58
São Paulo	16,07	15,04	14,85	14,25	13,44	13,28	13,07	12,56	12,48	11,86	11,55

Figura 26. Mortalidade Infantil 2001 a 2011 DRS 16 Sorocaba



A mortalidade infantil na RRAS de Sorocaba, embora em declínio nos últimos 10 anos, é a segunda maior do Estado de São Paulo. Nos três últimos anos, 2009 a 2011, os maiores coeficientes foram dos municípios de Bom Sucesso de Itararé, Itapirapuã Paulista, Taquarivaí e Itaóca, situados no CGR de Itapeva, com valores acima de 30 óbitos por 1000 nascidos vivos. Salientamos que há uma interferência nesse indicador, pois são municípios com número de nascidos vivos inferior a 200, o que prejudica a avaliação, como fica evidenciado no componente neonatal.

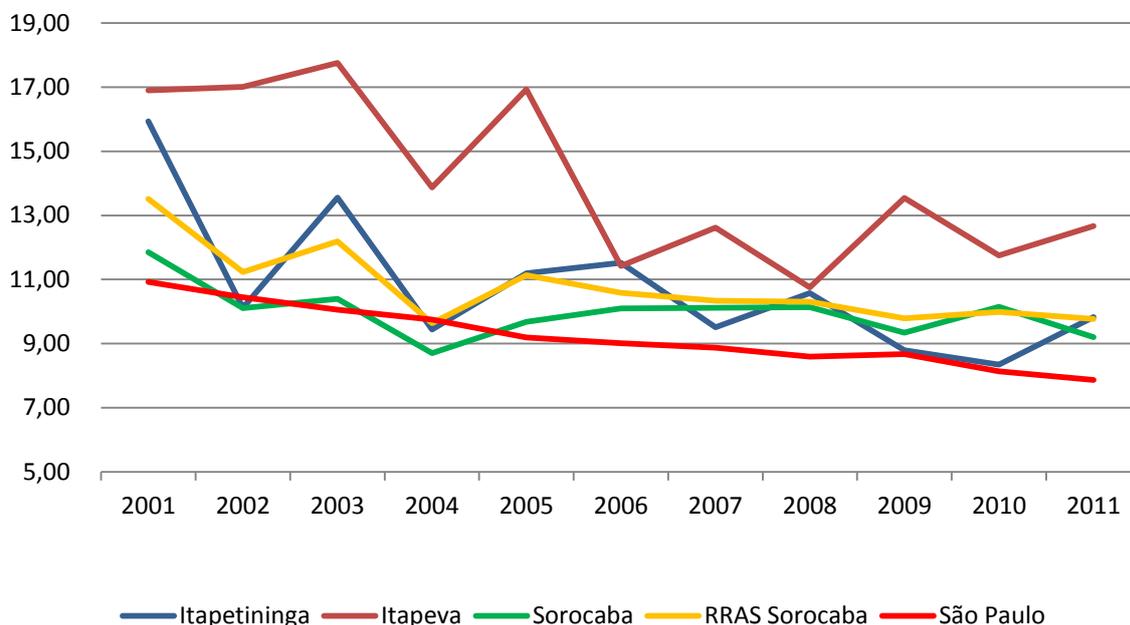
Nesse mesmo período os municípios de Ribeirão Grande, Capela do Alto, Cesário Lange e Guareí apresentaram os menores coeficientes: entre 3,27 e 8,15 óbitos por 1000 nascidos vivos, bem abaixo da média do Estado.



**Tabela 24 - Coeficiente de Mortalidade Neonatal por CIR – RRAS 08 Sorocaba
 2001 a 2011**

Local	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Itapetininga	15,93	10,12	13,55	9,44	11,19	11,53	9,51	10,58	8,80	8,35	9,83
Itapeva	16,89	17,01	17,75	13,87	16,93	11,42	12,61	10,76	13,54	11,75	12,67
Sorocaba	11,85	10,10	10,40	8,71	9,68	10,10	10,11	10,14	9,34	10,15	9,21
DRS Sorocaba	13,51	11,23	12,19	9,64	11,13	10,59	10,34	10,31	9,79	9,98	9,77
São Paulo	10,92	10,45	10,06	9,75	9,19	9,01	8,87	8,59	8,68	8,13	7,87

**Figura 27 - Mortalidade Neonatal DRS 16 Sorocaba
 2001 a 2011**



O componente neonatal (óbitos até 28 dias), influenciado por fatores relacionados à gestação e ao parto e à assistência prestada nesses períodos, apresenta índices maiores quando comparados com o Estado de São Paulo, o que é mais evidente no CIR de Itapeva.

A mortalidade neonatal não apresentou declínio significativo na RRAS de Sorocaba nos três últimos anos. É um desafio para os serviços de saúde, uma vez que a maioria desses óbitos poderia ser evitada, como mostra a tabela (óbitos evitáveis), se houvesse melhores condições no pré-natal e na assistência ao parto. Isso evidencia a necessidade de se investir em equipamentos e em recursos humanos, principalmente na qualificação dos profissionais, para reduzir o indicador.

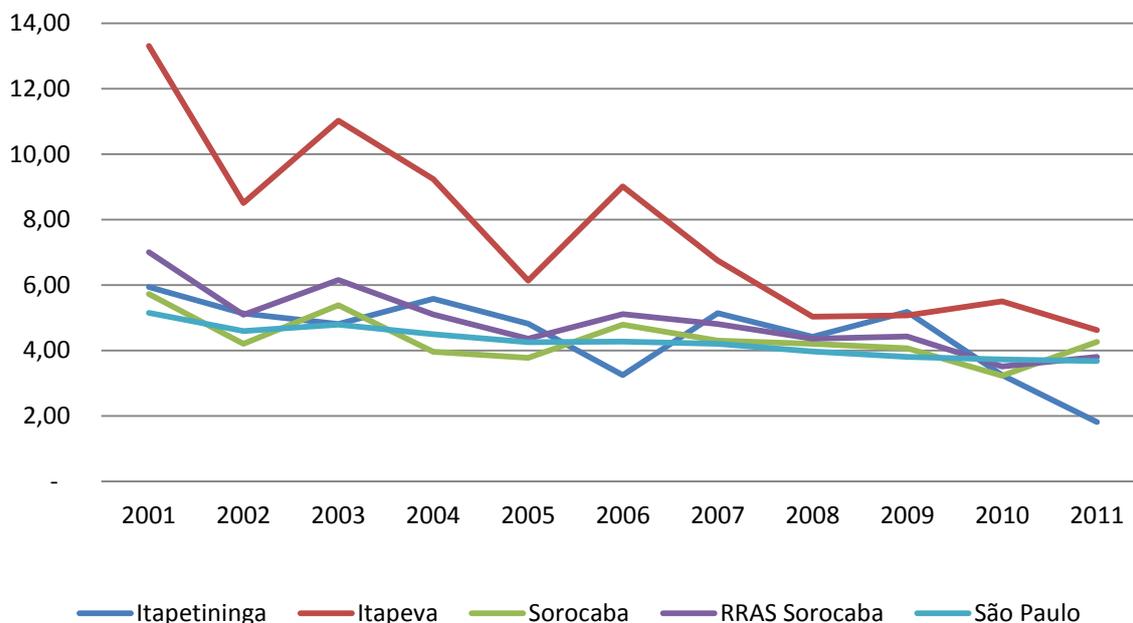
Observamos também que no período de elevação do coeficiente neonatal, 2009 a 2011, não houve garantia das referências hospitalares dentro da região nem incremento na linha de cuidado materno-infantil.



Tabela 25: Coeficiente de Mortalidade Pós Neonatal por CIR – RRAS 08 Sorocaba 2001 a 2011

Local	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Itapetininga	5,94	5,13	4,81	5,58	4,82	3,25	5,14	4,42	5,18	3,25	1,81
Itapeva	13,31	8,51	11,02	9,24	6,14	9,02	6,76	5,03	5,08	5,50	4,63
Sorocaba	5,73	4,21	5,38	3,97	3,78	4,79	4,31	4,20	4,07	3,23	4,26
RRAS Sorocaba	7,01	5,09	6,16	5,10	4,37	5,11	4,81	4,36	4,43	3,51	3,81
São Paulo	5,15	4,59	4,79	4,50	4,26	4,27	4,20	3,97	3,81	3,73	3,68

Figura 28 - Mortalidade Infantil Pós Neonatal DRS 16 Sorocaba 2001 a 2011



O componente pós-neonatal apresenta tendência decrescente, com destaque para os CIRs de Itapetininga e Itapeva. O CIR de Sorocaba apresentou uma pequena elevação no ano de 2011.

A RRAS de Sorocaba tem acompanhado os indicadores do Estado. Esse movimento é resultado dos investimentos em infraestrutura em saúde e ambiente (saneamento básico) na última década, reforçando a necessidade da manutenção e ampliação desses investimentos na região.



Figura 29 - Óbitos Evitáveis < 1 ano por CIR - RRAS 08 Sorocaba 2011

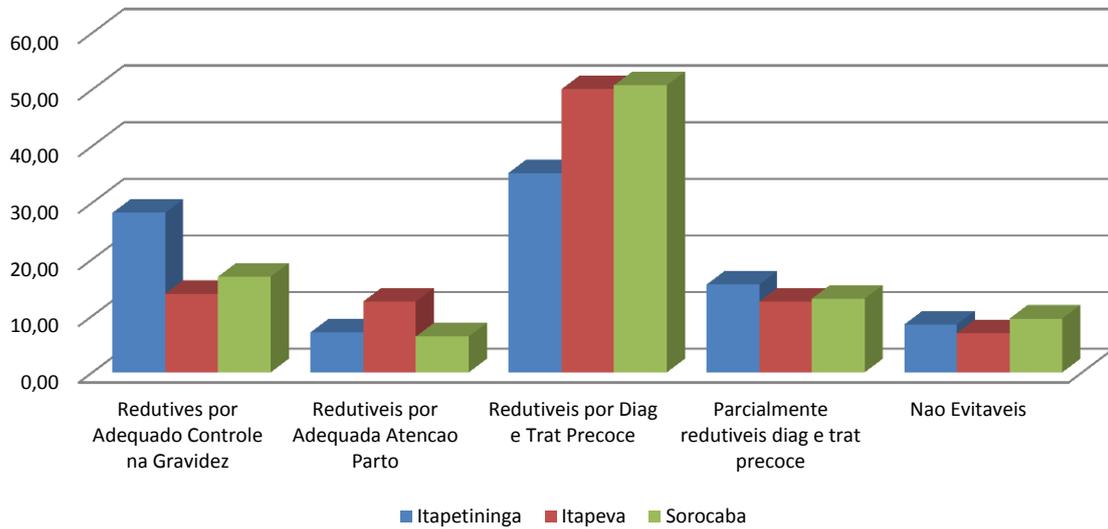
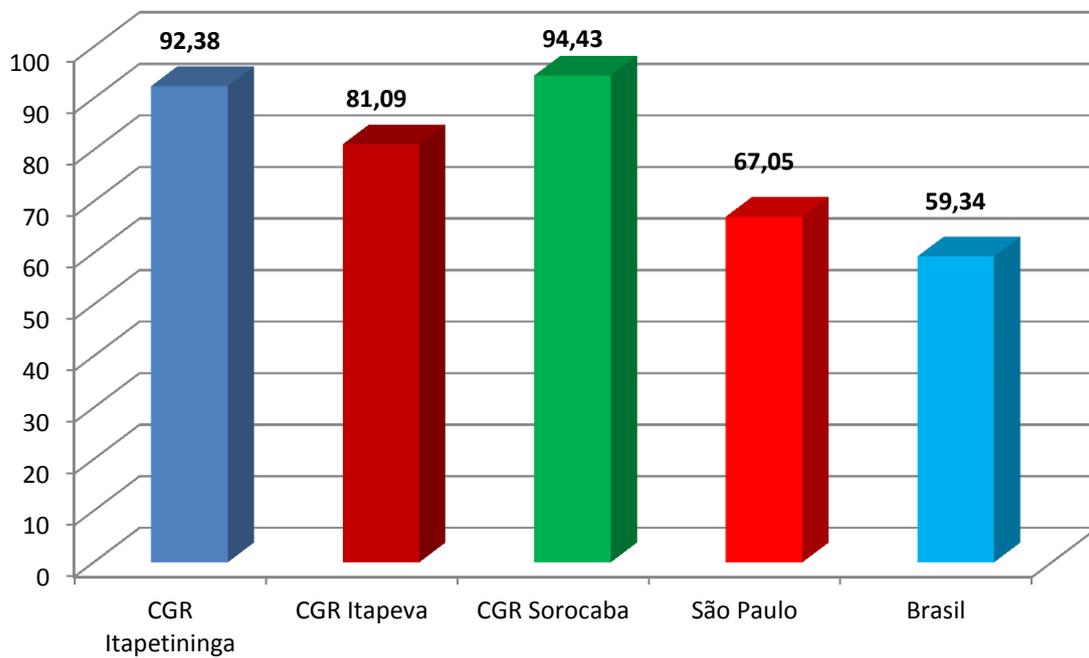


Figura 30 - Proporção de Óbitos Infantis Investigados por CIR - RRAS 08 Sorocaba 2011



Fonte: Módulo SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade - Setembro de 2012



MORTALIDADE MATERNA

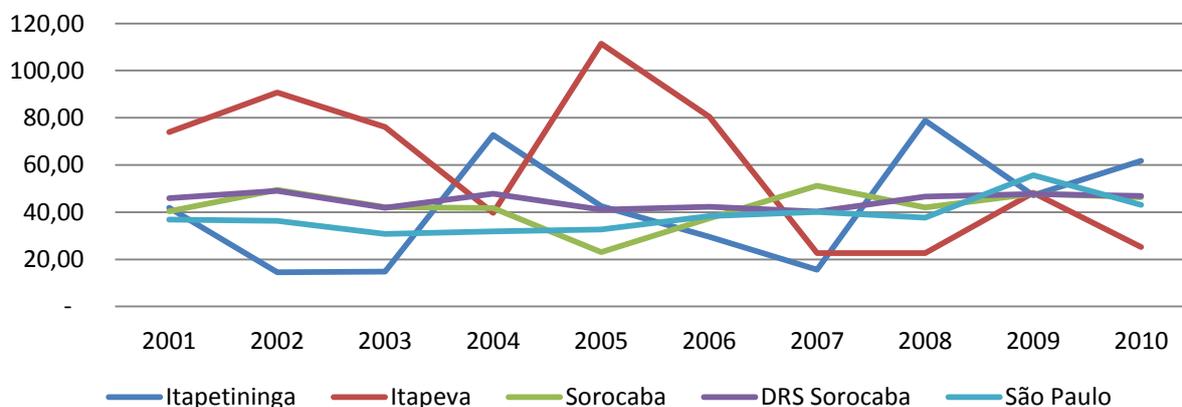
Tabela 26: Número de óbitos Maternos por CIR – DRS 16 Sorocaba 2001 a 2010

Local	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Itapetininga	3	1	1	5	3	2	1	5	3	4
Itapeva	4	5	4	2	6	4	1	1	2	1
Sorocaba	9	11	9	9	5	8	11	9	10	10
DRS Sorocaba	16	17	14	16	14	14	13	15	15	15
São Paulo	233	226	188	197	202	231	239	227	333	259

Tabela 27: Taxa de Mortalidade Materna por CIR – DRS 16 Sorocaba 2001 a 2010

Local	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Itapetininga	41,81	14,51	14,74	72,68	42,49	29,59	15,58	78,84	47,18	61,80
Itapeva	73,95	90,74	76,16	39,66	111,40	80,37	22,58	22,66	48,18	25,21
Sorocaba	40,37	49,48	42,07	41,70	23,05	37,41	51,22	42,04	47,82	46,35
DRS Sorocaba	45,87	49,09	41,88	47,75	41,01	42,27	40,22	46,64	47,74	46,85
São Paulo	36,84	36,26	30,79	31,87	32,64	38,29	40,14	37,72	55,64	43,07

Figura 31 - Taxa de Mortalidade Materna DRS 16 Sorocaba 2001 a 2010



Tendo em vista que 87% dos municípios da RRAS 08 tem população abaixo de 100.000 habitantes, a análise da mortalidade materna foi realizada pelo número absoluto de óbitos.

A mortalidade materna tem apresentado uma média de 15 óbitos no período avaliado, o que permite concluir que os investimentos na infraestrutura dos serviços bem como a qualificação dos recursos humanos foram insuficientes para impacto no indicador.

Observamos que no CIR de Itapeva há uma divergência entre a tendência de óbitos materna e a infantil. Uma das justificativas seria que a principal causa de óbitos infantis está relacionada a infecção urinária na gestação, como demonstrado nas investigações dos óbitos, o que não reflete na mortalidade materna.



Tabela 28 – Taxa Mortalidade segundo grupo de causas (CID-10) dos residentes RRAS 08, 2010.

	Nº de óbitos	Taxa de Mortalidade
Total	14.246	635,13
IX. Doenças do aparelho circulatório	3.651	162,77
II. Neoplasias (tumores)	2.184	97,37
X. Doenças do aparelho respiratório	1.786	79,62
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1.649	73,52
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1.420	63,31
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	812	36,20
XI. Doenças do aparelho digestivo	776	34,60
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	525	23,41
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	378	16,85
VI. Doenças do sistema nervoso	329	14,67
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	262	11,68
V. Transtornos mentais e comportamentais	189	8,43
XVII.Malf cong deformid /anomalias cromossômicas	107	4,77
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	68	3,03
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	61	2,72
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	32	1,43
XV. Gravidez parto e puerpério	17	0,76

Tabela 29 - Taxa de Mortalidade segundo grupo de causas (CID-10) CIR Sorocaba RRAS 08 - 2010.

Causa Capítulo CID10	Nº de óbitos	Taxa de Mortalidade
Total	9.547	628,53
IX. Doenças do aparelho circulatório	2.406	158,40
II. Neoplasias (tumores)	1.518	99,94
X. Doenças do aparelho respiratório	1.201	79,07
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1.059	69,72
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	983	64,72
XI. Doenças do aparelho digestivo	520	34,23
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	503	33,12
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	359	23,63
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	244	16,06
VI. Doenças do sistema nervoso	231	15,21
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	179	11,78
V. Transtornos mentais e comportamentais	143	9,41
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	72	4,74
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	51	3,36
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	48	3,16
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	20	1,32
XV. Gravidez parto e puerpério	10	0,66



As doenças do aparelho circulatório representam a primeira causa de mortalidade na RRAS. Essas doenças estão associadas a fatores de risco como hipertensão e diabetes, hábitos de vida, sedentarismo e obesidade, que refletem a qualidade das ações de assistência e promoção de saúde. Nas doenças metabólicas e nutricionais, 76,2% dos óbitos são por Diabetes Mellitus na RRAS. As neoplasias são atualmente a segunda causa de óbitos na RRAS, exceto no CIR de Itapeva, onde a segunda causa são as mal definidas.

Na análise por gênero, na RRAS morrem 14% mais homens, considerando o total de óbitos. Segundo as causas, nos três CIRs predominam as doenças circulatórias: Itapetininga (25,6%), Itapeva (22,6%) e Sorocaba (23,8%). Nas neoplasias, em Itapetininga (15,1%) e Sorocaba (15,3%) as mais destacadas são o câncer da traqueia, brônquios e pulmões, seguido do câncer de próstata e o do cólon, reto e ânus. No CIR de Itapeva, as neoplasias do estômago são as mais incidentes, seguindo-se as de próstata e as da traqueia, brônquios e pulmões.

Entre as mulheres, na RRAS, a primeira causa também são as doenças circulatórias, em Itapetininga (xx), Itapeva (xx%) e Sorocaba (xx%). Nas neoplasias, no CIRs de Itapeva e Sorocaba o câncer de mama é a primeira causa de mortalidade no grupo, seguido do câncer do colo,reto e ânus. Em Itapetininga a primeira causa é o câncer de pulmão seguido do câncer de mama.

Tabela 30 - Percentual de Óbitos por Causas Mal Definidas, DRS 16 Sorocaba – por CIR 2001 a 2010

Local	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Itapetininga	12,46	11,25	12,91	10,61	11,27	11,52	10,40	11,80	11,48	9,74
Itapeva	20,30	17,65	20,09	21,11	18,59	19,05	16,76	19,82	17,74	17,08
Sorocaba	11,77	13,12	11,91	12,29	12,22	13,48	13,12	14,67	12,09	11,09
Sorocaba	13,12	13,36	13,23	13,13	12,87	13,82	13,02	14,74	12,68	11,58
São Paulo	6,32	6,55	6,43	6,43	6,26	6,43	6,27	6,45	5,82	5,65

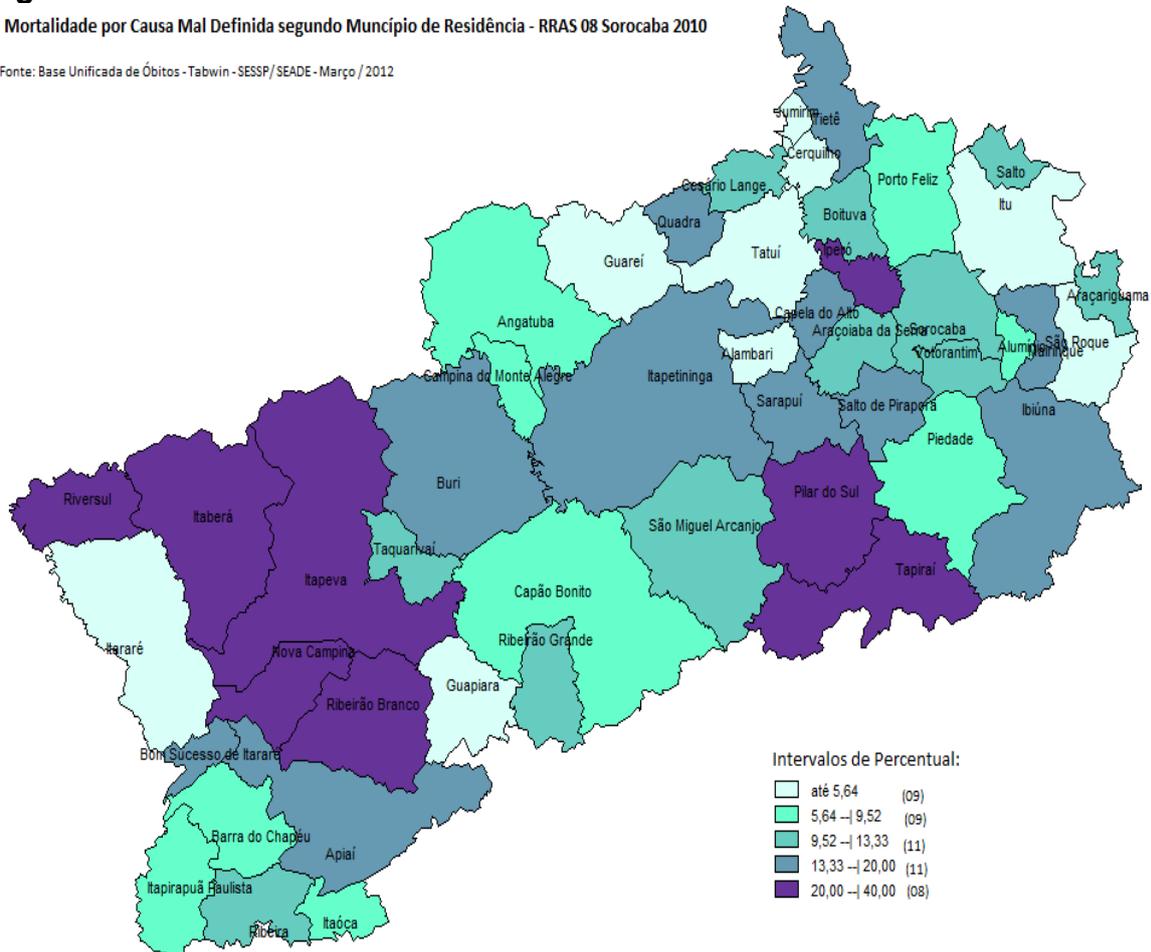
Fonte: Base Unificada de Óbitos - Tabwin - SESSP/FSEADE - Março/2012.



Figura 32:

Mortalidade por Causa Mal Definida segundo Município de Residência - RRAS 08 Sorocaba 2010

Fonte: Base Unificada de Óbitos - Tabwin - SESP/SEADE - Março / 2012



As informações sobre óbitos por causas mal definidas, no ano de 2010, apresentam extremos distantes. No CGR de Itapetininga temos Alambari com 2,86% e Sarapuí com 20%, no CGR de Itapeva temos Itararé com 4,56% e Riversul com 40,0% e no CGR de Sorocaba temos Itu com 2,0% Tapiraí com 26,92%.

Avaliando o ano de 2009, apenas 8 municípios estavam com um percentual abaixo de 10,00; em 2010 foram 15 municípios, correspondentes a 31,25% dos municípios da RRAS, porém ainda não estamos numa posição adequada. Uma prioridade é a proposta de investimento em sensibilização dos profissionais nos preenchimentos das declarações de óbitos.

Na RRAS 08 temos 11,58% dos óbitos por causas mal definidas em 2010, o dobro do Estado de São Paulo. É um entrave para o planejamento das ações de saúde; apesar da tendência decrescente.



Tabela 31: Taxa de internações segundo grupo de causas (Capítulo CID-10) dos residentes da RRAS 08, 2011.

Causa Capítulo CID10	Nº internações *	Taxa de Internação**
Total	120.307	536,36
XV. Gravidez parto e puerpério	25.020	111,55
X. Doenças do aparelho respiratório	14.983	66,80
IX. Doenças do aparelho circulatório	13.023	58,06
XI. Doenças do aparelho digestivo	11.904	53,07
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	11.389	50,78
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	9.747	43,45
II. Neoplasias (tumores)	6.804	30,33
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3.830	17,08
V. Transtornos mentais e comportamentais	3.630	16,18
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2.873	12,81
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2.697	12,02
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	2.691	12,00
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	2.520	11,23
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	2.446	10,90
XXI. Contatos com serviços de saúde	1.866	8,32
VI. Doenças do sistema nervoso	1.475	6,58
VII. Doenças do olho e anexos	1.262	5,63
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	980	4,37
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	858	3,83
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	281	1,25
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	28	0,12

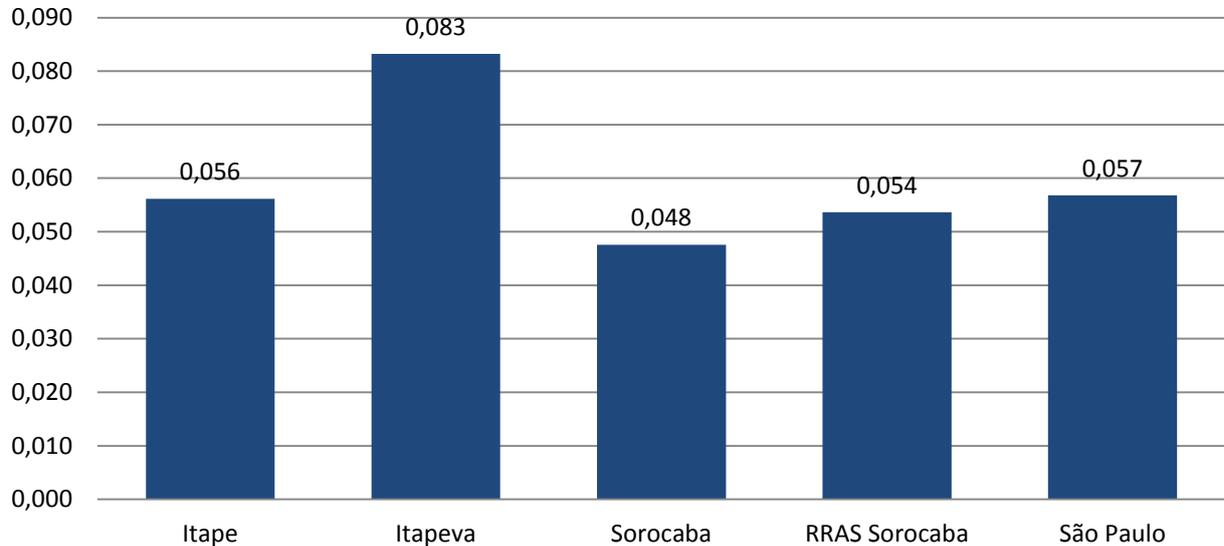


Tabela 32: Taxa de internações segundo grupo de causas (CID-10) RRAS 8 Sorocaba - CIR Itapetininga, 2011.

Causa Capítulo CID10	Nº internações *	Taxa de Internação**
Total	72.280	475,86
XV. Gravidez parto e puerpério	15.046	99,06
X. Doenças do aparelho respiratório	8.449	55,62
IX. Doenças do aparelho circulatório	8.077	53,18
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	7.299	48,05
XI. Doenças do aparelho digestivo	7.116	46,85
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	5.637	37,11
II. Neoplasias (tumores)	4.268	28,10
V. Transtornos mentais e comportamentais	2.758	18,16
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.931	12,71
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1.713	11,28
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1.588	10,45
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1.561	10,28
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	1.434	9,44
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1.279	8,42
XXI. Contatos com serviços de saúde	957	6,30
VII. Doenças do olho e anexos	956	6,29
VI. Doenças do sistema nervoso	824	5,42
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	645	4,25
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	535	3,52
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	192	1,26
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	15	0,10
XXII. Códigos para propósitos especiais	-	0,00



Figura 33: Taxa de Internação RRAS 08 por CIR 2011



No ano de 2011, na RRAS 08 20% das internações são referentes ao parto e puerpério, conforme é esperado. A segunda causa de internação são doenças do aparelho respiratório nas três CIRs. A terceira causa são as doenças circulatórias na CIR de Itapeva e Sorocaba e do trato digestivo na CIR de Itapetininga. Destaca-se uma taxa elevada de internações do aparelho geniturinário na CIR de Itapeva como quarta causa de internação, diferentemente dos CIRs de Itapetininga e Sorocaba, em que são a sexta causa.

Observa-se uma taxa de internação de 0,056 na CIR de Itapetininga, 0,083 na CIR de Itapeva e 0,048 na CIR de Sorocaba. A taxa de 0,054 da RRAS08 ficou abaixo do ESP, que tem 0,057, apesar da grande diferença apresentada pela CIR de Itapeva.

Figura 34: Propoção de Internações Contatos com Serviços de Saúde - Anticoncepção por sexo e por CIR - RRAS 08 em 2011.

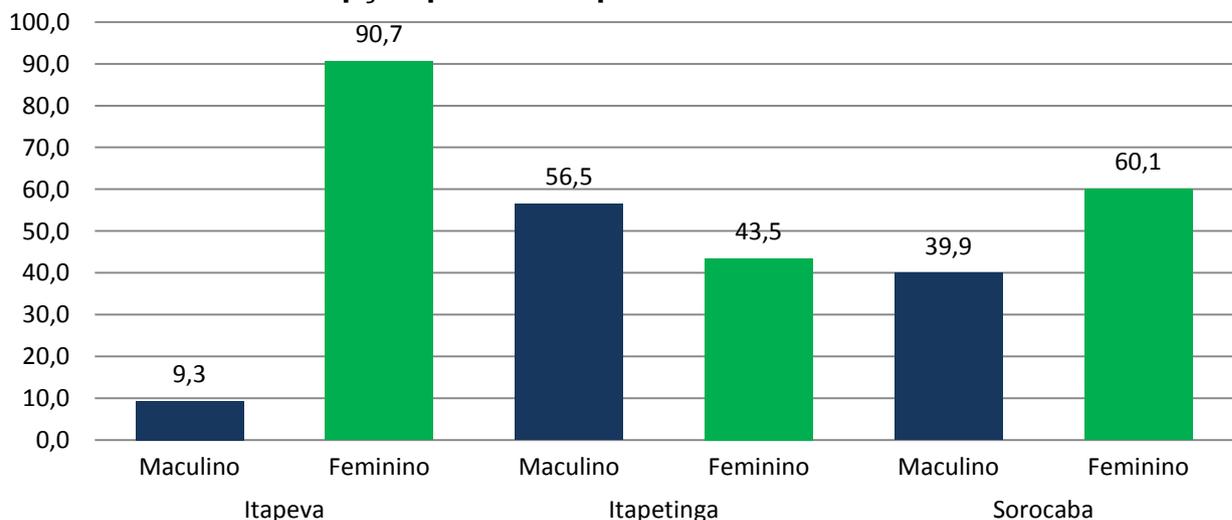




Tabela 33: Percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica, na RRAS 8, por CIR , 2000 à 2011.

Local	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Itapetininga	22,25	21,53	19,95	19,64	19,06	16,81	16,40	13,90	13,95	14,11	14,10
Itapeva	24,15	25,54	26,94	26,51	25,72	24,47	22,65	22,61	23,18	22,59	22,18
Sorocaba	15,56	15,83	16,52	15,84	14,85	14,48	13,62	11,53	11,51	11,37	11,86
Sorocaba	18,27	18,45	18,88	18,26	17,45	16,52	15,58	13,71	13,77	13,70	14,00
São Paulo	18,72	18,63	19,37	19,03	18,37	18,05	17,43	15,95	16,06	16,09	15,94

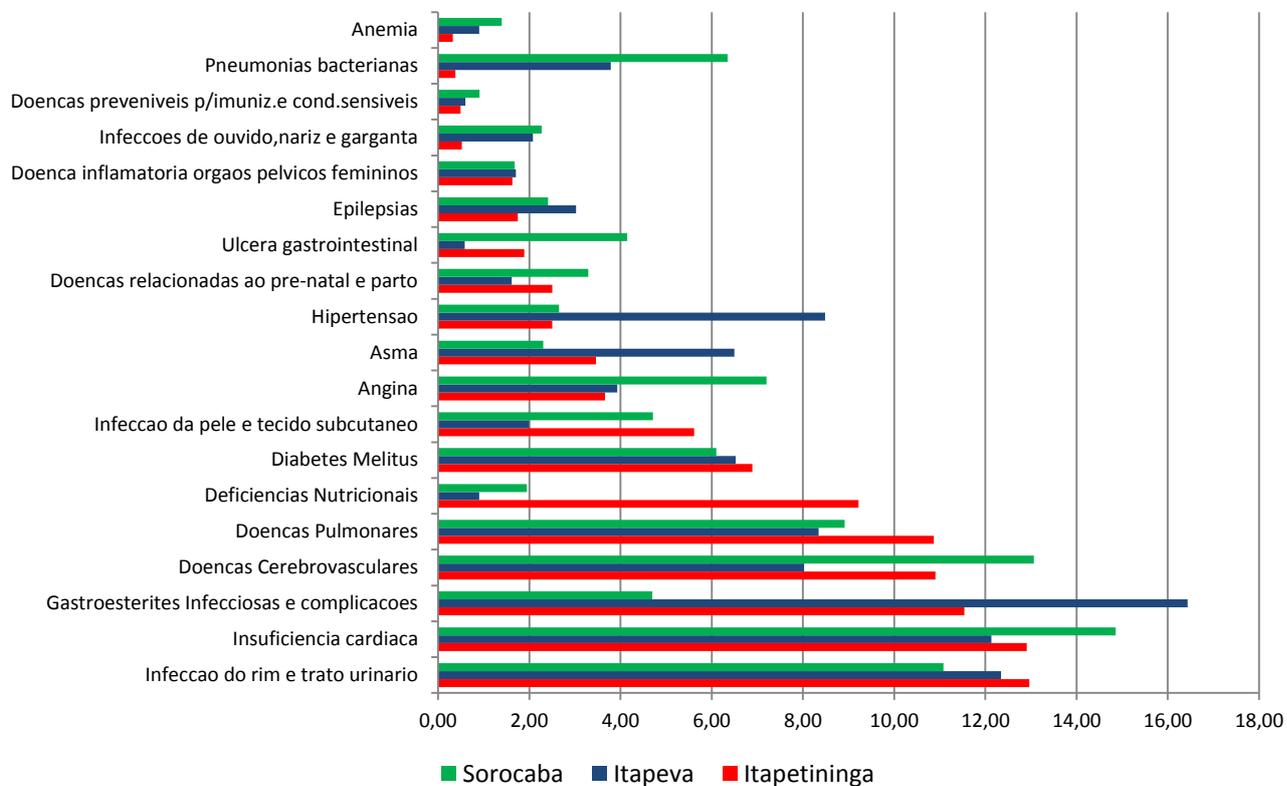
Ao se avaliar o período de 2001 a 2011, observa-se nos três CIRs um declínio significativo até 2008 e depois uma estabilização. Pode-se concluir que as ações na atenção básica realizadas após esse período não refletem nas causas de internação desse indicador.

No ano de 2011 observamos o maior indicador da RRAS 08 com 33% em Ribeirão Branco e o menor com 5,10% em Salto de Pirapora. A RRAS 08 está com 14,00, abaixo do ESP, que está com 15,94.

Na CIR de Itapeva destacam-se as internações por gastroenterites, infecções do trato urinário e hipertensão. Em Itapetininga as causas mais ocorrentes são as infecções dos rins e trato urinário, seguidas da insuficiência cardíaca. Vale ressaltar, nas causas por deficiências nutricionais, que há referências de 164 casos de a desnutrição em Angatuba, demonstrando equívoco no registro das causas de internação. Na CIR de Sorocaba, as causas mais frequentes são insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares, angina e pneumonias.



Figura 35: Internações Sensíveis a Atenção Básica RRAS 08 por CIR 2011





7. MATRIZ DIAGNÓSTICA RRAS 8

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

I Atenção Básica em Saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- A) Unidade Básica de Saúde; Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
- B) Equipe de atenção básica para populações específicas - Consultório na Rua;
- C) Centros de Convivência;

II Atenção Psicossocial Especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção: Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades (I, II, III, AD, ADIII, i);

III Atenção de Urgência e Emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- A) UPA 24h
- B) SAMU 192;

IV Atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- A) Unidades de Acolhimento (UA adulto e UA infante juvenil)
- B) Comunidade Terapêutica.

V Atenção Hospitalar, composta pelos seguintes pontos de atenção:

- A) Serviço Hospitalar de Referência em saúde mental no Hospital Geral para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;
- B) Enfermaria Especializada em Hospital Geral;

VI Estratégias de Desinstitucionalização

- A) Serviço Residencial Terapêutico – modalidades I e II
- B) Programa de Volta para Casa

VII Reabilitação Psicossocial

- A) Cooperativas



I. Atenção Básica em Saúde

A) Unidades Básicas de Saúde e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

A Unidade Básica de Saúde é ponto de atenção responsável pelas ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidados para as pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Portaria nº 2488 21/10/2011)

O NASF –cuja equipe é vinculada à Unidade Básica de Saúde – é constituída por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, responsável por ofertar apoio matricial, e cuidado compartilhado junto às equipes de referência (Portaria nº 2488 21/10/2011)

A estratégia preconizada e priorizada pelo Ministério da Saúde e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde para expansão e qualificação da Atenção Básica é o Programa Saúde da Família. Esta se desenvolve por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade e tem como princípios fundamentais a integralidade, qualidade, equidade e participação social. Seus processos de trabalho permitem o estabelecimento de vínculos à população e vislumbra uma maior resolubilidade da atenção.

Sua implantação teve início em 1994, e apresentou crescimento expressivo nos últimos anos. A celeridade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios.

A consolidação e qualificação da Estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS, ocorreu pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida e busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde existe no Brasil desde 1990, tendo sido regulamentado em 1997. Este Programa constitui-se em importante ferramenta para a consolidação do SUS, reorientando o modelo assistencial, sendo utilizado como fase transitória para implantação de Equipes do Programa de Saúde da Família.

Uma das maiores responsabilidades deste Programa é o cadastramento de famílias de um determinado território e seu acompanhamento, através de visitas Domiciliares, na frequência de, no mínimo, uma vez ao mês.



Histórico da construção do NASF na RRAS 8 em 2011:

De forma geral o percentual estimado de Equipes de Saúde da Família implantadas na RRAS 8, tem aumentado dentro da série histórica apresentada com percentual de 2000 de 11,60% e em 2011 de 21,40%.

Das Regiões de Saúde que compõem a RRAS 8, a região de saúde de Itapeva apresenta o maior percentual com 66,01% de sua população cobertura pela estratégia saúde da família, seguida pela Região de Saúde de Itapetininga com 27,01 % de cobertura e, por último, a Região de Saúde Sorocaba que apresenta 11,46% de cobertura.

Tabela 34: Cobertura Estimada de Equipes da Saúde da Família (ESF), segundo RRAS 8, composta pelas Regiões de Saúde de residência, Itapetininga, Itapeva e Sorocaba, Estado de São Paulo, 2011.

Região RRAS 8	População	Cobertura ESF (%)
Itapetininga	480.236	27,91
Itapeva	282.998	66,01
Sorocaba	1.552.118	11,46

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

Segundo SISPACTO 2010–2011, a Prioridade do Programa é o Fortalecimento da Atenção Básica com o objetivo de ampliar a cobertura populacional da atenção básica por meio da estratégia saúde da família prevê como meta Brasil, cobertura mínima de 54,5% da população cadastrada pela estratégia Saúde da Família. Porém, apesar da RRAS 8 não alcançar essa meta, as Regiões de Saúde de Itapetininga e Sorocaba apresentam grande possibilidade de expansão da Estratégia Saúde da Família.

Atualmente a proposta é de construção de modelos de Unidades Básicas de Saúde (UBS) vinculadas às Equipes de Saúde da Família. O modelo tradicional – de UBS isolada, evolui para o modelo associado à Estratégia da Saúde de Família (ESF), sendo que ambas as equipes atendem os mesmos princípios de responsabilização pelas famílias presentes no território, devendo participar das atividades executadas diretamente ao usuário e à comunidade.

I. Atenção Básica em Saúde

A) Unidades Básicas de Saúde e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

A Unidade Básica de Saúde é ponto de atenção responsável pelas ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidados para as pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Portaria nº 2488 21/10/2011)



O NASF – cuja equipe é vinculada à Unidade Básica de Saúde – é constituída por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, responsável por ofertar apoio matricial, e cuidado compartilhado junto às equipes de referência (Portaria nº 2488 21/10/2011)

A estratégia preconizada e priorizada pelo Ministério da Saúde e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde para expansão e qualificação da Atenção Básica é o Programa Saúde da Família. Esta se desenvolve por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade e tem como princípios fundamentais a integralidade, qualidade, equidade e participação social. Seus processos de trabalho permitem o estabelecimento de vínculos à população e vislumbra uma maior resolubilidade da atenção.

Sua implantação teve início em 1994, e apresentou crescimento expressivo nos últimos anos. A celeridade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios.

A consolidação e qualificação da Estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS, ocorreu pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida e busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde existe no Brasil desde 1990, tendo sido regulamentado em 1997. Este Programa constitui-se em importante ferramenta para a consolidação do SUS, reorientando o modelo assistencial, sendo utilizado como fase transitória para implantação de Equipes do Programa de Saúde da Família.

Uma das maiores responsabilidades deste Programa é o cadastramento de famílias de um determinado território e seu acompanhamento, através de visitas Domiciliares, na frequência de, no mínimo, uma vez ao mês.

De forma geral o percentual estimado de Cobertura das equipes de Atenção Básica implantadas na RRAS 8, vem aumentando, a Região de Saúde de Itapeva apresenta o maior percentual de sua população coberta pela Atenção Básica, seguida pela Região de Saúde de Itapetininga e por último, a Região de Saúde Sorocaba.



Tabela 35: Cobertura da Atenção Básica na RRAS8, por Região de Saúde.

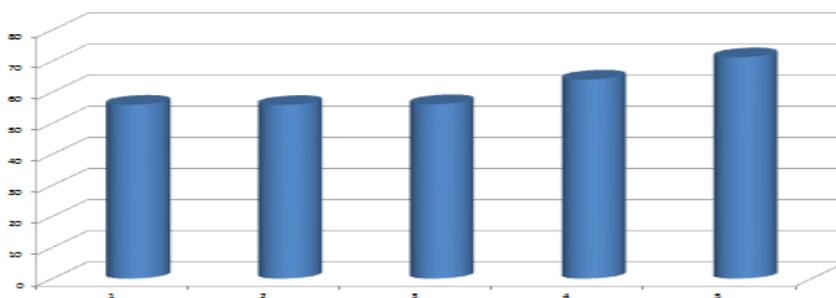
ATENÇÃO BÁSICA NA RRAS 8 POR RS

CIR	UBS	EQUIPES EPSF	NASF	COBERTURA POP. ATENÇÃO BÁSICA
SOROCABA	171	78	2	78,79%
ITAPETININGA	92	63	10	81,70%
ITAPEVA	68	42	1	97,94%
Total RRAS	331	183	13	81,10%

Fonte: SISFACTO 2015

A Cobertura de Atenção Básica da Região de Saúde de Itapetininga, vem crescendo significativamente devido a construções, ampliação e reforma de UBS através do Programa Requalifica UBS do Ministério da Saúde, bem como ampliações e reformas de UBS através do Programa QUALIS UBS da SES-SP, contratação de profissionais para compor as equipes municipais, bem como a vinda de 15 profissionais Médicos do Programa mais Médicos.

Cobertura ATENÇÃO BÁSICA RS Itapetininga 2010-2014

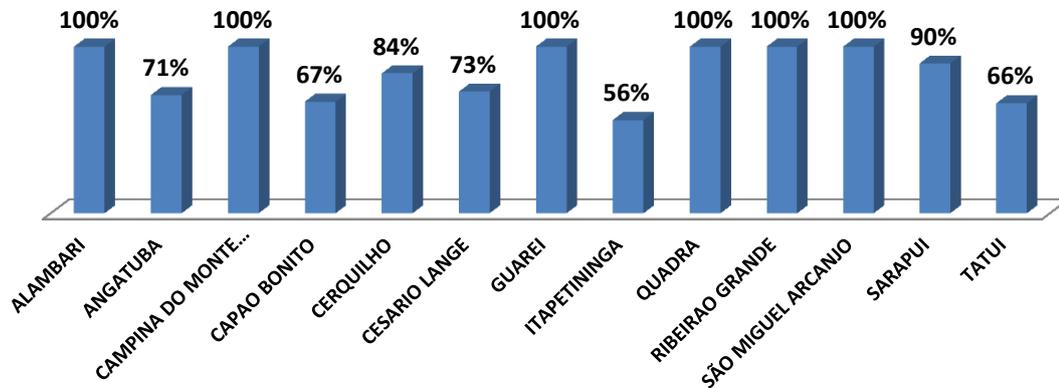


Fonte SISFACTO 2015

Em 2014 podemos observar que alguns municípios atingiram 100% de cobertura na AB: Alambarí, Campina do Monte Alegre, Guareí, Quadra, Ribeirão Grande, São Miguel Arcanjo. Percentuais altos de cobertura também foram atingidos nos municípios de Cerquilha e Tatuí, sendo que os mais baixos índices são encontrados em Itapetininga e Tatuí, conforme demonstra o gráfico abaixo:



Figura 36: Cobertura AB na CIR Itapetininga - 2014

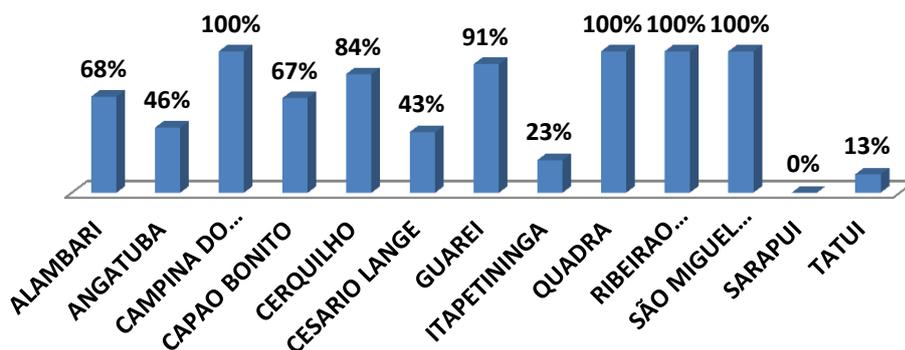


Fonte :Nota tecnica DAB

A Região de Itapetininga iniciou em 2010 a implantação de Equipes de EPSF, de forma mais efetiva, mantendo UBSs Tradicionais e diversos PAS(Posto de Atendimento em Saúde) principalmente em áreas rurais dos município. Diferente da RS de Itapeva que tradicionalmente assumiu este modelo de saúde desde os anos 1995.

As coberturas de 2014 demonstradas no gráfico a baixo, possibilita visualizar que a RS de Itapetininga possuem municípios com 100% de cobertura com equipes no modelo de EPSF e alguns que mantêm o modelo tradicional, com UBS no modelo tradicional, como é o caso de Sarapuí e em grande parte Itapetininga e Tatuí.

Figura 37: Cobertura EPSF CIR Itapetininga - 2014



Atualmente a proposta é de construção de modelos de Unidades Básicas de Saúde (UBS) vinculadas às Equipes de Saúde da Família. O modelo tradicional – de UBS isolada, deverá evoluir para o modelo associado à Estratégia da Saúde de Família (ESF), sendo que ambas as equipes atendem os mesmos princípios de



responsabilização pelas famílias presentes no território, devendo participar das atividades executadas diretamente ao usuário e à comunidade.

Com a Implantação de novas equipes e a proposta de um novo modelo de saúde baseado na clínica ampliada, fez-se necessário, a implantação de NASFs na região, a implantação da RAPS vem fortalecer a implantação destes serviços principalmente nos municípios menores de 15 mil habitantes que tem no NASF a possibilidade de apoio matricial de varias categorias profissionais., fortalecendo o acolhimento, avaliação de risco, elaboração de projeto terapêutico singulares, na diminuição das situações de cronicidade e sofrimento dos usuários do SUS.

A Região de Saúde de Itapetininga, possui um grupo de trabalho permanente com os NASF municipais, onde se realiza reuniões bimensais de trabalho e Encontros Regionais semestrais com Gestores municipais, equipes de AB e Vigilância em Saúde, para troca de experiência e aperfeiçoamento.

O mesmo acontece com equipes da RAPS da RS de Itapetininga, que possui um grupo de trabalho permanente onde os interlocutores de saúde mental e representantes dos NASF municipais, se reúnem mensalmente, em busca de fortalecimento, troca de experiência e propostas de ação.

Tabela seguinte nos auxilia no entendimento e análise da situação atual das equipes de NASF municipais com relação ao numero de equipes de EPSF e a população dos municípios, bem como o cronograma de implantação de novas equipe até 2016.



Tabela 36: Situação da Atenção Básica e cobertura estimada de ESF (Equipes de Saúde da Família) na CIR Itapetininga.

MUNICÍPIO	POP.	NASF			Estratégia Saúde Família - equipes			UBS	Cobertura 2014 de AB
		Existente	Implantar	Cronograma	Existente	Implantar	Cronograma	Existente	
Alambari	5.356	1	0		1	0		4	100
Angatuba	23.666	0	1	dez. 2016	3	0		5	52
Campina Monte Alegre	5.836	0	1	jan. 2016	2	0		1	100
Capão Bonito	47.510	1	0		9	0		12	67
Cerquilha	43.473	1	1	jul. 2016	10	3	jun. 2016	0	84
Cesário Lange	16.717	0	1	...	1	0		3	73
Guareí	16.149	0	1	jul. 2016	4	0		0	100
Itapetininga	153.810	1	1	mar. 2016	16	0		28	56
Quadra	3.489	1	0		1	0		0	100
Ribeirão Grande	7.667	1	0		3	0		0	100
São Miguel Arcanjo	32.621	2	0		10	0		0	100
Sarapuí	9.628	0	0		0	0		3	90
Tatuí	114.314	0	1	dez. 2015	8	6	Jul. 2016	11	66
TOTAL	480.236	8	6		68	9		56	83,69



B) Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas (Consultório na Rua)

Equipes multiprofissionais, que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para populações em situação de rua, transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Para municípios de 100 mil a 300 mil habitantes (Portaria nº122 de 25/01/2012; Portaria nº123, de 25 de janeiro de 2012)

Em Itapetininga e em Tatuí serão implantados Consultórios na Rua, com equipes de Atenção Básica. Itapetininga solicitou Modalidade III, até 2016.

C) Centro de Convivência

O Centro de Convivência é uma unidade pública, articulada às Redes de Atenção à 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 Centros de Convivência são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, através da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade.

II- ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA

O CAPS é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtorno mental grave e persistente e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial. As atividades são prioritariamente em espaços coletivos e de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e demais redes. O cuidado é desenvolvido através de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família. A ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de gestão e acompanhamento longitudinal do caso (Portaria n 336/GM/MS, 19/02/2002; Portaria n 3088, de 21/05/2013)



A) CAPS I

Para municípios acima de 15.000 habitantes.

Os dados sobre CAPS I estão expostos abaixo:

O município de São Miguel Arcanjo será referência para Ribeirão Grande.

O município de Angatuba será referência para Campina do Monte Alegre

O município de Tatuí será referência para Quadra

O município de Itapetininga será referência para Alambari e Sarapuí.

Município	Pop.	Neces.	existente	déficit	implantar	Custeio anual-R\$	Incentivo-R\$	2015	2016
Alambari	5.356	0	0	0	0	0	0		
Angatuba	23.666	1	1	0	0	339.360,00			
Campina Monte Alegre	5.836	0	0	0	0	0	0		
Capão Bonito	47.510	1	1	0	0	339.360,00			
Cerquilha	43.473	0	0	0	0	0	0		
Cesário Lange	16.717	1	0	1	1	339.360,00	20.000,00		x
Guareí	16.149	1	0	1	1	339.360,00	20.000,00		x
Itapetininga	153.810	0	0	0	0	0	0		
Quadra	3.489	0	0	0	0	0	0		
Ribeirão Grande	7.667	0	0	0	0	0	0		
São Miguel Arcanjo	32.621	1	1	0	0	339.360,00			
Sarapuí	9.628	0	0	0	0	0	0		
Tatuí	114.314	0	0	0	0	0	0		
TOTAL	480.236	5	3	2	2	1.696.800,00	40.000,00		



B) CAPS II:

Para Municípios acima de 70.000 habitantes –

O município de São Miguel Arcanjo pleiteou a requalificação do CAPS I para II, não tendo sido aprovada pelo MS.

Município	Pop.	Neces.	existente	déficit	implantar	Custeio anual-R\$	Incentivo-R\$	2015	2016
Alambari	5.356	0	0	0	0	0	0		
Angatuba	23.666	0	0	0	0	0	0		
Campina Monte Alegre	5.836	0	0	0	0	0	0		
Capão Bonito	47.510	0	0	0	0	0	0		
Cerquilha	43.473	1	1	0	0	397.035,00			x
Cesário Lange	16.717	0	0	0	0	0	0		
Guareí	16.149	0	0	0	0	0	0		
Itapetininga	153.810	1	1	0	0	397.035,00			x
Quadra	3.489	0	0	0	0	0	0		
Ribeirão Grande	7.667	0	0	0	0	0	0		
São Miguel Arcanjo	32.621	0	0	0	0	0	0		
Sarapuí	9.628	0	0	0	0	0	0		
Tatuí	114.314	1	1	0	0	397.035,00			
TOTAL	480.236	4	3	1	1	1.588.140,00	10.000,00		



C) CAPS III:

Para municípios acima de 150.000 habitantes.

Equipamento com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana. Oferta retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental. Na RRAS 8 - CIR de Itapetininga, o CAPS II de Itapetininga* será requalificado como CAPS III e será referência para Alambari, Sarapuí e Guareí.

Município	Pop.	Neces.	existente	déficit	implantar	Custeio anual-R\$	Incentivo-R\$	2015	2016
Alambari	5.356	0	0	0	0	0	0		
Angatuba	23.666	0	0	0	0	0	0		
Campina M. Alegre	5.836	0	0	0	0	0	0		
Capão Bonito	47.510	0	0	0	0	0	0		
Cerquilha	43.473	0	0	0	0	0	0		
Cesário Lange	16.717	0	0	0	0	0	0		
Guareí	16.149	0	0	0	0	0	0		
Itapetininga	153.810	*1	0	0	1	612.573,00	*20.000,00	x	
Quadra	3.489	0	0	0	0	0	0		
Ribeirão Grande	7.667	0	0	0	0	0	0		
São Miguel Arcanjo	32.621	0	0	0	0	0	0		
Sarapuí	9.628	0	0	0	0	0	0		
Tatuí	114.314	0	0	0	0	0	0		
TOTAL	480.236	1	0	0	1	612.573,00	*20.000,00		

*Diferença de Requalificação



D) CAPS AD:

Para Municípios acima de 70.000 habitantes.

Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do ECA, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Na região há necessidade de 2 CAPS AD: sendo um em Tatuí e outro em Itapetininga.

Capão Bonito preteou também o serviço, não tendo sido aprovado pelo MS considerando o porte populacional insuficiente.

Os dados estão descritos abaixo:

Município	Pop.	Neces.	existente	déficit	implantar	Custeio anual-R\$	Incentivo-R\$	2015	2016
Alambari	5.356	0	0	0	0	0	0		
Angatuba	23.666	0	0	0	0	0	0		
Campina Monte Alegre	5.836	0	0	0	0	0	0		
Capão Bonito	47.510	0	0	0	0	0	0		
Cerquilha	43.473	0	0	0	0	0	0		
Cesário Lange	16.717	0	0	0	0	0	0		
Guareí	16.149	0	0	0	0	0	0		
Itapetininga	153.810	1	1	0	0	477.360,00	0	x	
Quadra	3.489	0	0	0	0	0	0		
Ribeirão Grande	7.667	0	0	0	0	0	0		
São Miguel Arcanjo	32.621	0	0	0	0	0	0		
Sarapuí	9.628	0	0	0	0	0	0		
Tatuí	114.314	1	0	1	1	477.360,00	50.000,00		x
TOTAL	480.236	2	1	1	1	954.720,00	50.000,00		



E) CAPS AD III:

Para municípios acima de 150.000 habitantes

Serviço de atendimento para pessoas com necessidades decorrentes de uso de álcool e outras drogas, funciona com leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana.

Na CIR Itapetininga, há necessidade de um CAPS AD III em Itapetininga, sendo que este CAPS AD será requalificado para CAPS AD III. Os dados estão descritos abaixo:

Município	Pop.	Neces.	existente	déficit	implantar	Custeio anual-R\$	Incentivo-R\$	2015	2016
Alambari	5.356	0	0	0	0	0	0		
Angatuba	23.666	0	0	0	0	0	0		
Campina Monte Alegre	5.836	0	0	0	0	0	0		
Capão Bonito	47.510	0	0	0	0	0	0		
Cerquilha	43.473	0	0	0	0	0	0		
Cesário Lange	16.717	0	0	0	0	0	0		
Guareí	16.149	0	0	0	0	0	0		
Itapetininga	153.810	1	0	1	1	782.640,00	120.000,00**		x
Quadra	3.489	0	0	0	0	0	0		
Ribeirão Grande	7.667	0	0	0	0	0	0		
São Miguel Arcanjo	32.621	0	0	0	0	0	0		
Sarapuí	9.628	0	0	0	0	0	0		
Tatuí	114.314	0	0	0	0	0	0		
TOTAL	480.236	1	0	1	1	782.640,00	120.000,00		

**Diferença de Requalificação, implantação no primeiro semestre de 2016.



F) CAPS i:

Para populações acima de 150.000 habitantes

Atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário.

Na RRAS 8 - CIR Itapetininga, há necessidade de 2 CAPS i, um em Itapetininga e um em Tatuí. A solicitação de incentivo para Itapetininga esta em análise no Ministério da Saúde. Os dados estão descritos abaixo:

Município	Pop.	Neces.	existente	déficit	implantar	Custeio anual-R\$	Incentivo-R\$	2015	2016
Alambari	5.356	0	0	0	0	0	0		
Angatuba	23.666	0	0	0	0	0	0		
Campina Monte Alegre	5.836	0	0	0	0	0	0		
Capão Bonito	47.510	0	0	0	0	0	0		
Cerquilha	43.473	0	0	0	0	0	0		
Cesário Lange	16.717	0	0	0	0	0	0		
Guareí	16.149	0	0	0	0	0	0		
Itapetininga	153.810	1	0	1	1	385.560,00	30.000,00	X	
Quadra	3.489	0	0	0	0	0	0		
Ribeirão Grande	7.667	0	0	0	0	0	0		
São Miguel Arcanjo	32.621	0	0	0	0	0	0		
Sarapuí	9.628	0	0	0	0	0	0		
Tatuí	114.314	1	0	1	1	385.560,00	30.000,00		X
TOTAL	480.236	2	0	2	2	771.120,00	60.000,00		

Os serviços serão implantados no 1º semestre de 2016.



III- ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:

Responsáveis pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Os serviços de UPAS na CIR Itapetininga estão sendo implantados.

A) UPA

Na RRAS 8 as UPAs existentes são as seguintes, conforme descrito abaixo:

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	UPA EXISTENTE		
		PORTE I	PORTE II	PORTE III
Alambari	5.356	0	0	0
Angatuba	23.666	0	0	0
Campina M. Alegre	5.836	0	0	0
Capão Bonito	47.510	0	0	0
Cerquilha	43.473	0	0	0
Cesário Lange	16.717	0	0	0
Guareí	16.149	0	0	0
Itapetininga	153.810	0	1	0
Quadra	3.489	0	0	0
Ribeirão Grande	7.667	0	0	0
São Miguel Arcanjo	32.621	0	0	0
Sarapuí	9.628	0	0	0
Tatuí	114.314	0	0	0
TOTAL	480.236	0	0	0



B) SAMU

SAMU na RRAS 8-CIR ITAPETININGA-conforme descrito abaixo:

Município	População	SAMU				
		CENTRAL DE REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS (EQUIPE MÉDICO, TARM, RADIO OPERADOR)	BASE DESCENTRALIZADA	UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO	UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO	MOTOLÂNCIA
Alambari	5.356	0	1	1	0	0
Angatuba	23.666	0	1	1	0	0
Campina Monte Alegre	5.836	0	0	0	0	0
Capão Bonito	47.510	0	0	0	0	0
Cerquilha	43.473	0	0	0	0	0
Cesário Lange	16.717	0	0	0	0	0
Guareí	16.149	0	1	1	0	0
Itapetininga	153.810	1	4	4	2	0
Quadra	3.489	0	1	1	0	0
Ribeirão Grande	7.667	0	0	0	0	0
São M.Arcanjo	32.621	0	0	0	0	0
Sarapuá	9.628	0	1	1	0	0
Tatuí	114.314	0	1	2	1	0
TOTAL	480.236	1	10	11	3	0



IV- 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 crack, 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 Centro de Atenção Psicossocial 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 (Portaria nº 121, de 25/01/2012)

Para atender as orientações da RAPS, este ponto de atenção será implantado nos municípios que tiverem em seus territórios CAPS AD. A referência de retaguarda será nos CAPS AD 24hs e/ou no Hospital Geral.



1) Unidade de Acolhimento Adulto:

Oferece acolhimento voluntário e cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24 horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo. Para municípios acima de 200 mil habitantes – oferecendo 10 a 15 vagas. Sendo o CAPS responsável pelo acolhimento, acompanhamento e planejamento da saída e seguimento do cuidado. Custeio por mês: R\$25.000,00 e Incentivo R\$ 70.000,00.

Município	Pop.	Neces.	existente	déficit	implantar	Custeio anual-R\$	Incentivo-R\$	2015	2016
Alambari	5.356	0	0	0	0	0	0		
Angatuba	23.666	0	0	0	0	0	0		
Campina Monte Alegre	5.836	0	0	0	0	0	0		
Capão Bonito	47.510	0	0	0	0	0	0		
Cerquilha	43.473	0	0	0	0	0	0		
Cesário Lange	16.717	0	0	0	0	0	0		
Guareí	16.149	0	0	0	0	0	0		
Itapetininga	153.810	0	0	0	0	0	0		
Quadra	3.489	0	0	0	0	0	0		
Ribeirão Grande	7.667	0	0	0	0	0	0		
São Miguel Arcanjo	32.621	0	0	0	0	0	0		
Sarapuí	9.628	0	0	0	0	0	0		
Tatuí	114.314	0	0	0	0	0	0		
TOTAL	480.236	0	0	0	0	0	0		

Essa planilha não foi contemplada, devido ao porte populacional insuficiente.



2) Unidade de Acolhimento Infante Juvenil:

Para municípios acima de 100 mil habitantes – oferecendo 10 vagas.

Destinado a crianças e adolescentes de 12 a 18 anos.

Custeio por mês: R\$30.000,00 e Incentivo R\$ 70.000,00.

Na RRAS 8 está programada a implantação de UA Infante Juvenil, conforme descrito abaixo:

Município	Pop.	Neces.	existente	déficit	implantar	Custeio anual-R\$	Incentivo-R\$	2015	2016
Alambari	5.356	0	0	0	0	0	0		
Angatuba	23.666	0	0	0	0	0	0		
Campina M. Alegre	5.836	0	0	0	0	0	0		
Capão Bonito	47.510	0	0	0	0	0	0		
Cerquilha	43.473	0	0	0	0	0	0		
Cesário Lange	16.717	0	0	0	0	0	0		
Guareí	16.149	0	0	0	0	0	0		
Itapetininga	153.810	1	0	1	1	360.000,00	70.000,00		X
Quadra	3.489	0	0	0	0	0	0		
Ribeirão Grande	7.667	0	0	0	0	0	0		
São Miguel Arcanjo	32.621	0	0	0	0	0	0		
Sarapuí	9.628	0	0	0	0	0	0		
Tatuí	114.314	0	0	0	0	0	0		
TOTAL	480.236	1	0	1	1	360.000,00	70.000,00		

Observação: Os serviços serão implantados no 1º semestre de 2016



B) Serviços de Atenção em Regime Residencial (dentre as quais Comunidades Terapêuticas)

Há uma proliferação de Comunidades Terapêuticas na região, na maioria das vezes, abertos sem a estrutura adequada para garantir o acolhimento e reabilitação psicossocial dos usuários. A Vigilância Sanitária, articulada com os coordenadores de saúde mental da região, tem se preocupado com a verificação das instalações dos serviços credenciados, 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. Também em função desta problemática, haverá investimento na aproximação cotidiana do trabalho da RAPS com o da Rede/ações de Vigilância em Saúde.

V- ATENÇÃO HOSPITALAR

A) Serviço Hospitalar de Referência:

É preconizada a implantação de leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, para pessoa com transtorno mental ou necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Previsto um leito a cada 23 mil habitantes. Recurso de R\$ 4 mil reais por leito, sendo o mínimo 4 leitos. Custeio anual de R\$ 67.321,32 por leito (Portaria GM n° 1615/ 2012 que altera a Portaria nº148, de 31/01/2012)

De acordo com parâmetros estabelecidos na Portaria nº 1101/2002, de um leito para cada 23.000 habitantes, a região tem a necessidade de implantar 21 leitos como previsto. A discussão sobre a RAPS deve considerar o contexto de cada Município, tendo em vista o contingente de pacientes, o movimento desses na região e a quantidade de equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial pois essa **é uma região que implantará somente 2 CAPS 24h - em Itapetininga**), A tabela a seguir discrimina as referências por microrregiões.

Atualmente os 15 leitos na enfermaria psiquiátrica do CHS são a única referência regional para a RRAS 8 mesmo após a implantação dos leitos de Saúde Mental em Hospital Geral nos municípios, como previsto.

A Tabela a seguir refere-se ao déficit de leitos por Município e a estimativa do custeio do total de leitos é prevista no cronograma abaixo dos municípios, que já definiram pela implantação de leitos em hospitais no próprio território.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DRS XVI - SOROCABA - SAÚDE MENTAL
Av. Comendador Pereira Inácio, 105 - Jardim Vergueiro - CEP: 18031-005
Fone (15)33328148

TABELA DE LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL

Municípios	População	Necessidade	Existente	CNES-HG	Deficit	Implantar	Custeio anual- R\$	Incentivo-R\$	2015	2016
ANGATUBA	23.666	2	0	2082748	2	2	134.642,64	8.000,00		X
CAMP. MT ALEGRE	5.836									
SÃO M. ARCANJO	32.621	4	0	7320175	4	4	269.285,28	16.000,00	X	
CAPÃO BONITO	47.510									
RIBEIRÃO GDE	7.667									
CERQUILHO	43.473	3	0	2751569	3	3	201.963,96	12.000,00	X	
CESARIO LANGE	16.717									
ITAPETININGA	153.810	7	0	3139050	7	7	471.249,24	28.000,00	X	
ALAMBARI	5.356									
SARAPUÍ	9.628									
GUAREI	16.149									
TATUÍ	114.314	5	0	2079135	5	5	336.606,60	20.000,00	X	
QUADRA	3.489									
TOTAL	480.236	21	0		21	21	1.413.747,72	84.000,00		



B) Enfermaria Especializada

Serviço hospitalar de referência com mais de 10 leitos, em hospital geral, destinado a pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

A Região conta com 15 leitos no CHS- Conjunto Hospitalar de Sorocaba referência regional da RRAS-08.

VI- ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO:

O componente de Estratégias 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.

A) Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)

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 (Portaria n 3.090, de 23 de dezembro de 2011)

Residência Tipo I – Mínimo de 6 moradores e Máximo 10 moradores por residência. Custeio R\$ 10.000,00. Incentivo R\$20.000,00.

Residência Tipo II – Mínimo de 6 moradores e Máximo 10 moradores por residência. Custeio R\$20.000,00. Incentivo R\$20.000,00.



TABELA DE SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS TIPO I e II (SRT)

Município	População	Nº moradores CENSO 2014	existente	deficit	A implantar	Incentivo-R\$	2015	2016
ALAMBARI	5.356	2	0	0	0			
ANGATUBA	23.666	3	0	1	1	*		X
CAMP. MT ALEGRE	5.836	0	0	0	0			
CAPÃO BONITO	47.510	19	0	2	0	**		
CERQUILHO	43.473	4	0	1	2	40.000,00	X	X
CESARIO LANGE	16.717	2	0	1	1	20.000,00		X
GUAREI	16.149	6	0	1	1	20.000,00		X
ITAPETININGA	153.810	17	0	2	2	40.000,00	X	X
QUADRA	3.489	0	0	0	0			
RIB GRANDE	7.667	1	0	0	0			
S MIGUEL ARCANJO	32.621	2	2	0	0			
SARAPUÍ	9.628	5	0	0	0			
TATUÍ	114.314	19	0	2	2	40.000,00		X
TOTAL	480.236	80	2	10	11	140.000,00		

*ja recebeu o recurso do MS

** Capão Bonito recebeu o recurso do MS na gestão anterior, porém o gestor decidiu pela devolução do recurso e a não implantação do serviço.

Os serviços serão implantados no 1º semestre de 2016.



B) Programa de Volta para Casa

Pode ser beneficiária do PVC qualquer pessoa com transtorno mental que tenha passado dois ou mais anos internada, ininterruptamente, em instituições psiquiátricas. 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 Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo em 2008 a região apresenta na tabela abaixo, o número de pacientes que atendem os critérios para o PVC.

Estratégia de desinstitucionalização, enquanto política pública de inclusão social, instituída pela lei nº10.708 de 31/07/2003, que provê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental, egressas de internação de longa permanência.

Na região de Itapetininga, somente os municípios de Angatuba e Itapetininga possuem o Programa de Volta para Casa, como mostra a Tabela a seguir. Será necessário grande empenho para a inclusão de beneficiários no Programa de Volta para Casa em outros municípios da região.

Município	Pop.	necessidade	existente	deficit	implantar	2015	2016
ALAMBARI	5.356	x		x	x	x	
ANGATUBA	23.666	x	x				
CAMP. MT ALEGRE	5.836	x		x	x	x	
CAPÃO BONITO	47.510	x		x	x	x	
CERQUILHO	43.473	x		x	x	x	
CESARIO LANGE	16.717	x		x	x	x	
GUAREI	16.149	x		x	x	x	
ITAPETININGA	153.810	x	x				
QUADRA	3.489	x		x	x	x	
RIB GRANDE	7.667	x		x	x	x	
S MIGUEL ARCANJO	32.621	x	X	x	x	x	
SARAPUÍ	9.628	x		x	x	x	
TATUI	114.314	x		x	x	x	

VII. COMPONENTE DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

O componente da Reabilitação Psicossocial é formado por iniciativas de geração de trabalho e renda. Devem ser desenvolvidas ações intersetorialmente por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em iniciativas de geração de trabalho e renda; empreendimentos solidários e/ou cooperativas sociais.



8. PACTUAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIÃO DE ITAPETININGA – RRAS 8

Os desafios identificados e os problemas a serem pactuados

1. Consolidar a implantação / qualificação de Leitos em Hospital Geral;
Os atuais 15 leitos da enfermagem psiquiátrica do CHS são referência para os 48 Municípios da RRAS 8 (Redes Regionais de Atenção a Saúde 8).
2. Implantar os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs).
3. O Programa de Desinstitucionalização, Integrante do Componente de Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme preconizado pela Portaria GM/MS nº 2.840/ 2014, prevê incentivo financeiro de custeio mensal para a implantação de equipes de desinstitucionalização em diversas modalidades, porém para a região de Itapetininga ainda não foi previsto Equipes de Desinstitucionalização.

Modalidades de Equipes de Desinstitucionalização

Modalidade	Número de pessoas com internação acima de um ano de forma ininterrupta	Número de "Equipes de Desinstitucionalização"	Valor mensal do incentivo de custeio
A	08 a 19	02 profissionais	10.000,00
B.I	20 a 60	01	35.000,00
B.II	61 a 120	02	70.000,00
B.III	121 a 180	03	105.000,00
B.IV	181 a 240	04	140.000,00
B.V	241 a 300	05	175.000,00
B.VI	301 a 360	06	210.000,00
B.VII	A partir de 361	07	245.000,00

Não foi previsto Equipes de Desinstitucionalização para a Região de Itapetininga

4. Estabelecer a relação da RAPS com outras redes de saúde, especialmente Rede de Urgência e Emergência: Educação Permanente em S. Mental e ações conjuntas junto àquelas redes, especialmente junto às equipes de UPA's e SAMU.
5. Implantar ações de saúde mental na AB (ação prioritária):
Descentralização e/ou qualificação das ações de Saúde Mental para AB, prioritariamente através de apoio matricial e Projetos específicos.



6. Formação e Educação Permanente em serviço:

- Capacitação de médicos clínicos e generalistas para cuidado em Saúde Mental, especialmente no que tange ao manejo de psicotrópico.
- Ações de Educação Permanente em serviço.
- Construir política regional de educação permanente em Saúde Mental.
- Curso multiprofissional de Especialização em Saúde Mental para região.

7. Participação do Estado em financiamento da RAPS

- Custeio de ações de Educação Permanente em Saúde Mental.
- Co-financiamento da implantação prioritária dos CAPS III, assim como de SRT's
- Participação efetiva do Estado no custeio geral da RAPS
- Transferências das AIH's sob gestão estadual ou municipal na implantação das SRT's, no ato da desinternação, conforme a Deliberação CIB 93, de 19-12-2008, que aprova o Plano Estadual de Apoio à Desinstitucionalização de pessoas internadas há mais de um ano nos hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo.

8. Garantir o cuidado em situações críticas – Álcool e outras drogas

O objetivo é garantir o cuidado integral, nos diferentes níveis de atenção, às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando a inclusão social.

9. Para os municípios que não foram contemplados com o Recurso Financeiro do Ministério, apesar de terem encaminhado proposta para construção de CAPs e UAs, Construir sedes próprias para os pontos de atenção da RAPS (Portaria Ministerial nº 615/2013) evitando onerar a receita municipal e as resistências para a implantação da RAPS:

10. Desenvolver ações pertinentes à discussão / implementação de processos de trabalho e/ou formação/Educação Continuada/Educação Permanente de acordo com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS, devendo contar com o apoio dos operadores diretos daquela política.

11. Estabelecer, entre a RAPS e o Poder Judiciário, especialmente no âmbito municipal, espaços coletivos sistemáticos e permanentes para discussões e deliberações conjuntas.



9. PLANO DE AÇÃO DA CIR ITAPETININGA

O desenho do Plano Regional da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da RRAS 8 – Itapetininga - está pautado na Política Nacional de Saúde Mental, estabelecida de acordo com normativas ministeriais, em especial a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (republicada em maio/2013).

O Plano da RAPS está organizado em função dos seus componentes constitutivos e respectivos pontos de atenção, levando em conta o perfil epidemiológico e a conjuntura política, econômica e tecnológica da região.

As ações apontadas neste Plano da RAPS são uma compilação das ações descritas nos Planos Municipais dos 13 municípios que fazem parte da RRAS8 – Itapetininga.

O monitoramento das ações para sua efetiva implantação será realizado pelo Grupo Condutor através das reuniões mensais, mantendo a CIR informada sobre o desenvolvimento da RRAS 8.

O planejamento estratégico para as ações e atividades frente às fragilidades apontadas e os responsáveis pela execução, no cronograma previsto estão em tabelas a seguir.



Unidades Básicas de Saúde			
Fragilidade	Proposta de Ação/Atividades	Responsáveis	Cronograma
Cobertura insuficiente de Estratégia de Saúde da Família na região	Ampliar número de equipes implantadas e cadastradas	SMS	2015-2016
Capacitação / atualização de profissionais da AB para avaliar/atender demandas de Saúde Mental, em função do pactuado em Projetos terapêuticos Singulares dos usuários.	Criar e executar plano de ações de formação e educação permanente em serviço	SMS	2015-2016
	Implantar e implementar o apoio matricial para AB		
Baixo número de profissionais com formação em saúde mental na AB da região	Ampliar as equipes de Saúde Mental na Atenção Básica	SMS	2015- 2016
Dificuldade de estabelecer trabalho em Rede entre SM e AB	Estabelecer, ampliar e sustentar espaços coletivos sistemáticos e permanentes de discussão, para facilitar a co-gestão e co-responsabilização dos casos de SM na AB.	SMS	2015-2016
Capacitação e atualização das equipes multiprofissionais da AB no manejo e uso adequado dos psicotrópicos	Capacitar e atualizar as equipes multiprofissionais da AB	SMS/SES/MS	2015-2016
Falha na continuidade do abastecimento de medicamentos específicos em SM na AB	Aprimorar processos de aquisição e estabelecer a garantia do recebimento das medicações psicotrópicas, incluindo os medicamentos de componentes especializado para os municípios.	SES/MS	2015 - 2016



Equipes Populações Situações Específicas - Consultório na Rua			
Fragilidade	Proposta de Ação/Atividades	Responsáveis	Cronograma
Dificuldade de acesso da população em situações específicas (usuários de drogas em situação de vulnerabilidade social) ao atendimento na saúde	Implantar equipes de Consultório na Rua de acordo com a necessidade dos municípios	MS/SMS	2014
	Capacitar profissionais no atendimento à população com necessidades específicas (álcool, crack e outras drogas)	MS/SES/SMS	2015-2016
	Estabelecer espaços coletivos sistemáticos e permanentes entre Saúde, Assistência Social, Educação, Segurança Pública e/ou outros parceiros pertinentes no território, para cogestão e corresponsabilização de casos e ações no âmbito dos territórios municipais.	SMS	2015-2016
Centro de Convivência			
Fragilidade	Proposta de Ação/Atividades	Responsáveis	Cronograma
Baixo número de serviços instalados na região	Ampliação e adequação da rede de Centros de Convivência na Região	SMS	2016
	Realizar encontros para discussão dos projetos intersetoriais na perspectiva de uma cultura antimanicomial e promoção em saúde	SMS	2016
Dificuldade de financiamento destes pontos de atenção	Estabelecer legislação para cadastro, credenciamento e financiamento dos Centros de Convivência	MS/SES	2015



NASF			
Fragilidade	Proposta de Ação/Atividades	Responsáveis	Cronograma
Cobertura insuficiente de NASF	Implantação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família com profissionais da saúde mental nos municípios da Região	SMS/ SES	2015-2016
Componente Atenção Especializada – CAPS			
Fragilidade	Proposta de Ação/Atividades	Responsáveis	Cronograma
Baixa cobertura de CAPS (I, II, III, AD, AD III, i) na região, com importante diferença de cobertura entre municípios.	Ampliar número de CAPS (I, II, III, AD, AD III, i) implantados e cadastrados na região.	SMS/ SES/MS	2015-2016
Dificuldade de sustentação de casos graves na rede CAPS, especialmente no que tange ao manejo de crise.	Qualificar processo de trabalho nos CAPS, especialmente com relação à implantação de arranjos e dispositivos próprios daqueles pontos de atenção.	SMS	2015-2016
	Implementar a formação/educação permanente na Rede CAPS para sustentação da crise e casos mais graves		
Falta de implantação de CAPS III na região	Implantar um CAPS III na região.	SMS/ SES/MS	2015 - 2016
Cadastramento dos CAPS implantados junto ao MS	Agilização da montagem de processos de cadastramento e habilitação dos pontos de atenção	SMS/SES/MS	2015 - 2016



Componente Urgência Emergência			
Fragilidade	Proposta de Ação/Atividades	Responsáveis	Cronograma
Dificuldade das equipes da Rede de Urgência e Emergência (RUE), especialmente SAMU e UPAS, para acolhimento da crise para os casos de transtornos mentais e pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.	Capacitar equipes do SAMU e UPAS	SMS/SES/MS	2015
Componente Atenção Residencial em Caráter Transitório – Unidades de Acolhimento			
Fragilidade	Proposta de Ação/Atividades	Responsáveis	Cronograma
Baixo número de Unidades de Acolhimento na região	Ampliar número de pontos de atenção implantados	SMS, SES	2015
Dificuldades no estabelecimento dos processos de trabalho destes pontos de atenção	Formação e educação permanentes das equipes	SMS	2015-2016
Dificuldades, de modo geral, de compreensão do papel destes pontos de atenção na Rede.	Ampliar espaços de discussão / pactuação coletiva, intra e intersetoriais, com vistas a melhor utilização do recurso.	SMS	2015
Componente Atenção Hospitalar			
Fragilidade	Proposta de Ação/Atividades	Responsáveis	Cronograma
Baixa cobertura de leitos de Saúde Mental (incluindo referência para questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas) em Hospitais Gerais	Ampliar número de leitos em Hospitais Gerais implantados e cadastrados no MS.	SMS/SES/MS	2015-2016



<p>Criar protocolos para estabelecer o fluxo das referências de leitos de Saúde Mental (incluindo referência para questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas) em Hospitais Gerais para municípios menores da região</p>	<p>Angatuba será referência para Campina do Monte Alegre; São Miguel será referência para Capão Bonito e Ribeirão Grande; Cerquilha será referência para Cesário Lange; Itapetininga será referência para: Alambari, Sarapuí e Guareí; Tatuí será referência para Quadra, condicionado à implantação e qualificação dos pontos de atenção da RAPS nos municípios.</p>	<p>SMS/SES/MS</p>	<p>2015/2016</p>
<p>Dificuldade da compreensão do Serviço de Referência Regional do seu papel como ponto de atenção na Rede (incluindo referência para questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas)</p>	<p>Ampliar a pactuação e o entendimento de integração do CHS com todos os pontos de atenção da RAPS no atendimento da RRAS 8</p>	<p>SES</p>	<p>2015</p>
<p>Componente: Estratégias de Desinstitucionalização</p>			
<p>Fragilidade</p>	<p>Proposta de Ação/Atividades</p>	<p>Responsáveis</p>	<p>Cronograma</p>
<p>Necessidade de ampliação de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) na Região, especialmente em função do fechamento dos leitos dos Hospitais Psiquiátricos de Sorocaba e região.</p>	<p>Implantação de SRT.</p>	<p>SMS/ SES/ MS</p>	<p>2015-2016</p>



Dificuldades de desenvolver projetos terapêuticos singulares dos moradores das SRTs	Pactuação sobre responsabilidades e parcerias dos municípios com relação a esses moradores	SMS	2015-2016
Baixo número de usuários com benefício do Programa Nacional de Volta para Casa	Facilitar e Ampliar o cadastramento para o aumento no número de beneficiários	SMS/MS	2015-2016
Componente Reabilitação Psicossocial			
Baixo número de usuários inseridos em projetos de geração de trabalho e renda	Ampliar número de usuários incluídos em projetos de geração de trabalho e renda	SMS	2016
	Ampliar número de projetos de geração de trabalho e renda		
	Apoiar fóruns de economia solidária		



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DRS XVI - SOROCABA - SAÚDE MENTAL
Av. Comendador Pereira Inácio, 105 - Jardim Vergueiro - CEP: 18031-005
Fone (15)33328148

QUESTÕES GERAIS			
Fragilidade	Proposta de Ação/Atividades	Responsáveis	Cronograma
Falta de Política Regional de Formação e Educação Permanente pactuada e estabelecida.	Pactuar e implantar Política Regional de Formação e educação permanente. Tendo todas as ações pertinentes à discussão / implementação de processos de trabalho e/ou formação/Educação Continuada/Educação Permanente desenvolvidas de acordo com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS , devendo contar com o apoio dos operadores diretos daquela política	SMS/SES	2015-2016
Baixa oferta na região de formação específica para área	Ofertar curso multiprofissional de especialização em Saúde Mental, em parceria com instituições de ensino da região.	SMS/SES/MS	2014-2016



Baixa oferta na região de formação específica para área	Aumentar o numero de vagas para Residência em Psiquiatria para região, em parceria com instituições de ensino da região.	SMS/SES/MS	2014-2016
	Aumenta o número de vagas em Residência Multiprofissional, em parceria com instituições de ensino da região.		
Insuficiente participação do Estado no financiamento da RAPS Regional	Co-financiamento do custeio geral da RAPS (antecipação de recurso para implantação e custeio do serviço, até o credenciamento)	SES	2013-2014
	Custeio das ações de Educação Permanente em Saúde Mental.		
Lentidão no processo de transferência de recurso referente às AIH's	Acelerar as transferências das AIH's para os municípios na implantação das SRT's no ato da desinternação.	SMS/SES	2015-2016
	Agilizar o fechamento/ descredenciamento de leito morador dos Hospitais Psiquiátricos, sob gestão estadual e municipal, no momento da desinternação.		
Dificuldade de contratação de profissionais capacitados para os serviços da RAPS.	Estabelecimento de um Teto de Remuneração Regional para os profissionais, visando a fixação do profissional no seu território.	SMS/SES	2015-2016
Falta de interação na relação entre a Saúde e o Poder Judiciário, com grande incidência de determinações judiciais de internações psiquiátricas compulsórias, especialmente nos casos relacionados à álcool e outras drogas.	Estabelecer parceria e diálogo entre o Poder Judiciário e a RAPS, através dos espaços coletivos sistemáticos e permanentes de discussão, para ampliar o entendimento do fluxo e possibilitar deliberações conjuntas para os casos.	SMS	2015-2016



CONCLUSÃO

Este documento é resultado da discussão entre técnicos e gestores dos municípios da Região da Comissão Intergestora Regional de Itapetininga, apontando as fragilidades existentes na região, bem como as propostas de intervenções necessárias em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.

Considerando a não requalificação do CAPS I para CAPS II do município de São Miguel Arcanjo devido o critério populacional, o município justifica que o custeio deste CAPS não é suficiente já que atende uma demanda de pacientes adultos, adolescentes e crianças portadores de transtornos psíquicos severos ou persistentes e de transtornos decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em número bastante elevado, além de ser referência para: duas SRTs: I e II e para o município de Ribeirão Grande, enfatizando que para tais atendimentos é necessário o revezamento de horários para otimização do espaço físico, não tendo condições de ampliar o quadro de Recursos Humanos para melhor qualidade da assistência.

O Município de Capão Bonito também passa pela mesma situação e refere que o CAPS I já atende no limite da sua capacidade um grande número de adultos e adolescentes principalmente com transtornos decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, não tendo sido aprovado a implantação de um CAPS AD pelo MS, devido critério populacional, Essa demanda de portadores de transtornos decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas vem paulatinamente crescendo em escala potencial no perfil epidemiológico nacional refletindo nos dados deste município igualmente. O município solicita a reavaliação do pleiteio do CAPS AD, já que nos últimos dois anos de atendimento do CAPS I à essa população o número de internações psiquiátricas reduziu significativamente, mas temem que, por não possuírem um espaço físico específico, nem recursos humanos suficientes não seja possível ampliar e adequar o atendimento à essa referida população.

Foi discutido o compromisso de cumprimento dos cronogramas de implantação de serviços, sendo que os gestores municipais enfatizam a necessidade de garantia do recebimento dos recursos num prazo mais curto entre a implantação e a habilitação do serviço, devido ao orçamento insuficiente para um custeio complementar, não previsto.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DRS XVI - SOROCABA - SAÚDE MENTAL
Av. Comendador Pereira Inácio, 105 - Jardim Vergueiro - CEP: 18031-005
Fone (15)33328148

Ressaltamos que os dados populacionais utilizados neste Plano foram os obtidos pelo Censo 2010, e a população atualizada foi utilizada somente no dado da cobertura da AB. Foi discutido que essa correção traria mais precisão para o Plano e deverá ser corrigido a medida que os serviços sejam implantados.

Na perspectiva da consolidação deste plano, o grupo condutor municipal foi implantado e vem realizando o acompanhamento e monitoramento das ações, sendo o plano passível de alterações sugeridas pelo Grupo Condutor deverão ser aprovadas pela Comissão Intergestora Regional, de acordo com as necessidades apresentadas.