ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE PERNAMBUCO

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Cecília Graziosy de Siqueira Leite

PROJETO DE INTERVENÇÃO:

REDES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SOCIOASSISTENCIAL: REFLEXÃO SOBRE AS PRÁTICAS ADOTADAS AO CUIDADO INTEGRAL DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA VII REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO.

Serra Talhada, 2017

ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE PERNAMBUCO

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Cecília Graziosy de Siqueira Leite

PROJETO DE INTERVENÇÃO:

REDES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SOCIOASSISTENCIAL: REFLEXÃO SOBRE AS PRÁTICAS ADOTADAS AO CUIDADO INTEGRAL DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA VII REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO.

Projeto de Intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Pública, para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Sandra Luzia B. de Souza
Coorientadora: Mikaelly Vasconcelos Granjeiro

Serra Talhada, 2017

RESUMO

O cuidado com o usuário abusivo de álcool e outras drogas enfrenta nos últimos anos retrocessos que remetem ao antigo e ainda não superado paradigma da visão hospitalocêntrica e segregadora. A mídia tem reforçado ainda mais as posições ambivalentes difundidas hoje pelo Estado e alguns segmentos sociais, que defendem a criminalização do usuário e *cuidados* em locais de longa permanência quebrando vínculos sociais importantes. Quando refletimos e tomamos conhecimento que os campos de intervenção estão reproduzindo tais retrocessos de cuidado e se distanciando das ações coletivas, articuladas, intersetoriais e em rede faz-se necessário refletir sobre os processos e instrumentos que promovam inclusão social e vislumbre experiências que fortaleçam uma assistência ampla e integral aos usuários. Este plano de intervenção não pretende buscar soluções inalcançáveis da qual não se tem governança, porém tem a pretensão de promover minimante diálogos com atores das políticas públicas da saúde e da assistência social, mas precisamente dos serviços da atenção básica e socioassistenciais da VII Região de Saúde convocando-os para ações regionalizadas e construção de uma rede que permita o cuidado integral preservando vínculos sociais e comunitários.

Palavras-chaves: Assistência Social; Atenção à Saúde; Saúde Mental; Assistência Integral à Saúde; Redes de Saúde Comunitária; Vínculo.

SUMÁRIO

1. Introdução.....4

2. Justificativa.....7

3. Objetivos.....9

3.1 Objetivo Geral.....9

3.2 Objetivos Específicos.....9

4. Revisão de Literatura.....10

4.1 Reforma Psiquiátrica.....10

4.2 Política Nacional de Atenção Básica 12

4.3 Redes de Atenção à Saúde.....12

4.4 Política Nacional de Assistência Social 14

4.5 Rede Socioassistencial.....14

5. Caracterização da Intervenção.....16

5.1 Tipo de Estudo.....16

5.2 Local do Estudo.....16

5.3 População do Estudo.....16

5.4 Período de Referência.....16

5.5 Operacionalização da Intervenção.....17

5.6 Coleta de Dados.....19

5.7 Monitoramento 19

6. Resultados.....19

6.1 Parciais.....21

6.2 Esperados.....21

7. Viabilidade.....22

8. Cronograma.....23

9. Orçamento Estimado e Financiamento.....24

Referências.....25

1. INTRODUÇÃO

O grande desafio da reforma psiquiátrica se constitui na mudança de paradigma, ou seja, saímos da lógica manicomial e segregadora do cuidado relacionado à pessoa com sofrimento mental e, na última década dos usuários com relação abusiva de álcool e outras drogas, para lógica do cuidado integral e de reconhecimento do usuário/cidadão nos processos de cuidado. Estas perspectivas de mudanças estão presentes na Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas e na Política Nacional de Humanização (PNH), traduzindo-se "como a inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado e do usuário, sua família e suas redes sociofamiliares como fatores determinantes na mudança de paradigmas da gestão da saúde e da assistência social" (BRASIL, 2013).

Para essa mudança de paradigmas é necessária à reflexão de uma visão integral de atenção que proporcione a atuação em redes de forma articulada entre as políticas de saúde e de assistência social e o reconhecimento do usuário de álcool e drogas como demanda de ações de saúde pública. A ideia de que drogas é igual à praga e epidemia alija o sujeito-usuário de sua historia pessoal-familiar-comunitária e de seu contexto histórico e cultural.

A propagação destas ideias faz-se presente no cotidiano dos serviços de saúde e da assistência social na região, mesmo contrariando o disposto nos marcos legal e normativo das respectivas políticas públicas. Quando profissionais estão privilegiando serviços e cuidados que retroagem no tempo e nos processos de cuidado buscando estratégias já vivenciadas e comprovadamente ineficazes e contrárias à promoção e inclusão do usuário no projeto terapêutico haverá de acontecer reflexões e revisões das práticas profissionais.

Este cenário habita o imaginário dos profissionais e podem subjetivamente aprofundar a polarização da visão sobre o uso de drogas, da ideia crescente e de repercussão nacional e midiática da segregação do usuário, resultando quase sempre no seu *envio* para tratamentos involuntários e de longa permanência como forma de cuidado adequado e de enfrentamento a *epidemia das drogas* (PERNAMBUCO, 2011). Por outro lado, o reconhecimento do território, a manutenção dos laços de pertencimento do usuário, sua família e comunidade, a constituição de redes, as articulações horizontais e intersetoriais

nos processos de cuidado compõem as estratégias de intervenções adequadas ao modelo sociocultural de cuidado integral ao usuário de álcool e outras drogas.

As políticas de saúde e de assistência social compõem o tripé da seguridade social assim definida na Constituição Federal de 1988 à qual podemos nos referir como a Rede de Proteção Social Brasileira. Ambas as políticas são normatizadas por legislações, portarias e decretos próprios e que, de forma geral, objetivam o atendimento em sistemas únicos e organizados em redes.

Na saúde, faz-se necessário referenciar dois marcos legais: primeiro o Decreto nº 7.508/11, que regulamenta e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Em seu Art. 2º, inciso I e II, define-se Região de Saúde e Rede de Atenção à Saúde, indicando a região como forma de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011). Segundo a Portaria Nº 3.088/11 que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso problemático de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

Na assistência social o marco legal é a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), que contém diretrizes e objetivos que norteiam a organização dos serviços da rede socioassistencial. A Assistência Social prevê seu ordenamento em rede, de acordo com níveis de proteção social (básica e especial). A proteção social deve garantir as seguintes seguranças: de sobrevivência; de acolhida; de convívio familiar. Segundo o texto da PNAS/04 "a segurança da vivência familiar é uma das necessidades a ser preenchida pela política. Isto supõe a não aceitação de situações de exclusão, de situações de perda das relações". Define também a Rede Socioassistencial como um "conjunto integrado de ações para oferta de serviços, programas e projetos em articulação entre todas as unidades de provisão de proteção social" (BRASIL, 2004).

Estas normas que organizam os serviços da Rede de Proteção Social Brasileira, tanto no SUS quanto no SUAS, compõem os marcos legais de ações em redes, no território e da valorização dos laços de pertencimento dos usuários.

Este Projeto de Intervenção é resultado de preocupações e reflexões presentes ao longo do exercício profissional no campo da saúde mental e da assistência social, o olhar volta-se, principalmente ao cotidiano das equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) em relação a ausências de articulação e da perspectiva do cuidado integral que valorizem ações entre estes serviços de base territorial e

lócus primeiro do acolhimento à população usuária, principalmente ao usuário abusivo de álcool e outras drogas.

Neste sentido pergunta-se: Quais as concepções e/ou modelos de atenção à saúde que estão norteando os profissionais dos serviços do SUS e do SUAS, uma vez que se observa uma atuação desarticulada, fora do território e distante da concepção da atuação em redes?

2. JUSTIFICATIVA

Segundo a Organização Mundial de Saúde, cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. No Brasil estima-se que 68,7 % da população faz uso de álcool e em proporções menores observa-se o uso das demais drogas: 6,9% maconha; 5,8 % solventes; 3,3% benzodiazepínicos e 2,3% cocaína. (ALARCON, 2012).

Esta problemática chega como demanda no cotidiano dos serviços e nestes espaços ocupacionais surgem encaminhamentos que divergem em relação ao cuidado, principalmente, aqueles voltados aos usuários abusivos de álcool e outras drogas, causando desconforto entre gestores e equipes dos serviços da Assistência Social e da Saúde. Tais embates chegam como demanda para a Coordenação de Saúde Mental da VII GERES, sobretudo como ação de mediação de conflitos ente equipes e tem provocado constantes reuniões, rodas de conversa, seminários e oficinas junto às equipes SUS e SUAS dos municípios envolvidos, tendo como principal foco encaminhamentos que sejam adequados, dentro do território da região, articulados em redes e que privilegiem a presença e envolvimento da família e da comunidade no processo.

Segundo Alarcon (2012) “estima-se que aproximadamente 20% dos pacientes tratados na rede primária apresentam um padrão de uso de álcool considerado abusivo ou de alto risco”. O que ocorre é que estes usuários são atendidos por clínicos gerais e raramente tem seu percurso de uso abusivo incluídos na consulta, sendo observada apenas às morbidades que os usuários estão demandando naquele momento ao serviço, esta situação tem repercussão negativa sobre o processo de cuidado adotado. Normalmente o foco está voltado às doenças clínicas apresentadas pelo usuário, que embora decorram da dependência, não são o foco do cuidado nos serviços.

A dependência química requer diagnósticos e cuidados interdisciplinares e muitas vezes intersetoriais que incluam os próprios usuários e seus familiares a fim de que se possam ser construídas as estratégias de intervenções. Segundo Escobar (2015) “o ser humano, integral, é resultado dos processos de socialização, que se dão no campo da linguagem, e digamos, caracteriza-se fundamentalmente em processos dinâmicos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais”.

O debate acerca do cuidado integral e inclusivo ao usuário abusivo de álcool e outras drogas no universo de atuação dos profissionais de saúde é relativamente recente, não que estes não estejam presentes no cotidiano dos serviços de saúde.

Ao propor a reflexão aos profissionais dos serviços da Atenção Básica (SUS) e da Proteção Social (SUAS) sobre o acolhimento e cuidado aos usuários abusivos de álcool e outras drogas adentra-se no difícil campo do exercício sociocultural da relação do homem com as substâncias psicoativas, mais ainda na difícil aceitação de estabelecer uma relação antiga de uso com continuidades e descontinuidades, ao longo dos tempos.

Desta forma refletir sobre a organização de uma rede local para o acolhimento do usuário abusivo de álcool e drogas expõe a preocupação com uma intervenção de qualidade e em defesa radical da vida dessas pessoas e propõe superações por parte dos profissionais da saúde e da assistência social da visão de *apartamento* das questões sociais, distanciando-se dos contextos e processos históricos, culturais e sociais. Portanto, deixar de fortalecer a visão policial - repressiva que torna a droga o centro das atenções e da ação, descontextualizando a questão do sujeito/usuário torna-se imperioso no processo de cuidado. (VELOZO; CARVALHO; SANTIAGO, 2012).

Propõe-se aqui que as equipes dos serviços SUS e SUAS ousem pensar *fora da caixa* de maneira intersetorial em espaços democráticos de cuidado, estimulando as equipes dos serviços SUS e SUAS a reflexoes que contribuam com a desconstrução de formas de exclusão e de segregação do usuário abusivo de álcool e drogas. A pretensa provocação é a busca de outras formas de conversações e interações com outros atores sociais ampliando o campo de possibilidades de cuidado para além das mesmices e que fortaleçam as redes locais numa relação participativa e transformadora.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Promover o diálogo e a reflexão sobre as práticas adotadas no cuidado integral dos usuários de álcool e drogas na VII Região de Saúde de Pernambuco, privilegiando a organização da atenção à saúde a partir dos recursos disponíveis no território e articulados entre os serviços de Saúde e da Assistência Social.

3.2 Objetivos Específicos

a) Realizar encontros com coordenadores e profissionais dos serviços da Atenção Básica de Saúde (UBS, CAPS e NASF) e dos Serviços Socioassistenciais (CRAS e CREAS) dos municípios da VII Região de Saúde sobre articulação e modelos de redes de atenção integral.

b) Mapear serviços e programas existentes na VII Região de Saúde que atuem na perspectiva da Reforma Psiquiátrica e do cuidado integral dos usuários de álcool e outras drogas.

c) Organizar fluxograma de atendimento regionalizado para os usuários de álcool e outras drogas em serviços e programas de base territorial e intersetorial da VII Região de Saúde.

d) Reorganizar o Colegiado Regional de Saúde Mental da VII Região de Saúde incluindo representantes dos serviços socioassistenciais na sua formação visando o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da VII Região de Saúde.

4. REVISÃO DE LITERATURA

Na pesquisa documental realizada para discorrer sobre a questão proposta neste Projeto de Intervenção, houve dificuldades para encontrar artigos científicos que abordassem ações intersetoriais, experiências de diálogos e/ou em rede, entre os serviços da atenção básica (SUS) e socioassistenciais (SUAS) voltados ao acolhimento do usuário abusivo de álcool e drogas. Parece haver um certo vazio de abordagens para este público em relação ao desenvolvimento de estratégias de intervenções e gestão para ações intersetoriais, restringindo-se a publicações de uma ou de outra política. No entanto há uma infinidade de abordagens científicas e normativas que indicam e reconhecem tanto na Saúde como na Assistência Social a intersetorialidade, a territorialidade e a constituição de redes como incontestáveis estratégias para o enfrentamento das situações de multicasualidades.

Segundo Couto (2011) a "intersetorialidade deve expressar a articulação entre as políticas públicas, por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas [..] ao enfrentamento das desigualdades sociais identificadas em distintas áreas". Neste sentido faz-se a proposição de ações estratégicas de cuidado ao usuário abusivo de álcool e outras drogas que ultrapassem o especifico de cada política, que potencializem o território (região) ampliando o campo da intervenção e superando a fragmentação do cuidado.

4.1 Reforma Psiquiátrica

A Política de Saúde Mental no Brasil sofreu forte influência do psiquiatra italiano Franco Basaglia e suas experiências enquanto diretor do Hospital Psiquiátrico de Goriza, onde se deparou com cenários da violência do manicômio e a destruição das pessoas internadas. Suas reflexões questionam a condição das pessoas internadas e os significados do manicômio em seu processo de individuação (YASUI; SOUZA, 2015).

Segundo a perspectiva da reforma psiquiátrica não é possível à existência de cuidado ao sofrimento, e aqui incluída às pessoas em uso problemático de drogas, observando apenas um "diagnóstico resultante das disfunções neurobioquimicas, nem de práticas que restrinjam ou limitem o exercício do ir e vir; muito menos de práticas que submetam a um regime de controle e de vigilância". (YASUI; SOUZA, 2015). Esta forma de pensar o sofrimento mental promoveu resultados já há muito conhecidos: segregação, violência institucional, isolamento, degradação humana.

A Política Nacional de Humanização refere que o SUS humanizado é aquele que reconhece o outro como legítimo cidadão de direitos, valorizando os diferentes sujeitos implicados no processo de saúde. (BRASIL, 2003).

Na última década, Pernambuco descredenciou 1.982 leitos em hospitais psiquiátricos. O Estado possuía 16 hospitais psiquiátricos, sendo o segundo no Brasil em leitos de longa permanência. Hoje são 715 leitos, sendo 370 para internações. Esta redução de leitos vem ocorrendo concomitante com a expansão dos CAPS (total de 127) sendo 17 com funcionamento 24 h e 11 para o público infanto-juvenil, 91 Residências Terapêuticas (RT's), serviços de urgência e emergência, credenciamento de leitos integrais em hospitais gerais (total de 129) e ações de saúde mental na atenção Primária. Todo este movimento indicativo dos avanços para superação do modelo asilar e como estratégias de cuidado integral ao usuário considerando seus vínculos de pertencimento. Atualmente todas as regiões de saúde tiveram pactuado em seus Colegiados Intergestores Regionais (CIR) suas Redes de Atenção Psicossocial num claro compromisso da interiorização do modelo preconizado pela Reforma Psiquiátrica.

Importante destacar que Pernambuco se constitui no único estado da federação que não inclui as Comunidades Terapêuticas como integrantes da rede de atenção integral de saúde mental, tal posicionamento está presente na Lei nº 11.064/1994, e vem sendo defendido pela militância dos movimentos de defesa da reforma psiquiátrica no Estado - Movimento Luta Antimanicomial e Colegiado Estadual de Saúde Mental (PERNAMBUCO, 1994).

As Comunidades Terapêuticas (CT) surgem no Brasil de forma mais ampla no final da década de 1970 com intenção de dar respostas aos problemas provenientes do uso abusivo de drogas. Atualmente existem mais 80 CT's filiadas a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), porém o maior problema são as clandestinas de onde surgem diversas denúncias de violação de direitos humanos e para as quais a Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), passou a exigir regulamentação para funcionamento. (SABINO; CAZENAVE, 2017). No Estado de Pernambuco foi fundada em 2011, a Federação Pernambucana de Comunidades Terapêuticas (FEPECT) que reúne cerca de 54 instituições, e "tem como principal abordagem a reabilitação de pessoas com problemas com drogas" (FEPECT,2011).

4.2 Política Nacional de Atenção Básica.

Segundo o Ministério da Saúde a Atenção Básica caracteriza-se como sendo a porta de entrada do SUS, formando um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Deve ser o contato preferencial dos usuários e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. (BRASIL, 2013).

A Atenção Básica orienta-se pelos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Privilegia ainda o território, as singularidades e a inserção sociocultural como *lócus* do cuidado integral e espaço social das relações com o usuário/cidadão.

Segundo a Portaria Nº 2.488/2011 que discorre sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB):

> É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democrática e participativa, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas pessoas (BRASIL, 2011).

Assim, as estratégias de intervenção do cuidado integral, sobretudo aquelas voltadas para os serviços da atenção primária e aqui de forma especial as voltadas aos usuários de álcool e outras drogas devem considerar estes espaços e as relações sociais na construção dos projetos terapêuticos singulares e estratégias de intervenção.

4.3 Redes de Atenção à Saúde

No Decreto nº 7.508/2011 que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde entre outros, define em seu Art. 2º, inciso VI, Rede de Atenção à Saúde como "um conjunto de ações e serviços de saúde articulada em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde" e no Art. 7º que essas ações estarão compreendidas no âmbito de uma região de saúde ou de várias delas, a serem pactuadas nas Comissões Intergestores (BRASIL, 2011).

Existem diversos outros conceitos do que são redes de atenção à saúde, contudo adotamos o conceito de Silva (2013) "Uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizado sistematicamente

para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas da atenção estejam articulados e adequados para o atendimento integral dos usuários e promoção da saúde". (apud MIRANDA, 2014, p. 17).

Os elementos que se acredita serem convergentes são: relações horizontais entre serviços; pontos interrelacionados de atenção; canais de comunicação e articulação do cuidado. Constituindo-se em uma expressão *viva* do cuidado e de inclusão dos usuários nos processos a serem definidos nos serviços e equipes. Estes movimentos em rede devem estar atentos também às *networks* (redes de trabalhadores) que podem promover acertos e inclusão dos usuários nos processos regulatórios. Neste ponto interessante anotar a definição de fluxos claros do caminho para os usuários em suas demandas e necessidades considerando fundamental a proximidade das suas relações sociais e contexto sociocultural.

A Rede de Atenção Psicossocial se constitui, de forma geral e segundo os marco normativos, numa rede substitutiva de cuidados em saúde mental que pretende romper definitivamente com a estrutura e lógica manicomial. Tendo como referência a Política Nacional de Humanização e entendendo como fortalecedora na garantia do cuidado integral para usuários com sofrimento mental, álcool e outras drogas. Segundo Barbosa (2014) "a efetivação do cuidado nesta perspectiva [...] afirma-se como aposta permanente para os trabalhadores, gestores e usuários na produção de saúde e afirmação da vida".

O desafio torna-se ainda maior quando se trata do usuário de álcool e outras drogas, principalmente pela crescente política de criminalização às drogas posta em ordem pelo Estado, e tratada quase exclusivamente como caso de segurança pública e combate ao tráfico, desconsiderando todas as implicações socioeconômicas, históricas e culturais. Nestas condições segundo Souza et al (2014) "de criminalização e de condenação moral dos usuários de drogas, estes, quando convocados a falar, são sempre na condição de culpados e arrependidos, sendo o primeiro passo o reconhecimento da doença e o segundo a busca da cura". Além de tantas barreiras a serem vencidas no cuidado integral aos usuários de álcool e outras drogas assistimos na atualidade o avanço midiático com o aval do Poder Executivo de propostas de internações compulsórias em comunidades terapêuticas, reforçando a abstinência como única estratégia possível de *cuidado*.

4.4 Política Nacional de Assistência Social (PNAS)

A Constituição Federal de 1988 inova a perspectiva da assistência social no Brasil, sendo pela primeira vez reconhecida em texto legal como dever do Estado. As políticas de Assistência Social, Saúde e Previdência Social passam a integrar a Seguridade Social inaugurando no Brasil a rede de proteção social e, portanto a Política de Proteção Social. Segundo a Política Nacional de Assistência Social (2004) "esta perspectiva significa aportar quem, quantos, quais, e onde estão os brasileiros demandatários de serviços e atenções de assistência social".

Nos princípios e diretrizes encontrados na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), na Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e na Norma Operacional Brasileira do Sistema Único da Assistência Social (NOB/SUAS) observamos convergências de entendimento de que a construção da Assistência Social enquanto política pública precisa levar em consideração 03 vertentes: as pessoas e suas circunstâncias, o núcleo familiar e o território. (BRASIL, 2004).

A proteção social deve garantir as seguintes seguranças: de sobrevivência, de acolhida, de convívio ou vivência familiar. Ressalta-se aqui atenção ao que dispõe o texto sobre segurança da vivência familiar, que considera não ser possível a aceitação de situações de reclusão e de perdas das relações quando enfatiza que "é na dimensão societária da vida que se desenvolve potencialidades, subjetividades coletivas, construções culturais, políticas e, sobretudo os processos civilizatórios" (BRASIL, 2004).

O objetivo proposto para realização é que a Política de Assistência Social aconteça de forma integrada a outras políticas públicas, considerando as desigualdades socialmente e historicamente construídas, garantindo o mínimo de proteção e sobrevivência digna àqueles que precisarem acessá-la.

4.5 Rede Socioassistencial

Na NOB/SUAS (2012) está definida a forma da gestão pública da Política de Assistência Social no território nacional. Dentre suas determinações prevê a organização da rede socioassistencial "um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, que ofertam e operam benefícios, serviços, programas e projetos, o que se supõe a articulação destas unidades" bem como, com outras políticas setoriais (BRASIL, 2012).

Segundo Couto (2015) “o SUAS está voltado à articulação em todo território nacional das responsabilidades, vínculos e hierarquia, do sistema de serviços, benefícios e ações de assistência social [...] executados e providos por pessoas jurídicas de direito público de ação em rede e articulada com a sociedade civil”.

O conceito de território representa também para Assistência Social importante espaço nos processos das estratégias de intervenção, este é considerado como *lócus* político, onde se concretizam as questões sociais e suas possibilidades de enfrentamento.

Toda organização da rede está presente nos marcos legais da Política Nacional de Assistência Social, principalmente na Resolução nº 199/99 que trata da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais onde os serviços estão organizados por níveis de complexidade do SUAS: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade (BRASIL,1999).

Neste Projeto de Intervenção dois serviços serão foco das ações previstas: o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) que executa serviços de proteção social básica organiza e coordena a rede de serviços socioassistenciais locais; e o Centro de Referencia Especializado da Assistência Social (CREAS) que visa à orientação e o convívio sociofamiliar dirigida para as situações de violação de direitos (BRASIL, 1999).

1. CARACTERIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO

5.1 Tipo de Estudo

O Projeto de Intervenção se constitui como um estudo de intervenção que segundo Angelo (2011), projetos de intervenção "são aqueles que o pesquisador manipula o fator exposição (a intervenção), ou seja, provoca uma modificação intencional em algum aspecto do estado dos indivíduos".

5.2 Local do Estudo

Segundo Plano Diretor de Regionalização (PDR) o Estado está divido em quatro macrorregiões (Metropolitana, Agreste, Sertão, Vale do São Francisco e Araripe) e 12 Regiões de Saúde. O cenário da ação será no Sertão Central pernambucano, mais precisamente na VII Região de Saúde composta pelos municípios de Belém de São Francisco, Cedro, Mirandiba, Serrita, Salgueiro, Terra Nova e Verdejante. Salgueiro o município sede da VII Região de Saúde é a principal cidade e pertence à meso região do Sertão Central pernambucano, distante da capital 513 km. A VII Região de Saúde tem população de 144.983 habitantes com cobertura de 100% do Programa Saúde da Família (PSF), laboratórios voltados para análise de interesse público, Hospital Regional Inácio de Sá, Fundação Hemope. Na assistência social todos os municípios contam com os Centros de Referência da Assistência Social e três deles com os Centros de Referência Especializado da Assistência Social.

5.3 População do Estudo

A ação envolve os coordenadores e profissionais dos serviços, a saber:

- ✓ No Sistema Único da Assistência Social: 07 Centros de Referência da Assistência Social (**CRAS)** e 03 Centros de Referência Especializados de Assistência Social (**CREAS)**;
- ✓ No Sistema Único da Saúde: 52 Unidades Básicas de Saúde (**UBS),** 06 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (**NASF)**; 01 Hospital Regional Inácio de Sá **(HRIS)** que contém 10 leitos de Referência de Saúde Mental e 02 Centros de Atenção Psicossocial (**CAPS I)**.

5.4 Período de Referência

O Projeto de Intervenção desenvolve-se no período de Março a Dezembro de 2017.

5.5 Operacionalização da Intervenção

As reflexões estão direcionadas para o trabalho articulado, intersetorial e em rede tendo como finalidade operacional a discussão conjunta para organização de uma rede de acolhimento privilegiando o cuidado integral dos usuários abusivos de álcool e outras drogas na perspectiva de fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da VII Região de Saúde. O pluralismo de atores neste processo de construção vislumbra superar ações e/ou proposições isoladas e desarticuladas dos serviços que atuam diretamente no cuidado dos usuários abusivos de álcool e outras drogas nas políticas públicas de saúde e assistência social.

Assim, foram propostas as seguintes ações/atividades para responder aos objetivos específicos (Quadro 1). No desenvolvimento da proposta de trabalho optou-se pela realização de 03 encontros com a rede SUS e SUAS da VII Região de Saúde, a fim de promover a integração dos profissionais e discutir os métodos de rede de atenção integral.

Quadro 1 – Apresentação das ações/atividades propostas para atingir os objetivos específicos do projeto de intervenção, com prazos e responsáveis.

Objetivos Específicos	**Ação/Atividades**	**Produtos**	**Prazo**	**Status**	**Responsável**
1. Realizar encontros com coordenadores e profissionais dos serviços da Atenção Básica de Saúde (UBS, CAPS e NASF) e dos Serviços	**1.1** Realizar 03 encontros SUS e SUAS: cuidado com usuários de álcool e drogas na VII Região de Saúde.	**1.1** Três encontros realizados.	Novembro de 2017.	Em andamento (um encontro realizado).	Coordenação da Atenção à Saúde e Coordenação de Saúde Mental da VII GERES.

Socioassistenciais (CRAS e CREAS) dos municípios da VII Região de Saúde sobre articulação e modelos de redes de atenção integral**.**	**1.2** Realizar 07 rodas de conversa com gestores e equipes dos serviços SUS e SUAS.	**1.2** Sete rodas de conversa realizadas**.**	Março/Abril de 2017.	Em andamento (três rodas de conversa realizada).	Coordenação de Saúde Mental da VII GERES.
2.Mapear serviços e programas existentes na VII Região de Saúde que atuem na perspectiva da reforma Psiquiátrica e do cuidado integral dos usuários de álcool e outras drogas.	**2.1**Constituir o Grupo Técnico com representantes dos serviços da atenção básica e socioassistenciais dos municípios integrantes da Região de Saúde.	**2.1**Grupo Técnico constituído.	Outubro/2017	Programado	Coordenação da Atenção à Saúde e Coordenação de saúde Mental da VII GERES.
3. Organizar fluxograma de atendimento regionalizado para os usuários de álcool e outras drogas em serviços e programas de base territorial e intersetorial.	**3.1**Realizar 03 encontros de trabalho com o Grupo Técnico (GT) para organização do mapeamento e elaboração do fluxograma de atendimento.	**3.1** Três encontros realizados.	Novembro/2017	Programado	Coordenação da Atenção à Saúde e Coordenação de saúde Mental da VII GERES e Grupo Técnico da VII GERES.
	3.2 Apresentar o fluxograma de atendimento regional aos usuários de álcool e drogas na reunião Colegiado Intergestores Regional (CIR) VII GERES para apreciação e deliberação.	**3.2** Uma reunião da CIR-VII GERES realizada.	Novembro/ Dezembro /2017.	Programado	Coordenação da Atenção à Saúde e Coordenação de saúde Mental da VII GERES e Grupo Técnico da VII GERES.

	3.3 Apresentar o fluxograma de atendimento do usuário de álcool e drogas para gestores da Assistência Social dos municípios da VII GERES.	**3.3** Sete reuniões com gestores da Assistência Social dos municípios da VII GERES realizadas.	Novembro/ Dezembro de 2017.	Programado	Coordenação da Atenção à Saúde e Coordenação de Saúde Mental da VII GERES e o Grupo Técnico da VII GERES.
4. Reorganizar o Colegiado Regional de Saúde Mental da VII Região de Saúde incluindo os serviços socioassistenciais nas discussões e fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da VII Região de Saúde.	4.1 Convocar para reunião do Colegiado Regional de Saúde Mental os coordenadores de saúde mental e proteção social dos municípios da VII GERES.	4.1Uma reunião do Colegiado Regional de saúde Mental.	Novembro 2017.		Coordenação da atenção à Saúde e Coordenação de saúde Mental da VII GERES.

5.6 Coleta de Dados

A coleta de dados segundo Simioni (2011) é o ato de pesquisar, "ajuda a analisar ponto a ponto os fatos ou fenômenos que estão ocorrendo em uma organização, sendo o ponto de partida para elaboração e execução de um trabalho".

No presente projeto os recursos de coleta utilizados foram: pesquisas de documentos, rodas de conversa, observação assistemática ou não estruturada. Os recursos relacionados e relatos das rodas de conversa realizadas nos municípios (Serrita, Terra Nova e Cedro) subsidiaram o início da elaboração do projeto e a pesquisa documental durante o processo de construção; e, segundo as necessidades surgiam foram sendo revista e/ou ampliadas. Tais dados também contribuirão no mapeamento da rede local para acolhimento dos usuários de álcool e drogas.

As ações propostas e respectivas atividades serão registradas em atas de reuniões, relatórios dos eventos realizados, fotografias dos eventos, acompanhamento das frequências, reuniões conjuntas dos coordenadores da atenção.

5.7 Monitoramento

Sousa (2013) conceitua monitoramento como “o conjunto de atividades – articuladas, sistemáticas e formalizadas – de produção, registro, acompanhamento e análise crítica de informações geradas na gestão de políticas públicas, de seus, produtos e serviços [...] com a finalidade de subsidiar a tomada de decisão quanto aos esforços necessários para aprimoramento da ação pública”.

As Coordenações de Atenção à Saúde e de Saúde Mental subsidiarão todo o processo de planejamento, execução e monitoramento do projeto de intervenção na VII Região de Saúde de forma articulada e conjunta com todos os atores envolvidos - secretários municipais, gestores e profissionais dos serviços da saúde e assistência social - para tomada de decisões e ajustes de percurso que se fizerem necessários ao alcance dos objetivos que resultem no aprimoramento dos processos de cuidado integral e regional ao usuário abusivo de álcool e drogas.

Os processos de monitoramento ocorrerão de forma sistemática em todas as etapas de intervenção em forma: registros em atas de reuniões, relatórios dos eventos realizados, fotografias dos eventos, acompanhamento das frequências, reuniões conjuntas dos coordenadores da atenção à saúde e saúde mental / VII GERES, reuniões sistemáticas do Grupo de Técnico composto por representantes dos serviços da Saúde (UBS, NASF, HRIS) e da Assistência Social (CRAS, CREAS). Todas as atividades estão voltadas para sistematização da informação que sejam relevantes aos aspectos identificados como críticos para o alcance dos objetivos propostos, incluindo possíveis ajustes e/ou atividades que não tenham sido previstas no Projeto de Intervenção, uma vez que os processos históricos e contextos socioculturais e econômicos são dinâmicos.

6. RESULTADOS

6.1 PARCIAIS

O Projeto de Intervenção é parte integrante das ações da coordenação de saúde mental/VII GERES e algumas atividades estão em andamento desde março de 2017:

- ✓ 03 rodas de conversa nos municípios do Cedro, Serrita e Terra Nova sobre articulação da rede SUS e SUAS. (março e Abril/2017).
- ✓ 1º Encontro SUS e SUAS: cuidado com usuários de álcool e drogas na VII Região de Saúde (Maio/2017).

6.2 ESPERADOS

Este plano de intervenção não pretende buscar soluções inalcançáveis da qual não temos governança, porém tem a pretensão de promover minimamente diálogos com atores das políticas públicas da saúde e da assistência social, mas precisamente dos serviços da Atenção Básica e Socioassistenciais da VII região de Saúde convocando-os para reflexão de ações regionalizadas e construção de uma rede que permita o cuidado preservando vínculos sociais e comunitários.

7. VIABILIDADE (Política, Financeira e Operacional/Sustentabilidade).

A VII Gerência Regional de Saúde conta com apoio da direção e das ações da coordenação da Saúde Mental que ao longo de sua criação tem promovido o diálogo entre os serviços SUS e SUAS tendo em vista conflitos relacionados às dificuldades de encaminhamentos e compreensão do funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial por parte das equipes do acolhimento aos usuários abusivos de álcool e outras drogas. Ao longo do percurso tem atuado de forma sistemática na promoção de oficinas, rodas de conversas, visitas técnicas, diálogos com secretários e profissionais e assessorias as equipes na de construção de estratégias de intervenção.

Portanto, a VII Gerência Regional de Saúde prevê no planejamento e orçamento anual a obtenção de financiamento para a promoção de eventos que possibilitem a formação contínua e encontros pontuais para fortalecimento da Política de Saúde Mental e da Rede de Atenção Psicossocial já pactuada na região de saúde.

8. CRONOGRAMA

Quadro 2 – Cronograma e status das atividades propostas no projeto de intervenção**.**

Atividades	**Previsão**	
	Início	Término
03 Encontros SUS e SUAS: cuidados com os usuários abusivos de álcool e outras drogas.	MAI/17	MAI/17
07 Rodas de conversa com os municípios da VII Região de Saúde	MAR/17	ABR/17
03 Reuniões do Grupo de Trabalho de elaboração da Rede de cuidado.	OUT/17	OUT/17
Apresentação do fluxograma de atendimento regional na reunião da CIR- VII GERES.	NOV/17	NOV/17
Apresentação do fluxograma de atendimento aos gestores da assistência social da VII Região de Saúde.	NOV/17	NOV/17

9. ORÇAMENTO ESTIMADO E FINANCIAMENTO

Os recursos já estão disponíveis na VII GERES e serão destinados a todo processo de articulação e realização logística dos eventos previstos no Projeto de Intervenção no valor de R$ 7.272,00. As despesas estão descritas a seguir:

Despesas	Valores (R$)
Pessoa Física (04 instrutores)	2.240,00
Pessoa Jurídica (auditório)	1.750,00
Consumo(Papel A4, tinta p/impressora, impressora, cópias, canetas, pastas, blocos, adesivos, banners, faixas.	2.834,00
OTC (Ordem de Transferência de Crédito)	448,00
Total	**7.272,00**

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Tarcisio Matos de Andrade. **Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil.** *Ciênc. & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.16, n.12 , p.4665-4674, 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pta>.
Acesso em: 16/04/17

ANGELO, Jussara Rafael. **Conceitos básicos em epidemiologia**. Disponível em: http://www.dpi.inpe.br/geocxnets/wiki/lib/exe/fetch.php?media=wiki:branches:epidemiologia_jussara.pdf. Acesso em: 09/07/17.

ALARCON, Sergio (Org.). **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2015.

BARBOSA, Simone M. A. et al. Redes de atenção à saúde - construindo o cuidado integral. **Revista Divulgação em Saúde para Debate.** Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - Cebes. Rio de Janeiro, n. 52, 2014.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto Nº 7.508 de 28 de junho de 2011**. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e da outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: http/www.planlto.gov.br/civil/Decreto/D7508html.

____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Com alterações da Emenda Constitucional nº 91, de 2016. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil.** Brasília/DF, 2016. <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>.

____. Ministério da Saúde. **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 necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS). < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>

____. Ministério da Saúde. **Rede HumaizaSUS Cartilha PNH**. Brasília, 2013

____. Ministério do Desenvolvimento Social. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília, 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza et al (Org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2012.

COUTO, Berenice Rojas et al (Org.). **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil**: uma realidade em movimento. São Paulo: Cortez, 2011.

ESCOBAR, José Arturo Costa et al (Org.). S**aberes e praticas profissionais: a experiência do Centro Regional de Referência sobre Drogas de Pernambuco.** Editora UFPE, 2015.

MAGALHÃES JUNIOR, H.M. Redes de Atenção a Saúde: rumo à integralidade. **Revista Divulgação em Saúde para Debate.** Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – Cebes, n. 52, p. 15-37, out 2014. Rio de Janeiro/RJ: 2014.

TAPAJÓS, L.; RODRIGUES, R. W. S. (Org.). **Rede SUAS: Gestão e Sistema de Informação para o Sistema Único de Assistência Social.** Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2007.

YASUI, Silvio e SOUZA, Tadeu de Paula et al. Saúde Mental. **Entre cárcere e a liberdade: Apostas na produção cotidiana de modos diferentes de cuidar**. Cadernos Humaniza SUS, Brasília/DF, v. 5, 2015.

PERNAMBUCO. Lei nº 11.064, de 16 de maio de 1994. Dispõe sobre a substituição progressiva dos Hospitais Psiquiátricos por rede de atenção integral à saúde mental, regulamenta a internação psiquiátrica involuntária e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de Pernambuco. DOE- Poder legislativo.** Em 17/05/1994, na página 2, coluna 1. Pernambuco, Recife: 1994.

SIMIONI, Darlei. Métodos de coleta de dados. Disponível em: http://darleisimioni.blogspot.com.br/2010/09/metodos-de-coleta-de-dados.html.2011. Consulta em: 09/07/17.

Anexo

Pernambuco

Secretaria Estadual de Saúde
VII Gerência Regional de Saúde
Salgueiro

ESPPE
ESCOLA DE GOVERNO
EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO

DELARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins autorizar a construção do projeto de intervenção intitulado, REDES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SOCIOASSISTENCIAL: ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL DOS USUSARIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS , realizado por **CECÍLIA GRAZIOSY DE SIQUEIRA LEITE, sob a orientação do MESTRA SANDRA LUIZA B. DE SOUZA**, a ser apresentado como critério de conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública, da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE). E afirmo que esta instituição tem condições e apóia a construção do referido trabalho.

Sendo assim, autorizo sua execução, desde que os envolvidos /as comprometa-se a utilizar os dados coletados e as informações provenientes da intervenção exclusivamente para a construção desses }Projeto de Intervenção.

Salgueiro, 31 de Agosto de 2017

Maria Auxiliadora Alves Vasconcelos Veras
Gerente da VII GERES

Maria Auxiliadora Alves Vasconcelos Veras
Gerente Regional da VII GERES
Matrícula: 224266-4