



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

3

## Rede de Atenção Psicossocial



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

1



## ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO .....	03
2	RAPS - GRUPO CONDUTOR .....	05
3	HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL NA RRAS 8.....	06
4	CARACTERIZAÇÃO DA REDE REGIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE-RRAS-8.....	07
5	POPULAÇÃO.....	09
6	DEMOGRAFIA E CONDIÇÕES DE VIDA.....	12
7	INFRAESTRUTURA URBANA E VIÁRIA.....	21
8	ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	25
9	PERFIL DE MORBIMORTALIDADE.....	30
10	MATRIZ DIAGNÓSTICA RRAS 8.....	40
11	PACTUAÇÃO DA RRAS 8.....	54
12	PLANO DE AÇÃO DA CIR ITAPEVA.....	55
13	CONCLUSÃO.....	59



## 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;
- 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.

Tabela 1: Grupo Condutor Regional da **CIR ITAPEVA**

MUNICÍPIOS	TITULAR/SECRETÁRIO DA SAÚDE	ARTICULADOR S.M.
APIAÍ	Sandra Dias Baptista Szott De Lara	Francisca Helena Nunes
BARRA DO CHAPÉU	Adriano Werneck Ribas	Pedro Cesar Ferreira Ramos
BOM SUCESSO ITARARÉ	Silvio Rodrigues Santos	Rafaela Aparecida Fortunato
BURÍ	Daiane Lopes Fogaça Hamaué	Ariana Petcov Lúcio de Oliveira
GUAPIARA	Paulo Rogério Sant'ana	Sergio Fernandes Bianchini
ITABERÁ	Gilson Antonio De Sá Pinto Filho	Melina Fernanda Barros Oliveira
ITAOCA	Rogério Machado Dos Santos	
ITAPEVA	Dr. Luiz Fernando Tassinari	Dinamar Michetti Leme de Melo
ITAPIRAPUÃ PAULISTA	Juliana Maria Teixeira	Carina de Fátima Costa Vale
ITARARÉ	Keila Cristina Xavier Bertti	Luciane Galvão de M.Vieira
NOVA CAMPINA	Luiz Antonio Guimarães	Eliana Oliveira Cardoso Almeida
RIBEIRA	Silvio Luiz Cardoso Brito	Daniel R.A. de Cristo Leite
RIBEIRÃO BRANCO	Carla Michele Macaroni	Edvana Maria Pereira
RIVERSUL	João Augusto de Oliveira	Neila Maria dos Santos
TAQUARIVAÍ	Ana Flavia Bonfim Barros	Cecília Ap. Ferreira



### 3. HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL NA CIR ITAPEVA

A região de Sorocaba foi considerada um dos maiores pólos manicomial do Brasil, atendia no modelo hospitalocêntrico possuindo sete Hospitais Psiquiátricos com cerca de duas mil e seiscentas pessoas em situação de internação de longa duração. Dos sete Hospitais Psiquiátricos, os três de Gestão Estadual: Hospital Santa Cruz e Clínica Psiquiátrica em Salto de Pirapora e Hospital Psiquiátrico Vale das Hortências em Piedade eram as principais referências de internação psiquiátrica para a região de Itapeva.

Considerando o movimento de denúncias sobre o tratamento e as internações psiquiátricas na região, surgiu a necessidade de transformar e humanizar a assistência psiquiátrica. Foi assinado em 18 de dezembro de 2012 o Termo de Ajuste de Conduta (TAC) com o município de Sorocaba, Piedade e Salto de Pirapora para o fechamento dos Hospitais Psiquiátricos de Sorocaba e região, como resultado da luta do movimento antimanicomial iniciando a implantação de uma rede de assistência psicossocial conforme rege a Política Nacional de Saúde Mental. O fechamento dos Hospitais Psiquiátricos foi impactante considerando que a região não estava preparada para o este processo. O transtorno social foi imenso na região, nos momentos de crise dos pacientes, sem referência para encaminhar, os CAPS na região são em número insuficientes, sem recursos humanos qualificados para atender os casos que necessitem de internação. Uma das dificuldades foi a falta de compreensão da promotoria e de outros segmentos da sociedade no processo da Desinstitucionalização, iniciando a judicialização com o crescente número de determinações para internações dos dependentes de álcool e outras drogas e de pessoas com sofrimento psíquicos, levando os municípios a comprar serviços particulares em comunidades terapêuticas com pouca resolutividade por vezes distantes não contribuindo para o acompanhamento dos familiares no tratamento, onerando ainda os cofres públicos.

No ano de 2013 e 2014 foram realizadas várias reuniões, inclusive reuniões técnicas regionais, para 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. Progressivamente os atendimentos dos Ambulatórios de Saúde Mental existentes estão sendo absorvido pelas novas ferramentas da rede de atenção psicossocial, o matriciamento será realizado na Atenção Básica e nos NASFs com o apoio dos CAPS visando o desenvolvimento de práticas que garantam a integralidade do atendimento e a reabilitação psicossocial.

**Tabela: Número de internações psiquiátricas na CIR Itapeva – nos anos 2013-2014, de casos de transtornos psicóticos e de pessoas com sofrimento decorrente do uso do crack e outras drogas e os custos destas internações.**

MUNICÍPIO	Pop.	Internações 2013-2014				Custos (R\$) TOTAL
		AD	CUSTO	PSICO.	CUSTO	
Apiáí	25.191	40	380.000,00	0	0	357.938,00
Barra do Chapéu	5.585			4	0	0
Bom Sucesso de Itararé	3.571					
Buri	19.570					
Guapiara	17.879					
Itaberá	18.015	24	0	9	0	0
Itaóca	3.337					
Itapeva	92.710	*		*		1.116.896,00
Itapirapuã Paulista	4.135					
Itararé	50.105	33	0	11	0	210.000,00
Nova Campina	9.307					
Ribeira	3.408					
Ribeirão Branco	17.646					
Riversul	5.941					
Taquarivaí	5.605					
<b>TOTAL</b>	<b>282.285</b>	<b>97</b>	<b>380.000,00</b>	<b>24</b>		<b>1.684.834,00</b>

Itararé 2015 internações na Santa Casa solicitado pelo CAPS CID AD+PSIC =14

\*Itapeva enviará o número de pessoas internadas nos anos de 2013 e 2014, para complementação da tabela.



#### 4. CARACTERIZAÇÃO DA REDE REGIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE 8 – CIR ITAPEVA

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 mares", 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 Itapeva, sediada no município de Itapeva, é composta por quinze municípios: Apiaí, Barra do Chapéu, Bom Sucesso do Itararé, Buri, Guapiara, Itaberá, Itaóca, Itapeva, Itapirapuã Paulista, Itararé, Nova Campina, Ribeira, Ribeirão Branco, Riversul e Taquarivaí, que possuem juntos 282.018 (Estimativa Populacional 2014) habitantes.

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

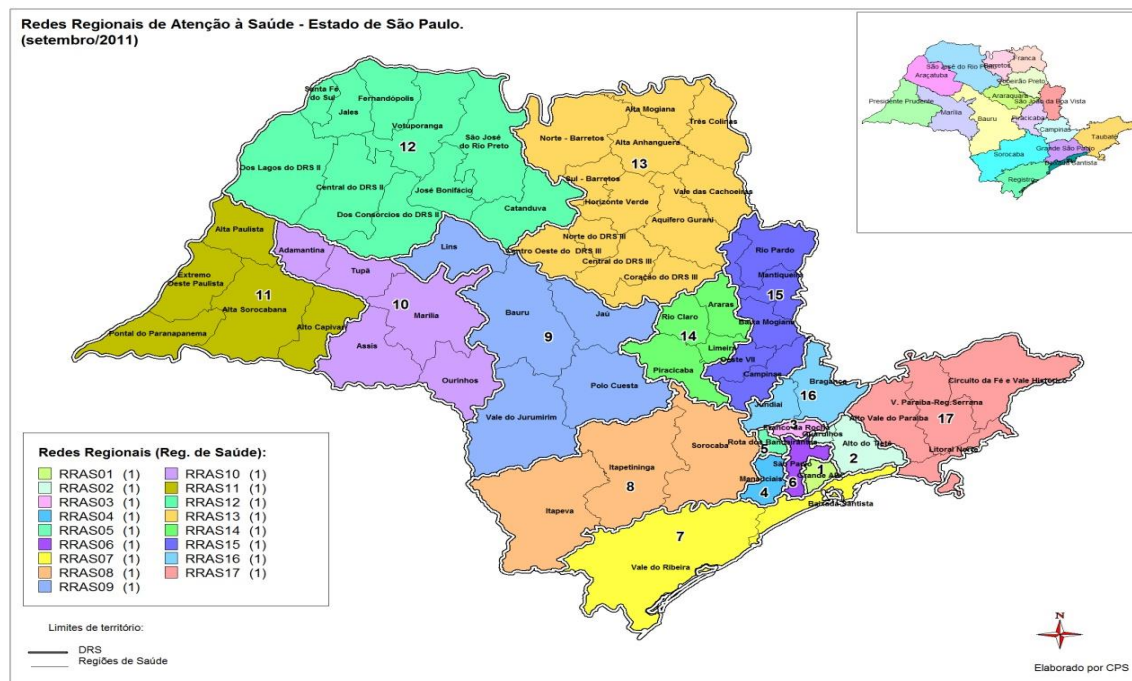


Figura 2 – Divisão geográfica da RRAS 08









Situa-se na em sua grande parte nas Serras do Mar e do Paranapiacaba e nas Bacias Hidrográfica do Alto do Paranapanema – UGRHI 14 (10 municípios) e do Ribeira de Iguape – UGRHI 11(05 municípios).

O clima predominante é do tipo tropical úmido, com geadas e temperaturas médias anuais variando de 25,7°C (máxima) e 16°C (mínima), com uma vegetação abundante de florestas e matas primárias, com relevo montanhoso, de muita movimentação.

A hidrografia é composta por diversos rios sendo o principal o Rio Ribeira de Iguape.

A economia é basicamente voltada ao agronegócio com a cultura de cereais (milho, feijão, soja e trigo) e olerícolas (tomate); produção florestal (eucalipto, pinus e resina).

Na pecuária destaca-se o gado de corte e de leite.

Possui principalmente pequenas e médias indústrias de manufaturados, roupas, móveis, alimentos e cerâmica.

Destacam-se na região a indústria extrativa tanto a extração de minerais não metálicos sendo relevante a extração de calcário (para fabricação de cimento e cal) e areia, e também a indústria de transformação de celulose, papel e outros produtos da madeira.

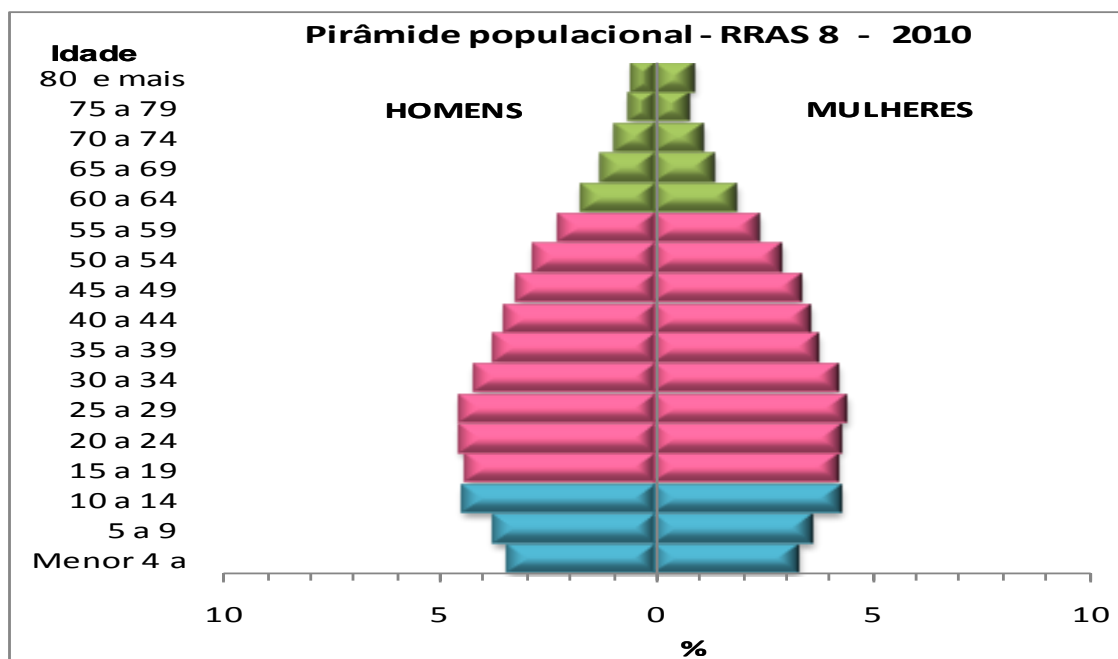
Vale ressaltar também a vocação da região para as atividades turísticas com as práticas do Ecoturismo, do Agro turismo e do turismo de aventuras.

## 5 – POPULAÇÃO

Região de Saúde	Nº Municípios	%	População	%
Sorocaba	20	41.7%	1.518.941	67,72
Itapeva	15	33.3%	272.676	12,16
Itapetininga	13	25.0%	451.399	20,12
<b>RRAS 08 Sorocaba</b>	<b>48</b>	<b>100.0%</b>	<b>2.243.016</b>	<b>100</b>

Fonte: Censo Populacional 2010 - IBGE/DATASUS

**Figura 4 – Pirâmide populacional RRAS 08, 2010**



Apresenta predomínio de homens nas faixas de 0 a 34 anos e predomínio de mulheres nas faixas etárias entre 35 anos e 80 e mais.



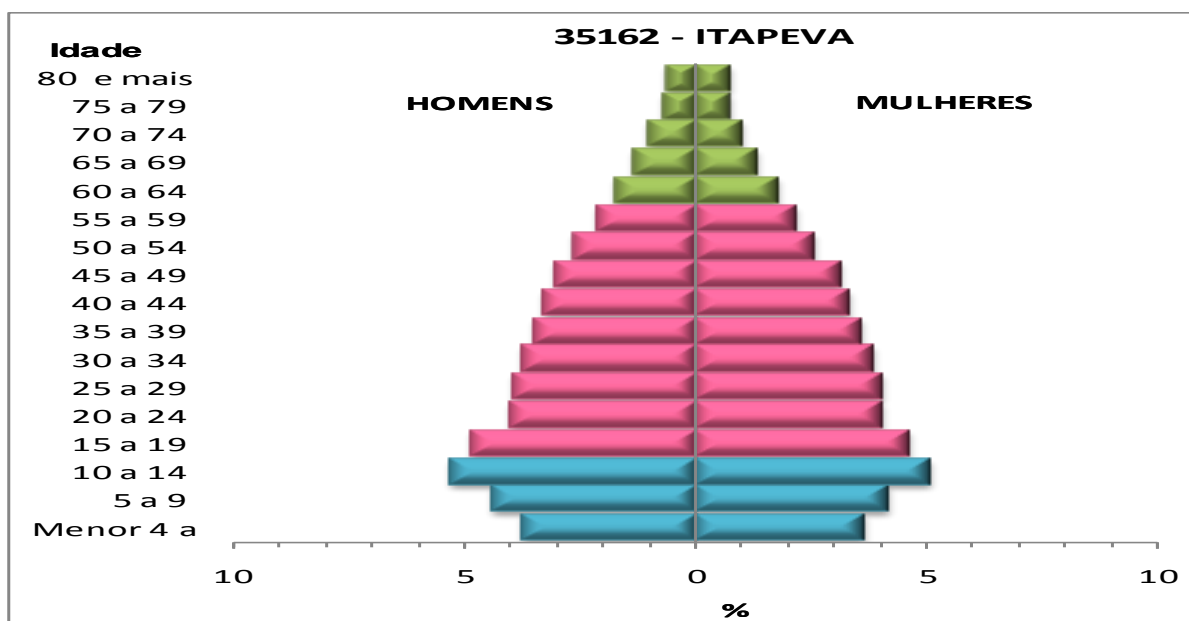
Destaca-se a tendência de inversão da pirâmide, observada para o país, com diminuição da natalidade e aumento da expectativa de vida especialmente para mulheres.

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.

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 4 anos	10.173	9.972	20.145
5 a 9 anos	12.032	11.383	23.415
10 a 14 anos	14.380	13.817	28.197
15 a 19 anos	13.311	12.727	26.038
20 a 24 anos	10.957	11.030	21.987
25 a 29 anos	10.790	10.965	21.755
30 a 34 anos	10.193	10.453	20.646
35 a 39 anos	9.577	9.885	19.462
40 a 44 anos	8.922	9.137	18.059
45 a 49 anos	8.296	8.580	16.876
50 a 54 anos	7.154	7.057	14.211
55 a 59 anos	5.851	5.937	11.788
60 a 64 anos	4.742	4.812	9.554
65 a 69 anos	3.620	3.623	7.243
70 a 74 anos	2.791	2.808	5.599
75 a 79 anos	1.891	2.016	3.907
80 anos e mais	1.717	2.077	3.794
<b>Total</b>	<b>136.397</b>	<b>136.279</b>	<b>272.676</b>

Fonte: Censo Populacional 2010 - IBGE/DATASUS

**Figura 5 – Pirâmide populacional, Região de saúde de Itapeva, 2010**



Apresenta predomínio de homens nas faixas de 0 a 19 anos e de mulheres nas faixas etárias entre 20 anos e 80 e mais.

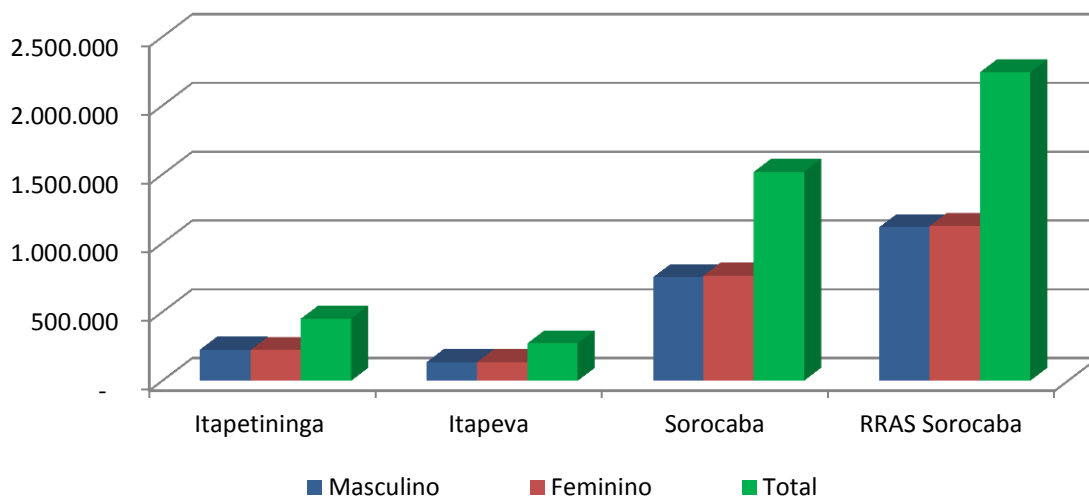


Há um predomínio nas faixas de 5 a 19 anos, com decréscimo a partir das faixas seguintes. Embora a pirâmide dessa região de saúde esteja se assemelhando às demais da RRAS 8, apresenta maior concentração de população abaixo de 20 anos e um estreitamento mais acentuado a partir dos 65 anos, especialmente no sexo masculino.

MUNICÍPIO	Masculina	%	Feminina	%	Total
Apiaí	12.577	50	12.614	50	25.191
Barra do Chapéu	2.770	53	2474	47	5.244
Bom Sucesso de Itararé	1816	51	1.755	49	3.571
Buri	9.501	51	9.062	49	18.563
Guapiara	9.153	51	8845	49	17.998
Itaberá	9.016	50	8.842	50	17.858
Itaóca	1.687	52	1.541	48	3.228
Itapeva	43.243	49	44.510	51	87.753
Itapirapuã Paulista	2.002	52	1878	48	3.880
Itararé	23.523	49	24.411	51	47.934
Nova Campina	4.345	51	4.170	49	8.515
Ribeira	1.743	52	1.615	48	3.358
Ribeirão Branco	9.396	51	8.873	49	18.269
Riversul	3.047	49	3.116	51	6.163
Taquarivaí	2.578	50	2.573	50	5.151

Fonte: IBGE 2010 / TabNet

**Figura 6: População por sexo RAAS 8 Sorocaba - 2010**



Fonte: IBGE 2010

Tabela 5 - Número de municípios por Departamento Regional de Saúde e Região de Saúde segundo faixas populacionais, RRAS 8, 2010.

DRS/ Região de Saúde	< 10.000 habitantes	10 a 49.000 habitantes	50 a 99.000 habitantes	100 a 499.000 habitantes	>500.000 habitantes	Total

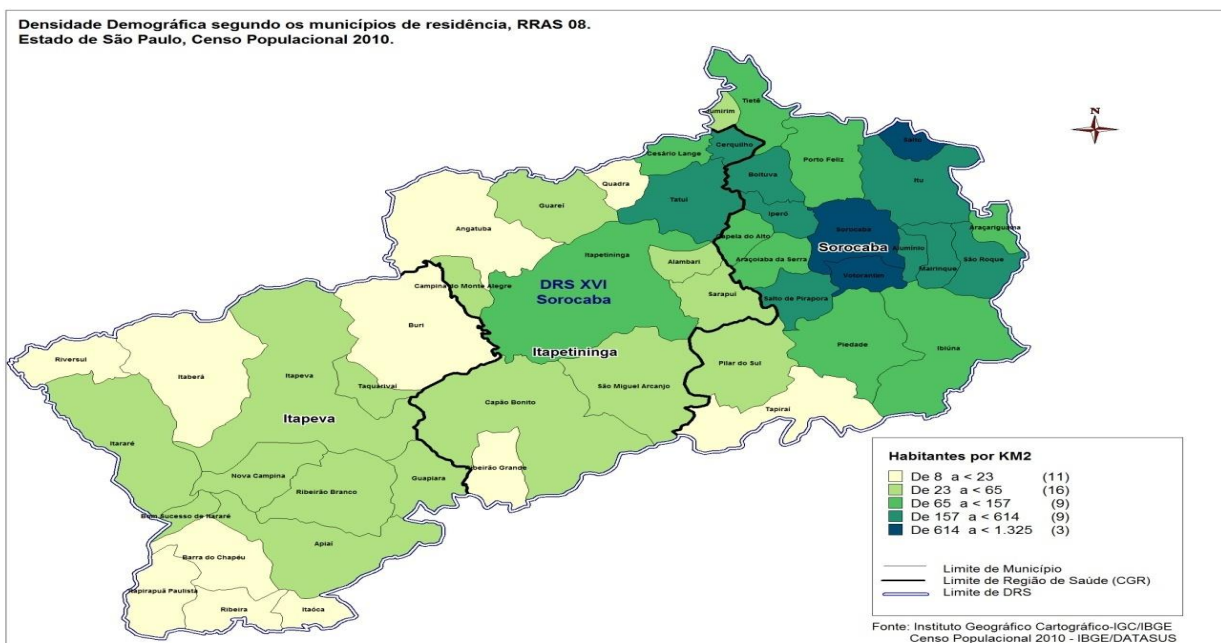


Sorocaba	02	11	03	03	01	20
Itapetininga	05	06	0	2	0	13
Itapeva	08	06	01	0	0	15
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>04</b>	<b>05</b>	<b>01</b>	<b>48</b>

FONTE: IBGE 2010

## 6- DEMOGRAFIA E CONDIÇÕES DE VIDA

Figura 7 - Densidade demográfica (hab/km<sup>2</sup>) por município. RRAS 08, 2010

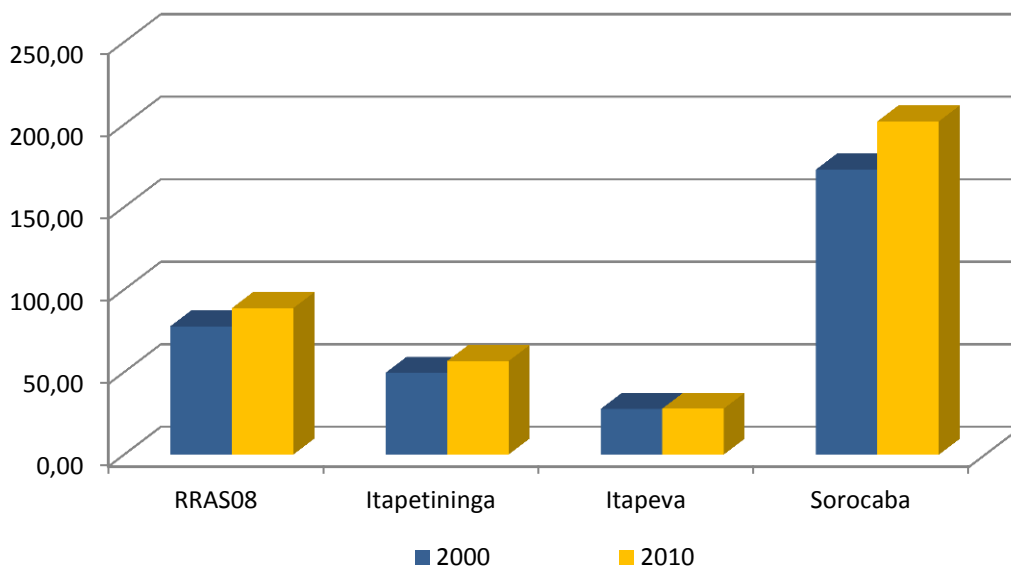


Fonte: IBGE 2010

RS ITAPEVA	
Municípios	hab/km <sup>2</sup>
Apiáí	25,85
Barra do Chapéu	12,93
Bom Sucesso de Itararé	26,73
Buri	15,52
Guapiara	44,08
Itaberá	16,50
Itaóca	17,64
Itapeva	48,05
Itapirapuã Paulista	9,55
Itararé	47,76
Nova Campina	22,10
Ribeira	10,00
Ribeirão Branco	26,19
Riversul	15,96
Taquarivaí	22,22

FONTE: IBGE 2010

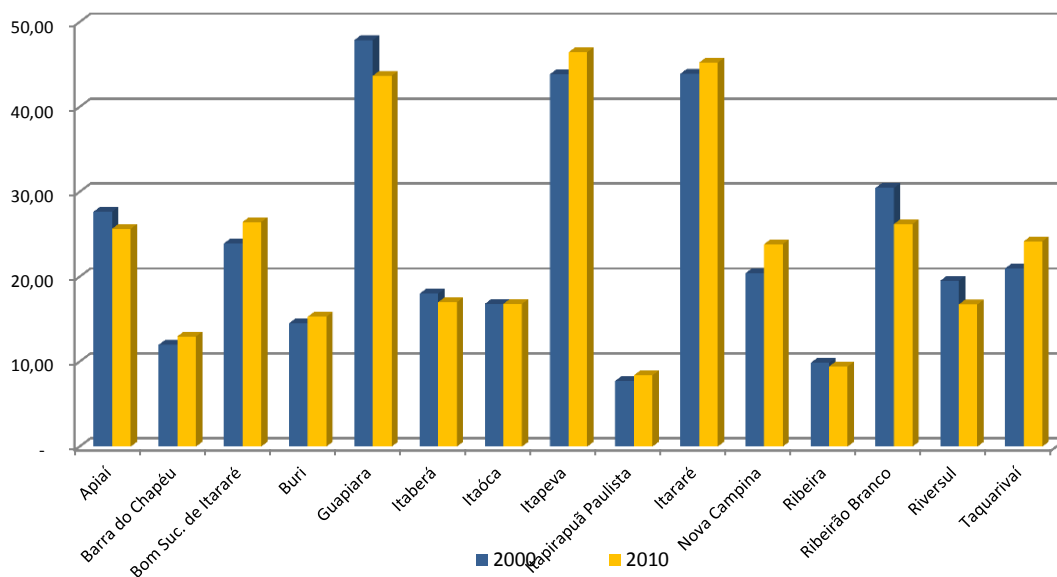
Figura-8 Gráfico DENSIDADE DEMOGRAFICA, 2000- 2010



Fonte: IBGE

Houve crescimento da densidade populacional nas regiões de Itapetininga e de Sorocaba (acentuado), e a região de Itapeva não apresentou alteração.

Figura 9 - Densidade demográfica Região de Itapeva 2000 e 2010



Fonte: IBGE



**Tabela: 8 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: 9 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

## ÍNDICE PAULISTA DE RESPONSABILIDADE SOCIAL

**Tabela 10: IPRS da Região de Saúde de Itapeva, 2010**

MUNICÍPIO	IPRS	Riqueza	Longevidade	Escolaridade
Apiáí	5	25	63	45
Barra do Chapéu	3	12	67	52
Bom Sucesso de Itararé	5	29	43	37
Buri	5	30	59	41
Guapiara	5	20	60	39
Itaberá	4	31	62	50
Itaóca	4	18	54	50
Itapeva	4	31	59	53
Itapirapuã Paulista	5	15	62	34
Itararé	4	28	69	42
Nova Campina	5	34	55	45
Ribeira	5	18	51	44
Ribeirão Branco	5	18	55	39
Riversul	5	20	39	48
Taquarivaí	5	32	49	44

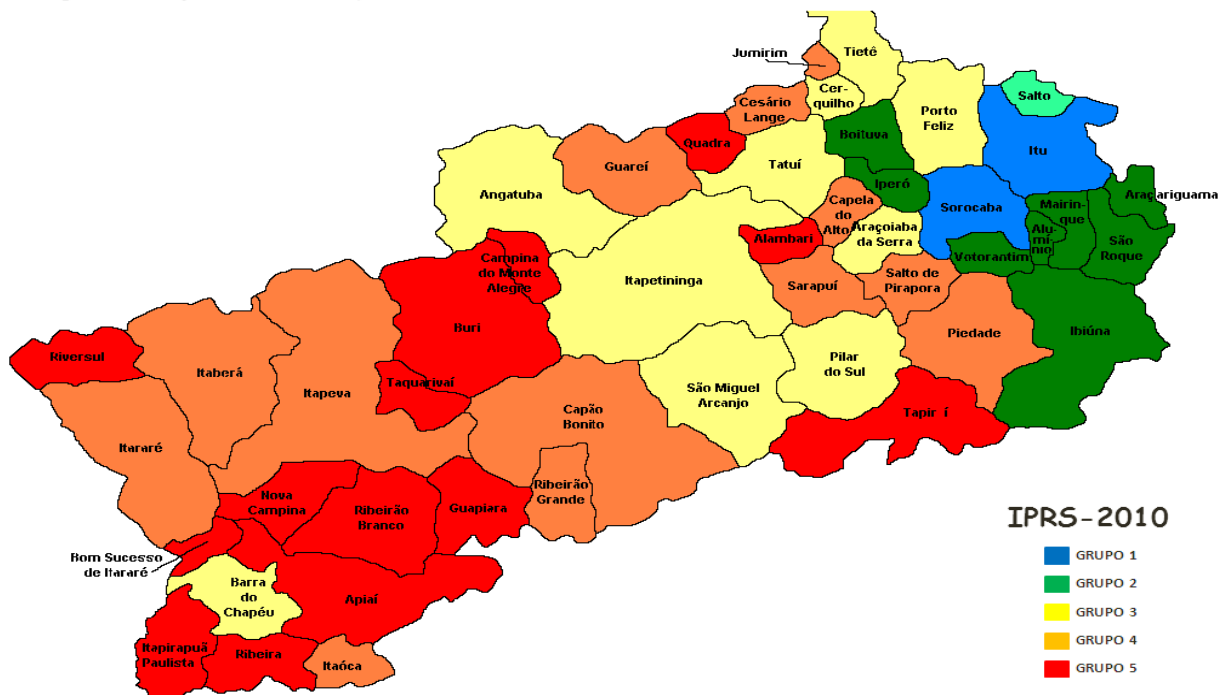
Fonte: Fundação SEADE/ Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo 2010



Itapirapuã Paulista da região de **Itapeva**; Cesário Lange e Cerquillo 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.

**Figura 11: Distribuição dos municípios segundo IPRS, RRAS 08, 2010**

Distribuição dos municípios segundo classificação do Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS, 2010.  
 Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 08, Estado de São Paulo



Observa-se que 65% dos municípios encontram-se nos Grupos 4 e 5 (12 e 19 municípios, respectivamente), correspondendo a localidades com as piores situações de riqueza, longevidade e escolaridade. Todas as Regiões de Saúde possuem municípios nos Grupos 4 e 5, mas a de Itapeva é a que concentra o maior número (14 municípios) e a de Sorocaba, o menor (quatro municípios)

**INDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO - IDH**

**TABELA 11 da Região de Saúde de Itapeva, 2010**

Municípios	IDH 2010	IDH-RENDA	IDH-LONGEVIDADE	IDH-EDUCAÇÃO
Apiaí	0,710	0,662	0,835	0,647
Barra do Chapéu	0,660	0,617	0,779	0,599
Bom Sucesso de Itararé	0,660	0,605	0,775	0,613
Buri	0,667	0,642	0,799	0,578
Guapiara	0,675	0,634	0,806	0,602
Itaberá	0,693	0,652	0,803	0,636
Itaóca	0,680	0,627	0,787	0,637
Itapeva	0,732	0,702	0,803	0,697
Itapirapuã Paulista	0,661	0,595	0,816	0,594
Itararé	0,703	0,668	0,803	0,649
Nova Campina	0,651	0,598	0,799	0,577
Ribeira	0,698	0,635	0,797	0,673



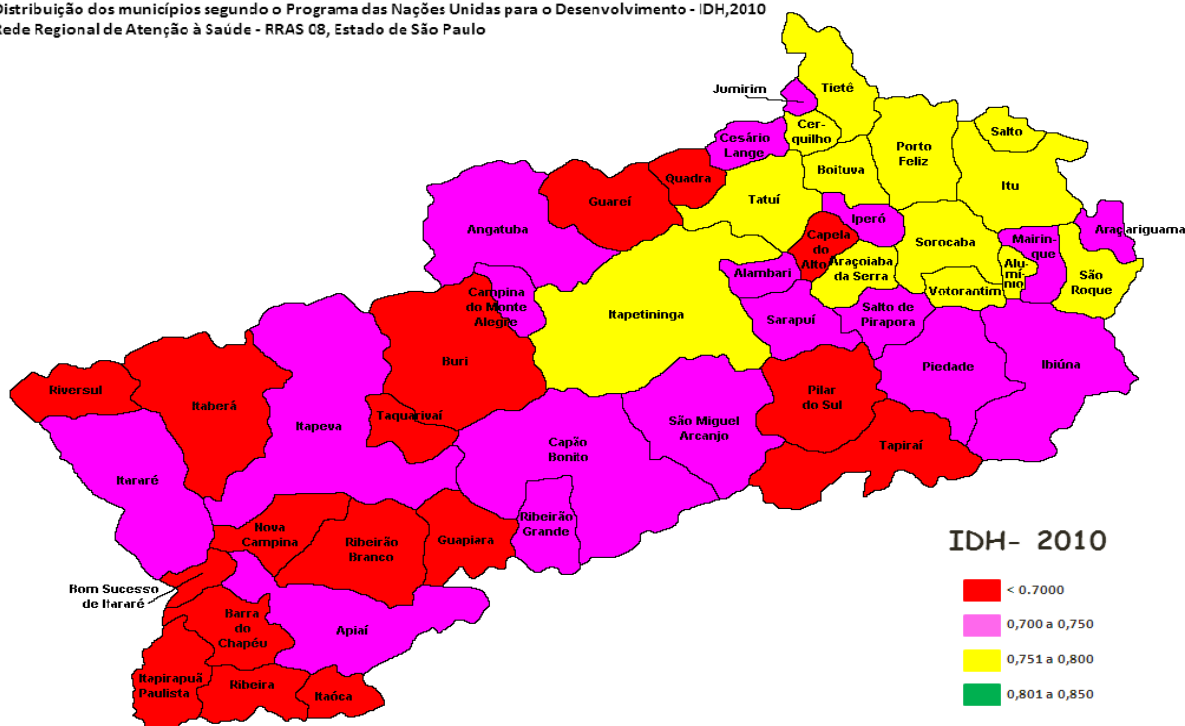


Ribeirão Branco	0,639	0,592	0,797	0,553
Riversul	0,664	0,634	0,799	0,577
Taquarivaí	0,679	0,617	0,811	0,626

FONTES: PNUD 2010

**Figura 12: Distribuição dos municípios segundo IDH, RRAS 08, 2010**

Distribuição dos municípios segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - IDH, 2010  
 Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 08, Estado de São Paulo



**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 Araçariçuama 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, Araçariçuama, Boitua e Itu da região de Sorocaba e Cerquilho da região de Itapetininga.

**Figura 13: Produto e Renda PIB (em milhões de reais correntes) 2000 e 2009**

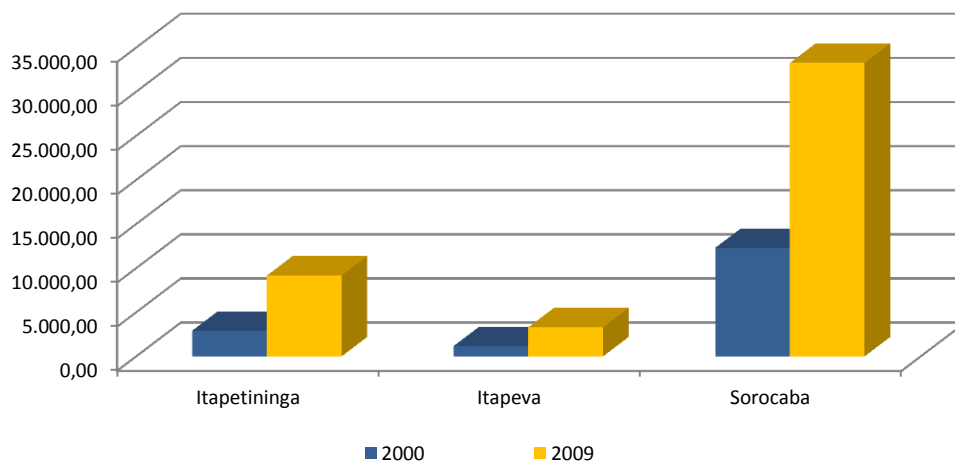


Figura 14: Produto e renda PIB per capita ( em Reais) 2000 -2009, RRAS 8

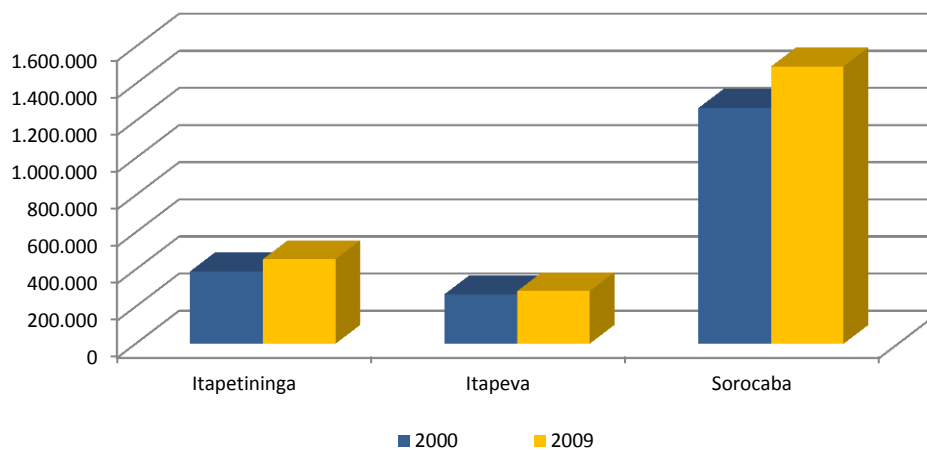




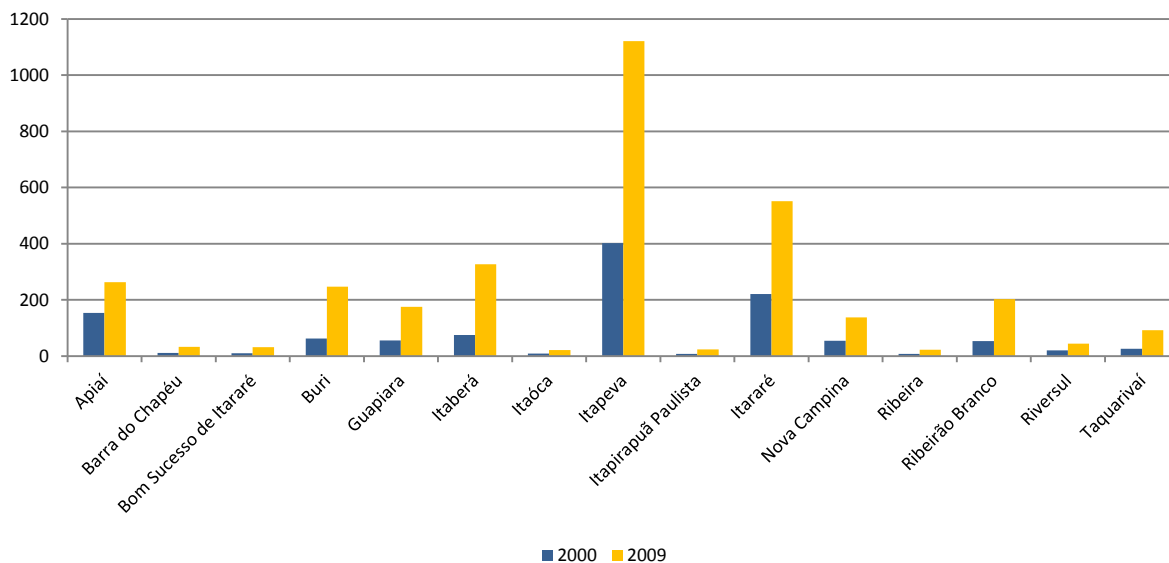
Tabela: 12 Produto e Renda - PIB (Em milhões de reais correntes) 2009 Região de saúde de Itapeva

Produto Interno Bruto a preços correntes e Produto Interno Bruto <i>per capita</i> segundo as Grandes Regiões, as Unidades da Federação e os Municípios - 2006-2010						
Grandes Regiões, Unidades da Federação e Municípios	Produto Interno Bruto					<i>Per capita</i> (R\$) 2010 (1)
	A preços correntes (1 000 R\$)					
	2006	2007	2008	2009	2010 (1)	
<b>Brasil</b>	<b>2 369 483 546</b>	<b>2 661 344 525</b>	<b>3 032 203 490</b>	<b>3 239 404 053</b>	<b>3 770 084 872</b>	<b>19 766,33</b>
<b>Sudeste</b>	<b>1 345 513 264</b>	<b>1 501 184 922</b>	<b>1 698 588 226</b>	<b>1 792 049 385</b>	<b>2 088 221 460</b>	<b>25 987,86</b>
<b>São Paulo</b>	<b>802 654 614</b>	<b>902 784 268</b>	<b>1 003 015 191</b>	<b>1 084 353 490</b>	<b>1 247 595 927</b>	<b>30 243,17</b>
<b>Apiaí</b>	<b>175 443</b>	<b>212 738</b>	<b>215 984</b>	<b>263 327</b>	<b>309 722</b>	<b>12 292,52</b>
<b>Barra do Chapéu</b>	<b>20 964</b>	<b>30 189</b>	<b>32 158</b>	<b>33 207</b>	<b>38 249</b>	<b>7 304,94</b>
<b>Bom Sucesso de Itararé</b>	<b>21 470</b>	<b>25 053</b>	<b>28 663</b>	<b>31 962</b>	<b>30 379</b>	<b>8 507,19</b>
<b>Buri</b>	<b>136 700</b>	<b>199 664</b>	<b>205 462</b>	<b>246 500</b>	<b>296 254</b>	<b>15 956,81</b>
<b>Guapiara</b>	<b>116 871</b>	<b>141 679</b>	<b>146 133</b>	<b>175 731</b>	<b>167 240</b>	<b>9 297,29</b>
<b>Itaberá</b>	<b>155 270</b>	<b>209 766</b>	<b>307 968</b>	<b>327 069</b>	<b>306 867</b>	<b>17 180,81</b>
<b>Itaóca</b>	<b>13 699</b>	<b>16 112</b>	<b>18 351</b>	<b>21 154</b>	<b>23 421</b>	<b>7 255,61</b>
<b>Itapeva</b>	<b>788 040</b>	<b>947 146</b>	<b>1 055 951</b>	<b>1 120 766</b>	<b>1 214 679</b>	<b>13 840,14</b>
<b>Itapirapuã Paulista</b>	<b>15 761</b>	<b>19 047</b>	<b>21 846</b>	<b>23 267</b>	<b>26 498</b>	<b>6 822,36</b>
<b>Itararé</b>	<b>456 864</b>	<b>486 714</b>	<b>522 333</b>	<b>550 914</b>	<b>589 272</b>	<b>12 292,12</b>
<b>Nova Campina</b>	<b>102 043</b>	<b>113 637</b>	<b>123 726</b>	<b>137 264</b>	<b>139 717</b>	<b>16 408,39</b>
<b>Ribeira</b>	<b>13 476</b>	<b>15 777</b>	<b>19 795</b>	<b>22 336</b>	<b>23 836</b>	<b>7 098,27</b>
<b>Ribeirão Branco</b>	<b>104 305</b>	<b>126 684</b>	<b>157 725</b>	<b>203 105</b>	<b>157 543</b>	<b>8 622,11</b>
<b>Riversul</b>	<b>31 535</b>	<b>36 300</b>	<b>40 763</b>	<b>43 664</b>	<b>47 874</b>	<b>7 765,46</b>
<b>Taquarivaí</b>	<b>71 088</b>	<b>73 067</b>	<b>82 533</b>	<b>92 255</b>	<b>99 772</b>	<b>19 376,96</b>

Fonte: IBGE 2010



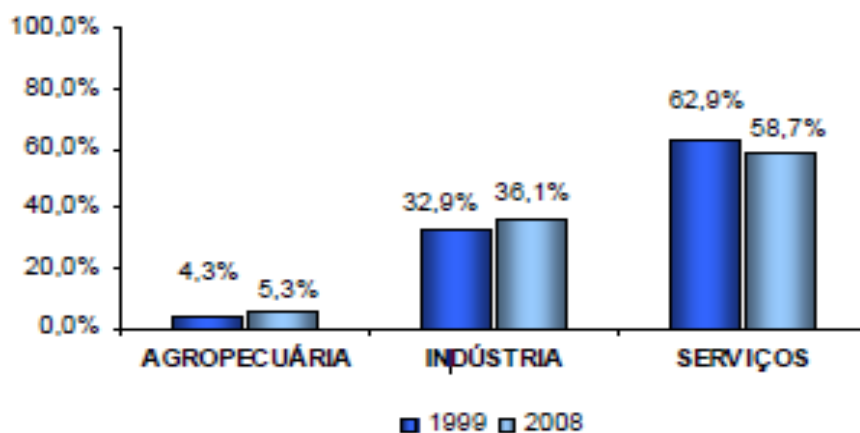
Figura 15: Produto e Renda - PIB (Em milhões de reais correntes) 2009 Região de Saúde Itapeva



Fonte: IBGE

Entre as Regiões de Saúde da RRS 08, a Região de **Itapeva**, com 15 municípios, apresentou o menor PIB: R\$ 3.292,38 milhões e também o menor PIB *per capita* (R\$ 11.613,54), enquanto que a Região de Sorocaba, com 20 municípios, teve tanto o maior PIB (R\$33.253,53 milhões) como o maior PIB *per capita* (22.264,60)

Figura 16: COMPOSIÇÃO SETORIAL DO PIB – RRS 08



Fonte: Fundação SEADE; IBGE.

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 RRS 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

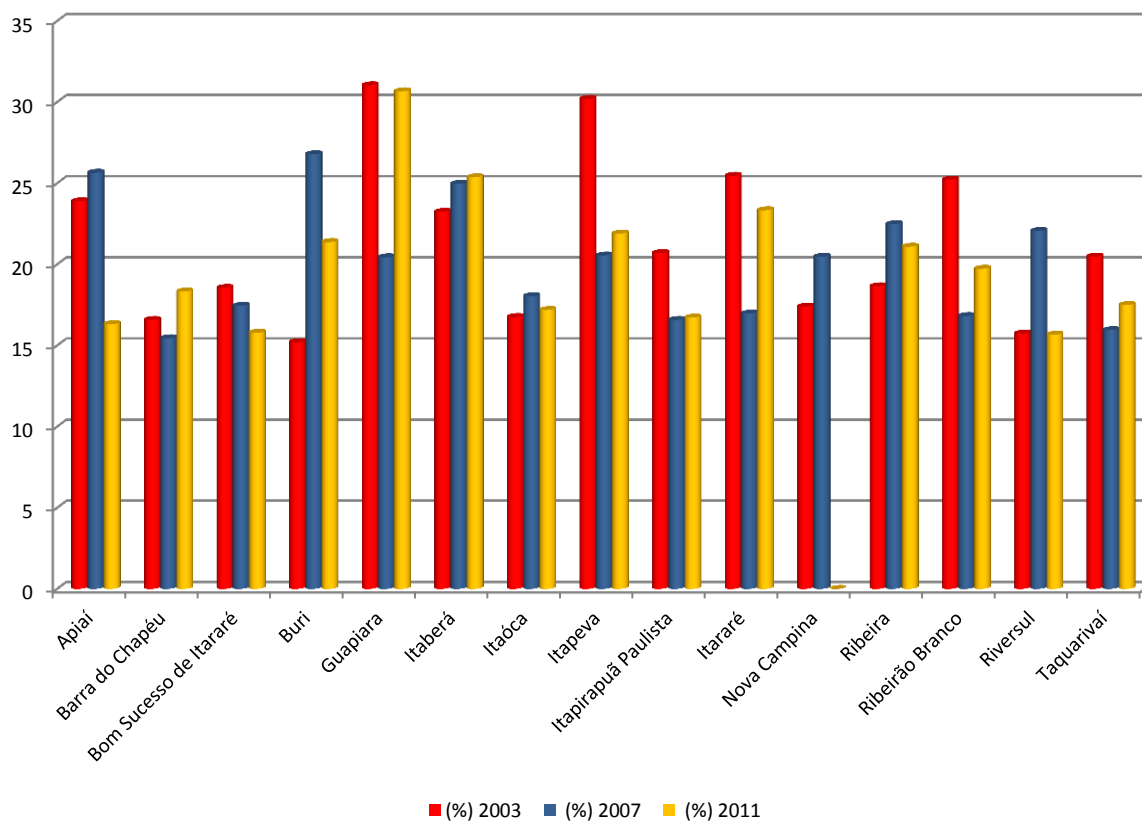
**Tabela 13: Participação da Receita Própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000, Região de Itapeva.**

MUNICÍPIO	(%) 2003	(%) 2004	(%) 2005	(%) 2006	(%) 2007	(%) 2008	(%) 2009	(%) 2010	(%) 2011	(%) 2012
Apiáí	23,89	20,21	23,81	25,56	25,65	16,51	18,56	19,24	16,32	26,13
Barra do Chapéu	16,58	14,44	16,56	21,60	15,45	15,19	19,12	15,52	18,33	19,40
Bom Sucesso de Itararé	18,55	17,31	16,74	15,03	17,45	20,55	18,23	19,36	15,79	15,82
Buri	15,21	18,19	19,32	22,04	26,79	34,05	18,64	21,66	21,38	22,04
Guapiara	31,04	28,87	36,85	35,86	20,44	22,72	30,17	32,50	30,67	32,22
Itaberá	23,24	18,96	24,37	27,41	24,97	25,79	26,97	26,51	25,37	28,63
Itaóca	16,76	16,01	19,00	18,21	18,04	16,55	18,40	19,18	17,19	24,10
Itapeva	30,20	18,76	18,59	20,32	20,55	21,58	20,51	19,76	21,90	24,60
Itapirapuã Paulista	20,70	18,60	17,14	17,86	16,58	15,06	17,22	15,22	16,72	25,64
Itararé	25,46	18,05	22,51	24,63	16,97	20,47	21,40	21,77	23,34	30,26
Nova Campina	17,40	21,35	14,24	16,33	20,47	19,03	21,09	20,18	21,29	24,61
Ribeira	18,65	18,48	16,74	17,49	22,48	21,07	22,70	22,83	21,09	20,62
Ribeirão Branco	25,22	17,14	15,06	15,37	16,82	15,14	19,19	23,15	19,73	26,50
Riversul	15,74	15,35	17,85	22,83	22,06	21,19	23,30	20,85	15,67	21,76
Taquarivaí	20,48	11,06	22,54	18,80	15,95	20,27	20,27	18,11	17,50	18,55

Fonte: SIOPS, 2013.

\* NI - Municípios que não informaram o SIOPS.

**Figura 17: Participações da Receita Própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000, Região de Saúde de Itapeva, RRS 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.

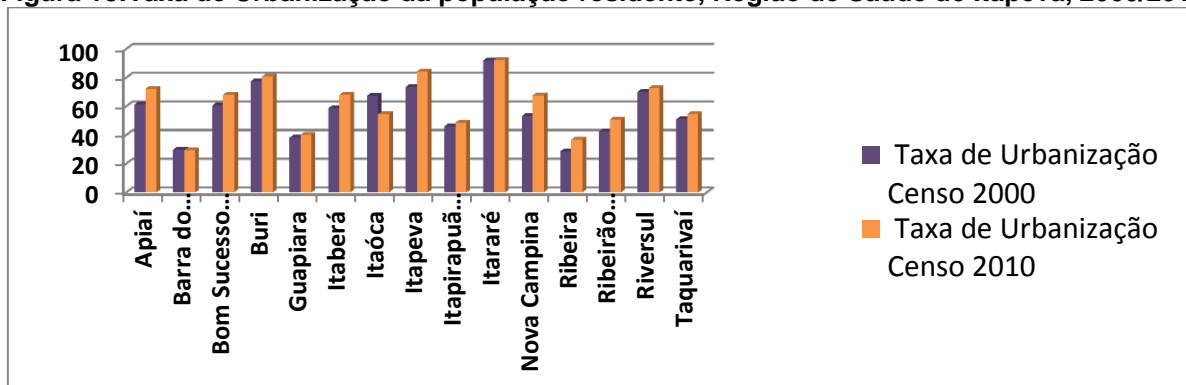
## 7- INFRAESTRUTURA URBANA E VIÁRIA – RRAS 8

**Tabela 14: Taxa de Urbanização da população residente, Região de Saúde de Itapeva, 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
Apiáí	16.648	18.218	27.162	25.191	61,29	72,32
Barra do Chapéu	1.448	1.544	4.846	5.244	29,88	29,44
Bom Sucesso de Itararé	1.954	2.430	3.231	3.571	60,48	68,05
Buri	13.656	14.992	17.629	18.563	77,46	80,76
Guapiara	7.539	7.233	19.726	17.998	38,22	40,19
Itaberá	11.100	12.139	18.911	17.858	58,70	67,98
Itaoca	2.174	1.760	3.226	3.228	67,39	54,52
Itapeva	60.954	73.956	82.866	87.753	73,56	84,28
Itapirapuã Paulista	1.652	1.892	3.577	3.880	46,18	48,76
Itararé	42.806	44.270	46.554	47.934	91,95	92,36
Nova Campina	3.878	5.762	7.295	8.515	53,16	67,67
Ribeira	1.006	1.236	3.507	3.358	28,69	36,81
Ribeirão Branco	8.985	9.293	21.231	18.269	42,32	50,87
Riversul	5.042	4.492	7.192	6.163	70,11	72,89
Taquarivaí	2.282	2.811	4.473	5.151	51,02	54,57

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

**Figura 18: Taxa de Urbanização da população residente, Região de Saúde de Itapeva, 2000/2010**



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

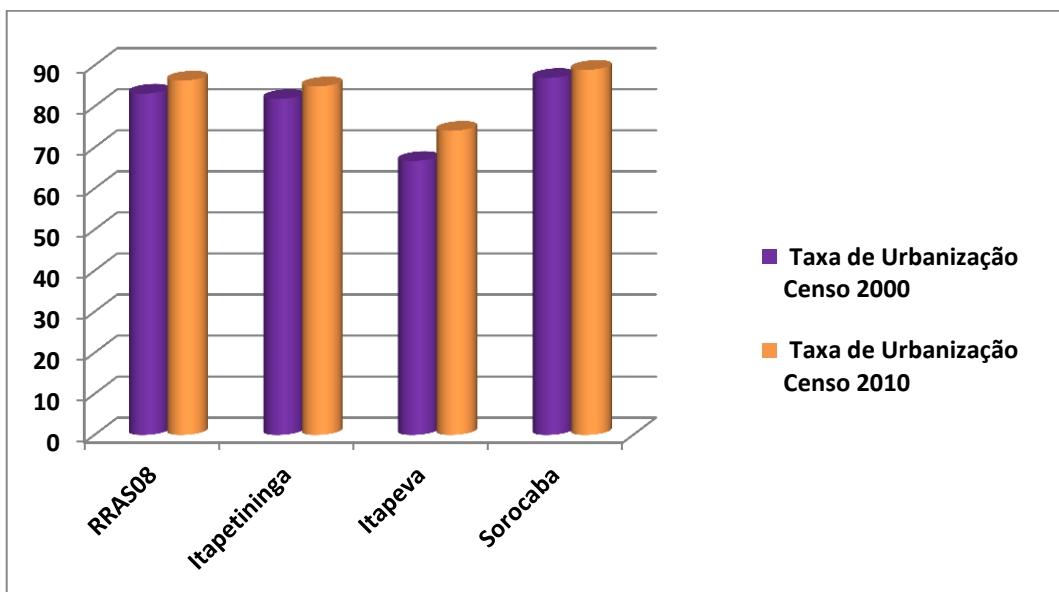


**Tabela 15: Percentual de Urbanização segundo, Região de Saúde. RRAS 08,2000- 2010**

Local	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
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

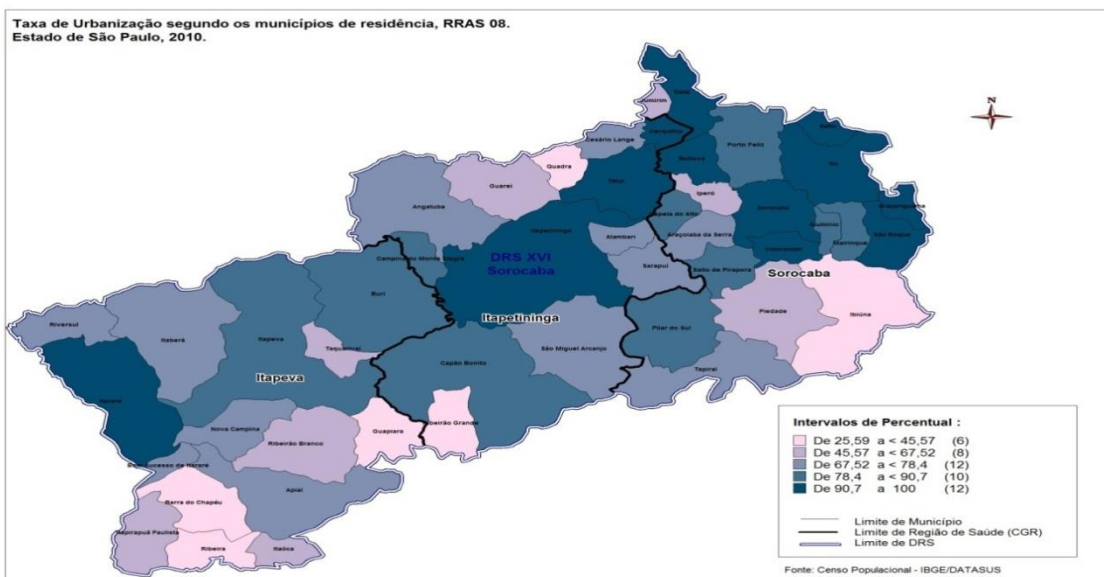
**Figura 19: Percentual de Urbanização segundo, Região de Saúde. RRAS 08,2000- 2010**



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

**MAPA DE URBANIZAÇÃO DA RRAS 8**

**Figura 20: Percentual de urbanização por município. RRAS 08, 2010**



Fonte: IBGE Censo 2010





## COMENTARIOS

A maior concentração urbana na RAAS 8, ocorre na Região de Saúde de Sorocaba.

Destacam-se:

Na Região de Saúde de Sorocaba, Araçariguama, Salto e Sorocaba com mais de 95% de taxa de urbanização e os municípios de Alumínio, Iperó e Mairinque com diminuição das taxas em comparação ao ano de 2000.

Importante constatar que o município de Araçariguama aumentou a taxa em aproximadamente 45% em comparação ao ano de 2000.

Os Municípios de Piedade e Ibiúna possuem as menores taxas de urbanização, abaixo de 50%.

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.

Na Região de Saúde de **Itapeva** encontramos os menores índices de urbanização sendo destaque, Itararé com taxa acima de 92% e Barra do Chapéu com taxa abaixo de 30% de urbanização, ocorrendo diminuição da taxa de urbanização em comparação a 2000 nos municípios de Barra do Chapéu e Itaoca.

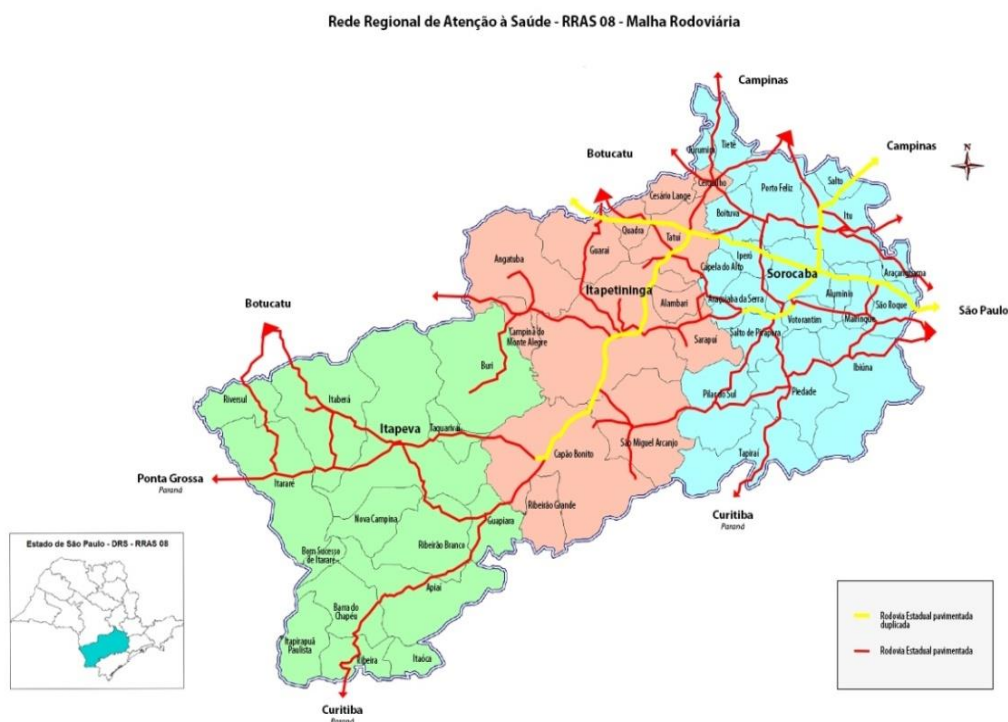
A Aglomeração Urbana de Sorocaba (AUS) é formada pelos municípios de Salto, Itu, São Roque, Alumínio, Votorantim, Mairinque, Salto de Pirapora, Iperó, além de Sorocaba e Piedade. Juntos, abrigam uma população de cerca de 1 milhão de habitantes. Há duas particularidades a serem destacadas na AUS:

1) Votorantim ter sido desmembrado de Sorocaba quando já se encontrava com pontos de conurbação e intensa integração de funções; segundo, por sua proximidade da RMSP e das excelentes vias de transporte representadas pela Castelo Branco e Raposo Tavares.

2) A facilidade com que as pessoas acessavam a RMSP e as excelentes vias de transporte representadas pela Castelo Branco e Raposo Tavares, inibiu ou não incentivou o surgimento de segmentos de setores mais complexos de serviços em Sorocaba.

## MEIOS DE COMUNICAÇÃO VIÁRIA NA REGIÃO

Figura 21: 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.

Contrastes entre as regiões de saúde estão presentes nesse quesito. 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.

**Tabela: 16 Distâncias em km dos municípios da Região de Itapeva para os municípios de Itapeva e Sorocaba**

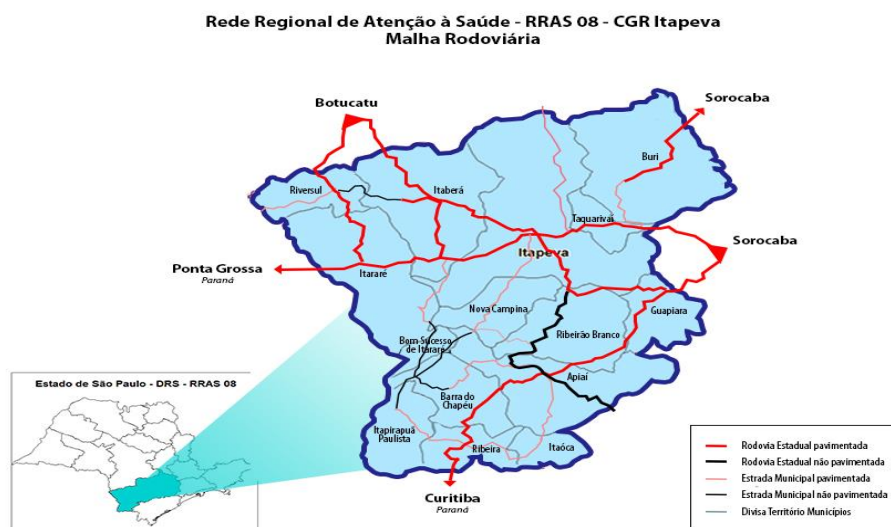
Município	Distancia Itapeva (km)	Distância Sorocaba (km)
Apiaí	120	250
Barra do Chapéu	100	270
Bom Sucesso de Itararé	63	260
Buri	49	180
Guapiara	65	190
Itaberá	35	247
Itaoca	110	260
Itapeva	0	205
Itapirapuã Paulista	130	320
Itararé	60	270
Nova Campina	20	230
Ribeira	120	275
Ribeirão Branco	35	250
Riversul	120	280
Taquarivaí	20	180

Fonte: DER. SP.

Na Região de Saúde de Itapeva não existem rodovias com pistas duplas e a maioria das estradas possui desenho sinuoso, frequentemente “esburacadas”, algumas ainda sem pavimentação e em péssimo estado de conservação, dificultando o acesso aos centros de referências, principalmente nos períodos chuvosos.



Figura 22: Mapa das estradas da Região de Saúde de Itapeva.



## 8 – ASPÉCTOS EPIDEMIOLÓGICOS

### ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO DA RRAS 8

Tabela 17: Índice de Envelhecimento da Região de Saúde de Itapeva, por município de residência, 2010.

MUNICÍPIO	População > 65 anos 2010	População < 15 anos 2010	Índice de envelhecimento 2010
Apiaí	1.903	6.744	28,22
Barra do Chapéu	437	1.460	29,93
Bom Sucesso de Itararé	195	1.082	18,02
Buri	1.320	5.246	25,16
Guapiara	1.581	4.703	33,62
Itaberá	1.520	4.337	35,05
Itaóca	380	849	44,76
Itapeva	6.099	22.532	27,07
Itaipirapuã Paulista	280	1.183	23,67
Itararé	3.897	11.817	32,98
Nova Campina	434	2.567	16,91
Ribeira	370	866	42,73
Ribeirão Branco	1.133	5.429	20,87
Riversul	716	1.465	48,87
Taquarivaí	278	1.477	18,82

Fonte: Censo e Estimativa Populacional/IBGE



Figura 23: Índice de Envelhecimento da Região de Saúde de Itapeva, por município de residência, 2010.

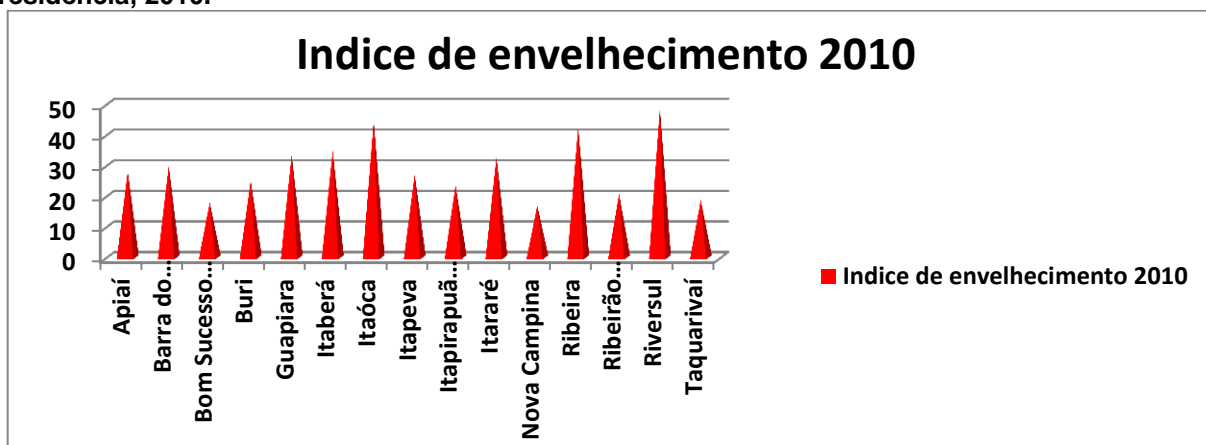


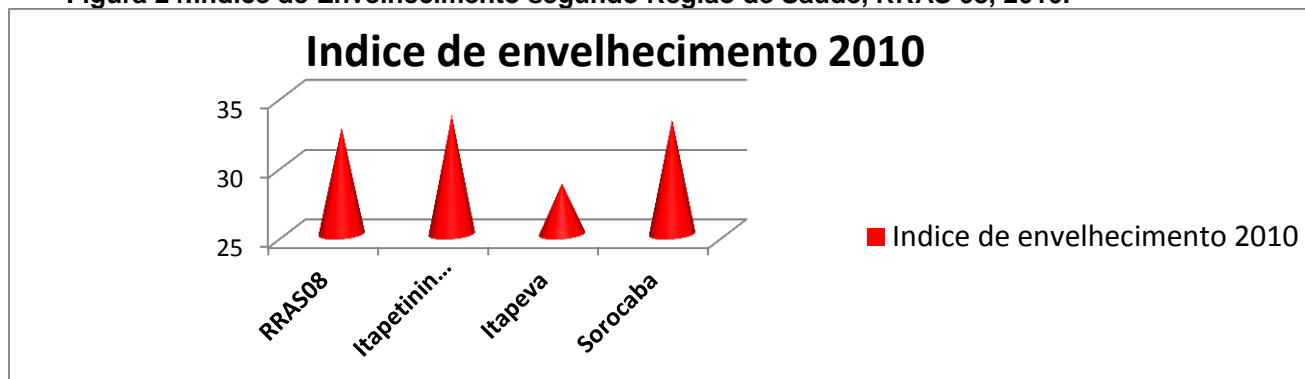
Tabela 18: Índice de Envelhecimento segundo Região de Saúde, RRAS 08, 2010.

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



Fonte: IBGE – Censo 2010

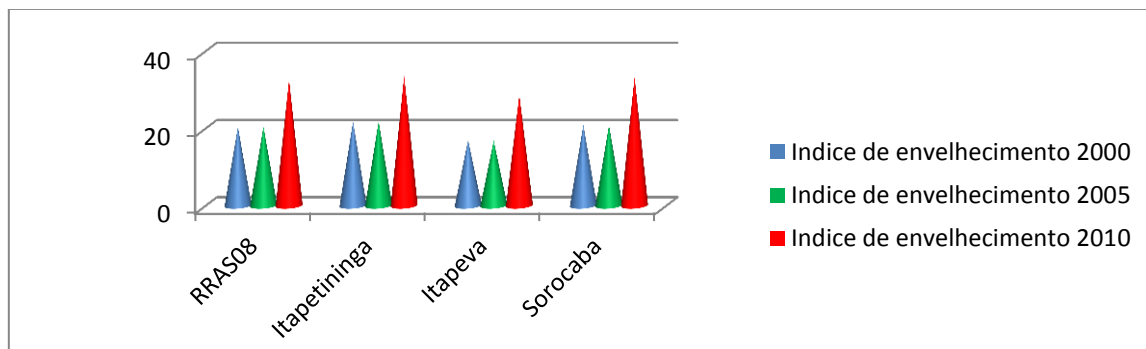
Tabela 19: Índice de Envelhecimento segundo município de residência, por Região de Saúde, 2004 a 2010.

Local	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
RRAS08	20,42	20,42	20,43	26,35	27,36	28,40	32,65
Itapetininga	21,81	21,83	21,84	28,15	29,26	30,38	33,54
Itapeva	16,88	16,83	16,81	22,53	23,77	24,74	28,63
Sorocaba	20,82	20,82	20,81	26,67	27,58	28,60	33,23

Fonte: Censo Estimativa Populacional/IBGE



**Figura 25 Índice de Envelhecimento segundo município de residência, por Região de Saúde, 2000 /2005/2010.**



Fonte: Censo e Estimativa Populacional/IBGE

### COMENTÁRIOS

Os maiores índices de envelhecimento da RAAS 8 estão na Região de Saúde de Itapetininga. Destacam-se na Região de Saúde de Sorocaba, Tiete que possui o maior índice e Araçariguama com o menor índice de envelhecimento da região.

Na Região de Saúde de Itapetininga destacam-se Quadra com o maior índice da região e Capão Bonito com o menor índice de envelhecimento.

Na Região de Saúde de **Itapeva**, nos municípios de Riversul e Nova Campina, respectivamente, concentram-se os maiores e os menores índices de envelhecimento na própria região e no total da RAAS 8.

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.

### TAXAS DE NATALIDADE

**Tabela 20: Taxa de natalidade, Região de Saúde de Itapeva, 2010**

MUNICÍPIO	NASCIDOS VIVOS 2010	POPULAÇÃO 2010	TAXA DE NATALIDADE 2010
Apiáí	340	25.191	13,50
Barra do Chapéu	72	5.244	13,73
Bom Sucesso de Itararé	57	3.571	15,96
Buri	352	18.563	18,96
Guapiara	280	17.998	15,56
Itaberá	244	17.858	13,66
Itaóca	35	3.228	10,84
Itapeva	1.369	87.753	15,60
Itapirapuã Paulista	46	3.880	11,86
Itararé	626	47.934	13,06
Nova Campina	112	8.515	13,15
Ribeira	43	3.358	12,81
Ribeirão Branco	262	18.269	14,34
Riversul	88	6.163	14,28
Taquarivaí	74	5.151	14,37

Fonte: SEADE, 2010 e população IBGE



Figura 26: Natalidade, Região de Saúde de Itapeva, 2010

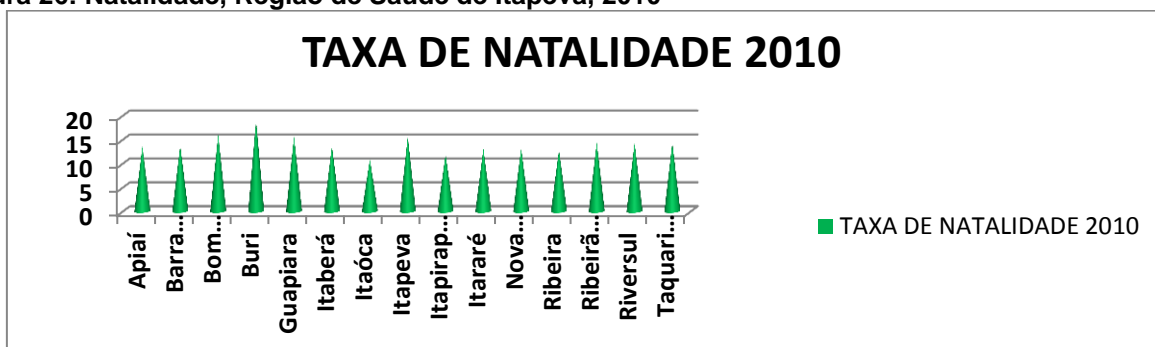
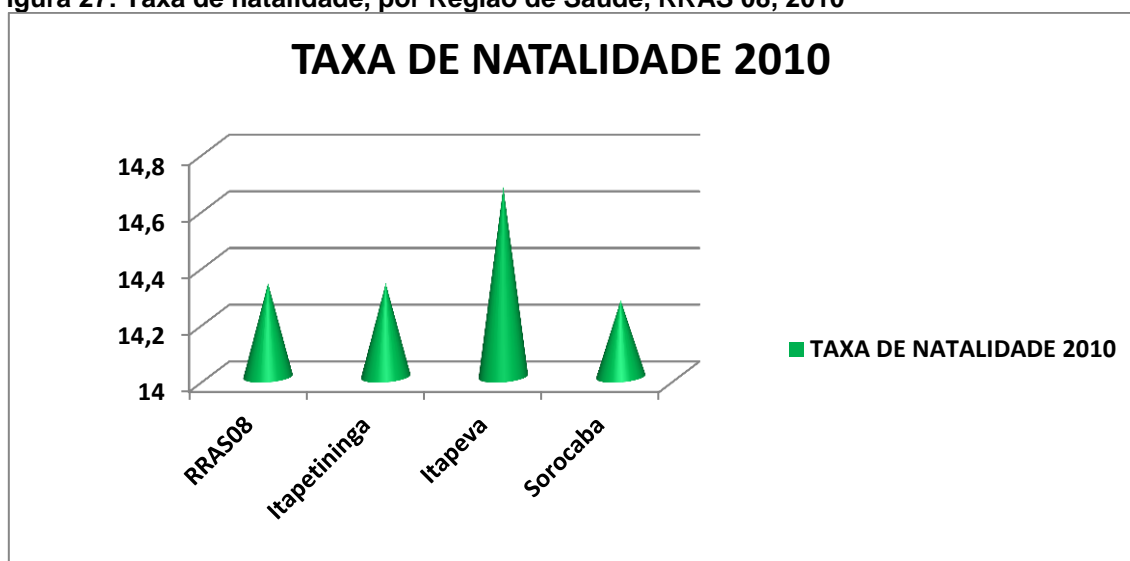


Tabela 21: Taxa de natalidade, por Região de Saúde, RRAS 08, 2010

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 27: Taxa de natalidade, por Região de Saúde, RRAS 08, 2010



Fonte: SEADE, 2010 população IBGE – Censo 2010

### Comentários

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

Destacam-se na Região de Itapetininga o município de Quadra com o menor índice e Capão Bonito com o maior índice de natalidade.

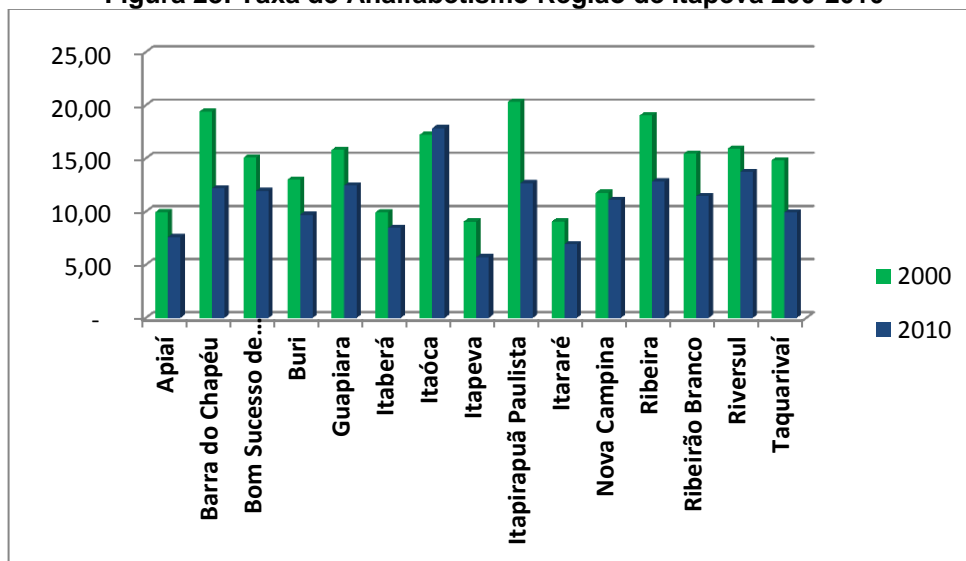
Na Região de Saúde de **Itapeva** destacam-se Itaóca com o menor índice e Itapeva com o maior índice de natalidade.

Na Região de Sorocaba o município de Jumirim apresenta o menor índice e Araçariгуama o maior índice de natalidade.



## TAXA DE ANALFABETISMO

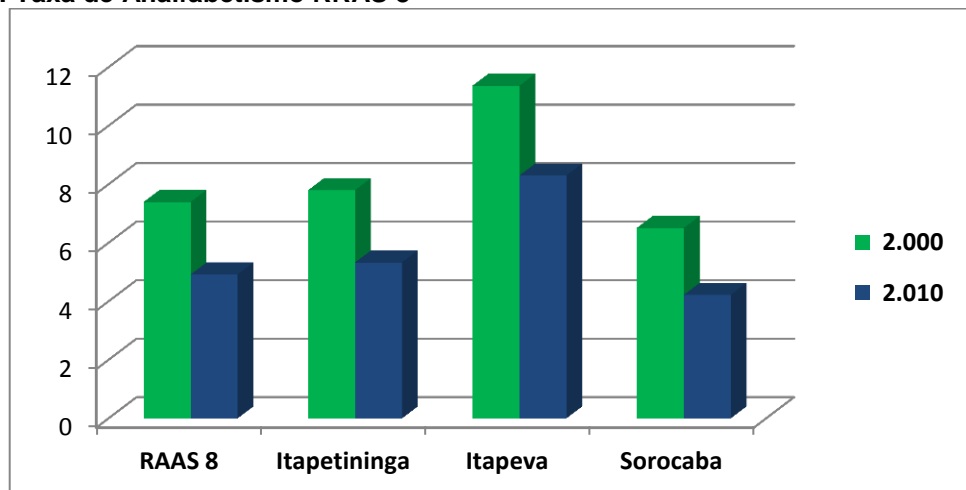
Figura 28: Taxa de Analfabetismo Região de Itapeva 200-2010



Fonte: IBGE 2010

**Comentário:** No ano de 2.000, os municípios de Itapirapuã Paulista, Barra do Chapéu, Ribeira e Itaóca no Alto Vale do Ribeira, apresentaram as maiores taxas de analfabetismo da Região de Saúde de Itapeva, em torno de 20%. No ano de 2.010, houve uma queda nessas taxas, porém, no município de Itaóca, de acordo com o dado disponível, houve um aumento acentuado nessa taxa, o que deverá ser alvo de confirmação.

Figura 29: Taxa de Analfabetismo RRAS 8



Fonte: IBGE 2010

**Comentário:** A taxa de analfabetismo da RRAS 8 estava em 7,4% no ano de 2.000 e, no ano de 2010, houve uma queda para 4,9%. Porém, em 2.010, a região de saúde de Itapeva apresentou a maior taxa de analfabetismo da RRAS 8, ou seja, 8,3%.





## HABITAÇÃO E INFRAESTRUTURA URBANA – 2010

Tabela 22 -Domicílios com infraestrutura Interna Urbana de Itapeva 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
Apiáí	97,86	96,85	69,96	98,4
Barra do Chapéu	96,86	94,97	65,62	98,5
Bom Sucesso de Itararé	99,41	97,62	94,21	98,8
Buri	99,28	98,29	92,54	99,6
Guapiara	99,41	99,28	83,08	99,3
Itaberá	99,39	98,75	93,07	99,6
Itaóca	97,11	94,95	41,88	98,5
Itapeva	99,27	98,62	93,3	99,7
Itapirapuã Paulista	99,7	94,51	82,3	97,9
Itararé	99,44	99,11	91,73	99,6
Nova Campina	98,63	81,9	80,96	99,3
Ribeira	99,49	97,45	32,65	97,3
Ribeirão Branco	98,24	98,98	86,11	99
Riversul	99,4	99,53	89,25	99,2
Taquarivaí	99,25	94,49	86,48	98,8

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

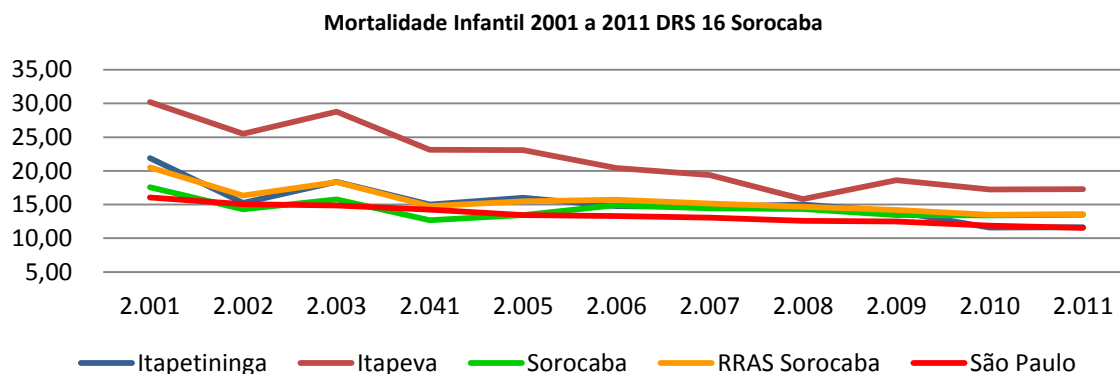
### 9 - PERFIL MORBIMORTALIDADE

#### Tab.-23 – Mortalidade Infantil

##### 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
<b>RRAS Sorocaba</b>	<b>20,52</b>	<b>16,32</b>	<b>18,35</b>	<b>14,74</b>	<b>15,50</b>	<b>15,70</b>	<b>15,15</b>	<b>14,67</b>	<b>14,22</b>	<b>13,50</b>	<b>13,58</b>
<b>São Paulo</b>	<b>16,07</b>	<b>15,04</b>	<b>14,85</b>	<b>14,25</b>	<b>13,44</b>	<b>13,28</b>	<b>13,07</b>	<b>12,56</b>	<b>12,48</b>	<b>11,86</b>	<b>11,55</b>

Figura 30: Mortalidade Infantil





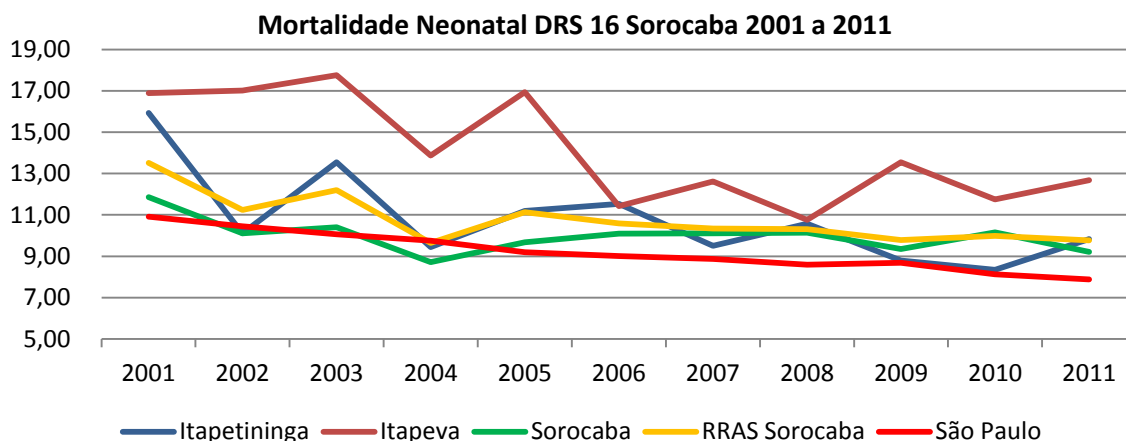
A mortalidade infantil na RRAS de Sorocaba, embora em declínio nos últimos 10 anos, é a segunda maior do Estado de São Paulo. Nos três últimos anos, 2009 a 2011, os maiores coeficientes foram dos municípios de Bom Sucesso de Itararé, Itapirapuã Paulista, Taquarivaí e Itaóca, situados no CIR de **Itapeva**, 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.

**Tab.-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
<b>RRAS Sorocaba</b>	<b>13,51</b>	<b>11,23</b>	<b>12,19</b>	<b>9,64</b>	<b>11,13</b>	<b>10,59</b>	<b>10,34</b>	<b>10,31</b>	<b>9,79</b>	<b>9,98</b>	<b>9,77</b>
<b>São Paulo</b>	<b>10,92</b>	<b>10,45</b>	<b>10,06</b>	<b>9,75</b>	<b>9,19</b>	<b>9,01</b>	<b>8,87</b>	<b>8,59</b>	<b>8,68</b>	<b>8,13</b>	<b>7,87</b>

**Figura 31: Mortalidade Neonatal**



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.

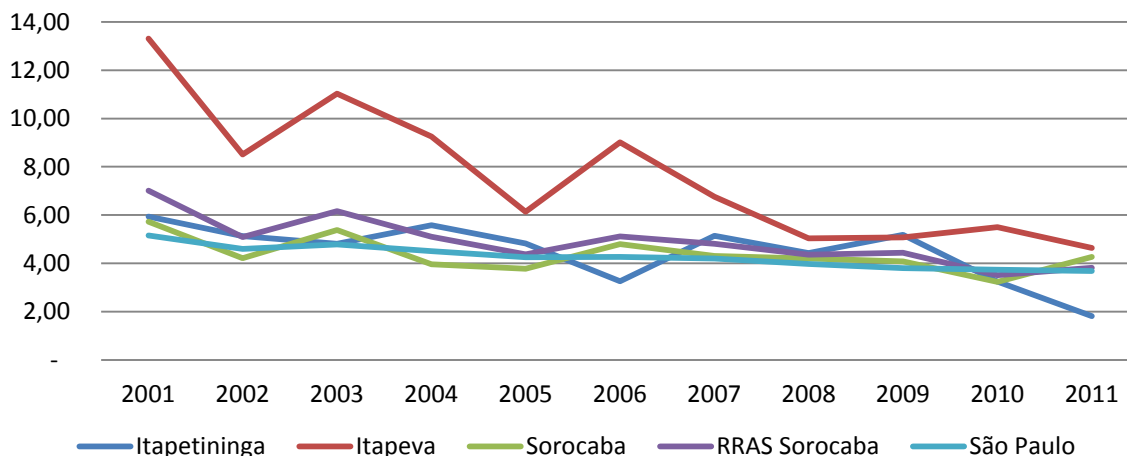
Observamos também que no período de elevação do coeficiente neonatal, 2009 a 2011, não houve garantia das referências hospitalares dentro da região nem incremento na linha de cuidado materno-infantil.

**Tab.-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
<b>RRAS Sorocaba</b>	<b>7,01</b>	<b>5,09</b>	<b>6,16</b>	<b>5,10</b>	<b>4,37</b>	<b>5,11</b>	<b>4,81</b>	<b>4,36</b>	<b>4,43</b>	<b>3,51</b>	<b>3,81</b>
<b>São Paulo</b>	<b>5,15</b>	<b>4,59</b>	<b>4,79</b>	<b>4,50</b>	<b>4,26</b>	<b>4,27</b>	<b>4,20</b>	<b>3,97</b>	<b>3,81</b>	<b>3,73</b>	<b>3,68</b>



**Figura 32: Mortalidade Infantil Pós Neonatal DRS 16 Sorocaba 2001 a 2011**

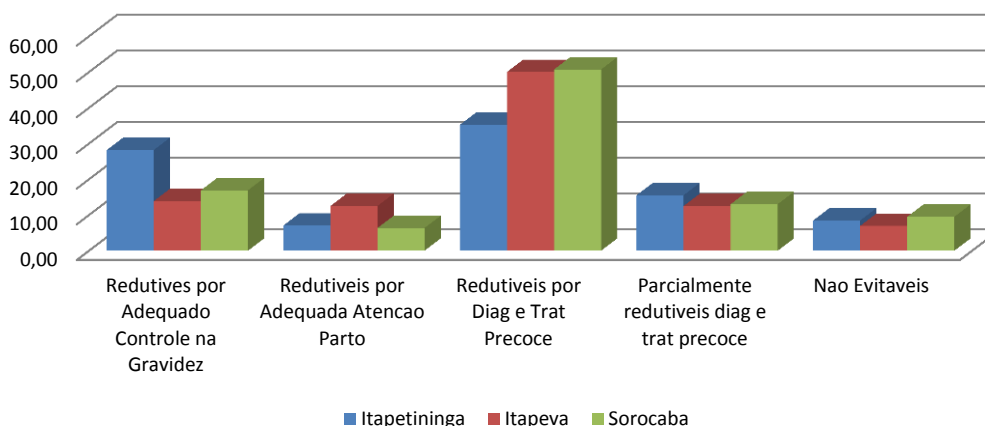


O componente pós-neonatal apresenta tendência decrescente, com destaque para os CIRs de Itapetininga e Itapeva. O CIR de Sorocaba apresentou uma pequena elevação no ano de 2011.

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.

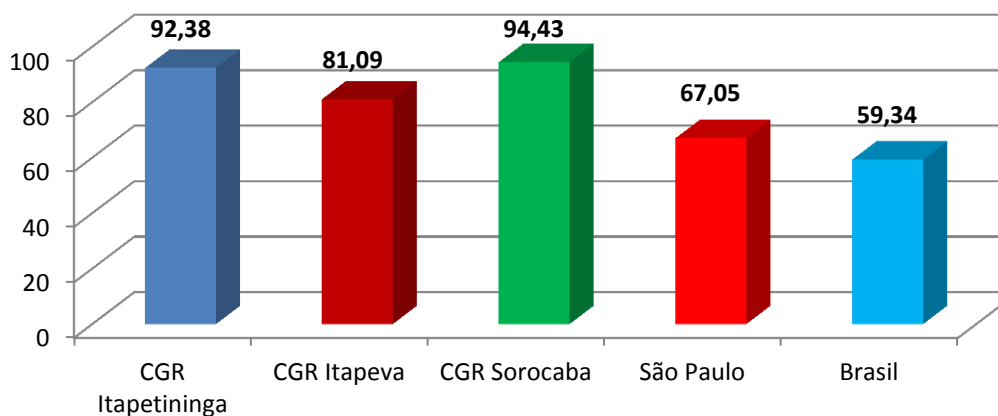
**Figura 33:**

**Óbitos Evitáveis < 1 ano por CGR - RRAS 08 Sorocaba 2011**



**Figura 34:**

**Proporção de Óbitos Infantis Investigados por CGR - RRAS 08 Sorocaba 2011**





## MORTALIDADE MATERNA

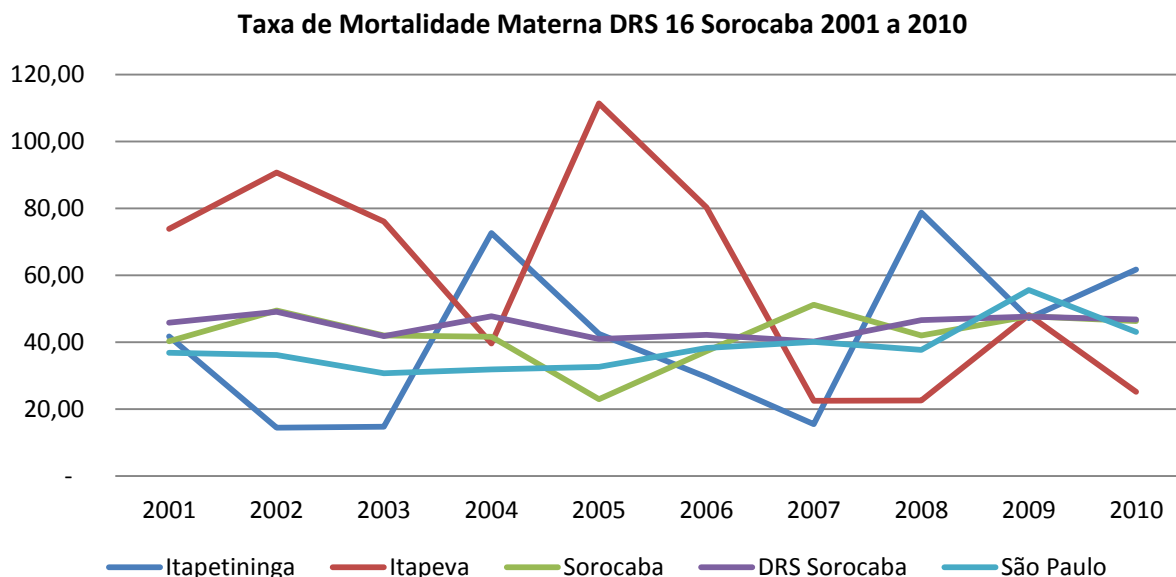
Tab.-26 - Numero de óbitos Maternos por CIR – DRS 16 Sorocaba 2001 a 2010

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
<b>RRAS Sorocaba</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>15</b>
<b>São Paulo</b>	<b>233</b>	<b>226</b>	<b>188</b>	<b>197</b>	<b>202</b>	<b>231</b>	<b>239</b>	<b>227</b>	<b>333</b>	<b>259</b>

Tab.-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
<b>RRAS Sorocaba</b>	<b>45,87</b>	<b>49,09</b>	<b>41,88</b>	<b>47,75</b>	<b>41,01</b>	<b>42,27</b>	<b>40,22</b>	<b>46,64</b>	<b>47,74</b>	<b>46,85</b>
<b>São Paulo</b>	<b>36,84</b>	<b>36,26</b>	<b>30,79</b>	<b>31,87</b>	<b>32,64</b>	<b>38,29</b>	<b>40,14</b>	<b>37,72</b>	<b>55,64</b>	<b>43,07</b>

Figura 35:



Tendo em vista que 87% dos municípios da RRAS 08 têm 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.



**Tab.-28 - Mortalidade Proporcional**

<b>Taxa de Mortalidade segundo grupo de causas (Capítulo CID-10) dos residentes da RRAS 08, 2010.</b>		
	<b>Nº de óbitos</b>	<b>Taxa de Mortalidade</b>
<b>Total</b>	<b>14.246</b>	<b>635,13</b>
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 e 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

**Tab.-29 - Taxa de Mortalidade segundo grupo de causas (Capítulo CID-10) CIR Itapeva RRAS 08, 2010.**

<b>Causa Capítulo CID10</b>	<b>Nº de óbitos</b>	<b>Taxa de Mortalidade</b>
<b>Total</b>	<b>1.803</b>	<b>661,22</b>
IX. Doenças do aparelho circulatório	468	171,63
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	308	112,95
II. Neoplasias (tumores)	224	82,15
X. Doenças do aparelho respiratório	181	66,38
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	169	61,98
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	120	44,01
XI. Doenças do aparelho digestivo	89	32,64
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	60	22,00
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	55	20,17
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	41	15,04
VI. Doenças do sistema nervoso	30	11,00
V. Transtornos mentais e comportamentais	26	9,54
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	14	5,13
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	7	2,57
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	5	1,83
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	4	1,47
XV. Gravidez parto e puerpério	2	0,73

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.

**Tab.- 30 - Percentual de Óbitos por Causas Mal Definidas, DRS 16 Sorocaba – Por CIR 2001 a 2010**

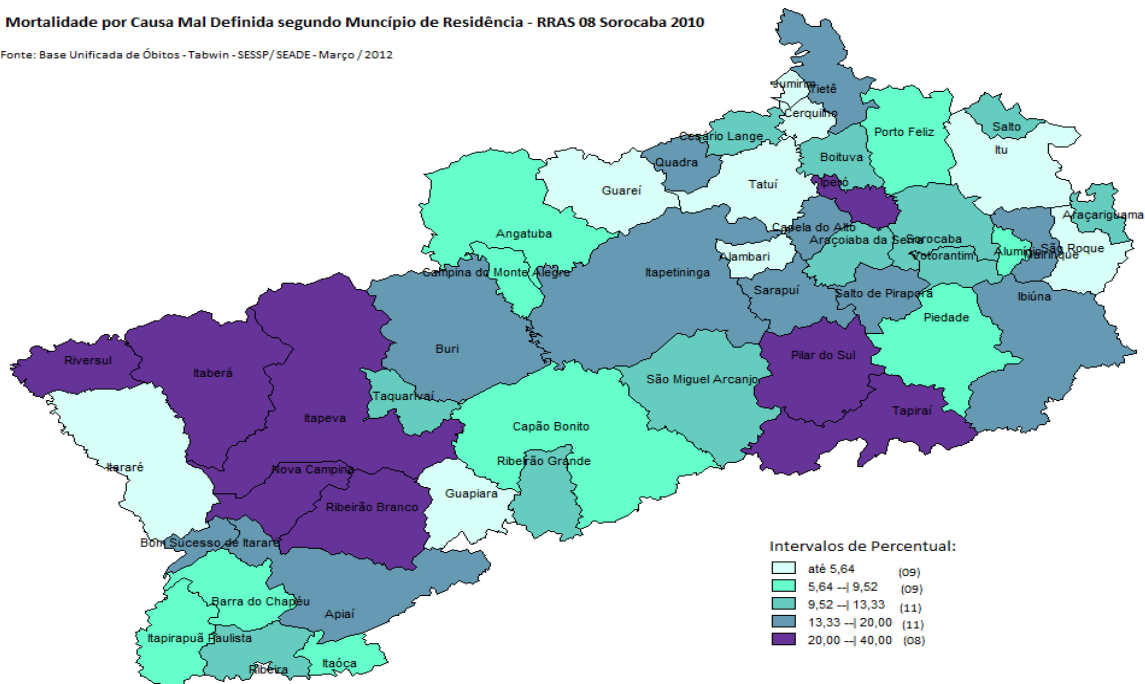
Local	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Itapetininga	12,46	11,25	12,91	10,61	11,27	11,52	10,40	11,80	11,48	9,74
Itapeva	20,30	17,65	20,09	21,11	18,59	19,05	16,76	19,82	17,74	17,08
Sorocaba	11,77	13,12	11,91	12,29	12,22	13,48	13,12	14,67	12,09	11,09
<b>RRAS Sorocaba</b>	<b>13,12</b>	<b>13,36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

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

**Figura 36: Óbitos por Causas Mal Definidas**

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

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





As informações sobre óbitos por causas mal definidas, no ano de 2010, apresentam extremos distantes. Na CIR de Itapetininga temos Alambari com 2,86% e Sarapuí com 20%, no CIR de Itapeva temos Itararé com 4,56% e Riversul com 40,0% e na CIR 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.

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

<b>Causa Capítulo CID10</b>	<b>Nº internações *</b>	<b>Taxa de Internação**</b>
<b>Total</b>	<b>120.307</b>	<b>536,36</b>
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

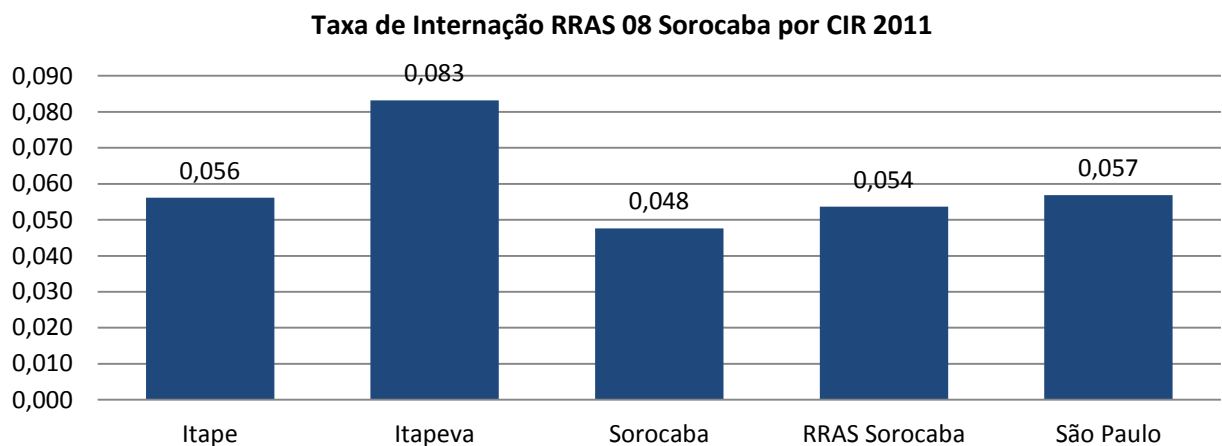




**Tab.- 32 - Taxa de internações segundo grupo de causas (Capítulo CID-10) CIR Itapeva, 2011.**

Causa Capítulo CID10	Nº internações *	Taxa de Internação**
<b>Total</b>	<b>22.688</b>	<b>832,05</b>
XV. Gravidez parto e puerpério	4.599	168,66
X. Doenças do aparelho respiratório	3.229	118,42
IX. Doenças do aparelho circulatório	2.435	89,30
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2.174	79,73
XI. Doenças do aparelho digestivo	2.102	77,09
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	2.074	76,06
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.090	39,97
II. Neoplasias (tumores)	1.004	36,82
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	796	29,19
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	611	22,41
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	556	20,39
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	331	12,14
XXI. Contatos com serviços de saúde	326	11,96
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	313	11,48
V. Transtornos mentais e comportamentais	302	11,08
VI. Doenças do sistema nervoso	280	10,27
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	211	7,74
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	116	4,25
VII. Doenças do olho e anexos	96	3,52
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	37	1,36
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	6	0,22
XXII.Códigos para propósitos especiais	-	0,00

**Figura 37 :**

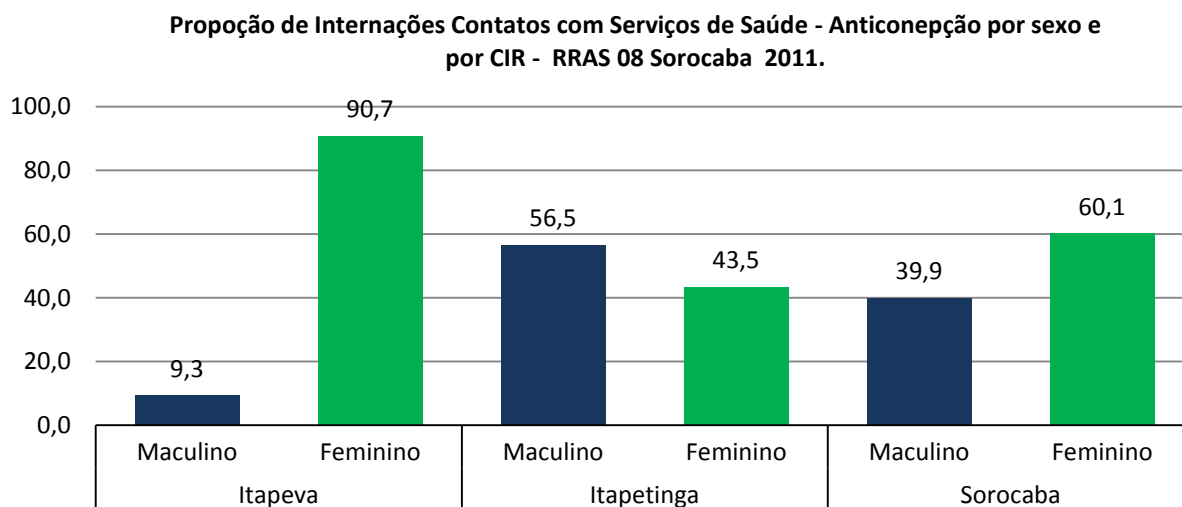




No ano de 2011, na RRAS 08 20% das internações são referentes ao parto e puerpério, conforme é esperado. A segunda causa de internação são doenças do aparelho respiratório nas três CIRs. A terceira causa são as doenças circulatórias no CIR de Itapeva e Sorocaba e do trato digestivo no CIR de Itapetininga. Destaca-se uma taxa elevada de internações do aparelho geniturinário no 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 no CIR de Itapetininga, 0,083 no CIR de Itapeva e 0,048 no CIR de Sorocaba. A taxa de 0,054 da RRAS08 ficou abaixo do ESP, que tem 0,057, apesar da grande diferença apresentada pelo CIR de Itapeva.

**Figura 38 :**



**Tab.- 33 - Percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica DRS 16 Sorocaba, 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
<b>Sorocaba</b>	<b>18,27</b>	<b>18,45</b>	<b>18,88</b>	<b>18,26</b>	<b>17,45</b>	<b>16,52</b>	<b>15,58</b>	<b>13,71</b>	<b>13,77</b>	<b>13,70</b>	<b>14,00</b>
<b>São Paulo</b>	<b>18,72</b>	<b>18,63</b>	<b>19,37</b>	<b>19,03</b>	<b>18,37</b>	<b>18,05</b>	<b>17,43</b>	<b>15,95</b>	<b>16,06</b>	<b>16,09</b>	<b>15,94</b>

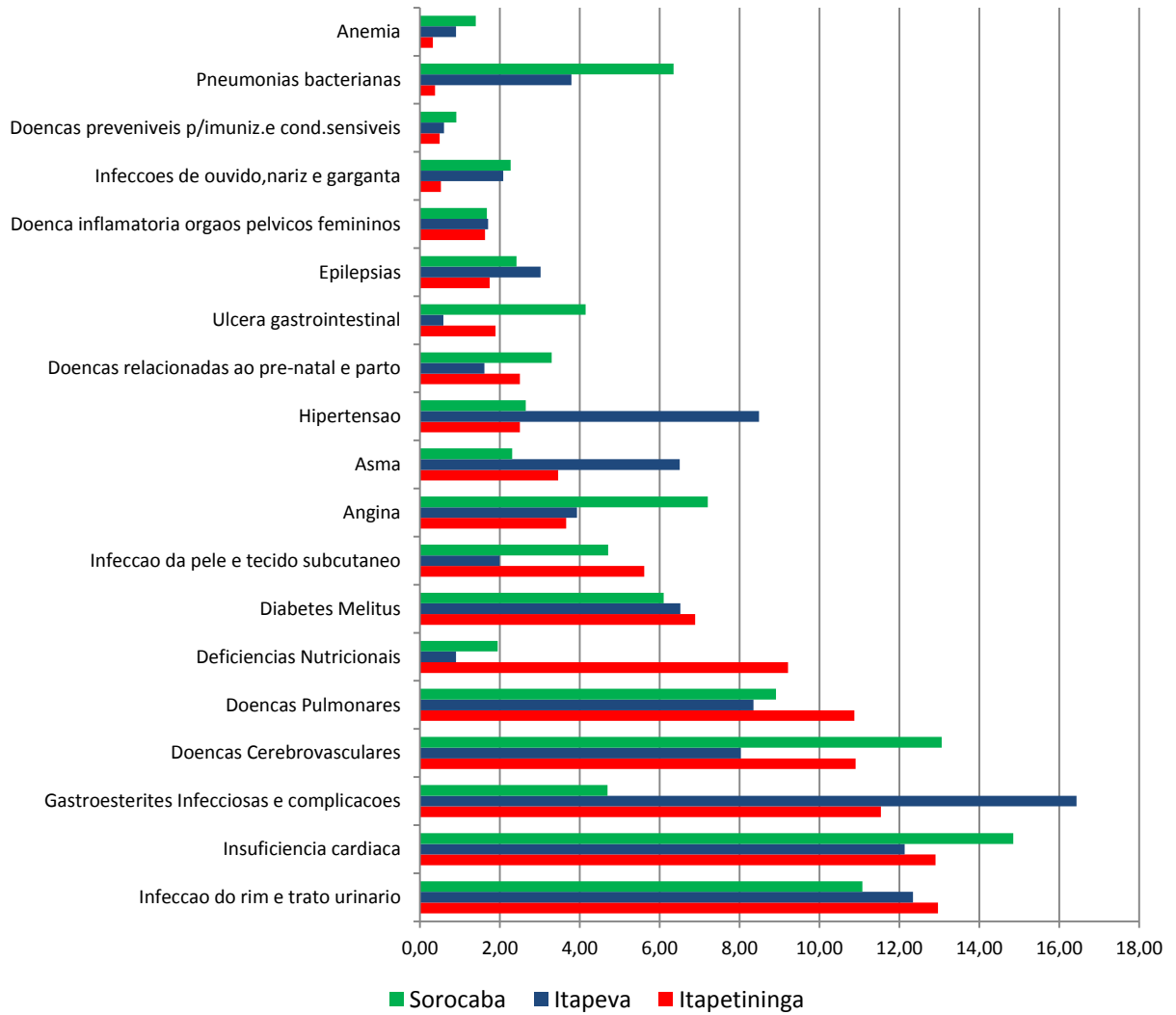
Ao se avaliar o período de 2001 a 2011, observa-se nos três CIRs um declínio significativo até 2008 e depois uma estabilização. Pode-se concluir que as ações na atenção básica realizadas após esse período não refletem nas causas de internação desse indicador.

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.

No 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. No CIR de Sorocaba, as causas mais frequentes são insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares, angina e pneumonias.



Figura 39: Internações Sensíveis a Atenção Básica RRAS 08 Sorocaba por CGR 2011





## **10. 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, AD III, 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 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)

NASF - Equipe vinculada à Unidade Básica de Saúde, constituída por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, responsável por ofertar apoio matricial, e quando necessário cuidado compartilhado junto às equipes de referência (Portaria nº 2488 21/10/2011)

A estratégia preconizada e priorizada pelo Ministério da Saúde e aprovado 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, se dá 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.

Segundo SISPACTO 2010–2011, em sua Prioridade VI – FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA trás como objetivo I: 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.

Atualmente a proposta é de construção de modelos de Unidade Básica 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 da Família (ESF), sendo ambas equipes que atendem os mesmos princípios de responsabilização pelas famílias presentes no território, devendo participar das atividades executadas diretamente ao usuário e à comunidade.

As PORTARIAS: n 548 – de 4/04/2013 e a de n 3.124, de 28 de dezembro de 2012 referem à implantação, custeio e incentivo dos NASFs.

Na região de Itapeva a articuladora de Atenção Básica tem enfatizado a questão das doenças crônicas para composição dos NASF, para apoiar às equipes do PSF. Assim sendo, nos três pleitos foi solicitada a inclusão do profissional psicólogo e assistente social para apoio em relação à saúde mental nos municípios.



**Tab.-34 - Atenção Básica-** Tabela seguinte nos auxilia no entendimento e análise da situação atual da Atenção Básica segundo cobertura estimada de equipes de saúde da família, NASF e UBS no território da CIR de Itapeva.

MUNICÍPIO	POP.	NASF		Nº DE UBS-CNES		ESTRUTURA EXISTENTE				COBERTURA POP. ESTIMADAS EQUIPE AB
		Existente	Implantar	Mod. tradicional	ESF	UBS I	UBS II	UBS III	UBS IV	2014
Apiáí	25.191	0	0	1	8	9				124,13
Barra do Chapéu	5.585	0	0	0	2	1				122,53
Bom Sucesso	3.571	0	0	0	1	1				93,84
Buri	19.570	0	0	1	3	4				48,12
Guapiara	17.879	0	0	0	7	7				118,39
Itaberá	18.015	0	1 III	0	1	1				123,78
Itaóca	3.337	0	1	5	14	19				72,66
Itapeva	92.710	1	0	2	5	7				67,92
Itapirapuã Pta.	4.135	0	1	1	5	6				101,70
Itararé	50.105	0	1 III	0	2	2				163,02
Nova Campina	9.307	0	0	0	3	2				114,94
Ribeira	3.408	0	1 III	0	2	1				89,93
Ribeirão Branco	17.646	0	0	1	4	5				81,92
Riversul	5.941	0	0	0	1	1				99,87
Taquarivaí	5.605	0	0	0	2	2				117,05
Total	282.285	1	3	11	60	68				1539,80

Fonte: Articulador AB/Município – NASF III de Itaoca, Itapirapuã Paulista e Ribeira serão homologados na CIR Outubro/2015.

Fonte: IBGE- Portaria 4/2015

Fonte: SISPACTO2015

Fonte: CNES/Articulador AB.



## **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)

## **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, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. 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 co 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.

Nos municípios de Apiaí e Buri existe, um CAPS I habilitado pelo MS. Há necessidade de implantação de tres CAPS I, um em Guapiara, Itaberá e Ribeirão Branco, Estes dados são exposto abaixo:

Municípios	Pop.	Necessidade	Existente	Déficit	A implantar	Custeio Anual	Incentivo	2015	2016
Apiaí	25.191	1	1	0	0	339.360,00	0		
Barra do Chapéu	5.244	0	0	0	0	0	0		
Bom Sucesso	3.571	0	0	0	0	0	0		
Buri	18.563	1	1	0	0	339.360,00	0		
Guapiara	17.998	1	0	1	1	339.360,00	20.000,00	X	
Itaberá	17.858	1	0	1	1	339.360,00	*20.000,00	X	
Itaóca	3.228	0	0	0	0	0	0		
Itapeva	87.753	0	0	0	0	0	0		
Itapirapuã Pta.	3.880	0	0	0	0	0	0		
Itararé	47.934	0	1	0	0	339.360,00	0		
Nova Campina	8.515	0	0	0	0	0	0		
Ribeira	3.358	0	0	0	0	0	0		
Ribeirão Branco	18.269	1	0	1	0	0	0		
Riversul	6.163	0	0	0	0	0	0		
Taquarivaí	5.151	0	0	0	0	0	0		
<b>Total</b>	<b>272.676</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1.357.440,00</b>	<b>40.000,00</b>		

\*Itaberá será referência para Riversul já recebeu incentivo do MS para a implantação do serviço.

Ribeirão Branco tem porte populacional para implantação de CAPS mas no momento sem manifestação de interesse pelo gestor.

Apiaí e referência para os municípios de: Barra do Chapéu, Itaóca, Itapirapuã Paulista e Ribeira.

Apiaí, Buri, Guapiara e Itaberá receberão recurso Estadual (BID) para construção e equipamentos dos CAPS I.



## B) CAPS II:

Para Municípios acima de 70.000 habitantes

O município de Itapeva conta com CAPS II, habilitados pelo MS. **Não foi aprovado a requalificado CAPS I de Apiaí como CAPS II.**

Os dados estão descritos abaixo:

Municípios	Pop.	Necessidade	Existente	Déficit	A implantar	Custeio Anual	Incentivo	2015	2016
Apiaí	25.191	0	0	0	0	0	0		
Barra do Chapéu	5.244	0	0	0	0	0	0		
Bom Sucesso	3.571	0	0	0	0	0	0		
Buri	18.563	0	0	0	0	0	0		
Guapiara	17.998	0	0	0	0	0	0		
Itaberá	17.858	0	0	0	0	0	0		
Itaóca	3.228	0	0	0	0	0	0		
Itapeva	87.753	1	1	0	0	397.035,00	0		
Itapirapuã Pta.	3.880	0	0	0	0	0	0		
Itararé	47.934	0	0	0	0	0	0		
Nova Campina	8.515	0	0	0	0	0	0		
Ribeira	3.358	0	0	0	0	0	0		
Ribeirão Branco	18.269	0	0	0	0	0	0		
Riversul	6.163	0	0	0	0	0	0		
Taquarivaí	5.151	0	0	0	0	0	0		
<b>Total</b>	<b>272.676</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>397.035,00</b>			



**C) CAPS AD:**

Para Municípios acima de 70.000 habitantes.

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

Na Região há necessidade de um CAPS AD de referencia, dados descritos abaixo:

Municípios	Pop.	Necessidade	Existente	Déficit	A implantar	Custeio Anual	Incentivo	2015	2016
Apiai	25.191	0	0	0	0	0	0		
Barra do Chapéu	5.244	0	0	0	0	0	0		
Bom Sucesso	3.571	0	0	0	0	0	0		
Buri	18.563	0	0	0	0	0	0		
Guapiara	17.998	0	0	0	0	0	0		
Itaberá	17.858	0	0	0	0	0	0		
Itaóca	3.228	0	0	0	0	0	0		
<b>Itapeva</b>	<b>87.753</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>477.360,00</b>	<b>50.000,00</b>		<b>X</b>
Itapirapuã Pta.	3.880	0	0	0	0	0	0		
Itararé	47.934	0	0	0	0	0	0		
Nova Campina	8.515	0	0	0	0	0	0		
Ribeira	3.358	0	0	0	0	0	0		
Ribeirão Branco	18.269	0	0	0	0	0	0		
Riversul	6.163	0	0	0	0	0	0		
Taquarivaí	5.151	0	0	0	0	0	0		
<b>Total</b>	<b>272.676</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>477.360,00</b>	<b>50.000,00</b>		

O gestor de Itapeva assume o compromisso de implantação de um CAPS AD (regional).

Receberá recurso Estadual BID para construção e equipamentos (Secretário Luís Tassinari irá verificar o lugar do terreno com a Secretaria de Obras).



### 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 Itapeva 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
APIAÍ	25.191			
BARRA DO CHAPÉU	5.244	0	0	0
BOM S. DO ITARARÉ	3.571	0	0	0
BURI	18.563	0	0	0
GUAPIARA	17.998	0	0	0
ITABERÁ	17.858	0	0	0
ITAÓCA	3.228	0	0	0
<b>ITAPEVA</b>	<b>87.753</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
ITAPIRAPUÁ PTA.	3.880	0	0	0
ITARARÉ	47.934	0	0	0
NOVA CAMPINA	8.515	0	0	0
RIBEIRA	3.358	0	0	0
RIBEIRÃO BRANCO	18.269	0	0	0
RIVERSUL	6.163	0	0	0
TAQUARIVAÍ	5.151	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>272.676</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>



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

**B) SAMU**

**SAMU na RRAS 8 – CIR ITAPEVA conforme descrito abaixo:**

Município	Pop	SAMU				MOTOLÂNCIA
		CENTRAL DE REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS (EQUIPE MÉDICO, TARM, RADIO OPERADOR)	BASE DESCENTRALIZADA	UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO	UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO	
APIAÍ	25.191	0	1	1	1	0
BARRA DO CHAPÉU	5.244	0	0	0	0	0
BOM S. DO ITARARÉ	3.571	0	0	0	0	0
BURI	18.563	0	0	0	0	0
GUAPIARA	17.998	0	1	1	0	0
ITABERÁ	17.858	0	0	0	0	0
ITAÓCA	3.228	0	0	0	0	0
ITAPEVA	87.753	1	0	1	1	0
ITAPIRAPUÃ PTA	3.880	0	1	1	0	0
ITARARÉ	47.934	0	1	1	0	0
NOVA CAMP.	8.515	0	0	0	0	0
RIBEIRA	3.358	0	0	0	0	0
RIBEIRÃO BRANCO	18.269	0	0	0	0	0
RIVERSUL	6.163	0	0	0	0	0
TAQUARIVAI	5.151	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>272.676</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>0</b>



## ATENÇÃO HOSPITALAR

### A) Serviço Hospitalar de Referência:

De acordo com parâmetros estabelecidos na Portaria nº 1101/2002, de um leito para cada 23.000 habitantes, 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.

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 no mínimo 4 leitos. Custeio anual de R\$ 67.321,32 por leito (Portaria GM nº1615/2012 que altera a nº 148/2012).

Pelos parâmetros apresentados, a região tem a necessidade de **12 leitos**, porém esta é a região que não implantará CAPS de 24 horas em nenhuma das modalidades e tem previsão de implantar **14 leitos** para atender as necessidades da assistência neste momento.

Atualmente os 15 leitos na enfermaria psiquiátrica do CHS são as únicas referências para a RRAS 8 ( 48 municípios)



**Tab. 35: Tabela de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral**

Municípios	População censo 2014	CNES-HG	Necessidade	Existente	Déficit	Implantar	Custeio anual-R\$	Incentivo-R\$ **	2016
<b>Apiáí</b>	25.191	<b>2082098</b>	4	0	4	4	269.285,28	0	X
Barra do Chapéu	5.244	-							
Itaoca	3.228	-							
Itapirapuã	3.880	-							
Ribeira	3.358	-							
<b>Guapiara</b>	17.998	<b>2083264</b>	2	0	2	2	134.642,64	<b>R\$ 8.000,00</b>	X
<b>Itaberá</b>	17.858	<b>2090724</b>	4	0	4	4	269.285,28	0	X
Buri	18.269	-							
Taquarivai	5.151	-							
Itapeva*	87.753	-							
Riversul	6.163	-							
<b>Itararé</b>	47.934	<b>2081555</b>	4	0	4	4	269.285,28	0	X
Bom Sucesso	3.571	-							
Nova Campina	8.515	-							
Ribeirão Branco	18.269	-							
<b>TOTAL</b>	<b>272.676</b>	<b>-</b>	<b>14</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>942.498,48</b>	<b>R\$ 8.000,00</b>	

**\* Itapeva não implantará os 4 leitos na Santa Casa local.**

Somente Guapiara receberá o incentivo da Portaria 148/2012 por leito para adequação, pois não foi contemplado pelo BID.

\*\* Os municípios de Apiáí, Itaberá e Itararé receberão recurso estadual (BID) para adequação e/ou ampliação de leitos na Santa Casa.

Pactuado a implantação no 1º semestre de 2016.





## **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 uma Enfermaria Especializada na Santa Casa de Sorocaba, com 10 leitos, que atende o município de Sorocaba e 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.

Na RRAS 8 estão programadas a implantação de SRT do tipo II, conforme a tabela a seguir:



**Tab. 36: Tabela de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)**

Município	População	Nº moradores CENSO 2014	RT existente	RT déficit	RT a implantar	Incentivo-R\$	2015	2016
APIAÍ	25.191	10	0	1	1	20.000,00		X
<b>BARRA DO CHAPÉU</b>	5.244	0	0	0	1	*20.000,00		X
BOM SUCESSO DO ITARARÉ	3.571	1	0	0	0			
BURI	18.563	6	0	1	1	20.000,00		X
GUAPIARA	17.998	3	0	1	1	20.000,00		X
ITABERÁ	17.858	3	0	0	1	20.000,00		X
<b>ITAÓCA</b>	3.228	2	0	0	1	*20.000,00		
ITAPEVA	87.753	20	1	2	2	**20.000,00	X	X
<b>ITAPIRAPUÃ PAULISTA</b>	3.880	1	0	0	2	*40.000,00		X
ITARARÉ	47.934	8	2	0	0	0		
NOVA CAMPINA	8.515	0	0	0	0	0		
RIBEIRA	3.358	2	0	0	0	0		
RIBEIRÃO BRANCO	18.269	4	0	0	0	0		
<b>RIVERSUL</b>	6.163	3	0	0	1	*20.000,00		X
TAQUARIVAÍ	5.151	2	0	0	0			
<b>TOTAL</b>	<b>272.676</b>	<b>65</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>200.000,00</b>		

\*Barra do Chapéu, Itaoca, Itapirapuã Paulista e Riversul propuseram implantação de uma RT, pois, não têm porte populacional para implantação de CAPs, a referência então será nas UBSs. (O MS está avaliando a proposta da implantação de SRT TIPO I com estas características).

Itararé: ampliação do número de moradores cadastrados em cada RT já existente.

\*\* O município de Itapeva já recebeu o recurso referente a duas unidades, ficando apenas uma unidade a receber.

**Implantação pactuada para o 1º semestre de 2016**, considerando a situação Político-Econômica que atravessa o país e os municípios e considerando a diminuição da arrecadação municipal, onde automaticamente, estão impossibilitados de realizar novas contratações, devido à percentagem da folha de pagamento estar no limite máximo permitido pela legislação.



## 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 nº 10.708 de 31/07/2003, que prevê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental, egressas de internação de longa permanência.

**Na RRAS 8 da CIR Itapeva os municípios habilitados no Programa de Volta para Casa , conforme cronograma abaixo:**

Município	Pop.	Necessid.	Existente	Déficit	Implantar	2015	2016
APIAÍ	25.191	1	0	1	1	X	
BARRA DO CHAPÉU	5.244	1	0	1	1	X	
BOM SUCESSO	3.571	1	0	1	1	X	
BURI	18.563	1	0	1	1	X	
GUAPIARA	17.998	1	0	1	1	X	
ITABERÁ	17.858	1	0	1	1	X	
ITAÓCA	3.228	1	0	1	1	X	
ITAPEVA	87.753	1	1	0	0		
ITAPIRAPUÃ PTA	3.880	1	0	1	1	X	
ITARARÉ	47.934	1	1	0	0		
NOVA CAMPINA	8.515	1	0	1	1	X	
RIBEIRA	3.358	1	0	1	1	X	
RIBEIRÃO BRANCO	18.269	1	0	1	1	X	
RIVERSUL	6.163	1	0	1	1	X	
TAQUARIVAÍ	5.151	1	0	1	1	X	
<b>TOTAL</b>	<b>272.676</b>	<b>15</b>	<b>2</b>	<b>13</b>	<b>13</b>		

## 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.



## **11. PACTUAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIÃO DE ITAPEVA – 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 enfermaria psiquiátrica do CHS são referência para os 48 Municípios da RRAS 8 (Redes Regionais de Atenção a Saúde 8).
2. A implantação (ou partilha de vagas) de Serviços Residências Terapêuticas.
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 nas modalidades a seguir:

### **Modalidades de Equipes de Desinstitucionalização**

<b>Modalidade</b>	<b>Número de pessoas com internação acima de um ano de forma ininterrupta</b>	<b>Número de "Equipes de Desinstitucionalização"</b>	<b>Valor mensal do incentivo de custeio</b>
<b>A</b>	<b>08 a 19</b>	<b>02 profissionais</b>	<b>10.000,00</b>
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 Itapeva.

4. Integração da RAPS com outras redes de saúde, especialmente Rede de Urgência e Emergência, através da pactuação de ações de Educação Permanente em S. Mental frente a estas redes, especialmente às equipes de UPA's e SAMU.
5. Implantar ações de saúde mental na AB (ação prioritária), através da descentralização e/ou qualificação das ações de Saúde Mental para AB, prioritariamente através de apoio matricial e Projetos específicos.
6. Reorganização do processo de trabalho através da formação e Educação Permanente em serviço: Capacitação de médicos clínicos e generalistas para cuidado em Saúde Mental, especialmente no que tange ao manejo de psicotrópicos.
  - 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 através das 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. Todas as ações pertinentes à discussão / implementação de processos de trabalho e/ou formação (Educação Continuada/ Permanente) deverão ser desenvolvidas de acordo com os princípios e diretrizes das Políticas Nacional e Estadual de Humanização do SUS, devendo contar com o apoio dos operadores diretos daquela política.
9. Estabelecer junto ao Poder Judiciário, especialmente no âmbito municipal, espaços coletivos sistemáticos e permanentes entre a RAPS e o Poder Judiciário para discussões e deliberações conjuntas sobre os casos.

## **12. PLANO DE AÇÃO DA CIR ITAPEVA**

O desenho do Plano Regional da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da RRAS 8 – CIR Itapeva - 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). Este plano está organizado em função dos componentes constitutivos da RAPS, seus respectivos pontos de atenção, perfil epidemiológico e conjuntura política, econômica e tecnológica da região.

As ações apontadas neste Plano Regional são compilações das ações descritas nos Planos Municipais dos 15 municípios que fazem parte da RRAS8 – Itapeva.

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.

<b>Unidades Básicas de Saúde</b>			
<b>Fragilidade</b>	<b>Proposta de Ação/Atividades</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Cronograma</b>
Baixa cobertura de Estratégia de Saúde da Família na região	Ampliar número de equipes implantadas e cadastradas	SMS	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/SES	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/SES	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	2015-2016



<b>Equipes Populações Situações Específicas - Consultório na Rua</b>			
<b>Fragilidade</b>	<b>Proposta de Ação/Atividades</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Cronograma</b>
Dificuldade de acesso da população em situações específicas (usuários de drogas em situação de vulnerabilidade social) ao atendimento na saúde	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 co-gestão e corresponsabilização de casos e ações no âmbito dos territórios municipais.	SMS	2015-2016
<b>Centro de Convivência</b>			
<b>Fragilidade</b>	<b>Proposta de Ação/Atividades</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Cronograma</b>
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/SES	2016
Dificuldade de financiamento destes pontos de atenção	Estabelecer legislação para cadastro, credenciamento e financiamento dos Centros de Convivência	MS/SES	2015
<b>NASF</b>			
<b>Fragilidade</b>	<b>Proposta de Ação/Atividades</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Cronograma</b>
Baixa cobertura de NASF	Implantação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família com profissionais da saúde mental nos municípios da Região	SMS/SES	2015-2016



<b>Componente Atenção Especializada – CAPS</b>			
<b>Fragilidade</b>	<b>Proposta de Ação/Atividades</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Cronograma</b>
Baixa cobertura de CAPS (I, II, AD) na região, com importante diferença de cobertura entre municípios.	Implantar CAPS (I, II, AD ) na região.	SMS/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/SES	2015-2016
	Implementar formação/educação permanente na Rede CAPS para sustentação da crise e casos mais graves		
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
<b>Componente Urgência Emergência</b>			
<b>Fragilidade</b>	<b>Proposta de Ação/Atividades</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Cronograma</b>
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	2015-2016
<b>Componente Atenção Residencial em Caráter Transitório – Unidades de Acolhimento</b>			
<b>Fragilidade</b>	<b>Proposta de Ação/Atividades</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Cronograma</b>
Dificuldades no estabelecimento dos processos de trabalho destes pontos de atenção	Formação e educação permanentes das equipes	SMS	2015-2016





<b>Componente Atenção Hospitalar</b>			
<b>Fragilidade</b>	<b>Proposta de Ação/Atividades</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Cronograma</b>
Baixa cobertura de leitos de Saúde Mental (incluindo referência para questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas) em Hospitais Gerais	Implantar leitos em Hospitais Gerais cadastrados no MS.	SMS/SES/MS	2015-2016
Estabelecer referências de leitos de Saúde Mental (incluindo referência para questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas) em Hospitais Gerais para municípios da região	<b>Apiáí</b> será referência para Barra do Chapéu, Itaóca, Itapirapuã Paulista, Ribeira. <b>Itaberá</b> será referência para Buri, Riversul Itapeva e Taquarivaí. <b>Itararé</b> será referência para Nova Campina, Bom Sucesso, e Ribeirão Branco. condicionado à implantação e qualificação dos pontos de atenção da RAPS nos municípios.	SMS/SES/MS	2015-2016
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)	Ampliar a pactuação e o entendimento de integração do CHS com todos os pontos de atenção da RAPS no atendimento da RRAS 8	SES	2015
<b>Componente: Estratégias de Desinstitucionalização</b>			
<b>Fragilidade</b>	<b>Proposta de Ação/Atividades</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Cronograma</b>
Necessidade de ampliação de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) na Região, especialmente em função do fechamento dos leitos dos Hospitais Psiquiátricos de Sorocaba e região.	Implantação de SRT.	SMS/SES/MS	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



<b>Componente Reabilitação Psicossocial</b>			
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		
<b>Questões Gerais</b>			
<b>Fragilidade</b>	<b>Proposta de Ação/Atividades</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Cronograma</b>
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	2015-2016

### 13. CONCLUSÃO

Este documento é resultado da discussão entre técnicos e gestores dos municípios da Região da Comissão Intergestora Regional de Itapeva, 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 que o Governo do Estado de São Paulo celebrou com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), o contrato de empréstimo para financiamento do Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual da Saúde; a Secretaria de Estado da Saúde, órgão executor do referido Projeto, desenvolverá ações na Região de Saúde de Itapeva. O Projeto prevê o desenvolvimento de tecnologias para apoiar a Gestão Estadual e organizar as Redes de Atenção a Saúde (incluindo a Saúde Mental).

A requalificação do CAPS I de Apiaí não foi aprovada pelo Ministério da Saúde pelo critério populacional, porém este CAPS atende uma demanda de pacientes portadores de transtornos decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de crianças, adolescentes e adultos portadores de transtornos psíquicos severos ou persistentes ambos em número também bastante elevado além de ser referência para o município de Barra do Chapéu, Itaoca, Itapirapuã Paulista e Ribeira sendo necessário o revezamento de horários para distribuição do trabalho para uma equipe mínima insuficiente com baixa resolutividade nos atendimentos, o repasse recebido para o custeio na manutenção do CAPS I não é suficiente para atender essa demanda explicitada. Diante do exposto, o plano explicita a necessidade da requalificação do CAPS I de Apiaí.

Quanto ao cumprimento dos cronogramas de implantação de serviços pactuados para o 1º semestre de 2016, considerando a situação Político-Econômica que atravessa o país e os municípios e considerando a diminuição da arrecadação municipal, onde automaticamente, estão impossibilitados de realizar novas contratações, devido à percentagem da folha de pagamento estar no limite máximo permitido pela legislação.

Na perspectiva da consolidação deste plano, os grupos condutores municipais já foram implantados e têm como missão a construção do processo, o acompanhamento e o monitoramento das ações, sendo o plano passível de alterações que deverão ser aprovadas pelo Grupo Conductor e Comissão Intergestora Regional de Itapeva, de acordo com as necessidades apresentadas.