



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO**  
**COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE**  
**Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto – DRS XV**

**PLANO DE AÇÃO REGIONAL DA REDE DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL – CIR CATANDUVA**

**São Paulo - SP**

**2016**

## Sumário

1. INTRODUÇÃO .....	03
1.1. Redes de Atenção a Saúde .....	04
1.2. Rede de Atenção Psicossocial .....	06
1.3. Caracterização do DRSXV- S. J.Rio Preto .....	09
1.4. Região de Saúde CIR Catanduva .....	12
2. OBJETIVOS .....	22
2.1. Objetivo Geral .....	22
3. MATRIZ DIAGNÓSTICA E PROPOSTA DE SERVIÇOS .....	22
3.1. Componente atenção básica em saúde .....	22
3.2. Componente atenção psicossocial estratégica .....	27
3.3. Componente atenção de urgência e emergência .....	30
3.4. Componente residencial de caráter transitório .....	32
3.5. Componente Atenção hospitalar .....	33
3.6. Componente de estratégias de desinstitucionalização .....	34
3.7. Componente de reabilitação psicossocial .....	35
4. MATRIZ DIAGNÓSTICA SÍNTESE .....	37
5. RECURSOS FINANCEIROS .....	38
6. GRUPO CONDUTOR RAPS .....	43
7. PLANO DE AÇÕES E DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL .....	45
8. CONCLUSÃO .....	56
9. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA .....	57

# 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído no Brasil pela Lei Federal 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990), regula e organiza em todo o território nacional as ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, tendo direção única em cada esfera de governo. São princípios do SUS: o acesso universal público e gratuito às ações e serviços de saúde; a integralidade das ações num conjunto articulado e contínuo em todos os níveis de complexidade do sistema; a equidade da oferta de serviços, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; a descentralização político-administrativa, com direção única do sistema em cada esfera de governo (BRASIL, 1990).

Apesar de a articulação das ações estar prevista na proposição do SUS, observa-se certa descontinuidade do cuidado entre os níveis de atenção, resultando numa fragmentação do sistema.

A fragmentação do sistema pode manifestar-se de formas distintas. Os sistemas de saúde podem apresentar falta de coordenação entre os níveis e pontos de atenção, sobreposição de serviços, problemas de infraestrutura, insuficiência de recursos humanos, não somente em termos de quantidade, mas também de qualidade por falta de capacitação adequada. Além disso, constatam-se financiamento público insuficiente e baixa eficiência no emprego dos recursos, resultando na redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde e na pulverização dos serviços nos municípios. Em relação aos usuários do sistema, a referida fragmentação origina dificuldades de acesso, descontinuidade da atenção e incompatibilidade entre a oferta e demanda.

A organização dos serviços é condição fundamental para que esses ofereçam as ações necessárias e de forma apropriada, devendo ser considerados tempo, lugar, custo, qualidade e responsabilidades sanitárias de um determinado território. Para isso, é preciso compreender que os sistemas de atenção à saúde são respostas às necessidades das populações, que se expressam nas suas situações de saúde. Por consequência, deve haver uma sintonia entre essas necessidades e a forma como os sistemas de saúde se organizam para dar respostas efetivas (OPAS, 2011).

## **1.1. REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE**

Uma das estratégias para a superação da fragmentação dos sistemas de saúde, que tem sido buscada por vários países no mundo, está relacionada à organização dos serviços por meio de redes de atenção à saúde, na medida em que esse modelo permite dar respostas às necessidades dos indivíduos de forma organizada, integrada e orientada pela atenção básica, atendendo a uma população adstrita a determinado território. A construção de uma rede de serviços de saúde baseia-se na constatação de que os problemas de saúde não se distribuem uniformemente na população e envolvem tecnologias de diferentes complexidades e custos.

A origem das Redes de Atenção à Saúde (RAS) data da década de 1920 no Reino Unido, quando foi elaborado o Relatório Dawson. Nesse documento, consta a primeira proposta de organização de sistemas regionalizados de saúde, cujos serviços deveriam acontecer por intermédio de uma organização ampliada que atendesse às necessidades da população de forma eficaz (DAWSON, 1964). A discussão sobre a reestruturação dos sistemas de saúde segundo a lógica de RAS teve marcos mais atuais decorrentes da reunião de Alma-Ata, ocorrida em 1978 (OMS, 1978). A declaração de Alma Ata afirma a responsabilidade de todos os governos pela promoção de saúde e ressalta a fundamental importância da atenção primária em saúde como fator essencial para a universalização do cuidado, uma vez que essa favorece maior abrangência e contribui para a promoção da igualdade social.

A Organização Pan-Americana da Saúde publicou um documento em que propõe as redes integradas de serviços de saúde como alternativa para a fragmentação prevalente em seus países-membros (OPAS, 2010). O documento preliminar serviu de base para que os países da região das Américas e do Caribe aprovassem, na reunião do 49º Conselho Diretivo da OPS, realizada em Washington, no período de 28 de setembro a 2 de outubro de 2009, a Resolução CD49 R2212 (OPAS, 2009), em que se comprometem a implantar as RAS nos respectivos países

No Brasil, o tema tem sido tratado por diversos pesquisadores e teóricos da área da saúde desde o final da década de 90. Contudo, o debate em torno da busca por maior integração adquiriu nova ênfase a partir do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), que contempla o acordo firmado entre os gestores do SUS e ressalta a relevância de aprofundar o processo de regionalização e de organização do sistema de saúde sob a

forma de rede como estratégias essenciais para consolidar os princípios de universalidade, integralidade e equidade. (BRASIL, 2006).

O Pacto de Gestão orienta o compromisso com os princípios e diretrizes para a descentralização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e da educação em saúde e, por fim, regionalização, reconhecendo ainda o espaço regional como lócus privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas, uma vez que é esse espaço que permite a integração de políticas e programas por meio da ação conjunta das esferas federal, estadual e municipal. (BRASIL, 2006)

Oficialmente, a RAS foi proposta como componente do SUS pelo Ministério da Saúde, através de dois instrumentos jurídicos: a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010), que estabelece diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS, e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011), que regulamenta a Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990). Na referida portaria, as RAS são definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2010). É seu objetivo melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde. A esses documentos somam-se a aprovação e atualização recente de diversas Políticas, como a Política Nacional de Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Essas iniciativas exemplificam os esforços para a construção de um modelo de atenção capaz de responder às atuais condições de saúde dos brasileiros, efetivando a Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante e coordenador das RAS no SUS.

Em relação ao decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011), o governo federal, apoiado por estados e municípios, reconhece como prioridade a implantação das chamadas Redes Temáticas, dando novo impulso para a implantação das redes do SUS. Essas redes temáticas foram priorizadas mediante pactuação na Comissão Intergestora Tripartite (CIT) em 2011 e são elas: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Cuidado a Pessoa com Deficiência e, por fim, a Rede de Atenção Psicossocial. (BRASIL, 2011)

Por se tratar do foco deste Plano de Ação, detalharemos a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

## **1.2 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)**

Estimativas da Organização Mundial de Saúde apontam que cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de algum transtorno mental e que um em cada quatro indivíduos será afetado por uma doença psiquiátrica em algum estágio da sua vida. Acredita-se, ainda, que esse número vem sofrendo um aumento progressivo com o avançar dos anos, principalmente nos países de baixa a média renda incluindo neles o Brasil (WHO, 2001).

Estudos nacionais indicam que entre 31% e 50% da população brasileira apresentam pelo menos um episódio de transtorno mental durante a vida e, dessas pessoas, entre 20% e 40% necessitam de algum tipo de ajuda profissional (XIMENES, 2009). Quanto aos transtornos psíquicos severos e persistentes, o Ministério da Saúde estima que 3% da população, representando cinco milhões de pessoas, necessitam de cuidados contínuos em saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Dados divulgados pela OMS (2010) indicam que, em países de baixa renda, cerca de 75% a 85% das pessoas com transtornos mentais severos e persistentes não têm acesso adequado ao tratamento em saúde mental. Em relação aos países de renda média e alta, esses números reduzem-se, respectivamente, para 35% e a 50%.

Frente a essa realidade, e considerando a saúde mental como parte integrante das redes prioritárias, o Ministério da Saúde, mediante a Portaria GM nº 3088 de 23 de dezembro de 2011 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011), instituiu a RAPS. Essa portaria prevê a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde de pessoas com sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas. A portaria reforça os princípios da reforma psiquiátrica, que critica o modelo hospitalocêntrico de assistência em saúde, enfatiza o direito ao exercício da cidadania como importante fator de proteção para a saúde mental e preconiza a participação de diferentes atores sociais nas formulações políticas e nas práticas de atenção psicossocial (OLIVEIRA e ALESSI, 2005).

A Portaria GM nº 3088 de 23 de dezembro de 2011 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011) também reconhece e descreve a rede de atenção à saúde mental composta pelos

seguintes componentes:

### Quadro 1. Componentes da Rede de Atenção Psicossocial.

Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"><li>•Unidade Básica de Saúde,</li><li>• Núcleo de Apoio a Saúde da Família,</li><li>•Consultório na Rua,</li><li>•Centros de Convivência e Cultura</li></ul>
Atenção Psicossocial Estratégica	<ul style="list-style-type: none"><li>•Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;</li></ul>
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"><li>•SAMU 192,</li><li>•Sala de Estabilização,</li><li>•UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde</li></ul>
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"><li>•Unidade de Acolhimento</li><li>•Serviço de Atenção em Regime Residencial</li></ul>
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"><li>•Enfermaria especializada em Hospital Geral</li><li>•Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas</li></ul>
Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"><li>•Serviços Residenciais Terapêuticos</li><li>•Programa de Volta para Casa</li></ul>
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"><li>•Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda,</li><li>•Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais</li></ul>

Essa nova proposta de rede de saúde mental deve ter como pressuposto básico a inclusão social e a habilitação da sociedade para viver com as diferenças. Assim, as estratégias políticas de saúde devem estar articuladas com os setores da educação, trabalho, promoção social, lazer, cultura, esporte, habitação, dentre outros, de forma a promover, também, redes de proteção social. A articulação desses vários serviços é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. A idéia fundamental aqui implicada é que somente uma organização em rede, e não apenas serviços ou equipamentos isolados, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente

estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais. É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir não só resolutividade na solução de problemas, como também a promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais.

Para a organização dessa rede, a noção de território é especialmente orientadora. O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dá a vida comunitária. Dessa forma, o trabalho em determinado território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir processos e objetivos comuns. (BRASIL, 2005). Trabalhar no território significa, ainda, resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente soluções, multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a idéia de território como organizador da rede de atenção à saúde mental que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos (BRASIL, 2005).

Contudo, esse território pode ser maior do que o conjunto dos serviços de saúde mental de um município, pois a implantação de um modelo organizativo de saúde é complexa e as dificuldades das mais variadas ordens são inúmeras, tais como baixa qualificação e indisponibilidade de recursos humanos, falta de recursos financeiros e de condições estruturais suficientes. Frente a essa realidade e à dificuldade de arcar isoladamente com a assistência à saúde dos indivíduos, é recomendado que exista cooperação mútua entre os municípios e seus respectivos serviços, de modo que uns devem se interconectar com outros e, assim, compor uma rede que seja capaz de garantir a integralidade da saúde de seus cidadãos.

Deve-se ressaltar que o processo de regionalização se faz necessário para efetivação da RAPS. Tal afirmativa se justifica na medida em que grande parte das orientações técnicas e portarias ministeriais estabelecem como um dos critérios indispensáveis para habilitação de serviços de saúde mental características demográficas, mais especificamente, o número de habitantes. Como exemplo evidenciamos que a portaria 3.088 de 21 de maio de 2013 (BRASIL, 2013) estabelece como critério para solicitação de CAPS I população acima de quinze mil habitantes, dando margem a que municípios menores possam organizar-se regionalmente a fim de serem contemplados com o serviço.



Frente a esse cenário, o Estado de São Paulo, em reunião realizada em 29 de novembro de 2012, aprovou e publicou a Deliberação CIB 87, que trata do Termo de Referência para a implantação das Redes Regionais de Atenção Psicossocial. Apesar dos avanços conquistados com a aprovação de leis em favor da humanização das instituições de atenção à saúde mental e da consolidação de instrumentos legais comprometidos com os direitos civis dos pacientes psiquiátricos, ainda prevalecem métodos que reproduzem a exclusão.

Este termo de referência define as estratégias e compromissos do Estado de São Paulo para a implantação da RAPS, o que contribui para o fortalecimento do processo de implantação das RRAS e garante ao cidadão portador de transtorno psíquico e/ou de necessidades decorrentes do álcool e drogas, o acesso qualificado ao tratamento, ao cuidado integral e comunitário, constituído na afirmação de direitos, na produção de autonomia e no reconhecimento da liberdade como valor em saúde. O desenvolvimento da Redução de Danos como estratégia de cuidado centrado nas necessidades do usuário, a implementação, ampliação e articulação da Rede de Atenção Psicossocial, territorial e substitutiva ao modelo asilar.

A partir de então, a CIR – Catanduva , composto por 19 municípios que pertencem ao Departamento Regional de Saúde – DRSXV São José do Rio Preto, com 1.490.780 habitantes (IBGE 2015), tem mobilizado esforços no sentido de organizar o grupo condutor regional e municipais e dessa forma proceder à proposição da RAPS na CIR – Catanduva

### **1.3 CARACTERIZAÇÃO DO DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO – DRS XV**

O Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto recebeu essa denominação por meio do Decreto nº 51.433 de 28 de Dezembro de 2006, antes Direção Regional de Saúde, e têm como finalidades contribuir para a qualidade de vida da população das respectivas regiões de saúde, coordenando, articulando, organizando e gerenciando o sistema de saúde loco-regional; identificar a necessidade de compra de serviços de saúde; promover a articulação dos sistemas de saúde; avaliar, acompanhar e estabelecer a cooperação técnica dos sistemas de saúde e tornar disponíveis e dar

publicidade às informações de saúde e gerenciais que viabilizem o controle social do desempenho do sistema de saúde.

A Sede do DRS XV de São José do Rio Preto localiza-se na região noroeste do Estado, a 450 km da Capital do Estado de São Paulo, interligado pela rodovia Washington Luis. Este Departamento Regional de Saúde é composto por cento e dois municípios com um total de 1.490.780 habitantes e dividido em sete CIR's: CIR Santa Fé, CIR Jales, CIR Fernandópolis, CIR Votuporanga, CIR Rio Preto, CIR Bonifácio e CIR Catanduva.

**Figura 1. Mapa do Departamento Regional de Saúde – DRS XV São José do Rio Preto**



Fonte: Mapa da Saúde / SESSP

Tabela 1 – Comissões Intergestores Regional que Compõem o DRSXV – S.J Rio Preto

<b>DRS/Comissões Intergestores Regional</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>
<b>Catanduva</b>	147.560	147.812	295.372
<b>Santa Fé do Sul</b>	21.822	22.856	44.678
<b>Jales</b>	50.164	50.564	100.728
<b>Fernandópolis</b>	54.804	56.448	111.252
<b>São José do Rio Preto</b>	322.481	339.202	661.683
<b>José Bonifácio</b>	47.205	46.602	93.807
<b>Votuporanga</b>	93.236	93.079	186.315
<b>DRS São José do Rio Preto</b>	734.217	756.563	1.490.780
<b>RRAS12</b>	1.100.834	1.121.744	<b>2.222.578</b>

Fonte: IBGE Censo 2012

Tabela 2. População residente do DRSXV, por faixa etária na Região de Saúde do DRSXV.

<b>DRSXV</b>	<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>POPULAÇÃO</b>
	< 1 ano	17.890
	1 a 4 anos	66.841
	5 a 9 anos	88.686
	10 a 14 anos	104.743
	15 a 19 anos	112.638
	20 a 29 anos	255.498
	30 a 39 anos	233.262
	40 a 49 anos	217.146
	50 a 59 anos	176.154
	60 a 69 anos	117.820
	70 a 79 anos	71.841
	80 anos e mais	31.316

Fonte: IBGE-2012

## 1.4 REGIÃO DE SAÚDE CIR CATANDUVA

### 1.4.1 Características socioeconômicas e demográficas

A Comissão Intergestora Regional (CIR) de Catanduva é pertencente ao DRS XV de São José do Rio Preto. Catanduva localiza-se a 390 km da Capital do estado de São Paulo e a 60 km da sede, situada na região noroeste do Estado. A região de saúde da CIR abrange 19 municípios e conta com 311.619 habitantes (Tabela 3).

Tabela 3 - Municípios que Compõem a Região de Saúde Catanduva

<b>Municípios</b>	<b>População</b>
<b>Ariranha</b>	9277
<b>Catanduva</b>	119.480
<b>Catiguá</b>	7.603
<b>Elisiário</b>	3.451
<b>Embaúba</b>	2.481
<b>Fernando Prestes</b>	5.760
<b>Irapuã</b>	7.774
<b>Itajobi</b>	15.177
<b>Marapoama</b>	2.885
<b>Novais</b>	5.313
<b>Novo Horizonte</b>	39.543
<b>Palmares Paulista</b>	12.336
<b>Paraíso</b>	6.290
<b>Pindorama</b>	16.342
<b>Pirangi</b>	11.220
<b>Sales</b>	6002
<b>Santa Adélia</b>	15.178
<b>Tabapuã</b>	12.103
<b>Urupês</b>	13.504
<b>Total</b>	311.619

Fonte: Censo demográfico do IBGE (2015)

Grande parte dos municípios possui população flutuante de trabalhadores rurais. Estes trabalhadores utilizam os serviços de saúde da região, tanto as unidades

municipais de atenção básica como os serviços de média e alta complexidade, o que tem dificultado o planejamento das ações, dada a impossibilidade de quantificar a clientela, embora se possa estimá-la e incluí-la no planejamento das ações. Outro problema da região, enfrentado pelos moradores das cidades mais distantes dos municípios de referência, é o acesso aos serviços de média e alta complexidade.

Figura 2. Mapa da região de saúde de Catanduva – DRS XV São José do Rio Preto



FONTE IBGE;2015

As atividades econômicas predominantes na região são as indústrias sucroalcooleiras (cana de açúcar e derivados), de sucos de frutas, de ventiladores, móveis e velas, comércio e serviços. Em relação ao saneamento básico, a região de saúde de Catanduva conta com cobertura de 98,27% de abastecimento de água da rede pública, de 99,72% de coleta de lixo e de 98,51% de instalações de esgoto sanitário. (SEADE-2010)

Tabela 4 – Características gerais da Região de Saúde Catanduva

<b>INDICADOR</b>	<b>ESTADO</b>	<b>DRS XV</b>	<b>CIR</b>
População - IBGE-2015	43.046.555	1.490.780	311.619
Densidade Demográfica (2015) IBGE	176,42	58,60	65,25
Urbanização Censo – 2015 SEADE, IBGE	96,21	95,26	92,33
Proporção de Idosos (2015)	13,19	16,92	15,92
Taxa de Natalidade – NV e POP IBGE (2014)	14,66	12,60	12,12
IPRS (2015) SEADE		34,31	21,05
IDH (2015) IBGE	0,783	-	0,655
Taxa de analfabetismo pop 15 anos e mais (2010) IBGE	4,33	5,96	6,79
Domicílios com infra-estrutura interna urbana adequada (Proporção de domicílios com rede pública-água-lixo-esgoto-energia elétrica sobre total de domicílios permanentes urbanos) 2014 IBGE	93,47	95,26	97,60

Fonte: IBGE/SEADE/ SES-SP

Há na região três ( 3) municípios com IPRS 1, porém a maioria deles são IPRS 3, havendo importantes diferenças sócio-econômicas entre os próprios municípios da região.

Tabela 5 – Agrupamento de Municípios segundo o Grupo de IPRS

<b>Grupo IPRS</b>	<b>Município</b>	<b>Descrição</b>
1	Ariranha Novo Horizonte Paraíso	Municípios com nível elevado de riqueza e bons níveis nos indicadores sociais.
2	Marapoama Santa Adélia	Municípios que, embora com níveis de riqueza elevados, não exibem bons indicadores sociais.
3	Catanduva Elisiário Fernando Prestes Itajobi Novais Pindorama Pirangi Sales Tabapuã Urupês	Municípios com nível de riqueza baixo, mas com bons indicadores nas demais dimensões.
4	Catiguá Irapuã Palmares Paulista	Municípios que apresentam baixos níveis de riqueza e nível intermediário de longevidade e/ou escolaridade.
5	Embaúba	Municípios mais desfavorecidos, tanto em riqueza quanto nos indicadores sociais.

Fonte: SEADE

### **1.4.2 Condições de vida e saúde**

Ao iniciar as atividades de diagnóstico situacional da RAPS foi possível identificar, que a região apresenta alguns indicadores que sugerem a necessidade de qualificar a rede de atenção psicossocial.

Nessa perspectiva, ao avaliar as 10 principais causas de óbito no ano de 2012, podemos evidenciar as causas externas ocupando o 4º lugar de maior prevalência, como podemos observar na tabela a seguir.

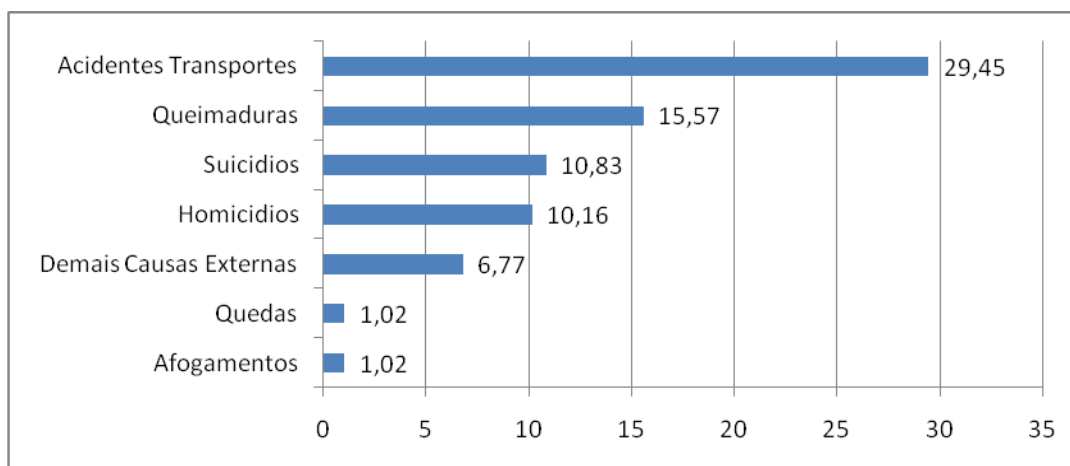
Tabela 6. Número absoluto de óbitos segundo as 10 principais causas, Região de Saúde Catanduva – CIR.

<b>Causa</b>	<b>Nº</b>
<b>Doenças do aparelho circulatório</b>	633
<b>Neoplasias (tumores)</b>	402
<b>Doenças do aparelho respiratório</b>	297
<b>Causas externas de morbidade e mortalidade</b>	220
<b>Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat</b>	199
<b>Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas</b>	161
<b>Doenças do aparelho digestivo</b>	133
<b>Doenças do aparelho geniturinário</b>	116
<b>Algumas doenças infecciosas e parasitárias</b>	82
<b>Doenças do sistema nervoso</b>	77

Fonte: DATASUS

Entretanto, ao detalhar os dados referentes a mortalidade por causas externas, o suicídio apresenta-se com a terceira maior taxa com 10,8 óbitos/100.000 habitantes, ficando atrás somente dos acidentes de transportes e queimaduras, dessa forma evidenciando o impacto da saúde mental nesse grupo do CID-10.

Gráfico 1. Taxa de mortalidade por causas externas por 100.000 habitantes, na Região de Saúde de Catanduva – CIR, 2012.



Fonte: SEESP/SEADE

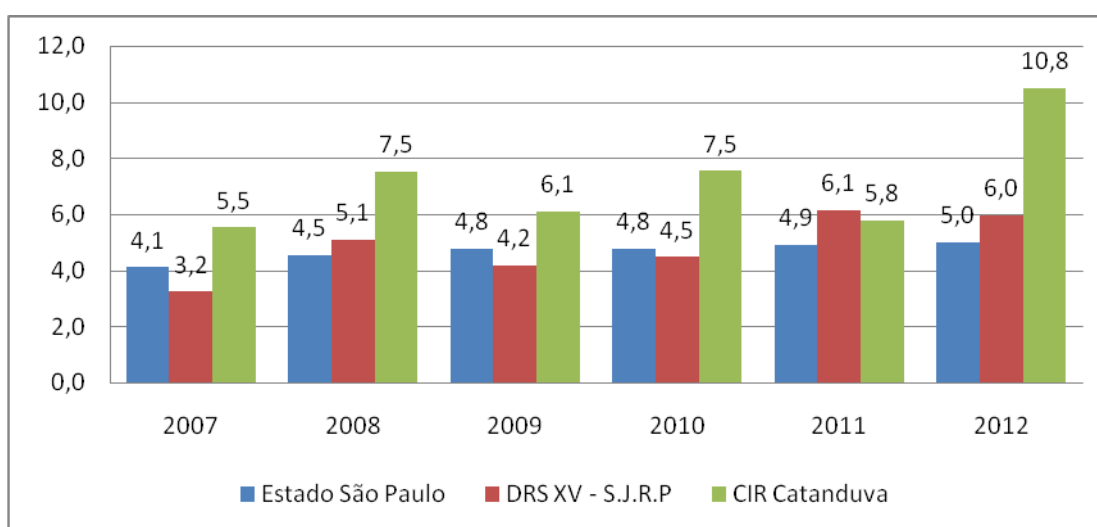
A dificuldade de acesso, ausência de serviços e assistência inadequada em tempo oportuno pode, também, ser a causa de elevado número de suicídio. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2000), o suicídio é um ato deliberado de infligir a morte a si próprio. Os riscos para esse tipo de morte incluem fatores biológicos,



psicológicos, médicos e sociais. Dessa forma é, também, possível avaliar os cuidados prestados à saúde mental mediante análise das taxas de suicídio.

Ao analisar a série histórica apresentada no Gráfico 2, é possível observar que a taxa de suicídio na CIR Catanduva (10,8) corresponde a índices mais elevados do que aqueles do estado de São Paulo desde 2007 e significativamente maior que os da DRS São José do Rio Preto em 2102

Gráfico 2. Taxa de suicídios por 100.000 habitantes, segundo ano de ocorrência e local de residência de 2007 a 2012.



Fonte: DATASUS

Tabela 7. Taxa de suicídios por 100.000 habitantes, segundo ano de ocorrência e local de residência/municípios de 2007 a 2012.

Localidades	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ariranha	12,14	24,02	-	-	-	45,97
Catanduva	7,22	7,18	6,25	10,64	4,41	7,91
Catiguá	-	-	-	14,04	-	-
Elisiário	-	-	-	-	-	-
Embaúba	40,92	-	-	-	-	-
Fernando Prestes	18,16	-	-	18,07	-	-
Irapuã	-	-	13,87	-	-	13,57
Itajobi	27,62	6,9	6,89	-	13,73	20,58
Marapoama	-	-	-	-	-	-
Novais	-	-	-	-	-	20,93
Novo Horizonte	2,83	11,2	8,3	2,74	13,58	8,09
Palmares Paulista	-	9,59	9,38	9,17	8,99	8,82
Paraíso	-	-	-	-	-	16,73

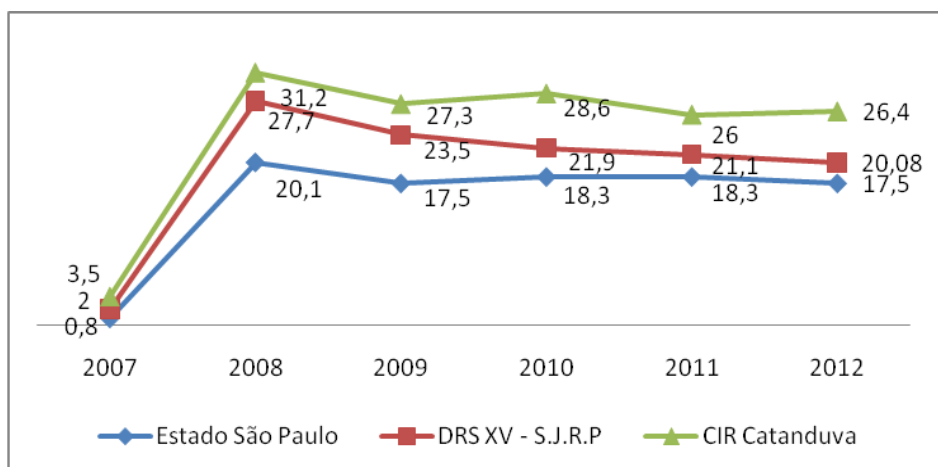
Pindorama	-	13,65	6,74	6,66	-	26,13
Pirangi	9,56	-	-	-	28,19	9,37
Sales	-	19,08	18,75	18,37	-	-
Santa Adélia	7,08	-	7,01	6,98	6,95	-
Tabapuã	-	17,87	8,87	17,61	-	8,71
Urupês	-	-	7,91	-	15,68	15,62

Em relação a morbidade hospitalar, atualmente a região não dispõe de leitos de psiquiatria em Hospital Geral, sendo o Hospital Psiquiátrico Mahatma Gandhi com 138 leitos a principal referência para internação. Ambos Hospitais Gerais da Fundação Padre Albino, não possuem leitos psiquiátricos cadastrados para observação e também não manifestaram interesse. Em vista disso, quando necessário, o usuário é regulado e transferido para o Hospital Psiquiátrico Mahatma, no município de Catanduba ou Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes em São José do Rio Preto, que também é referência para todos os municípios do DRS XV. Após a alta, esses hospitais encaminham os casos para acompanhamento na Atenção Básica (Unidades Básicas de Saúde) e/ou CAPS, quando esse existir.

Sendo assim, ainda prevalece a lógica do modelo hospitalocêntrico que exclui, segrega e apresenta-se de baixa resolutividade, tal como podemos observar pelo número de internações mostrado no Gráfico 3.

Evidencia-se pelo Gráfico 3 que a taxa de internação hospitalar por transtornos mentais e comportamentais da Comissão Intergestora Regional (CIR) de Catanduba apresentou em 2012 uma discreta elevação em relação aos anos imediatamente anteriores. Essa situação diferencia-se daquela observada no Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto e no estado de São Paulo, em que houve ligeiro decréscimo na mesma taxa. Considerando apenas o ano de 2012, constata-se que a CIR de Catanduba apresenta-se com taxa de internação (26,4) maior do que a do DRS XV São José do Rio Preto (20,08) e do Estado de São Paulo (17,5).

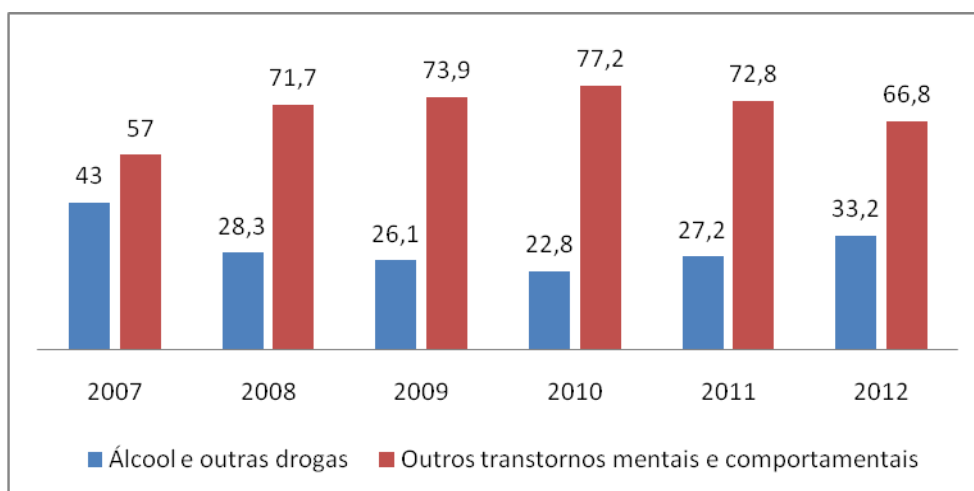
Gráfico 3. Internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais por 10.000 habitantes e por local de residência, de 2007 a 2012.



Fonte: DATASUS

Analisando as proporções de internações psiquiátricas segundo a causa, representadas no Gráfico 4, verifica-se que, embora aquelas motivadas por problemas decorrentes do abuso de álcool e outras drogas apresentem, crescimento na proporção das internações de 2010 a 2012, outros transtornos mentais e comportamentais ainda representam, segundo DATASUS, a principal causa de internação das diversas internações psiquiátricas por transtornos mentais e comportamentais (grupo V da CID 10).

Gráfico 4. Proporção de internações psiquiátricas segundo o diagnóstico na CIR Catanduva de 2007 a 2012, considerando o total do Grupo V da CID 10.



Fonte: DATASUS

Esses dados evidenciam a necessidade eminente de colocar em pauta nas discussões dos gestores a implantação e implementação de políticas e serviços de saúde

mental que considerem não somente os transtornos mentais severos e persistentes, mas, também, as questões do sofrimento psíquico, dos transtornos mentais mais leves e do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

No âmbito do cuidado ofertado aos indivíduos que fazem uso abusivo de álcool e drogas, vale resalta que, a partir de 2013, com a publicação do Edital de Chamamento Público SJDC 01/2013, o Governo do Estado de São Paulo, através da Secretaria de Saúde, Justiça e Desenvolvimento Social criaram o Programa Recomeço, que se trata de um convênio com as Comunidades Terapêuticas, para o acolhimento e reabilitação de usuários adultos de álcool, crack e outras drogas. Este acolhimento é de natureza voluntária, assim como preconiza a ANVISA, (Resolução - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011) por um período de até 180 dias.

De acordo com o referido Edital estas Comunidades, sem fins lucrativos, devem estar articuladas com os serviços da Atenção Psicossocial Especializada. Já em municípios que não contam com este ponto de atenção, a referência é a Atenção Básica, contudo nesta Região de Saúde, a maior parte dos municípios, os encaminhamentos e a alta qualificada, tem acontecido de forma contrária à proposta.

Posteriormente, o Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack – “Programa Recomeço”, instituído pelo Decreto nº 59.164, de 9 de maio de 2013, alterado pelo Decreto nº 59.684, de 30 de outubro de 2013, foi reorganizado nos termos do Decreto Nº 61.674, DE 2 DE DEZEMBRO DE 2015, passando a denominar-se Programa Estadual de Políticas sobre Drogas – “Programa Recomeço: uma vida sem drogas”. O referido programa tem por objetivo promover, articular e executar ações nos seguintes eixos temáticos:

1. Prevenção;
2. Tratamento;
3. Reinserção Social e Recuperação;
4. Controle e Requalificação das Cenas de Uso;
5. Acesso à Justiça e à Cidadania.

A implementação do “Programa Recomeço: uma vida sem drogas” dar-se-á por meio da conjugação de ações da sociedade civil organizada, de órgãos e entidades da Administração Pública do Estado e dos Municípios que dele decidirem participar, com a atuação coordenada das seguintes Pastas:

1. Secretaria da Educação;
2. Secretaria da Saúde;

3. Secretaria de Desenvolvimento Social;
4. Secretaria da Segurança Pública;
5. Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania.

Os encaminhamentos para a inserção nestas vagas do Programa, passam por uma avaliação médica, onde se considerar se o paciente vai se beneficiar deste tipo de amparo. Já no processo de alta o paciente é referenciado para seguimento na Atenção Básica ou CAPS, quando esse existir. Estas comunidades em sua maioria tem cunho religioso, porém contam com equipes multiprofissionais.

Segundo o Setor de Vigilância Sanitária do município de Catanduva encontramos esta realidade:

Tabela 8: Números Totais de vagas em Comunidades Terapêuticas em Catanduva

<i><b>RAZÃO SOCIAL</b></i>	<i><b>PÚBLICO</b></i>	<i><b>CAPACIDADE PROGRAMADA</b></i>
1. ASSOCIAÇÃO PÃO NOSSO – APN	Masculino	<b>28</b>
2. CARITAS DIOCESANA DE CATANDUVA	Masculino	<b>51</b>
3. CASA DE RECUPERAÇÃO E REINTEGRAÇÃO SOCIAL RECOMEÇAR	Masculino	<b>28</b>
4. COMUNIDADE TERAPEUTICA LIRIO DOS VALES	Feminino	<b>20</b>

No entanto observamos que as vagas financiadas pelo Estado de São Paulo são:

Tabela 9: Números de vagas em Comunidades Terapêuticas em Catanduva, financiadas pelo Programa Recomeço.

<i><b>RAZÃO SOCIAL</b></i>	<i><b>PÚBLICO</b></i>	<i><b>VAGAS FINANCIADAS SP</b></i>
1. ASSOCIAÇÃO PÃO NOSSO – APN	Masculino	<b>10</b>
2. CARITAS DIOCESANA DE CATANDUVA	Masculino	<b>10</b>
3. CASA DE RECUPERAÇÃO E REINTEGRAÇÃO SOCIAL RECOMEÇAR	Masculino	<b>5</b>
4. COMUNIDADE TERAPEUTICA LIRIO DOS VALES	Feminino	<b>5</b>

Com a atual rede, desqualificada, fragmentada e sem a presença de importantes serviços e componentes previstos na portaria que a instituiu, identificamos através dos dados e indicadores apresentados a fragilidade do cuidado prestado ao usuário em sofrimento psíquico e a eminente necessidade de qualificar a RAPS.

Nesse sentido, a superação dos desafios e os avanços na qualificação da assistência, com importante melhora nos indicadores e na atenção à saúde, requer importantes decisões e ações dos gestores do SUS, por serem protagonistas do processo organizador e instituidor do sistema local. Esse processo implica aspectos técnicos, éticos, culturais, mas, principalmente, o conhecimento do tema em questão, o reconhecimento de sua importância para a saúde pública e posterior cumprimento do pacto político e cooperativo entre as instâncias do sistema, expresso por uma associação entre a técnica e a política, para a garantia dos investimentos e recursos necessários às mudanças necessárias.

Diante de tal constatação, trabalhar com os gestores a questão das Redes de Atenção à Saúde, prioritariamente a Rede Psicossocial, com o propósito de reorganizar o sistema – redirecionando suas ações e serviços para o desenvolvimento da RAPS, fomentando a integração dos serviços disponíveis, assim como a implantação dos inexistentes é indispensável para dar respostas às necessidades de saúde da população no território.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

O objetivo geral do presente documento é a elaboração de um plano para implantação da Rede de Atenção Psicossocial na região de Catanduva em conjunto com os gestores e interlocutores de saúde mental municipais.

## **3. MATRIZ DIAGNÓSTICA E PROPOSTA DE SERVIÇOS**

### **3.1 COMPONENTE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**

Os municípios de forma generalizada percebem a necessidade de fortalecimento do trabalho em rede articulado entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os outros equipamentos disponíveis em cada município. A lógica atual, predominante, é que o

médico alocado nas UBS recorra ao encaminhamento direto para os serviços ou profissionais especializados em saúde mental ao primeiro sinal de queixa relacionada a essa especialidade, conseqüentemente utilizando-se da internação integral como recurso nos momentos agudos da doença. Essa realidade indica que as ações em saúde se dão no modelo de atenção com foco na doença e não no sujeito.

A ideia da Rede Psicossocial acontece para desconstruir esse modelo e permitir que a AB funcione efetivamente como espaço de acolhida da demanda da saúde mental e que essa acolhida seja pautada no sujeito integral. Entretanto, para que esse enfoque seja compreendido, assimilado e posto em prática há necessidade de que os profissionais da AB desenvolvam um olhar para as pessoas portadoras de transtorno mental/DQ desprovido de conceitos e preconceitos do ‘senso comum’. Outra questão de extrema importância está relacionada às características demográficas da região, na qual é composta na sua grande maioria por municípios com população inferior a 15.000 habitantes, o que dificulta a fazer adesão isoladamente a alguns pontos de atenção da RAPS.

Considerando que todos os municípios possuem e são responsáveis pelas ações da Atenção Básica no seu território, sendo a saúde mental um tema inerente ao escopo das ações nesses serviços, ficou pactuado como ação prioritária, o fortalecimento da saúde mental na atenção básica, com a necessidade de capacitação e qualificação técnica desses profissionais instrumentando-os para a abordagem dos sujeitos em questão, bem como, propõe também como importante ferramenta de assistência e educação permanente a implantação de NASF em todos os municípios com ESF, para que as mesmas sejam matriciadas/matriciadores em suas ações de saúde mental, promovendo a articulação entre os serviços e fortalecendo a rede, movimento que resulta na atenção qualificada aos usuários. Resaltamos que a lógica da continuidade do cuidado aqui mencionada, terá como pressuposto básico a troca de saberes e aproximação entre os serviços dos diferentes níveis de atenção, tal como proposto nas Diretrizes das Redes de Atenção à Saúde. Dessa forma, esperamos que as ações de saúde mental sejam articuladas com os CAPS, nas suas diferentes modalidades, e que esse não atue de forma ambulatorial, pautado em encaminhamentos isolados, mais sim na lógica do matriciamento e na troca de saberes entre os profissionais das diversas categorias.

### 3.1.1 Componente Atenção Básica – Unidades Básicas de Saúde

Em relação à Atenção Básica, no ano de 2013 a cobertura de Saúde da Família era na ordem de 36,94 %, com o total de 33 equipes implantadas (DAB, 2013). Após importante trabalho dos Articuladores da Atenção Básica junto aos municípios foi possível atingir uma cobertura de Estratégia de Saúde da Família de 66,94 %, correspondendo a 54 equipes implantadas (DAB, 2015).

Todavia, ainda se faz necessário a qualificação e ampliação desse modelo de atenção, por ser considerado o de maior efetividade correspondendo as necessidade dos usuários frente a inúmeras demandas de saúde.

A tabela a seguir apresenta o índice de cobertura de ESF nos municípios da região e respectiva proposta de ampliação, e em relação ao município de Pirangi, que apresenta a % de cobertura de Equipe de ESF igual a 97, tem como proposta reorganizar o número de pessoas a serem acompanhadas pelas três (3) Equipes existentes.

Tabela 10-Cobertura de ESF/Municípios - CIR CATANDUVA

Município	% Cobertura da Atenção Básica	% Cobertura Equipe ESF	Nº de ESF existente	Proposta de Ampliação Equipe ESF (nº)	Proposta de Ampliação Cobertura Equipe ESF (%)	% de Cobertura de ESF após ampliação
Ariranha	100	100	3	0	0	100
Catanduva	92,66	70	23	5	85	85
Catiguá	100	48	1	1	52	100
Elisiário	100	100	1	0	0	100
Embaúba	100	100	1	0	0	100
Fernando Prestes	100	100	3	0	0	100
Irapuã	100	47	1	1	53	100
Itajobi	100	94	4	0	0	100
Marapoama	100	100	1	0	0	100
Novais	100	100	2	0	0	100
Novo Horizonte	57,87	0	0	0	0	0
Palmares Paulista	100	91	3	1	9	100
Paraíso	100	58	1	1	42	100
Pindorama	100	45	2	1	44	100



Pirangi	100	97	3	0	0	100
Sales	100	0	0	1	35	100
Santa Adélia	100	95	4	0	0	100
Tabapuã	60,81	0	0	2	40	67
Urupês	88,73	27	1	0	0	27
<b>Total</b>	<b>94,74</b>	<b>66,94</b>	<b>54</b>	<b>13</b>	<b>18,95</b>	<b>88,36</b>

Tal como observado no quadro anterior, alguns municípios ainda não se organizaram para implantar a ESF, dessa forma se comprometeram a qualificar e ampliar a cobertura da atenção básica segundo o modelo de atenção tradicional, compreendendo o médico clínico, ginecologista/obstetra e pediatra.

### 3.1.2 Componente Atenção Básica – NASF

Com o propósito de qualificar a assistência e aumentar a resolubilidade da atenção básica, aumentando seu escopo de ações, o NASF será implantado em todos os municípios que tenham ESF em pleno funcionamento. Pois tal programa tem se demonstrado como importante instrumento no processo de consolidação das Redes de Atenção a Saúde, em especial a saúde mental. A seguir esta descrita à situação atual e a proposta de ampliação.

Tabela 11- ÑNASF- Situação atual/ Propostas Ampliação

Municípios Sede dos NASF	NASF - Implantados em funcionamento			Proposta de Implantação de NASF			Necessidade NASF
	NASF I	NASFII	NASF III	NASF I	NASF II	NASFIII	
Ariranha	-	-	-	-	1	-	
Catanduva	2	-	-	2	-	-	
Fernando Prestes	-	-	1*	-	1	-	
Palmares Paulista	-		1*	-	1	-	
Pirangi	-	1		-		-	
Novo Horizonte	-	-	-	-	-	-	
Pindorama	-	-	-	-	1	-	
Santa Adélia	-	-	-	-	1	-	
Irapuã	-	-	-	-	-	1	
Itajobi	-	-	-	-	1	-	
Sales	-	-	-	-	-	-	

Paraíso	-	-	-	-	-	1	
Embauba	-	-	-	-	-	1	
Novais	-	-	-	-	-	1	
Urupês	-	-	-	-	-	1	
Catiguá	-	-	-	-	-	1	
Tabapuã	-	-	-	-	-	1	
Marapoama	-	-	-	-	-	1	
Elisiário	-	-	1	-	-	-	
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	

\*\*Os NASF III de Fernando Prestes e Palmares Paulista solicitaram a transferência para NASFII, por isso está como proposta NASF II.

A lógica de trabalho do NASF, pautada no matriciamento, será um importante instrumento na qualificação do cuidado ao portador de sofrimento psíquico. O apoio do NASF as equipes de ESF será de fundamental importância, uma vez que esse programa viabilizará o aumento no escopo das ações da saúde mental na atenção básica, auxiliando no mapeamento do território e na identificação de possíveis pontos de atenção que demonstrem grande potencial para a formalização de parcerias. Da mesma forma, o NASF poderá ser o elo com o CAPS nos casos mais complexos, seja na gestão do caso junto com as ESF, seja na articulação com os demais pontos da rede.

### 3.1.3 Componente Atenção Básica – Consultório na Rua

Nesta região de saúde, Catanduva é o maior município em população e segundo dados oficiais da Secretaria Municipal de Assistência Social, apresenta 280 indivíduos em situação de rua, necessitando de assistência adequada que corresponda as necessidades e características dessa clientela. Nesse sentido, ações intersetoriais serão desenvolvidas com a parceria do Centro POP, Casa do Imigrante, Guarda Civil Municipal, CAPS II entre outros serviços existentes no município.

Para tanto, o município objetiva a implantação de uma equipe em 2015.

Município	Implantadas			Propostas		
	Tipo1	Tipo2	Tipo 3	Tipo1	Tipo2	Tipo 3
Catanduva	-	-	-	-	-	1

### **3.1.4 Componente Atenção Básica – Centro de Convivência**

O Centro de Convivência enquanto componente da Atenção Básica é uma unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial. Nesses espaços, são oferecidos à população em geral oportunidades 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, por meio da construção de contextos de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade.

A Região não conta com Centros de Convivência normatizados com relação ao seu cadastro, habilitação e financiamento (aguardando portaria MS). No entanto há Centros com características similares nos municípios da região, que poderão ser articulados como componentes do território a se compor a rede de atenção psicossocial, numa perspectiva de inter-setorialidade.

## **3.2 COMPONENTE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESTRATÉGICA**

A Atenção Psicossocial Especializada é composta pelos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, constituídos por equipes multiprofissional que atuam sob a ótica interdisciplinar e realizam atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial. O trabalho no Centro de Atenção Psicossocial é realizado prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, oficinas, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. O cuidado é desenvolvido através de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família.

Os CAPS e o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde em ações em saúde mental são fundamentais na atenção psicossocial. Os serviços de Atenção Primária a Saúde (Unidades Básicas de Saúde), até o momento, são os únicos equipamentos disponíveis para atendimento e acompanhamento longitudinal desses usuários nos municípios, assim como daqueles com transtorno mental leve.

No que diz respeito à atenção especializada em saúde mental no nível ambulatorial, a região possui somente 1 ambulatório de saúde mental que é referência

para acolhimento aos usuários com transtornos psíquicos graves, localizado no Hospital Emilio Carlos, pois embora existam CAPS implantados na região, os mesmos aguardam publicação de Portaria pelo Ministério da Saúde para habilitação e recebimento dos recursos financeiros para custeio das ações.

Nesse sentido, os municípios com população maior de 15.000 habitantes serão sede para CAPS I, na qual será estendido o serviço para municípios com população menores, de forma que nenhum município na região fique descoberto. Tal pactuação se fez necessário a partir da compreensão que o CAPS tem como uma das ações prioritárias o trabalho extra muro, assim como a importante ferramenta do matriciamento. Dessa forma, os municípios menores de 15.000 através das suas equipes de ESF e NASF, poderão contar com o apoio matricial da equipe técnica do CAPS e o fortalecimento das ações no território.

O CAPS AD e CAPSi municipal de Catanduva, gradativamente será disponibilizado para municípios da região, a medida que estes fortaleçam as ações de saúde mental na atenção básica e sobretudo participem do rateio dos custos relacionados aos desenvolvimento dessas ações. A tabela a seguir ilustra como a Região de Saúde Catanduva será potencializada em seus dispositivos CAPS.

<b>Serviço</b>	<b>Municípios</b>	<b>Sede</b>	<b>POPULAÇÃO</b>	<b>Implantado em Funcionamento</b>	<b>Credenciado não Habilitado</b>	<b>Proposta de Implantação</b>
<b>CAPS I</b>	SANTA ADÉLIA – PIRANGI – ARIRANHA – FERNANDO PRESTES	PIRANGI	41.435	-	-	<b>1</b>
	ITAJOBI – MARAPOAMA – ELISIÁRIO	ITAJOBI	21.513	-	-	<b>1</b>
	NOVO HORIZONTE	NOVO HORIZONTE	39.543	<b>1</b>	<b>1</b>	-
	PALMARES PAULISTA – PARAISO – EMBAÚBA	PALMARES	21.107	-	-	<b>1</b>
	URUPÊS – SALES – IRAPUÃ	URUPÊS	27.280	-	-	<b>1</b>
	TABAPUÃ – NOVAIS – CATIGUÁ	TABAPUÃ	25019	-	-	<b>1</b>
<b>CAPS II</b>	CATANDUVA	CATANDUVA	119.480	<b>1</b>	<b>1</b>	-
<b>CAPS AD</b>	CATANDUVA	CATANDUVA	119.480	-	-	<b>1</b>
<b>CAPS i</b>	CATANDUVA	CATANDUVA	119.480	-	-	<b>1</b>
<b>TOTAL</b>				<b>2</b>	<b>2</b>	<b>7</b>

Para viabilizar e consolidar de forma efetiva a RAPS na região, foi viabilizado no ano de 2016 o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Catanduva – CONSIRC, pois sem a existência desse importante equipamento a implantação da RAPS se tornaria inviável, haja vista que os gestores municipais não dispõem de respaldo jurídico para operacionalizar a implantação de serviços de abrangência regional.

A partir da ação de implantação e implementação desses serviços, a qualificação dos profissionais envolvidos, será demanda permanente. Essa necessidade foi identificada através dos diagnósticos municipais, como uma fragilidade dos serviços de saúde mental dessa região.

### **3.3 COMPONENTE ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

A atenção às urgências prestada pelo SAMU nas situações de crise em decorrência de transtornos mentais e/ou ao uso abusivo de álcool e outras drogas deve ocorrer de forma responsável, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência.

Para atendimento a urgências e emergências, a região conta com o Hospital Geral Padre Albino, além do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), ambos disponibilizados para toda a região e localizados no município de Catanduva, Atualmente o SAMU regional se encontra em processo de descentralização, na qual após a implantação do CONSIRC todos os municípios estarão adequadamente cobertos pelas Bases descentralizadas.

Outra necessidade é estabelecer protocolos de acolhimento e fluxo de referência, encaminhando a pessoa com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas para os serviços mais adequados, conforme preconizados na matriz diagnóstica, evitando que os casos em crise permanecem nos prontos atendimentos aguardando vagas nos hospitais de referência, em unidades com estrutura inadequada e equipe sem qualificação para este acolhimento.

Municípios	REFERÊNCIAS	
	Primeira referência	Referência Regional
Ariranha	PS Próprio - 24 horas	P.S.Hospital Padre Albino (Catanduva)
Catanduva	UPA	
Fernando Prestes	PS Próprio - 24 horas	
Palmares Paulista	PS próprio – 24 horas.	
Pirangi	PS Próprio - 24 horas	
Novo Horizonte	PS Próprio - 24 horas	
Pindorama	PS próprio - 24 horas	
Santa Adélia	PS Próprio - 24 horas	
Irapuã	PS Próprio - 24 horas	
Itajobi	PS Próprio - 24 horas	
Sales	PS Próprio - 24 horas	
Paraíso	PS Próprio - 24 horas	
Embaúba	PS próprio até 19:00 durante a semana, após esse horário, finais de semana e feriados Hospital Padre Albino de Catanduva.	
Novais	PS próprio até 19:00 durante a semana, após esse horário, finais de semana e feriados Hospital Padre Albino de Catanduva.	
Urupês	PS Próprio - 24 horas	
Catiguá	PS próprio até 22:00 durante a semana, após esse horário, finais de semana e feriados Hospital Padre Albino de Catanduva.	
Tabapuã	PS Próprio - 24 horas	
Marapoama	PS próprio até 22:00 durante a semana, após esse horário, finais de semana e feriados Hospital Padre Albino de Catanduva.	
Elisiário	PS próprio até 17:00 durante a semana, após esse horário, finais de semana e feriados Hospital Padre Albino de Catanduva.	

Frente ao quadro apresentado é possível identificar que alguns municípios até o momento não dispõem de serviços de urgência básica no período de 24 horas, entretanto, o DRSXV tem articulado para consolidação e organização da Rede de Urgência e Emergência com termino previsto para 2016.

### **3.4 COMPONENTE RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO**

#### **3.4.1 Componente Atenção Residencial de Caráter Transitório – Unidade de Acolhimento**

Unidade de acolhimento de abrangência Regional	Serviço Habilitado		Proposta	
(Município sede)	Modalidade		Modalidade	
	Adulto (15 vagas)	Infantil (10 vagas)	Adulto (15 vagas)	Infantil (10 vagas)
Catanduva	0	0	1	1

#### **3.4.2 Componente Atenção Residencial de Caráter Transitório – Comunidades Terapêuticas**

Verificamos um aumento considerável destes serviços na região em virtude na Política Estadual de Saúde Mental, Cartão Recomeço. Entretanto, em sua maioria são serviços que ainda não estão articulados com a rede, o que os torna incapacitados para garantir o acolhimento e a reabilitação psicossocial de seus usuários. Frente a essa realidade, o grupo de gestores não achou por bem não solicitar o credenciamento de novas vagas perante o Ministério da Saúde.

Município	Comunidades Terapêuticas Com Licença de Funcionamento	Vagas Habilitadas	Propostas de vagas
Catanduva	05	0	0



### 3.5 COMPONENTE ATENÇÃO HOSPITALAR

É sabido que em Hospital Geral a premissa é de atuação de retaguarda clínica para pacientes da saúde mental, quando necessário. No entanto, é reconhecida a dificuldade dos municípios em dispor desse tipo de atuação, seja por questões políticas, estruturais e financeira. Atualmente a região não dispõe de leitos de saúde mental em Hospital Geral, sendo o Hospital Psiquiátrico Mahatma Gandhi com 138 leitos e Hospital Bezerra de Menezes de São José do Rio Preto, com 160 leitos, as principais referências para internação. Portanto, essa CIR necessita de adequação na oferta desse dispositivo de forma efetiva.

Importante salientar que os dois maiores Hospitais da Região de Saúde – CIR Catanduva, Emilio Carlos e Padre Albino não manifestaram interesse em credenciar esse tipo de leito, entretanto é inquestionável a importância da implantação dos leitos em Hospital Geral, haja vista o processo da Reforma Psiquiátrica. Para tal, foi pensada a implantação desse serviço em Municípios que dispõem de hospitais e manifestaram interesse em implantar esse tipo de leito, assim como a previsão de ser sede para CAPS regional. A seguir esta descrita a proposta da CIR Catanduva.

População/CIR 2015	Necessidade 1/23.000 hab. (Portaria 148/12)	Prestador	Leitos Existentes SUS N/SUS (CNES)	Parâmetro Portaria 148/12 (15%)	Manifestação de interesse	Proposta
311.619	14	Hospital Emílio Carlos	133	20	-	-
		Ass. Julia Ruete	25	4	-	-
		Santa Casa Itajobi	36	5	-	-
		Santa Casa Novo Horizonte	105	16	5	5
		Hosp. José Pironi	37	5	5	5
		Santa Casa Sta Adélia	31	4	2	-
		Ass. Benef. Tabapuã	30	4	4	4
		Santa Casa de Urupês	34	5	3	-
		TOTAL				19

### **3.6 COMPONENTE DE ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

#### **3.6.1 Componente Estratégia de Desinstitucionalização – Residência**

##### **Terapêutica**

Este componente é constituído por iniciativas que visam garantir o cuidado integral às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, que encontram-se em situação de internação de longa permanência. Através de estratégias substitutivas, este dispositivo tem a perspectiva de garantir os direitos básicos do usuário, como a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, promovendo a sua progressiva inclusão social.

Nesse sentido, foi identificado que o hospital psiquiátrico local Mahatma Gandhi, atualmente apresenta 17 moradores que preenchem os critérios e perfil para serem incluídos nesse tipo de serviço, além de outros 3 moradores da região de Catanduva que se encontram nos Hospitais Psiquiátricos da Região de Sorocaba. Dessa forma, faz-se necessário 2 Serviços Residenciais Terapêuticos, a serem implantados no município de Catanduva, tal como apresentado no quadro a seguir.

<b>Provável Município da Residência Terapêutica</b>	<b>Implantadas</b>		<b>Propostas</b>	
	<b>Tipo1</b>	<b>Tipo2</b>	<b>Tipo1</b>	<b>Tipo2</b>
Catanduva	-	-	-	02

Para fins desse plano de ação, considera-se a internação de longa permanência/morador aquela superior a 1 (um) ano, de forma ininterrupta.

#### **3.6.2 Componente Estratégia de Desinstitucionalização – Equipe de Desinstitucionalização.**

A portaria nº 2.840, de 29 de dezembro de 2014, institui o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente de Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), na qual apresenta como objetivos:

I - apoiar e desenvolver ações de desinstitucionalização de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack,

álcool e outras drogas em situação de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos no âmbito do SUS; e

II - apoiar e desenvolver ações e estratégias nos processos de reabilitação psicossocial no território das pessoas desinstitucionalizadas, favorecendo-se os percursos de produção de autonomia e da contratualidade social, de forma a garantir seus direitos e a efetiva participação e inclusão social, fortalecendo a RAPS.

Parágrafo único. Para fins desta Portaria, considera-se a internação de longa permanência de que trata o inciso I do "caput" aquela superior a 1 (um) ano, de forma ininterrupta.

Nesse sentido, apoiado pela portaria em questão, será implantado uma(1) equipe de desinstitucionalização na modalidade B.I no Município de Catanduva, para auxiliar no processo de reabilitação de 17 indivíduos internados no Hospital Psiquiátrico Mahatma Gandhi e outros 3 na Região de Sorocaba com previsão para concretização desse feito aproximadamente 3 anos após a implantação da equipe.

Município	Implantadas		Propostas	
	Modalidades		Modalidades	
	A	B	A	B
Catanduva	-	-	-	01 (B.I)

### **3.7 COMPONENTE DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL**

Como estratégias de Reabilitação Psicossocial, os municípios dessa região, de acordo com suas particularidades, contam com associações de bairros, centros de referência, centros de convivência para jovens participantes de programas vinculados às ações desenvolvidas pela Secretaria da Assistência Social, grupos de apoio para populações específicas, etc. No entanto, há pouca articulação entre os serviços de saúde mental e esses equipamentos municipais, é percebida a necessidade de

potencializar a intersetorialidade desses projetos com os equipamentos/equipes de saúde visando a inserção das pessoas portadoras de transtornos mentais e DQ.

Para o desenvolvimento desse componente foi pensado a criação de uma Associação de Amigos, Usuários e Familiares da Saúde Mental de Catanduva e região, com o objetivo de apoiar iniciativas que promovam a inclusão social e a geração de renda. Tal associação será responsável pela gestão dessas bases descentralizadas, previstas para os municípios que forem sede de CAPS municipal e regional.

Provável Município do Programa de Reabilitação	Implantadas			Propostas		
	Tipo1	Tipo2	Tipo 3	Tipo1	Tipo2	Tipo 3
Catanduva	-	-	-	-	-	1
Novo Horizonte	-	-	-	-	1	-
Pirangi	-	-	-	-	1	-
Tabapuã	-	-	-	-	1	-
Itajobi	-	-	-	-	1	-
Palmares Paulista	-	-	-	-	1	-
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>1</b>

#### 4 MATRIZ DIAGNÓSTICA SÍNTESE-CIR- CATANDUVA

Componente	Ponto de atenção	EXISTENTE	NECESSIDADE	PROPOSTA
		CIR CATAN DUVA	CIR CATAN DUVA	CIR CATAN DUVA
<b>I- Atenção Básica em Saúde</b>	Unidade Básica de saúde com ESF	54	91	13
	Consultórios de Rua-População em situação específica	0	1	1
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família	5	18	16
II.Atenção Psicossocial Especializada	CAPS I	0	6	6
	CAPSII	1	1	0
	CAPS AD	0	1	1
	CAPS i	0	1	1
III. Atenção de urgência e Emergência	UPA	1	1	0
	Pronto Socorro/PA	14	0	0
	SAMU	1	0	0
IV.Atenção residencial de caráter Transitório	Unidade de Acolhimento-Adulto	0	1	1
	Unidade de Acolhimento-Juvenil	0	1	1
	Comunidade Terapêutica	0	2	2
V.Atenção Hospitalar	Leitos	0	14	14

VI-Estratégias de desinstitucionalização	SRT	0	2	2
	Equipe Desinstitucionalização	0	1	1
VII-Reabilitação Psicossocial	Associações Tipo 3 e tipo 2	0	1	6

## 5. RECURSOS FINANCEIROS

ATENÇÃO BÁSICA					
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PROPOSTA IMPLANTAÇÃO					
Município	Quantidade	Incentivo	Custeio Mensal	Custeio Anual	Total
Catanduva	5	R\$100.000,00	R\$ 35.650,00	R\$ 427.800,00	R\$ 527.800,00
Catiguá	1	R\$ 20.000,00	R\$ 7.130,00	R\$ 85.560,00	R\$ 105.560,00
Irapuã	1	R\$ 20.000,00	R\$ 7.130,00	R\$ 85.560,00	R\$ 105.560,00
Palmares Paulista	1	R\$ 20.000,00	R\$ 7.130,00	R\$ 85.560,00	R\$ 105.560,00
Paraiso	1	R\$ 20.000,00	R\$ 7.130,00	R\$ 85.560,00	R\$ 105.560,00
Pindorama	1	R\$ 20.000,00	R\$ 7.130,00	R\$ 85.560,00	R\$ 105.560,00
Pirangi	1	R\$ 20.000,00	R\$ 7.130,00	R\$ 85.560,00	R\$ 105.560,00
Tabapuã	2	R\$ 40.000,00	R\$14.260,00	R\$ 171.120,00	R\$ 211.120,00
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>R\$260.000,00</b>	<b>R\$ 92.690,00</b>	<b>R\$ 1.112.280,00</b>	<b>R\$ 1.477.840,00</b>

<b>ATENÇÃO BÁSICA</b>					
<b>NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA - PROPOSTA IMPLANTAÇÃO</b>					
Município	Modalidade			Custeio Mensal	Custeio Anual
	NASF I	NASF II	NASF III		
Ariranha	-	1	-	R\$ 12.000,00	R\$ 144.000,00
Catanduva	2	-	-	R\$ 40.000,00	R\$ 480.000,00
Fernando Prestes	-	1	-	R\$ 12.000,00	R\$ 144.000,00
Palmares Paulista	-	1	-	R\$ 12.000,00	R\$ 144.000,00
Pindorama	-	1	-	R\$ 12.000,00	R\$ 144.000,00
Santa Adélia	-	1	-	R\$ 12.000,00	R\$ 144.000,00
Irapuã	-	-	1	R\$ 8.000,00	R\$ 96.000,00
Itajobi	-	1	-	R\$12.000,00	R\$ 144.000,00
Paraíso	-	-	1	R\$ 8.000,00	R\$ 96.000,00
Embaúba	-	-	1	R\$ 8.000,00	R\$ 96.000,00
Novais	-	-	1	R\$ 8.000,00	R\$ 96.000,00
Urupês	-	-	1	R\$ 8.000,00	R\$ 96.000,00
Catiguá	-	-	1	R\$ 8.000,00	R\$ 96.000,00
Tabapuã	-	-	1	R\$ 8.000,00	R\$ 96.000,00
Marapoama	-	-	1	R\$ 8.000,00	R\$ 96.000,00
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>R\$ 176.000,00</b>	<b>R\$ 2.112.000,00</b>

**OBS: O Município de Fernando Prestes e Palmares Paulista , solicitaram a transferência de modalidade do NASFIII para NASFII.**

<b>ATENÇÃO BÁSICA</b>					
<b>CONSULTORIO NA RUA - PROPOSTA IMPLANTAÇÃO</b>					
Município	TIPO			Custeio Mensal	Custeio Anual
	I	II	III		
Catanduva	-	-	1	R\$ 35.200,00	R\$ 422.400,00
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>R\$ 35.200,00</b>	<b>R\$ 422.400,00</b>

<b>COMPONENTE ESTRATÉGICO</b>						
<b>CAPS - PROPOSTA IMPLANTAÇÃO</b>						
Serviço	Sede	Incentivo	Custeio Mensal	Custeio Anual	Construção	Valor Total
CAPS I	PIRANGI	R\$ 20.000,00	R\$ 28.305,00	R\$ 339.660,00	R\$ 800.000,00	R\$ 1.159.660,00
	ITAJOBI	R\$ 20.000,00	R\$ 28.305,00	R\$ 339.660,00	R\$ 800.000,00	R\$ 1.159.660,00
	NOVO HORIZONTE	R\$ 20.000,00	R\$ 28.305,00	R\$ 339.660,00	R\$ 800.000,00	R\$ 1.159.660,00
	PALMARES	R\$ 20.000,00	R\$ 28.305,00	R\$ 339.660,00	R\$ 800.000,00	R\$ 1.159.660,00
	URUPÊS	R\$ 20.000,00	R\$ 28.305,00	R\$ 339.660,00	R\$ 800.000,00	R\$ 1.159.660,00
	TABAPUÃ	R\$ 20.000,00	R\$ 28.305,00	R\$ 339.660,00	R\$ 800.000,00	R\$ 1.159.660,00
CAPS II	CATANDUVA	R\$ 30.000,00	R\$ 33.086,25	R\$ 397.035,00	R\$ 800.000,00	R\$ 1.227.035,00
CAPS AD	CATANDUVA	R\$ 50.000,00	R\$ 39.780,00	R\$ 477.360,00	R\$ 800.000,00	R\$ 1.327.360,00
CAPS i	CATANDUVA	R\$ 30.000,00	R\$ 32.130,00	R\$ 385.560,00	R\$ 800.000,00	R\$ 1.215.560,00
<b>TOTAL</b>		<b>R\$ 230.000,00</b>	<b>R\$ 274.826,25</b>	<b>R\$ 3.297.915,00</b>	<b>R\$ 7.200.000,00</b>	<b>R\$ 10.727.915,00</b>



<b>UNIDADE DE ACOLHIMENTO - PROPOSTA IMPLANTAÇÃO</b>							
Município	Modalidade		Incentivo	Custeio Mensal	Custeio Anual	Construção	Total
	Adulto	Infantil					
Catanduva	1	1	R\$ 140.000,00	R\$ 55.000,00	R\$ 660.000,00	R\$ 1.000.000,00	R\$ 1.800.000,00
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>R\$ 140.000,00</b>	<b>R\$ 55.000,00</b>	<b>R\$ 660.000,00</b>	<b>R\$ 1.000.000,00</b>	<b>R\$ 1.800.000,00</b>

<b>ATENÇÃO HOSPITALAR</b>								
<b>SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERENCIA EM HOSPITAL GERAL</b>								
Município	Entidade Beneficiada	CNES	Esfera	Tipo de Entidade	Quantidade	Incentivo	Custeio Anual	Total de Custeio
Novo Horizonte	Santa Casa de Novo Horizonte	2088487	Municipal	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	5	18.000,00	336.606,60	354.606,60
Pirangi	Hospital José Pirondi	2079909	Municipal	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	5	18.000,00	336.606,60	354.606,60
Tabapuã	Ass. Benef. Tabapuã		Municipal	Entidade Beneficente sem fins lucrativos	4	18.000,00	269.285,28	287.285,28
<b>TOTAL</b>					<b>14</b>	<b>54.000,00</b>	<b>942.498,48</b>	<b>996.498,48</b>

<b>ESTRATÉGIA DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO</b>				
<b>SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPEUTICO - PROPOSTA IMPLANTAÇÃO</b>				
Município	MODALIDADE		Custeio Mensal	Custeio Anual
	I	II		
Catanduva	0	2	40.000,00	480.000,00
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>40.000,00</b>	<b>480.000,00</b>

<b>ESTRATÉGIA DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO</b>				
<b>EQUIPE DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO</b>				
Município	MODALIDADE		Custeio Mensal	Custeio Anual
	A	B		
Catanduva	0	1	35.000,00	420.000,00
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>35.000,00</b>	<b>420.000,00</b>

<b>COMPONENTE</b>	<b>PONTO DE ATENÇÃO</b>	<b>VALOR (R\$)</b>
Atenção básica	Estratégia de saúde da família - proposta implantação	R\$1.477.840,00
	Núcleo de apoio a saúde da família - proposta implantação	R\$2.112.000,00
	Consultório na rua - proposta implantação	R\$ 422.400,00
Componente estratégico	Caps. - proposta implantação	R\$ 10.727.915,00
Atenção residencial de caráter transitório	Unidade de acolhimento - proposta implantação	R\$ 1.800.000,00
Atenção hospitalar	Serviço hospitalar de referencia em hospital geral	R\$ 996.498,48
Estratégia de desinstitucionalização	Serviço residencial terapêutico - proposta implantação	R\$ 480.000,00
	Equipe de desinstitucionalização	R\$ 420.000,00
<b>Total</b>		<b>R\$ 18.436.653,48</b>

## 6. GRUPO CONDUTOR RAPS CIR CATANDUVA

Municípios	Nome	Função	E-mail
Ariranha	Livia Maria Stopa	Psicóloga	<a href="mailto:ubsariranha@hotmail.com">ubsariranha@hotmail.com</a>
Catanduva	Fabiana Barberato Ferreira Nazário	Psicóloga	<a href="mailto:saudemental@catanduva.sp.gov.br">saudemental@catanduva.sp.gov.br</a>
Catiguá	Ligia Maria Flora Ferreira	Psicóloga	<a href="mailto:cscatigua@bol.com.br">cscatigua@bol.com.br</a>
Elisiário	Regina Carrazone Gaetan	Psicóloga	<a href="mailto:ceselisiario@gmail.com">ceselisiario@gmail.com</a>
Embaúba	Jessica Catherine Crespe	Psicóloga	<a href="mailto:jessicacrespe@r7.com">jessicacrespe@r7.com</a>
Fernando Prestes	Jaqueline Baptista de Aguiar	Farmacêutica	<a href="mailto:saude@fernandoprestes.sp.gov.br">saude@fernandoprestes.sp.gov.br</a>
Irapuã	Rosa Marina Corrêa	Enfermeira	<a href="mailto:saude@irapua.sp.gov.br">saude@irapua.sp.gov.br</a>
Itajobi	Kety Maschiare Cunha	Psicóloga	<a href="mailto:saudeitajobi@gmail.com">saudeitajobi@gmail.com</a>
Marapoama	Natalia Marina Scobosa Bortolozzo	Psicóloga	<a href="mailto:cscatigua@bol.com.br">cscatigua@bol.com.br</a>

Novais	Antonio Carlos dos Santos	Enfermeiro	<a href="mailto:saúde@novais.sp.gov.br">saúde@novais.sp.gov.br</a>
Novo Horizonte	Cristiane Rocetão	Assist.Social	<a href="mailto:saude@novohorizonte.sp.gov.br">saude@novohorizonte.sp.gov.br</a>
Palmares Paulista	José Mariotto Filho	Médico	<a href="mailto:ubspalmarespaulista@bol.com.br">ubspalmarespaulista@bol.com.br</a>
Paraíso	Silmara Aparecida Isepan	Psicóloga	<a href="mailto:saúde@paraiso.sp.gov.br">saúde@paraiso.sp.gov.br</a>
Pindorama	Maria Gabriela Motta Bonjardim	Enfermeira	<a href="mailto:saude@pindorama.sp.gov.br">saude@pindorama.sp.gov.br</a>
Pirangi	Michella Bossolani Bick	Dir.Mun.Saúde	<a href="mailto:saudepirangi@gmail.com">saudepirangi@gmail.com</a>
Sales	Katia Ferreira de Souza	Fonoaudióloga	<a href="mailto:ka.fono@hotmail.com/saude@sales.sp.gov.br">ka.fono@hotmail.com/saude@sales.sp.gov.br</a>
Santa Adélia	Viviane Cristina Palma	Farmacêutica	<a href="mailto:vivicpalma@gmail.com">vivicpalma@gmail.com</a>
Tabapuã	Gabriela Aiala Busnardo Andreoli	Assist.Social	<a href="mailto:saúde@tabapua.sp.gov.br">saúde@tabapua.sp.gov.br</a>
Urupês	Katia Ferreira de Souza	Fonoaudióloga	<a href="mailto:ka.fono@hotmail.com/saude@sales.sp.gov.br">ka.fono@hotmail.com/saude@sales.sp.gov.br</a>
São José do Rio Preto	Loilton Salvini/Tiago Silva	Articulador Atenção Básica	<a href="mailto:losalvini@gmail.com">losalvini@gmail.com</a>
São José do Rio Preto	Valéria Mastrange	Articulador Atenção Básica	<a href="mailto:vamastrange@hotmail.com">vamastrange@hotmail.com</a>
São José do Rio Preto	Valmira Porto	Articulador Atenção Básica	<a href="mailto:v-miraporto@ig.com.br">v-miraporto@ig.com.br</a>
São José do rio Preto	Maria José Beto	Articulador Saúde Mental	<a href="mailto:drs15-saudemental@saude.sp.gov.br">drs15-saudemental@saude.sp.gov.br</a>

**7. PLANO DE AÇÕES E DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CIR CATANDUVA**

**Componente Atenção Básica**

<b>Problema</b>	<b>Ações Concretas</b>	<b>Cronograma</b>	<b>Responsáveis</b>
Quais problemas identificados no diagnóstico que dificultam atingir o Objetivo acima?	Que ações serão realizadas para chegar aos resultados que esse plano de ação quer atingir?	Quando será realizada cada ação?	Quem serão os responsáveis por cada ação?
Baixa resolubilidade ao atendimento de pessoas com transtornos mentais / álcool, crack e outras drogas	Qualificar os serviços de atendimento por meio do acolhimento, capacitar os profissionais de saúde, promover atenção humanizada, integral, contínua e centrada nas necessidades das pessoas, intensificar serviços de inclusão e vinculação social dessas pessoas, desenvolver estratégias de redução de danos, promover a participação familiar e comunitária, intensificar ações intersetoriais, promover educação permanente, realizar projetos terapêuticos singulares de cada paciente	2º semestre 2017	SMS – SES/SP - MS
Dificuldade de ação integrada	Capacitação e construção conjunta de projetos terapêuticos de forma a ampliar e priorizar o atendimento em grupos populacionais.	2º semestre 2017	SMS
Dificuldade das equipes de referência em realizar cuidado em saúde mental de forma articulada.	Implementação do Apoio matricial em saúde mental como ferramenta para gestão do cuidado. Estimular o trabalho em rede, a partir da instalação de novos equipamentos e processos de	1º semestre 2017	SMS – SES/SP - MS

	trabalho de equipe.		
Fragilidades na atuação do profissional de saúde, decorrentes de formação deficitária diante dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, Reabilitação Psicossocial e apoio matricial.	Elaboração de projetos de Educação Permanente em Saúde (EPS). Treinamentos das equipes de atenção básica para o atendimento e acolhimento adequado do paciente em saúde mental.	1º semestre 2018	SMS – SES/SP - MS
Dificuldade de manutenção da equipe nos municípios. Alta rotatividade dos profissionais.	Melhoria nas condições de trabalho nas unidades, reorganização de carga horária dos profissionais.	1º semestre 2018	SMS
Insuficiência de ações de promoção à saúde e ações de prevenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas.	Capacitação das equipes, treinamentos dos agentes comunitários de saúde para identificação e educação preventiva para o uso abusivo de álcool e outras drogas.	2º semestre 2017	SMS – SES/SP - MS
Carência de equipe mínima na Atenção Básica para desenvolver ações de prevenção e promoção à saúde especialmente à grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua).	Contratação/capacitação de equipe mínima para atuação com essa demanda.	2º semestre 2018	SMS
Déficit de recursos humanos; as equipes trabalham sobrecarregadas e as questões de saúde mental ficam em segundo plano	Adequar RH em toda região Catanduva	2º semestre 2018	SMS
Falta de clareza e transparência no estabelecimento dos fluxos de encaminhamentos na rede de	Redefinir fluxos e pactuá-los nos equipamentos das SMS e Região	2º semestre 2017	SMS – SES/SP

saúde, gerando fragilidade em todo o processo de trabalho, com conseqüentes encaminhamentos equivocados.			
Falta de legislação e financiamento específico para Centros de Convivência	Sensibilizar gestores federal e estadual para a necessidade de estabelecer legislação para cadastro, credenciamento, assim como financiamento dos Centros de Convivência	2º semestres 2018	SMS – SES/SP - MS

### Componente Atenção Especializada

<b>Problema</b>	<b>Ações Concretas</b>	<b>Cronograma</b>	<b>Responsáveis</b>
Quais problemas identificados no diagnóstico que dificultam atingir o Objetivo acima?	Que ações serão realizadas para chegar aos resultados que esse plano de ação quer atingir?	Quando será realizada cada ação?	Quem serão os responsáveis por cada ação?
CAPS implantados e não Habilitados	Habilitar o credenciamento do CAPS I de Novo Horizonte e do CAPS II em Catanduva	2º Semestre 2017	SMS – SES/SP - MS
Necessidade de melhor qualificação dos profissionais que atuam nos serviços de CAPS.	Implementação do apoio matricial em saúde mental como ferramenta para gestão do cuidado.	1º Semestre 2017	SMS – SES/SP - MS
Transporte inter e intra municipais para a condução dos pacientes e suas famílias ineficaz e escasso.	Incentivar investimentos na área e maior conscientização da importância do sistema de transporte para o tratamento mais eficiente.	1º Semestre 2018	SMS
Insuficiência de equipamentos de atenção especializada em saúde mental na região	Implantação de CAPS municipal e regional, conforme previsto no plano, com o objetivo de ampliar a cobertura de atenção especializada em saúde mental.	1º Semestre 2018	SMS
Alto índice de internações compulsórias	Ampliação do diálogo com judiciário para esclarecimentos, inclusive sobre a rede de atenção psicossocial. Continuidade da realização de fórum de saúde mental regional.	2º Semestre 2017	SMS – SES/SP
Incipiência das ações de saúde mental infantil	Realizar intercâmbios de profissionais entre serviços de saúde mental infantil na própria região para troca de experiências	2º Semestre 2018	SMS – SES/SP
Dificuldade de contratação de médicos psiquiatras	Sensibilizar gestores para a necessidade de políticas públicas que fomentem a formação de	2º Semestre 2017	SMS



	profissionais para a saúde mental, sintonizados com a política atual		
Alto índice de internações compulsórias. Dificuldade de adesão de usuários de álcool e drogas ao tratamento	Ampliação do diálogo com judiciário para esclarecimentos, inclusive sobre a rede de atenção psicossocial Fomentar a busca ativa de usuários com dificuldade de frequentar os serviços	2º Semestre 2017	SMS – SES/SP

### Componente da Atenção em Urgência e Emergência

<b>Problema</b>	<b>Ações Concretas</b>	<b>Cronograma</b>	<b>Responsáveis</b>
Quais problemas identificados no diagnóstico que dificultam atingir o Objetivo acima?	Que ações serão realizadas para chegar aos resultados que esse plano de ação quer atingir?	Quando será realizada cada ação?	Quem serão os responsáveis por cada ação?
Falta de protocolos de acolhimento e fluxo de referência dos serviços de urgência e emergência para outros serviços do município.	Organização de protocolos e maior proximidade entre as equipes de saúde.	1º Semestre 2018	SMS – SES/SP - MS
Falta de capacitação das equipes do SAMU e dos pronto socorros para lidarem com o atendimento adequado em saúde mental.	Capacitação, matriciamento e supervisão das equipes, Educação Permanente em Saúde (EPS).	1º Semestre 2018	SMS – SES/SP - MS

### Componente Atenção Residencial em Caráter transitório

<b>Problema</b>	<b>Ações Concretas</b>	<b>Cronograma</b>	<b>Responsáveis</b>
Quais problemas identificados no diagnóstico que dificultam atingir o Objetivo acima?	Que ações serão realizadas para chegar aos resultados que esse plano de ação quer atingir?	Quando será realizada cada ação?	Quem serão os responsáveis por cada ação?
Inexistência de Unidades de Acolhimento ou mesmo de propostas para essa finalidade.	Implantação desse componente da rede de atenção psicossocial no município de Catanduva.	2º Semestre 2018	SMS
Aumento de comunidades terapêuticas que atuam de forma desarticulada.	Discussão ampliada com os setores da sociedade sobre a atuação dessas comunidades, explicitando a importância do fortalecimento e inclusão desses serviços segundo a lógica de redes de atenção. Participação ativa nos Fóruns de Saúde Mental Regional	1º Semestre 2017	SMS – SES/SP
Existência de Comunidades terapêuticas com projeto terapêutico incipiente	Monitorar e avaliar as atividades das comunidades terapêuticas	2º Semestre 2017	SMS – SES/SP

### Componente Atenção Hospitalar

<b>Problema</b>	<b>Ações Concretas</b>	<b>Cronograma</b>	<b>Responsáveis</b>
Quais problemas identificados no diagnóstico que dificultam atingir o Objetivo acima?	Que ações serão realizadas para chegar aos resultados que esse plano de ação quer atingir?	Quando será realizada cada ação?	Quem serão os responsáveis por cada ação?
Ausência de leitos de saúde mental em Hospital Geral da região para retaguarda clínica	Implantação de leitos psiquiátricos nos Hospitais Gerais da região conforme plano de ação da RAPS.	2º Semestre 2018	SMS – MS
Aumento considerável de pedidos por ordem judicial de internação do paciente psiquiátrico em hospitais.	Implantar/ qualificar/ adequar os equipamentos da rede de atenção psicossocial para que essa se fortaleça evitando assim a internação. Ampliação do diálogo com judiciário para esclarecimentos, inclusive sobre a rede de atenção psicossocial	2º Semestre 2018	SMS – SES/SP

### Componente Estratégia de Desinstitucionalização

<b>Problema</b>	<b>Ações Concretas</b>	<b>Cronograma</b>	<b>Responsáveis</b>
Quais problemas identificados no diagnóstico que dificultam atingir o Objetivo acima?	Que ações serão realizadas para chegar aos resultados que esse plano de ação quer atingir?	Quando será realizada cada ação?	Quem serão os responsáveis por cada ação?
Falta de residências terapêuticas	Implantação de 02 residências terapêuticas em Catanduva	2º Semestre 2017	SMS
Identificação de 20 moradores no hospital psiquiátrico Mahatma Gandhi	Confecção de proposta/plano de ação para reinserção social dos moradores inclusive através projetos de trabalho e geração de renda nos municípios da região Realocação dos moradores em manicômios judiciários, que estão aguardando vagas.	2º Semestre 2017	SMS

### Componente Reabilitação Psicossocial

<b>Problema</b>	<b>Ações Concretas</b>	<b>Cronograma</b>	<b>Responsáveis</b>
Quais problemas identificados no diagnóstico que dificultam atingir o Objetivo acima?	Que ações serão realizadas para chegar aos resultados que esse plano de ação quer atingir?	Quando será realizada cada ação?	Quem serão os responsáveis por cada ação?
Pouca articulação entre setores que oferecem algum tipo de atividade de capacitação ou inclusão social com a saúde.	Promover a intersetorialidade de forma mais efetiva.	2º Semestre 2017	SMS
Ausência de oficinas de inclusão e geradora de renda	Implantar associação de amigos usuários de familiares da saúde mental de Catanduva e Região, com o objetivo de incluir e potencializar a autonomia do sujeito.	1º Semestre 2018	SMS
Dificuldade na inserção do usuário de saúde mental programas de geração de renda e trabalho já existentes.	Promover maior diálogo/matriciamento entre equipes de saúde e outros setores da sociedade.	1º Semestre 2017	SMS

### Componente da Gestão

<b>Problema</b>	<b>Ações Concretas</b>	<b>Cronograma</b>	<b>Responsáveis</b>
Quais problemas identificados no diagnóstico que dificultam atingir o Objetivo acima?	Que ações serão realizadas para chegar aos resultados que esse plano de ação quer atingir?	Quando será realizada cada ação?	Quem serão os responsáveis por cada ação?
Aproximação incipiente do gestor em relação às políticas de saúde mental	Sensibilização do gestor em relação à temática da saúde mental, seus desafios e necessidades específicas	1º Semestre 2017	SMS – SES/SP
Dificuldade na avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas pelos serviços e profissionais da saúde mental.	Discussão e construção de indicadores que possam avaliar a qualidade e o processo de trabalho desenvolvido na saúde mental.	1º Semestre 2017	SMS – SES/SP

## 8 CONCLUSÃO

O processo de construção de redes de saúde, em regiões de um Estado com dimensões e especificidades regionais tão peculiares, é desafiador. Para tanto, é necessário partir da identificação do conhecimento e das percepções dos atores relevantes na implementação de políticas de saúde em suas regiões, assim como reconhecer as características da organização dos serviços e o perfil assistencial. A partir desse reconhecimento, é possível iniciar um processo que contribua para o aperfeiçoamento da política de regionalização, reorganização do sistema de saúde e conseqüente melhora do acesso pelos usuários (SANTOS, 2013).

O Plano Regional da Região de Saúde de Catanduva – CIR Catanduva visa o fortalecimento da assistência em saúde mental nos 19 municípios. Ficou patente, a necessidade de organização de atendimento que se envolve com a problemática não só do doente, mas de sua família e do tipo de inserção na comunidade. Igualmente a necessidade de ações que visam prevenção em saúde, objetivando a integração com os vários componentes da rede, descritos nos eixos da Portaria nº 3088, e ações buscando a intersetorialidade.

O Plano foca a consolidação de instrumentos legais comprometidos com os direitos civis dos pacientes psiquiátricos, a consolidação de um modelo de atenção aberto e de base comunitária, possibilitando um processo de desconstrução da dinâmica atual que ainda promove distorções com a utilização da hospitalização.

Contudo há necessidade de ações intersetoriais entre as políticas de Saúde Mental, Educação, Justiça e Assistência Social, no sentido de desenvolverem em conjunto estratégias, ações preventivas e reabilitadoras para essa população, estabelecendo uma Política Pública para a questão do álcool, crack e outras drogas na região que de fato abarque a totalidade do fenômeno.

O Plano RAPS foi aprovado na Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Regional em 14 de julho de 2015, o processo de monitoramento e avaliação da implantação da RAPS será acompanhado pelo Grupo Condutor de Saúde Mental Regional e discutido mensalmente no Fórum de Saúde Mental da CIR Catanduva.



## 9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar, K F, Rocha, M L. Práticas Universitárias e a Formação Sócio-política. Anuário do Laboratório de Subjetividade e Política, nº 3/4,1997, p. 87-102.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2009.

Bordenave JD, Pereira AM. Estratégias de ensino aprendizagem. 25ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2004.p.15-21.

Borille, D C, Paes, M. R., et al. Construção de um marco de referência para o cuidado de enfermagem psiquiátrica.Ciência, Cuidado e Saúde, 12(3), 2013, p 485-493.

Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011d; Seção 1, p.1-3.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990; Seção 1:018055.

Brasil, Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil, Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos Depois de Caracas. Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005.

Dawson B. Informe Dawson sobre El futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Ministerio de Salud de la Gran Bretana. Washington, D.C.: OPAS/MS, Publicacion científica, 1964; no. 93.

Flick, U. Uma introdução à pesquisa qualitativa. Trad. Sandra Netz. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

Kind, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. Psicologia em revista, Belo Horizonte, v.10, n.15, p.124-36, 2004.

Minayo, M C S. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 9. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 2006.

Ministério da saúde, Coordenação de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o dialogo necessários, Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Brasília, Diário Oficial da União, 2006a; nº 39, seção 1, 23fev

Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/ GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 out. 2011.

Ministério da Saúde. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 26 dez 2011; Seção 1- p.230.

Ministério da Saúde. Republicação da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessida des decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.Nº 97. Diario Oficial da União. 21 mai 2013 Seção 1:37.

Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010

Moreira, M I C. Pesquisa-intervenção: especificidades e aspectos da interação entre pesquisadores e sujeitos da pesquisa. Nau: Rio de Janeiro, 2008.

Oliveira, A, Alessi, N. Cidadania: instrumento do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 191-203, jan./mar. 2005.

Oliveira, M D, Oliveira, R D. Pesquisa Social e Ação Educativa: Conhecendo a Realidade Para Poder Transformá-la. 1985.

Organização Mundial da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. Cuidados primários de saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Brasília:UNICEF; 1979.

Organização Pan Americana de Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011.

Organização Mundial da Saúde. Suicide prevention. Geneva: World Health Organization; 2000.

Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial de Saúde 2008: atenção primária em saúde: agora mais que nunca . OMS; 2010.

Organização Pan Americana de Saúde. Resolución CD49.R22: redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud. Washington: OPS; 2009.

Organização Mundial da Saúde .Salud mental y desarrollo: poniendo a las personas con problemas de salud mental como um grupo vulnerable. OMS; 2010.

Sá PK. Integralidade da Atenção no Programa Médico de Família de Niterói /Rj. 2003. 114. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro; 2003.

SÃO PAULO (Estado). Resolução SS n. 187, de 05 de Dezembro de 2008. Dispõe sobre o Projeto de apoio técnico de Saúde do SUS/SP, monitoramento e avaliação da Atenção Básica e dá providências correlatas. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, de 13 jan. 2009. v. 7, Seção 1, p. 1.

Santos, JRP. Os desafios da conformação das redes de atenção à saúde no Brasil. [Tese de Doutorado]. Brasília: Universidade de Brasília. 2013. [acesso em 23 jun 2014]. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/13283>

Silva, Tiago. Processo de construção da RAPS em uma região do Estado de São Paulo. Qualificação da Dissertação de Mestrado. São Paulo. Instituto de Saúde de São Paulo. 2014.

Ximenes Neto, FR. Felix, RMS. et al. Concepções, conhecimentos e práticas dos enfermeiros ao cuidar de sujeitos com diagnóstico de depressão: um olhar para o território da atenção primária a saúde. Enfermeira Global version On-line ISSN 1695-6141. Enferm.glob.n.16 Murcia jun 2009.

WHO, World Health Organization. The world report 2001. Mental health new understanding newhope. Genebra: WHO; 2001.