



**ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

JOELMA DE JESUS RODRIGUES

PROJETO DE INTERVENÇÃO:

**REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PARA
EXPANSÃO DA IMPLANTAÇÃO DA RAPS NA IX REGIÃO DE SAÚDE-PE**

**Serra Talhada
2017**



JOELMA DE JESUS RODRIGUES

PROJETO DE INTERVENÇÃO:

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PARA EXPANSÃO DA IMPLANTAÇÃO DA RAPS NA IX REGIÃO DE SAÚDE-PE

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

Orientador (a): Profa. Msc Telma Maria A. G. de Melo

**Serra Talhada
2017**

RESUMO

Identificamos como uma questão de saúde pública na IX região de saúde do estado de Pernambuco a dificuldade de acesso das pessoas com transtornos mentais aos serviços de atenção psicossocial especializados. Outro dado preocupante é que os serviços destinados às questões relacionadas à álcool e outras drogas e transtornos mentais na infância são inexistentes nessa região. Daí a importância de estruturar a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS na região, estimulando a implantação de serviços especializados direcionados a esta clientela. Ao realizar o diagnóstico da RAPS nos municípios da IX Região de Saúde percebe-se que na região existe uma boa cobertura de CAPS 1, onde todos os municípios que possuem porte populacional implantaram este serviço, porém sem serviço direcionado especificamente para as questões relacionadas à infância e álcool e outras drogas. De acordo com o desenho da RAPS pactuada na região, percebe-se ainda a ausência de serviço com cobertura regional. A Região não oferece serviço territorial com hospitalidade noturna e necessidade de ampliação de leitos em hospitais gerais. É nesse sentido que se faz importante pensar alternativas para atender à população, no caso as que necessitam de cuidados em saúde mental, de forma integral conforme os princípios do SUS e baseada na Reforma Psiquiátrica. Isto posto, delineou-se a seguinte pergunta de pesquisa: Quais as estratégias podem ser desenvolvidas para a consolidação da RAPS da IX Região de saúde do Estado de Pernambuco? Objetiva-se com este projeto de intervenção estimular a retomada da implantação e ampliação da Rede de Atenção Psicossocial nos municípios que compõem a IX Região de Saúde-PE. Trata-se de um estudo de intervenção que será aplicado nos onze municípios que compõem a Região de Saúde em foco, no período de junho de 2017 a dezembro de 2018. A população de estudo são gestores municipais da saúde e trabalhadores de saúde dos serviços especializados que atuam com o usuário de serviços de saúde mental. A intervenção ocorrerá através da apresentação e discussão da RAPS pactuada na região junto aos gestores municipais, visando dar visibilidade à referida rede e contribuir para sua implantação; orientação da gestão técnica dos municípios para a implantação de serviços especializados de saúde mental, oferecendo apoio técnico na elaboração de projetos terapêuticos de serviços de saúde mental a serem implantados; promoção de encontro com os profissionais dos serviços de saúde para discussão sobre a inserção do serviço na RAPS e a necessária articulação entre os mesmos, visando garantir uma melhor prática das ações de saúde no serviço visando estimular o envolvimento dos profissionais da atenção básica, dentre outros, na luta pelo fortalecimento da RAPS e reativação do Colegiado Regional de Coordenadores Municipais de Saúde Mental, para discussão sobre a implantação da RAPS na região. Espera-se com este projeto que ocorra avanços no sentido de efetivar a implantação da Rede de Atenção Psicossocial pactuada na IX GERES, com o aumento de serviços implantados, entre eles, serviços de hospitalidade noturna, atenção especializada aos usuários de álcool e outras droga e atenção à clientela infanto-juvenil.

Palavras-chaves: Atenção à Saúde, Saúde Mental, Regionalização

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	05
2. JUSTIFICATIVA.....	09
3. OBJETIVOS.....	11
3.1 Geral	
3.2 Específicos	
4. REVISÃO DA LITERATURA.....	12
5. MÉTODOS.....	18
5.1 Tipo de Estudo	
5.2 Local do Estudo	
5.3 População de Estudo	
5.4 Período de Estudo	
5.5 Intervenção	
5.6 Coleta de Dados	
5.7 Análise de Dados	
5.8 Considerações Éticas	
6. RESULTADOS.....	20
7. VIABILIDADE.....	21
7.1 Política	
7.2 Financeira	
7.3 Operacional/Sustentabilidade	
8. CRONOGRAMA.....	22
9. ORÇAMENTO ESTIMADO.....	22
10. FINANCIAMENTO.....	22
REFERENCIAS.....	24

1. INTRODUÇÃO

A IX Região de Saúde tem sede no município de Ouricuri e abrange 11 (onze) municípios localizados no alto sertão do Araripe: Araripina, Bodocó, Exu, Granito, Ipubi, Moreilândia, Ouricuri, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena e Trindade. Limita-se ao norte com os municípios do Estado do Ceará e oeste com os municípios do Estado do Piauí, leste com os municípios da VII Região de Saúde (sede em Salgueiro) e ao sul com os municípios da VIII Região de Saúde (sede em Petrolina).

Em 2013, a estimativa segundo o IBGE da população do Território era de 342.809 habitantes. Dos 11 (onze) municípios desta região de saúde, apenas 02 (dois) tem população maior que 50.000 habitantes, que são Araripina e Ouricuri, sendo que 54% dos municípios possuem população abaixo de 30.000 habitantes, segundo faixas populacionais (PERNAMBUCO, 2013).

O Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/1990, ao explicitar conceitos, princípios e diretrizes do SUS passou a exigir uma nova dinâmica na organização e gestão do sistema de saúde, sendo a principal delas o aprofundamento das relações interfederativas e a instituição de novos instrumentos, documentos na gestão compartilhada do SUS.

A Regionalização da saúde com a implantação das redes de atenção à saúde tem um papel fundamental na implantação de serviços regionais que deem conta da mudança populacional que enfrentamos em termos quantitativos, perfil das doenças e faixa etária, garantindo o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis (PERNAMBUCO, 2013).

Um dos desafios na estruturação das redes de atenção à saúde no SUS diz respeito à consolidação de um sistema integrado que garanta o acesso do usuário ao sistema, em qualquer uma das suas instâncias, bem como a utilização racional dos recursos existentes. “Para que essas redes possam ser estruturadas, há que se estabelecer um amplo processo de cooperação solidária entre estados e municípios, assim como entre os municípios de uma determinada região sanitária, consolidando, assim, de forma inovada a descentralização e a regionalização do sistema” (OPAS, 2011).

No Brasil, existem enormes diferenças entre estados e dentro dos estados. Mais de 75% dos municípios tem menos de 20.000 habitantes, uma escala insuficiente para a organização de redes de atenção à saúde municipais, de forma eficiente e de boa qualidade.

Por isso, as redes têm se organizado visando à autossuficiência em média complexidade nas microrregiões e com certa suficiência em alta complexidade (PERNAMBUCO, 2013).

Segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, as redes temáticas de atenção à saúde devem se organizar a partir da necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam as pessoas ou as populações (BRASIL, 2012).

Após pactuação tripartite, em 2011, foram priorizadas as seguintes redes temáticas:

- Rede Materno-Infantil;
- Rede de Atenção psicossocial;
- Rede de urgência e emergência;
- Rede de atenção à pessoa com deficiência;
- Rede de atenção às Doenças Crônicas.

As Redes Materno-Infantil, Urgência e Emergência e Atenção Psicossocial foram pactuadas na IX GERES em microrregiões, regiões e macrorregiões, de acordo com o grau de complexidade e a prestação de serviços de saúde pensada de maneira a ser gerida de forma a otimizar a disponibilidade e continuidade dos serviços (PERNAMBUCO, 2012a; PERNAMBUCO, 2012b; PERNAMBUCO 2014).

No que se refere à Rede de Saúde Mental, o cenário atual da rede de serviços de saúde mental na IX Região de Saúde é composto por 06 CAPS I em funcionamento: Araripina, Bodocó, Exu, Ipubi, Ouricuri e Trindade; 01 CAPS I em processo de habilitação: Parnamirim e 04 Municípios sem porte populacional: Moreilândia, Granito, Santa Cruz e Santa Filomena.

Ao realizar o diagnóstico da regional percebe-se que a IX Região de Saúde conta com boa cobertura de CAPS I, onde todos os municípios que possuem porte populacional implantaram este serviço, porém sem serviço direcionado especificamente para as questões relacionadas à infância e AD. Percebe-se ainda a ausência de serviço com cobertura regional.

A Região não oferece serviço territorial com hospitalidade noturna e necessidade de ampliação de leitos em hospitais gerais. Importante também ampliar as experiências com estratégia de Geração de Trabalho e Renda. Há também a necessidade de habilitação de 01 Serviço Residencial Terapêutico, considerando o Projeto Estadual de Desinstitucionalização. Os municípios de Parnamirim, Trindade e Ouricuri vinham apresentando dificuldades com a habilitação de serviços (CAPS I, Serviço Residencial Terapêutico e CAPS AD III, respectivamente) (PERNAMBUCO, 2014).

Neste sentido, foi pactuado o desenho da RAPS na IX GERES, que se encontra na seguinte situação atualmente: no Diário Oficial (DO) de 10 de setembro de 2014 foi publicada Resolução CIB aprovando implantação do CAPS II de Araripina e CAPS I em Parnamirim, ambos solicitados em 2013, antes da pactuação da RAPS. O município de Parnamirim já havia solicitado e recebido incentivo do Ministério da Saúde anteriormente (não temos informação sobre o ano) para implantação do CAPS I, e não implantou. Em 2013 fez nova solicitação publicada no Diário Oficial de 10 de setembro de 2014, mas até a presente data não implantou o serviço.

O município de Araripina havia solicitado antes da pactuação da RAPS, ampliação do CAPS I para CAPS II. Após discussão da RAPS em 2015, pactuou ampliação do CAPS I para CAPS III. Foi informado da Resolução CIB publicada no DO de 10/09/2014, no entanto, não implantou o CAPS II, atendendo ao que foi pactuado na RAPS. Até o momento não solicitou o CAPS III.

A pactuação da Rede de Atenção Psicossocial na IX GERES ocorreu em setembro de 2013, através da Resolução CIR/IX GERES nº 38 de 12 de setembro de 2013 e define o desenho da RAPS com diversos serviços a serem implantados na região, de todos os componentes elencados através da Portaria MS 3088/2011. Do desenho da RAPS pactuado em 2013, foram implantados 06 leitos integrais de saúde mental no município de Araripina, atualmente dando cobertura a toda região de saúde. Os demais serviços pactuados na RAPS da IX GERES ainda não foram implantados.

Neste sentido, visando instalar uma rede de atenção à saúde mental eficiente e de qualidade, este projeto tem a finalidade de contribuir para a implantação da RAPS na IX Região de Saúde, sendo uma proposta assistencial que está relacionada ao movimento mais amplo da Reforma Psiquiátrica.

A Reforma Psiquiátrica é o processo político assistencial, derivado da luta pela queda do paradigma asilar, para que deixe de ser hegemônico no cuidado das pessoas com sofrimento psíquico, inclusive os decorrentes do uso de drogas, em discussão desde a década de 60, com avanços significativos. No Brasil, o início da Reforma Psiquiátrica foi marcado por importantes manifestações no setor saúde em fins da década de 70, onde se discutia propostas substitutivas ao modelo vigente, visando o resgate da dignidade das pessoas que apresentam sofrimento psíquico, inclusive os decorrentes do uso de droga e o respeito aos seus direitos de cidadão.

A partir destas propostas tornou-se possível os modelos substitutivos de atenção à saúde mental, abrindo discussão para novas experiências de desinstitucionalização, facilitando a criação inicialmente de núcleos, posteriormente transformados em centros de atenção psicossocial (NAPS e CAPS), além de outras experiências culturais e sociais.

A desinstitucionalização procura preservar a subjetividade do indivíduo, sua história de vida e suas relações interpessoais. Estabelece formas de cuidado em serviços abertos e criativos que atendam singular e coletivamente às suas necessidades e que o sustente no seu meio social.

Evitando a exclusão do convívio familiar e social do sujeito e preservando seus vínculos com o meio, os serviços de Atenção Psicossocial dentro da Política Nacional de Saúde Mental enfatizam a participação efetiva das famílias no cuidado, bem como, o desenvolvimento das potencialidades da pessoa que tem um transtorno mental, tendo em vista o aumento de suas possibilidades no âmbito social, fazendo com que o mesmo seja sujeito transformador de sua realidade. Nessa perspectiva os serviços de reabilitação psicossocial funcionam como meio de desenvolvimento integral do usuário, dentro do seu contexto social.

Nesse sentido, este trabalho visa despertar e estimular os gestores municipais e estadual para a implantação efetiva da RAPS, entendendo que através destes serviços será possível estimular a potencialidade latente do sujeito com sofrimento psíquico e assim consolidar sua dignidade e cidadania. E, portanto, evitando a necessidade de hospitalização, com a proposta de um trabalho preventivo e terapêutico, realizado por equipes interdisciplinares.

A longo prazo, o grande desafio é garantir a implantação e/ou implementação dos serviços pactuados. A organização de serviços de saúde deve levar em conta a necessidade de garantir encaminhamento ao fluxo dos usuários, e as medidas complementares para promover, restaurar e manter a saúde.

Isto posto, delineou-se a seguinte pergunta de pesquisa: Quais estratégias podem ser desenvolvidas junto aos gestores para a consolidação da RAPS da IX Região de Saúde?

2. JUSTIFICATIVA

Identificamos como uma questão de saúde pública na IX região de saúde do estado de Pernambuco a dificuldade de acesso das pessoas com transtornos mentais aos serviços de atenção psicossocial especializados. Outro dado preocupante é que os serviços destinados às questões relacionadas a álcool e outras drogas e transtornos mentais na infância são inexistentes nessa região. Daí a importância de estruturar a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS na região, estimulando a implantação de serviços especializados direcionados a esta clientela.

A IX Região de Saúde conta com boa cobertura de CAPS transtorno com atenção diurna, visto que todos os municípios com porte populacional para implantação deste serviço na região, já conta com CAPSI no seu território, porém sem serviço direcionado especificamente para as questões relacionadas à infância e AD e ausência de serviço com cobertura regional. A Região oferece serviço territorial com hospitalidade noturna através de 06 leitos integrais de saúde mental no município de Araripina, no entanto, necessidade de ampliação de leitos em hospitais gerais.

No que se refere à oferta de serviços especializados, a região tem enfrentando dificuldades em oferecer à sua população serviços de atenção à saúde mental especializados de forma integral. Os municípios que compõem a IX GERES, não contam com unidades de tratamento para pessoas com sofrimento psíquico que necessitam de serviços especializados em atenção aos usuários de álcool e outras drogas e a clientela infanto-juvenil.

Sendo os serviços de atenção à saúde mental orientados pela lógica antimanicomial, sua metodologia é trabalhar o sujeito como um todo, ou seja, em suas dimensões subjetiva, socioeconômico e cultural, através de atividades que estimulem um satisfatório estado de saúde e bem estar social.

A implantação de um modelo de atenção descentralizado e de base comunitária requer também uma adaptação e qualificação dos profissionais da região, que deverão, através do processo de capacitação, se instrumentalizar para permitir a viabilização do novo modelo assistencial.

É neste sentido que se faz importante pensar alternativas para atender a população, no caso a que necessita de cuidados em saúde mental, de forma integral de acordo com os princípios do SUS e baseada na Reforma Psiquiátrica, rompendo com o modelo de internamento e garantindo um atendimento digno.

Para garantir uma atenção efetiva à saúde mental, buscando a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, é importante o envolvimento e investimento dos gestores municipais e estaduais, definindo alternativas para atender toda a população que necessita de cuidados outros em saúde mental e implantando serviços de maior complexidade na região, possibilitando, com isso, atender à sua demanda e paralelamente oferecer o serviço para os municípios vizinhos, se tornando referência na região.

A Rede de Atenção Psicossocial na IX Região de Saúde foi pensada para atender toda a demanda de saúde mental da região, necessitando da implantação de mais dispositivos existentes na rede.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral:

Fomentar a retomada da implantação e ampliação da Rede de Atenção Psicossocial nos municípios que compõem a IX Região de Saúde-PE, conforme pactuado em CIB.

3.2 Específicos

Mobilizar os gestores municipais quanto à importância da pactuação e implantação da RAPS;

Qualificar a gestão técnica dos municípios através de encontros para discussão sobre a inserção e articulação dos serviços na RAPS;

Reativar o Colegiado Regional de Coordenadores Municipais de Saúde Mental, para discussão sobre a RAPS na região;

Promover Fórum Regional de Saúde Mental visando estimular o envolvimento dos profissionais na luta pelo fortalecimento da RAPS.

4. REVISÃO DE LITERATURA

O enfoque da loucura como doença e da psiquiatria como especialidade médica é recente na história da humanidade - aproximadamente 200 anos. A partir do século XVIII é que o homem inventou uma nova maneira de se perceber, uma nova maneira de vivenciar a condição humana (BEZERRA, 1995).

A loucura sempre existiu, bem como o lugar para se tratar dos loucos: templos, domicílios e instituições, mas a instituição psiquiátrica, propriamente dita, é uma construção do século XVIII (FOUCAULT, 1978).

A partir dessa nova forma de vivenciar a condição humana, estabeleceu-se "o diferente", aquele que não segue o padrão de comportamento que a sociedade define. O "doente mental", o excluído do convívio dos iguais, dos ditos normais, foi então afastado dos donos da razão, dos produtivos e dos que não ameaçavam a sociedade. Tratar do "doente mental" foi então sinal de exclusão, de reclusão e asilamento (GONÇALVES; SENA, 2001). Nestas casas "Asilos e Hospitais Psiquiátricos", os denominados miseráveis permaneciam até que se tornassem "úteis" e "bons", ou até que morressem. Entre estes, encontram-se os "loucos", misturados entre criminosos e perversos, marcando profundamente o rosto da psiquiatria no século XIX, cujo entendimento da loucura torna-se associado ao desvio, ao crime e ao vício (RODRIGUES, 2003).

O hospital Psiquiátrico enquanto instituição total, segundo Goffman (1987), usa de um sistema de rede com instituições totais que atende pessoas com algum "distúrbio social". Segundo Vieira e Nóbrega, o hospital psiquiátrico atua de duas maneiras: punindo e exercendo o controle social do comportamento desviante do enfermo mental. A função terapêutica do Hospital aparece praticamente superposta por estas duas dominantes (VIEIRA FILHO; NÓBREGA, 2004).

Essa ordem fundada por Pinel representou o marco inaugural do surgimento da Medicina Mental ou Psiquiatria, que transformou a diferença humana em patologia. Dessa maneira, a repercussão dessa apropriação da loucura pela ciência fez do louco um 'doente' e da loucura uma doença a ser 'tratada', no caso, com ocultamento e exclusão, com vistas a uma 'cura'. Além disso, baseado na compreensão de que a loucura era proveniente de uma lesão no cérebro e sob a influência do Iluminismo, que pregava o zelo pela reforma social e elevação moral, considerou que as manifestações da loucura eram provenientes de um caráter mal formado e desenvolvido.

A exclusão e os maus tratos fomentados pelo hospital pineliano com sua rigorosa administração e, da mesma forma, a exposição pública das sofridas condições de vida dos internados nas instituições psiquiátricas, já à época, gerou concomitantemente pesadas críticas pelos defensores de formas não-violentas no trato com os loucos. Partindo dessas críticas e das contribuições provenientes de outros referenciais teóricos que não a Biologia, mas especialmente o Marxismo e a Psicanálise, a partir dos quais a subjetividade e a relação capital-trabalho passaram a ser consideradas como relevantes no surgimento e manutenção de quadros de alteração do comportamento ao longo do século XX. Buscou-se, dessa forma, alterar essa realidade mediante o desenvolvimento de outras formulações e modelos que passaram a tentar promover, basicamente, um maior grau de interação e democracia nas relações existentes entre os profissionais e internados no interior da instituição psiquiátrica. As experiências propostas mais significativas foram: A comunidade Terapêutica, a Análise institucional, a psiquiatria preventiva e comunitária (COSTA, 2002).

Na década de 1960, a crítica ao paradigma asilar teve, em Gorizia (Itália) a sua primeira grande ruptura em relação à constituição da psiquiatria como saber sobre a loucura. Essa ruptura teve como sustentação teórica a Antipsiquiatria inglesa, que tinha como pressuposto básico o questionamento crítico da ciência psiquiátrica como única detentora do saber sobre a doença mental, mais propriamente sobre a esquizofrenia. Inicialmente, o hospital de Gorizia foi transformado em comunidade terapêutica (no modelo concebido por Jones) por Franco Basaglia, nomeado diretor do hospital e precursor do movimento da reforma psiquiátrica italiana. Juntamente com um grupo de psiquiatras, Basaglia "propôs devolver o doente mental à sociedade, desarticulando a instituição, o manicômio" (DESVIAT, 1999).

Entretanto, foi na experiência em Trieste que Basaglia pôde iniciar o processo de desmontagem do aparelho institucional. O grande hospital de Trieste, que historicamente abrigou os doentes mentais até 1971, foi então aberto à comunidade, passando a fazer parte da arquitetura urbana da cidade. A instituição negada, segundo Basaglia (1980), não se resumiria na negação do hospital psiquiátrico, e sim na psiquiatria enquanto ideologia, enquanto ciência que se apodera de um mandato social. Não seria tampouco a negação da doença, já que o sofrimento está lá, com o sujeito. Entretanto, o sujeito é visto aqui como um objeto complexo, e essa complexidade é que vai possibilitar múltiplas visões acerca do fenômeno doença. A experiência de Trieste demonstrou ser possível a desmontagem do manicômio como possibilidade única de entender e tratar a loucura. Ao mesmo tempo em que causou

transformações no campo do conhecimento, nas ideologias e nas relações entre técnicos e pacientes, provocou modificações no sistema jurídico do país (GONDIM, 2001).

A proposta sanitária em saúde mental que visava ‘limpar’ os doentes do convívio social começa a ser criticada no nosso país na década de 70, quando as práticas de violência e exclusão tornaram-se evidentes. Em meados dos anos 80, sob a influência da reforma psiquiátrica italiana e o fim da ditadura no Brasil, surge o movimento de Reforma Psiquiátrica que trazia propostas de novas formas de intervenção nessa área. As novas ideias tinham como ponto central a desinstitucionalização, o fim do hospital como único meio de tratamento. A desinstitucionalização procura preservar a subjetividade do indivíduo, sua história de vida e suas relações interpessoais. Estabelece formas de tratamento em serviços flexíveis e criativos que atendam individual e coletivamente às suas necessidades e que o sustentem no seu meio social (BRASIL, 2004).

Para que essa mudança ocorresse, era necessária a oferta de espaços e serviços que assumissem o lugar na assistência, que deveria ser agora em serviços abertos, onde uma equipe multidisciplinar refletiria sobre o diagnóstico e levantaria possibilidades terapêuticas para os portadores de transtorno mental.

Castel (1978) nos chama atenção para a diferença entre mudança e transformação. Na história da Psiquiatria, as mudanças sempre ocorreram através de alterações na nosografia, do surgimento de novos medicamentos; sem que houvesse, contudo uma ruptura no quadro institucional: o asilo sempre ocupou o lugar central na assistência (GONDIM, 2001).

As mesmas funções podem realizar-se através de práticas totalmente renovadas, monopólios do mesmo tipo podem perpetuar-se, interesses idênticos podem introduzir-se (CASTEL, 1978).

Na verdade, os espaços podem ter mudado, mas a prática pode estar se repetindo sob uma forma mais decomposta, mas não menos segregativa, desenhando em tons mais sutis e mais humanizados o espaço asilar.

Segundo o conceito defendido pela reforma, a desinstitucionalização não se restringe à substituição do hospital por um aparato de cuidados externos envolvendo prioritariamente questões de caráter técnico-administrativo-assistencial como a aplicação de recursos na criação de serviços substitutivos. Envolve questões do campo jurídico-político e sociocultural. No campo assistencial, exige que, de fato haja um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado interdisciplinares realizadas na comunidade (GONÇALVES; SENA, 2001).

Falar de loucura remonta à discussão sobre Reforma Psiquiátrica, que pressupõe a discussão sobre a Política Nacional de Saúde Mental e dentro dela, sobre a Rede de Atenção Psicossocial, umas das redes temáticas priorizada pelo Ministério da Saúde.

As Redes de Atenção à Saúde foram pensadas a partir do Decreto 7508/2011. O mesmo vem preencher “uma lacuna no arcabouço jurídico do SUS, ao regulamentar a Lei 8.080, dispendo sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, possibilitando o aprimoramento do Pacto pela Saúde e contribuindo na garantia do direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros” (BRASIL, 2011b).

Dessa forma, visa dar mais transparência a essa estrutura, com a finalidade de garantir maior segurança jurídica na fixação das responsabilidades dos entes federativos, para que o cidadão possa, de fato, conhecer, as ações e os serviços de saúde ofertados nas regiões de saúde e organizados em redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011a).

Para nortear as ações interfederativas, o Decreto prevê a realização de um processo de planejamento da saúde, de forma ascendente e integrada, isto é, partindo do nível local até o federal, estabelecendo metas e indicadores de saúde. Além de ser obrigatório, o procedimento será indutor de Políticas de Saúde, inclusive, para a iniciativa privada (BRASIL, 2011c).

Conforme o Decreto, o planejamento deve levar em consideração os serviços e ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS. Unindo as informações ao perfil epidemiológico de cada região, será possível traçar um “Mapa da Saúde”, identificando as necessidades de cada local e definindo as políticas públicas de Saúde, dentro dos recursos financeiros disponíveis.

Por outro lado, as Regiões de Saúde integram os componentes estratégicos de governança: a CIT no âmbito nacional, a CIB, no âmbito estadual, e as CIR, no âmbito das Regiões de Saúde. As CIRs substituirão os atuais Colegiados de Gestão Regional (CGR). Para implantação das Regiões de Saúde, as Secretarias Estaduais e os COSEMS conformarão as suas regiões de saúde com base no disposto nos art. 4º à 6º do Decreto 7508/2011 e resolução tripartite (BRASIL, 2011c).

Segundo o Decreto 7508 (2011) no Art. 4º “As Regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT a que se refere o inciso I do art. 30”. Assim, poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios.

O Art. 5º do referido decreto trata do que é necessário para a Região de Saúde ser constituída, que deve conter, no mínimo, ações e serviços de: atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde. O Art. 7º trata das Redes de Atenção à Saúde, que estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores (BRASIL, 2011c).

Mendes (2011), com base em outras concepções, define as Redes de Atenção à Saúde como “organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária”.

De acordo com o Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, as redes de atenção à saúde temáticas devem se organizar a partir da necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam as pessoas ou as populações (BRASIL, 2012).

Após pactuação, foram priorizadas as seguintes redes temáticas: Rede Materno-Infantil; Rede de Atenção Psicossocial; Rede de Urgência e Emergência; Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção às Doenças Crônicas.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) prioriza o Enfrentamento do Álcool, Crack, e outras Drogas. Busca respeitar os direitos humanos, garantindo a autonomia, a liberdade e o exercício da cidadania, promovendo equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde, garantindo acesso e qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar. Sua ênfase é em serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares, organizando os serviços em RAS regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado, desenvolvendo a lógica do cuidado centrado nas necessidades das pessoas com transtornos mentais, incluídos os decorrentes do uso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2011a).

Buscando a construção de serviços diferentes para as diferentes necessidades, elenca-se como Eixos Estratégicos para Implementação da Rede:

1. Eixo 1: Ampliação do acesso à rede de atenção integral à saúde mental.
2. Eixo 2: Qualificação da rede de atenção integral à saúde mental
3. Eixo 3: Ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação.

4. Eixo 4: Ações de prevenção e de redução de danos.

Todas as redes também são transversalizadas pelos temas: qualificação e educação; informação; regulação; e promoção e vigilância à saúde (BRASIL, 2012).

A Rede de Atenção Psicossocial pactuada na IX GERES em microrregiões e regiões, baseia-se no grau de complexidade e na prestação de serviços de saúde pensada de maneira a ser gerida de forma a otimizar a disponibilidade e continuidade dos serviços.

5. MÉTODOS

5.1 Tipo de Estudo

Este projeto é um estudo de intervenção, que tem como característica “orientar uma mudança ou transformação em uma dada realidade, seja na estrutura ou no processo” (UNIFESP, 2015).

5.2 Local do Estudo

O projeto de intervenção será desenvolvido na IX Região de Saúde, composta por 11 (onze) municípios localizados no alto sertão do Araripe do Estado de Pernambuco, contando com os municípios de Araripina, Bodocó, Exu, Granito, Ipubi, Moreilândia, Ouricuri, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena e Trindade, tendo o município de Ouricuri como sede da Regional de Saúde.

5.3 População de Estudo

Este Projeto de Intervenção tem como população alvo gestores municipais da saúde e trabalhadores de saúde de serviços especializados em saúde mental que atuarão diretamente com o usuário destes serviços.

5.4 Período de Estudo

O Projeto de Intervenção será aplicado no período de Junho de 2017 a Dezembro de 2018.

5.5 Intervenção:

OBJETIVOS	AÇÕES	METAS	RESPONSÁVEIS	PRAZO
1. Mobilizar os gestores municipais quanto à importância da pactuação e implantação da RAPS	Pautar na CIR a pactuação da RAPS com periodicidade semestral, destacando a importância da implantação dos serviços pactuados.	Realizar 03 inserções de pautas na CIR	Gerente Geres e GASAM	IX e Junho 2017 a Dezembro 2018
	Solicitar uma reunião junto ao consórcio de prefeitos e apresentar o desenho da RAPS na região com a importância da implantação	01 reunião com prefeitos	Gerente Geres	IX Janeiro a Julho 2018

	dos serviços pactuados.				
	Discutir semestralmente a pactuação da RAPS com Coordenadores Municipais de Atenção Básica no Colegiado Regional de Atenção à Saúde.	Realizar 03 discussões no Colegiado	Gerente Técnicos GERES	e IX	Dezembro 2017 a Dezembro 2018
2. Qualificar a gestão técnica dos municípios através de encontros para discussão sobre a inserção e articulação dos serviços na RAPS	Realizar orientação técnica individualizada aos coordenadores municipais de saúde mental para a implantação de serviços especializados.	Realizar orientação quando houver implantação de novos serviços	Técnicos GERES	IX	Dezembro 2018
	Promover semestralmente encontro com equipe técnica dos municípios (profissionais de CAPS, NASF e ESF) visando discutir uma melhor prática das ações de saúde no serviço.	Promover 03 encontros	Gerente Técnicos GERES GASAM	e IX e	Setembro 2017 a Dezembro 2018
3. Reativar o Colegiado Regional de Coordenadores Municipais de Saúde Mental	Retomar o Colegiado Regional de Coordenadores Municipais de Saúde Mental com periodicidade bimestral, para discussão sobre a implantação da RAPS na região e acompanhar e monitorar o andamento da implantação da RAPS.	Realizar Reuniões bimestrais	Técnicos GERES	IX	Agosto 2017 a Dezembro 2018
4. Promover Fórum Regional de Saúde Mental	Realizar Fórum Regional de Saúde Mental visando discutir a RAPS pactuada conforme os princípios do SUS e baseada na Reforma Psiquiátrica.	Realizar 01 Fórum de Saúde Mental	Gerente Técnicos GERES	e IX	Outubro 2018

5.6 Coleta de Dados

Será utilizada a análise de documentos (frequência nos colegiados e encontros e desenho da RAPS) e observação assistemática.

5.7 Análise de Dados / Monitoramento e Avaliação

Os dados serão analisados levando em consideração a participação dos gestores nas reuniões colegiadas: CIR, Colegiado Integrado/Regional de Atenção à Saúde e Vigilância em Saúde e Colegiado Regional de Coordenadores Municipais de Saúde Mental. Também serão computadas a participação dos profissionais nos encontros propostas, todos através da frequência.

Outro ponto de análise será, através da RAPS atual, avaliar o número de novos serviços de saúde mental implantados nos municípios da região durante o período do projeto.

5.8 Considerações Éticas

Compromisso dos Secretários Municipais de Saúde em liberar os profissionais para participar das ações propostas.

Declaração de Compromisso assinada pelos Técnicos da IX GERES comprometendo-se a participar da intervenção/pesquisa como colaboradores das ações propostas.

6. RESULTADOS

6.1 Resultados Parciais

- Pautado na CIR de junho de 2017 a pactuação da RAPS, destacando a importância da implantação dos serviços pactuados;
- Reativado o Colegiado Regional de Coordenadores Municipais de Saúde Mental em agosto de 2017, com discussão sobre a implantação da RAPS na região;
- Promovido o primeiro encontro com a gestão técnica dos municípios em setembro de 2017 com discussão sobre uma melhor prática das ações de saúde mental no serviço.

6.1 Resultados Esperados

Espera-se com este projeto potencializar a rede, contribuindo para a qualificação da gestão dos municípios quanto à implantação da Rede de Atenção Psicossocial e equipe técnica dos serviços de saúde quanto à atenção à saúde mental no território para que ocorra a efetiva implantação da RAPS pactuada na IX GERES, com serviços de hospitalidade noturna, atenção especializada aos usuários de álcool e outras drogas e atenção à clientela infanto-juvenil. Espera-se ainda contribuir para a manutenção destes espaços de discussão na região após a ampliação dos serviços da RAPS.

7. VIABILIDADE

7.1 Política:

Este projeto poderá contribuir para a efetivação da Política de Saúde Mental na região através da implantação da RAPS, visto que já existe uma pactuação regional formalizada e os atores políticos e estratégicos já estão inseridos no processo.

7.2 Financeira:

Este projeto de intervenção apresenta baixo custo, visto que consiste em ações que podem ser inseridas no processo de trabalho já existente com equipamentos já disponíveis, devendo os atores envolvidos estarem/serem sensibilizados para a importância da implantação da RAPS na região e da assistência à saúde mental da população com qualidade.

7.3 Operacional/Sustentabilidade:

A viabilidade operacional deste projeto está relacionada ao envolvimento e sensibilização dos gestores e profissionais de saúde dos municípios que compõem a região de saúde, e será realizada pela gestão e equipe técnica da IX GERES, dentro do seu processo de trabalho, mantendo estes espaços de discussão na rotina de trabalho.

8. CRONOGRAMA

Cronograma de Atividades:

ATIVIDADES	PREVISÃO	
	Início	Término
Apresentar e discutir semestralmente na CIR o desenho da RAPS da região, destacando a importância da implantação dos serviços pactuados.	Junho/2017	Dezembro/2018
Solicitar uma pauta na reunião do consórcio de prefeitos para apresentação do desenho da RAPS, destacando a importância da implantação dos serviços pactuados.	Janeiro/2018	Julho/2018
Apresentar semestralmente o desenho/a pactuação da RAPS aos Coordenadores Municipais de Atenção Básica no Colegiado Regional de Atenção à Saúde.	Dezembro/2017	Dezembro/2018
Apoiar as Coordenações Municipais de Saúde Mental com orientação técnica individualizada na elaboração de projetos terapêuticos de serviços de saúde mental a serem implantados.	Quando houver implantação de novos serviços	Dezembro/2018
Promover semestralmente encontro com as equipes técnicas dos serviços de saúde mental, visando qualificá-los para atenção à saúde mental no território e discutir uma melhor prática das ações de saúde no serviço.	Setembro/2017	Dezembro/2018
Reativar o Colegiado Regional de Coordenadores Municipais de Saúde Mental com periodicidade bimestral, para discussão sobre a implantação da RAPS na região.	Agosto/2017	Dezembro/2018
Realizar Fórum Regional de Saúde Mental visando discutir a RAPS pactuada conforme os princípios do SUS e baseada na Reforma Psiquiátrica.	Julho/2018	Outubro/2018

9. ORÇAMENTO ESTIMADO

As reuniões e encontros ocorrerão na sede da IX GERES, sem onerar custos para os municípios, contando com a colaboração da equipe técnica da IX GERES. Os eventuais custos serão assumidos pela pesquisadora.

10. FINANCIAMENTO

Este projeto de intervenção apresenta baixo custo financeiro visto que a execução do mesmo ocorrerá nos espaços colegiados já existentes, que serão reorganizados.

O encontro com profissionais dos novos serviços a serem implantados, sendo uma ação para qualificação das equipes técnicas dos municípios, contará com a colaboração dos

secretários municipais de saúde na liberação/viabilização da presença destes profissionais à sede da regional de saúde para participar do encontro.

REFERÊNCIAS

BASAGLIA, Franco. **Em busca de necessidades perdidas**. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 1980.

BEZERRA JUNIOR, Benilton. **Saúde mental ou psiquiatria**. In: Anais do 4º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e 3º Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica; 1995; EERP-USP Ribeirão Preto- SP.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Assistência Psicossocial**. Brasília, DF, maio 2004, p. 13-15.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília-DF, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_san_v1.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº3088, 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)**. Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 30 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Comitê Gestor para Implantação do Decreto 7508/11. **Implantação do decreto 7.508/11 e aprimoramento do pacto pela saúde**. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/20/2.%20b%20-%20Implanta%C3%A7%C3%A3o-Decreto7508_21%2011%202011pptx%20final.pdf>. Acesso em: 25 de jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 7508, 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, Brasília, DF, 29 jun. 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Portal do Departamento de Atenção Básica. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php>. Acesso em: 21 de maio de 2017.

CASTEL, Robert. **A Ordem Psiquiátrica: A idade de Ouro do Alienismo**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1978. p 97-141.

COSTA, Augusto César de Farias. Direito, saúde mental e reforma psiquiátrica. **Curso de Especialização à Distância em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal: Programa de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social no SUS**. Brasília-DF, 2002. p.125-168.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1999. 196 p. ISBN: 978-85-7541-467-5.

FOUCAULT, Michel. **A história da loucura na Idade Clássica**. 2ª Ed. São Paulo: Ed. Perspectiva; 1978. 608 p.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 2ª ed. São Paulo: Ed. Perspectiva. 1987. 312 p.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto-SP, v. 9, n. 2, p. 48-55, mar. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 ago. 2017.

GONDIM, Denise Saleme Maciel. **Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial?** 2001. 130f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro-RJ, 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. 2º Ed. Brasília-DF, 2011.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília - DF, 2011. Disponível em: pesquisa.bvsalud.org/ses/resource/pt/phr-18457. Acesso em: 30 out. 2017.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. **Análise Situacional da IX Região de Saúde de Pernambuco**. Ouricuri-PE, 2013.

_____. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB/PE, n. 1881, de 26 de Março de 2012.** Homologa o desenho o Plano Regional da Rede Cegonha da IX Região de Saúde do Estado de Pernambuco. Recife-PE, 2012a.

_____. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB/PE, n. 1869, de 26 de Março de 2012.** Aprova o Plano de Ação Regional de Atenção às Urgências e Emergências da IX Região de Saúde de Pernambuco. Recife-PE, 2012b.

_____. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB/PE, n. 2529, de 25 de Fevereiro de 2014.** Homologa o desenho da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS da IX Região de Saúde do Estado de Pernambuco. Recife-PE, 2014.

RODRIGUES, Jéferson; SCÓZ, Tânia Mara Xavier. Muros nas mentes, Obstáculos da Reforma Psiquiátrica. **Revista Nursing**, v. 65, n. 6, p. 29-34, 2003.

UNIFESP, Universidade Federal de São Paulo. Especialização em Saúde da Família. **Projeto de Intervenção.** São Paulo-SP, 2015. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/6/unidades_metodologias_TCC/unidade04/unidade04.pdf>. Acesso em: 03 set. 2017.

VIEIRA FILHO, Nilson Gomes; NÓBREGA, Sheva Maia da. Atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estud. psicol.** Natal, v. 9, n. 2, p.373-79, maio 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2004000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 ago. 2017.

ANEXOS

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO

Declaro para os devidos fins que estou de acordo em participar do Projeto de Intervenção “**Rede de Atenção Psicossocial: Estratégias de Intervenção para Expansão da Implantação da RAPS na IX Região de Saúde-PE**”, realizado por JOELMA DE JESUS RODRIGUES, sob a orientação da profa. Msc. TELMA MARIA A. G. DE MELO, à ser apresentado como critério para conclusão do curso de Especialização em Saúde Pública, da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE), comprometendo-me a participar da intervenção como colaboradora das ações propostas.

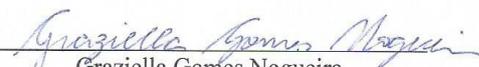
Ouricuri, 06 de outubro de 2017


Flavia Augusta Bandeira de Melo Rosado
Coordenação Regional do NASF e PSE

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO

Declaro para os devidos fins que estou de acordo em participar do Projeto de Intervenção “**Rede de Atenção Psicossocial: Estratégias de Intervenção para Expansão da Implantação da RAPS na IX Região de Saúde-PE**”, realizado por JOELMA DE JESUS RODRIGUES, sob a orientação da profa. Msc. TELMA MARIA A. G. DE MELO, à ser apresentado como critério para conclusão do curso de Especialização em Saúde Pública, da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE), comprometendo-me a participar da intervenção como colaboradora das ações propostas.

Ouricuri, 06 de outubro de 2017


Graziella Gomes Nogueira
Coordenadora de Atenção à Saúde IX GERES



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO

Declaro para os devidos fins que estou de acordo em participar do Projeto de Intervenção “**Rede de Atenção Psicossocial: Estratégias de Intervenção para Expansão da Implantação da RAPS na IX Região de Saúde-PE**”, realizado por JOELMA DE JESUS RODRIGUES, sob a orientação da profa. Msc. TELMA MARIA A. G. DE MELO, à ser apresentado como critério para conclusão do curso de Especialização em Saúde Pública, da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE), comprometendo-me a participar da intervenção como colaboradora das ações propostas.

Ouricuri, 06 de outubro de 2017.

Daniele Kaline O. Alencar

Daniele Kaline O. Alencar
Apoiadora da Síndrome Congênita do Zika Vírus IX GERES



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO

Declaro para os devidos fins que estou de acordo em participar do Projeto de Intervenção “**Rede de Atenção Psicossocial: Estratégias de Intervenção para Expansão da Implantação da RAPS na IX Região de Saúde-PE**”, realizado por JOELMA DE JESUS RODRIGUES, sob a orientação da profa. Msc. TELMA MARIA A. G. DE MELO, à ser apresentado como critério para conclusão do curso de Especialização em Saúde Pública, da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE), comprometendo-me a participar da intervenção como colaboradora das ações propostas.

Ouricuri, 06 de outubro de 2017


Joice de Souza Luna
Apoiadora da Saúde Mental IX GERES

IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE
Rua: Hidelbrando Coelho, S/N, Centro CEP 56.200-00 Ouricuri-PE
Fones: (87) 3874-4700 / 4701 fax: (87)3874-4720