

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CARLA SANDRA REIS SANTANA

**CONTRIBUIÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO NA QUALIDADE DO SERVIÇO DE
SAÚDE MENTAL DO CENTRO NZINGA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CARLA SANDRA REIS SANTANA

**CONTRIBUIÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO NA QUALIDADE DO SERVIÇO DE
SAÚDE MENTAL DO CENTRO NZINGA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Bruna Moretti Luchesi

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **CONTRIBUIÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO NA QUALIDADE DO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DO CENTRO NZINGA** de autoria do aluno **CARLA SANDRA REIS SANTANA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

Profa. Dra. Bruna Moretti Luchesi
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a Deus, pelo apoio através de seus ensinamentos que elevam minha espiritualidade.

Meu esposo, Fábio Andrade e o meu filho, Fábio Filho pelo companheirismo e compreensão durante o caminhar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a toda corpo de colaboradores da Universidade Federal de Santa Catarina.

A apoiadora do Estado da Bahia Joelta

A tutora Ana Paula Trombreta

A orientadora Bruna Moretti Luchesi

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
3 MÉTODO.....	17
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	19
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
REFERÊNCIAS.....	24

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Metas qualitativas constante no Plano Operativo Anual. Convênio do Contrato nº 069/13, firmado entre a SMS e o Centro Nzinga de Atenção a Saúde Mental da Mulher e Família. Salvador, 2014.	21
Quadro 2. Metas quantitativas constante no Plano Operativo Anual. Convênio do Contrato nº 069/13, firmado entre a SMS e o Centro Nzinga de Atenção a Saúde Mental da Mulher e Família. Salvador, 2014.....	23

RESUMO

O processo de desinstitucionalização no Brasil teve início entre as décadas de 1970 e 1980, visando a diminuição dos leitos psiquiátricos e o desenvolvimento de serviços de saúde mental para atenção aos pacientes e suas famílias, na comunidade. Para tanto foram criados os serviços substitutivos como os centros de atenção psicossocial (CAPS), residências terapêuticas, centros de convivência, núcleos de atenção psicossocial e hospital – dia. Ao longo desse tempo as avaliações sistemáticas foram elaboradas para averiguar a eficácia das intervenções terapêuticas utilizadas no tratamento dos pacientes e socializar as experiências dos diferentes serviços. A contratualização é o instrumento legal, pelo qual os gestores municipal e/ou estadual e/ou distrital de saúde e o hospital devem formalizar a relação com as instituições de saúde que prestam serviços ao SUS. O Plano Operativo é parte integrante do contrato, convênio ou congêneres que especifica as metas quantitativas e qualitativas da gestão, assistência, avaliação, ensino, pesquisa e de gestão de tecnologias em saúde a serem acompanhadas pela Comissão de Acompanhamento dos Contratos. Foi realizado um estudo da contribuição da contratualização na qualidade do serviço de saúde mental do CAPS Nzinga. O objetivo geral desse trabalho foi de propor o Plano Operativo Anual (POA) no serviço. O objetivo específico, avaliar a aplicabilidade do POA na qualidade do serviço de assistência aos pacientes. O trabalho reforçou a premissa da importância da educação permanente. Na implementação do Plano Operativo Anual foi possível a notoriedade da contribuição dessa ferramenta detectando os nós críticos que venham comprometer a qualidade do serviço.

Palavras – chaves: Contratualização, Qualidade serviço, CAPS

1. INTRODUÇÃO

O processo de desinstitucionalização no Brasil teve início entre as décadas de 1970 e 1980, visando a diminuição dos leitos psiquiátricos e o desenvolvimento de serviços de saúde mental para atenção aos pacientes e suas famílias, na comunidade. Para tanto foram criados os serviços substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), residências terapêuticas, centros de convivência, núcleos de atenção psicossocial e hospital – dia.

“Os transtornos mentais são responsáveis por mais de mais de 12% das incapacitações por doenças em geral. Este número cresce para 23% em países desenvolvidos. Das principais causas de incapacitação, cinco delas são transtornos psiquiátricos. As previsões acenam para um futuro onde teremos um aumento exponencial das doenças mentais” (ANDRADE, 2010, p.09).

Diante do crescimento do número de pessoas com transtorno mental e pela necessidade de implantação dos serviços substitutivos surge a necessidade de práticas avaliativas para identificar aspectos da assistência aos pacientes e promover uma melhoria no cuidado e a qualidade dos serviços.

Ao longo do tempo as avaliações sistemáticas foram elaboradas para averiguar a eficácia das intervenções terapêuticas utilizadas no tratamento dos pacientes e socializar as experiências dos diferentes serviços.

Em 2008 foi realizada a terceira edição do Programa Nacional de Avaliação de Centros de Atenção Psicossocial, uma iniciativa da Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde para acompanhamento, a estimativa de qualidade da assistência prestada e a proposição de indicadores (BRASIL, 2008).

O Programa de avaliação da qualidade e monitoramento dos CAPs se constitui em um instrumento de gestão, de indução da produção de informação nos serviços e uma oportunidade para uma atitude reflexiva diante das práticas cotidianas nos serviços de saúde mental.

A contratualização é o instrumento legal, pelo qual os gestores municipal e/ou estadual e/ou distrital de saúde e o hospital devem formalizar a relação com as instituições de saúde que prestam serviços ao SUS a fim de assegurar o aprimoramento dos sistemas assistenciais e gerenciais por meio de um planejamento corporativo e solidário entre as esferas de governo com vistas na qualificação e resolutividade da atenção. O contrato, convênio ou congênere é o instrumento formal das pactuações da prestação dos serviços de saúde, entre o gestor e prestador, com vigência limitada a 60 meses.

O Plano Operativo é uma parte integrante do contrato, convênio ou congênere com vigência de 12 meses, especificando as metas quantitativas e qualitativas da gestão, assistência, avaliação, ensino, pesquisa e de gestão de tecnologias em saúde.

A Comissão de Acompanhamento é obrigatória e deverá ser criada pelo gestor para acompanhar a execução do instrumento formal no aspecto dos custos, do cumprimento das metas estabelecidas e da avaliação da qualidade da atenção à saúde dos usuários.

Remetendo ao panorama da saúde mental do município de Salvador/BA, de acordo com o sistema de informação do Ministério da Saúde (MS) DATASUS, existem atualmente 19 (dezenove) CAPs, dentre esses 3 (três) são CAPs álcool e drogas, 2 (dois) são CAPsinfanto/juvenil e 14 (quatorze) CAPs II.

Dentro da perspectiva de fomentar o trabalho realizado pelos CAPs articulado com o texto estabelecido pela Política Nacional de Saúde Mental e apoiada na Política de reestruturação dos hospitais de ensino e filantrópicos, políticas do Ministério da Saúde, realiza-se um estudo da contribuição da contratualização na qualidade do serviço de saúde mental do CAPs Nzinga.

O objetivo geral desse trabalho é propor o Plano Operativo Anual no serviço de assistência aos pacientes do CAPs Nzinga, da cidade de Salvador/BA. O objetivo específico é avaliar a aplicabilidade do Plano Operativo Anual qualidade do serviço de assistência aos pacientes do CAPs Nzinga da cidade de Salvador/BA.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Remetendo a importância dos hospitais universitários, dos hospitais de ensino e dos filantrópicos no cenário de composição da Rede de Atenção à Saúde, em 2004 o MS, por intermédio de portarias específicas, dispõe os Programas de Reestruturação dos Hospitais de Ensino e dos Hospitais Filantrópicos, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A contratualização consiste o meio pelo qual o representante legal do hospital e o gestor do SUS, firmam metas qualitativas e quantitativas. Metas que envolvem o campo da atenção a saúde, ensino, pesquisa e gestão. O principal instrumento do Programa de Reestruturação e Contratualização do SUS é o convênio, onde são dispostos os direitos e as atribuições que irão direcionar a relação entre o prestador de serviços (hospitais) e o contratante Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Nesse convênio são estabelecidas metas quantitativas e qualitativas aos hospitais sendo o cumprimento condição para o repasse dos recursos e manutenção do acordo. Essas metas são acompanhadas pela Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos (CPAC).

“No modelo de convênio estava proposta a composição, a periodicidade, as atribuições e as obrigações da comissão de acompanhamento. Nas portarias que regulamentam a política está muito claro o que tem que ser acompanhado pela comissão. O hospital fica obrigado a fornecer à comissão de acompanhamento todos os documentos para análise, embora isto não impeça e nem substitua as atividades próprias do Sistema Nacional de Auditoria” (WANDERLEY, 2010, p.21).

Por meio da contratualização vislumbra-se uma revitalização dos contratos de prestação de serviços, tentando romper com a remuneração baseada no pagamento de procedimentos e avançar para a remuneração que leve em consideração o estabelecimento da responsabilidade por uma linha de cuidado, visando à integralidade das ações de assistência à saúde.

A contratualização é observada como um instrumento de gestão onde a unidade de análise tem que ser a experiência e cada experiência é única. Para tanto é necessário o planejamento com envolvimento de todos: corpo clínico, corpo profissional e usuários.

Nesse panorama tendo como referência o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira de 1980, delineando a importância dos serviços substitutivos no âmbito da saúde mental como espaço de inclusão social e que fomenta a centralidade na pessoa, a Política de contratualização dos serviços de saúde instituída pelo MS constitui como uma importante ferramenta de acompanhamento e avaliação.

“ A avaliação de serviços de saúde mental deve ser uma atividade contínua, realizada periodicamente, a fim de identificar aspectos da assistência aos pacientes que necessitam ser reajustados e promover a melhoria do tratamento oferecido e a qualidade dos serviços. Entre as dez recomendações da Organização Mundial da Saúde para a saúde mental, encontra-se o desenvolvimento da pesquisa e do monitoramento dos serviços, com indicadores da qualidade do acesso, das preventivas e terapêuticas e da avaliação dos resultados do tratamento etc.” (BANDEIRA et al., 2009, p.1)

Apoiada na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e modifica o modelo assistencial em saúde mental, destaca-se o redirecionamento de recursos públicos para a criação de serviços alternativos de atendimento em saúde mental (BRASIL, 2001).

O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH) foi aprovado em 2004 pelo MS visando à promoção da redução progressiva e pactuada dos leitos. O programa definiu que todos os hospitais com mais de 200 leitos deveriam reduzir no mínimo a cada ano 40 leitos (BRASIL, 2004). De acordo com Delgado et al. (2007) apud Camilo (2011), o programa reduziu cerca de dois mil leitos de janeiro de 2004 a 2005, esperando reduzir até o final de 2006, três mil leitos em hospitais de grande porte.

Este maior controle na assistência hospitalar foi legitimado pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviço Hospitalar / Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria). Ainda em 2004 esse programa foi substituído pelo Programa Nacional de Avaliação dos serviços de Saúde (PNASS), que passou a avaliar anualmente todos os serviços de saúde, inclusive os serviços de saúde mental.

A Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992, que define o que são os CAPs e a Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, criada pelo MS que atualiza a regulação dos CAPs, reconhece esses espaços como pontos de atenção que proporcionam o convívio, valorização das subjetividades individuais e acolhimento das diferenças proporcionadas pelo sofrimento psíquico.

De acordo com a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é constituída pelos seguintes componentes: I - atenção básica em saúde, II - atenção psicossocial especializada; III - atenção de urgência e emergência; IV - atenção residencial de caráter transitório; V - atenção hospitalar; VI - estratégias de desinstitucionalização e VII - reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Essa articulação entre os componentes da RAPS que envolve todos os níveis de atenção à saúde constitui um fator para integralidade da assistência aos pacientes com transtorno mental.

“Os CAPS se diferenciam de acordo com as necessidades de cada território, quanto ao tamanho do equipamento, estrutura física, profissionais e diversidade nas atividades terapêuticas e quanto à especificidade da demanda, isto é para crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas ou para transtornos psicóticos. Assim esse serviços ao se organizarem de acordo com o perfil populacional dos municípios são classificados como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPS ad” (MORAIS et al., 2013, p.04)

De acordo com Brasil (2004), os diferentes tipos de CAPS são:

- CAPS I e CAPS II: são CAPS para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes.
- CAPS III: são CAPS para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes.
- CAPSi: CAPS para infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais.
- CAPSad: CAPS para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.

Em estudo realizado para constituição do Plano Municipal de Salvador/BA 2010 à 2013 relacionado a morbidade hospitalar destaca uma redução na variação proporcional das internações principalmente por V - Transtornos Mentais e Comportamentais (46,4%), XIV - Doenças do Aparelho Geniturinário (41,2%) e IV - Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas (31,8%).

Em julho de 2013 foi firmado contrato entre a SMS e o CAPsNzinga visando a pactuação de metas estabelecidas no Plano Operativo Anual (POA) no intuito de ampliar o ponto de atenção da rede de cuidados em saúde mental e fortalecer a proposta de desinstitucionalização indicada na Lei 10.216 de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2001).

O POA, parte integrante do convênio 069/2013 foi elaborado por um técnico da SMS e um colaborador do CAPsNzinga. Especificando as metas estabelecidas, essas são divididas em duas categorias. Uma que detalha as metas qualitativas, que são elaboradas em consonância com as portarias das políticas prioritárias do SUS elaboradas pelo MS e outra de metas quantitativas, essas refletem a pactuação dos procedimentos a serão realizados pelo Centro Nzinga com base no registro de Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) / Saúde Mental.

Conforme consta POA, o CAPsNizinga foi um dos serviços pioneiros para o atendimento em saúde mental no município de Salvador. Localizado no Distrito do Subúrbio Ferroviário da Capital Baiana realizava suas atividades para a população desse Distrito sendo mais tarde suas atividades ampliadas para toda região metropolitana, com atendimento a pacientes portadores de transtorno mentais e classificado como CAPS I.

De acordo com a Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

“§3º O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso”.

Essa mesma Portaria no parágrafo 4º descreve as modalidades dos CAPs. De acordo com a habilitação no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde o tipo de CAPS característico da Instituição NZINGA é o CAPS tipo I.

Atualmente o Centro Nzinga presta atendimento público em saúde mental, realizando cuidado a pacientes portadores de transtorno mentais e oferece as atividades de: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissionais de nível superior e nível médio; visitas domiciliares; atendimento á família; atividades comunitárias (feiras com exposição de artesanatos construída pelas pacientes); reuniões de equipe.

Essas atividades são desenvolvidas por intermédio de uma equipe multiprofissional o que valoriza nessa instituição ações voltada para clínica ampliada com atendimento às pessoas primando pelo principio da integralidade por meios de diversos saberes.

Neste contexto, a proposta da Clínica ampliada busca se constituir numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas. A Clínica ampliada reconhece que, em um dado momento e situação singular, pode existir uma predominância, uma escolha, ou a emergência de um enfoque ou de um tema, sem que isso signifique a negação de outros enfoques e possibilidades de ação (BRASIL, 2009).

Por meio do Diário Oficial do Município ANO XXV Nº 5.993 foi publicado a Comissão Permanente de Acompanhamento do Convênio Nzinga com monitoramento tripartite assim composta: dois membros da SMS, dois membros da Instituição e um membro do Conselho Municipal de Saúde.

Conforme o Contrato 069/2013 Cláusula sétima – Dos instrumentos de controle:

“§2º As atribuições desta Comissão, dentre outras, serão de acompanhar a execução do presente Contrato, principalmente no tocante aos seus custos, produção pactuada e alcançada e a avaliação da qualidade da atenção à saúde dos usuários”.

Na contratualização do CAPS Nzinga é proposta uma melhor alocação dos recursos públicos com racionalização do gasto, melhora da qualidade do serviço prestado e é um ponto importante para operacionalização da RAPS.

De acordo com Silva et al. (2012), a compreensão dos gestores sobre a capacidade dessa política de financiamento de solucionar os problemas e de melhorar os mecanismos de gestão é primordial para uma avaliação do programa, uma vez que estes estão em contato direto com o desenvolvimento desse modelo e ainda com o usuário do serviço.

Nesse sentido a avaliação contínua dos serviços de saúde mental tendo como tríade o acolhimento, o acesso e a satisfação do trabalhador, encaminha a evolução da política em saúde mental direcionada para uma clínica da atenção psicossocial na perspectiva dos três agentes: o paciente, os familiares e os profissionais.

O acolhimento de usuários e familiares nos serviços de saúde mental possibilitará maior autonomia desses atores frente ao convívio social. Na perspectiva do acolhimento é orientado o trabalho dos profissionais de modo a organizar o serviço e um acompanhamento cotidiano.

O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (BRASIL, 2008a).

Acolher o usuário e a família no serviço de saúde mental remete a equipe o compromisso da longitudinalidade da assistência, estabelecendo uma relação de coparticipação entre os atores envolvidos.

“Essa ideia remete à possibilidade de convocar o sujeito a participar do processo de tratamento, deixando de ser tomado apenas como um depósito de sintomas a serem extirpados pelos profissionais (e pela medicação) e tornando-se um agente na compreensão desse processo, adquirindo poder de conduzi - ló através dos profissionais” (SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009, p.137).

A mudança no comportamento das pessoas na atualidade propiciada pelo acesso às informações e evolução tecnológica e científica traz para as instituições o desafio de aprimorar o conhecimento dos profissionais por meio de uma educação participativa e reflexiva. No campo da

educação permanente o enfoque deve ser direcionado para mudança no panorama do conceito do adoecer psiquiátrico, os modos de tratar e o cenário da assistência. Assim, impulsionando a integralidade e favorecendo o elo entre Educação e os trabalhadores, e ampliando a capacidade de resolução das unidades de saúde dentro das necessidades dos usuários.

“A educação permanente parte do pressuposto de aprendizagem significativa. Os processos de capacitação do pessoal da saúde devem ser estruturados a partir da problematização do processo de trabalho, visando à transformação das práticas profissionais e a organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e o controle em saúde” (TAVARES, 2006, p.05).

Outra vertente estudada para colaborar com a qualidade do serviço em saúde mental é o acesso. Respalhada pela Constituição de 1988 que trata o SUS como política pública que busca garantir a todos os cidadãos brasileiros o direito de assistência à saúde, a abordagem da dimensão acesso se faz necessária pela necessidade vivenciada pelos usuários diante da utilização dos diferentes níveis tecnológicos.

De acordo com Nonnenmacher et al. (2011) o acesso traduz a forma como o usuário experimenta o serviço, isto é, compreende o uso oportuno dos serviços de saúde com vistas a alcançar os melhores resultados possíveis e relacionam-se com a possibilidade de utilizar serviços de saúde quando necessário.

Com o fenômeno da desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos a redução de leitos o MS aposta nos serviços substitutivos para garantir a integralidade do acesso a esses usuários, sobretudo o processo de trabalho desenvolvido nos CAPs.

O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH) foi instituído, em 2004, pela Portaria MS/GM n.º 52/04, visando uma nova pactuação na redução gradual de leitos, com uma recomposição da diária hospitalar em psiquiatria. Este programa foi discutido amplamente com gestores estaduais e municipais de saúde e prestadores filantrópicos e privados, com o objetivo de formular uma proposta de reorganização da rede de assistência hospitalar psiquiátrica, na direção da redução de leitos e da melhoria da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2007).

Nesse processo é constante destacar que a Política Nacional de Saúde Mental reforça o acolhimento integral ao paciente nas diversas situações, inclusive na crise, de modo articulado e em diálogo com outros dispositivos de referência para o paciente contando para isso com o aumento progressivo dos equipamentos e das ações para desinstitucionalização, tais como CAPs,

Residências Terapêuticas, ações na Atenção Básica, Centros de Convivência e a habilitação dos municípios no Programa de Volta para Casa.

“A posição da Associação Brasileira de Psiquiatria é de que “...se garanta aos pacientes não somente seus direitos básicos de cidadãos, como também, e principalmente, o direito de ser alvo de atenção profissional de qualidade e poder usufruir dos melhores recursos diagnósticos e terapêuticos disponibilizados pelo progresso da ciência...” (JORGE; FRANÇA, 2001 apud ANDRADE, 2010, p.11).

A satisfação do trabalhador também é apontada como um indicador de qualidade dos serviços de saúde mental. De acordo com Leal; Bandeira e Azevedo (2008) a satisfação do trabalhador refere-se a uma avaliação positiva do profissional sobre diversos aspectos do serviço, como condições de trabalho, relacionamento com colegas, qualidade do tratamento oferecido aos usuários, aspectos estruturais e organizacionais, e participação e envolvimento nas decisões tomadas no serviço.

3. METODO

O produto para o desenvolvimento desse trabalho é o POA. Sua implementação envolveu um técnico da SMS de Salvador/BA e uma profissional do Centro Nzinga. As metas quantitativas foram determinadas levando em consideração a série histórica da instituição, ou seja, a média de produção do período de janeiro a junho do ano de 2013, com base no Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS). O resultado desse estudo foi a pactuação de 2.143 procedimentos elencados de acordo com a Portaria Nº 854, de 22 de agosto de 2012 (BRASIL, 2012) que altera e cria os novos procedimentos pelos CAPs. Nas metas qualitativas foram articulados os indicadores: aspectos estruturais e organizacionais e atenção a saúde.

Foi verificada também a situação da instituição junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) /DATASUS, onde é realizada uma pesquisa quanto a natureza jurídica do estabelecimento (Organização Social, filantrópico, privado, estaduais e municipais); o número de profissionais cadastrados, a estrutura física do estabelecimento e os equipamentos disponíveis. Esses dados são importantes para a programação da capacidade de serviços e atividades que a instituição pode ofertar.

Em seguida foi realizado um levantamento de material bibliográfico, no qual foram utilizados acervos da internet que abordam os seguintes assuntos: contratualização, qualidade e saúde mental. Não houve delimitação da data de publicação, objetivando expandir o máximo de produções sobre o assunto.

Foi realizada uma busca ativa de artigos sobre o tema utilizando site de pesquisa online. Para iniciar as buscas das referências foi acessado o site de pesquisa “*www.scielo.br*” e após consulta aos descritores foi relacionado: educação permanente em saúde, acolhimento, acesso e satisfação do trabalhador. Em seguida houve a seleção dos textos trazendo para o contexto da saúde mental e leitura criteriosa das publicações e os dados obtidos foram registrados considerando o título do artigo, autores, ano de publicação, referencial teórico, objetivos e as categorias relevantes sobre o tema. Em seguida houve análise e interpretação de relevância. Houve também a consulta as Portarias e relatórios de conferências e avaliações relacionados ao tema saúde mental.

Por não se tratar de pesquisa, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições de situações assistências, apenas a tecnologia produzida.

4. RESULTADOS E ANÁLISE

Após leitura e análise referente ao POA, instrumento parte integrante do Convênio nº 069/2013 firmado entre a SMS de Salvador e o Centro Nzinga de Atenção à Saúde da Mulher e Família realizou-se algumas ponderações com o objetivo de adequar tal instrumento a prática já vivenciada por esse setor de Acompanhamento de contratos e convênios desta SMS em consonância com a política de contratualização do MS.

A elaboração do POA é uma prática conjunta entre os membros da Comissão de Acompanhamento de Convênios, principalmente no tocante as metas qualitativas e quantitativas, na construção de diretrizes operacionais as Contratualização.

Sendo a Política de Contratualização adotada pelo MS e formalmente respaldada por meio de Portarias, é sugestivo a Comissão de Acompanhamento de Convênios seguir os modelos adotados, sem distanciar das características de espaço físico, administrativa, recursos humanos, tecnologia disponível e série histórica de produção da instituição. Sendo assim foram apresentadas as seguintes metas de qualidade:

Quadro 01 - Metas qualitativas constante no Plano Operativo Anual. Convênio do Contrato nº 069/13, firmado entre a SMS e o Centro Nzinga de Atenção a Saúde Mental da Mulher e Família. Salvador, 2014.

Meta	Indicador	Pontuação Pactuada	Pontuação Alcançada
Acompanhamento da Gestão Administrativo-financeira	Apresentar à Comissão de Acompanhamento do Convênio relatório de receitas e despesas do SUS e por áreas	100	
Garantir atendimento humanizado aos usuários	Manter em local visível orientação ao usuário quanto à gratuidade dos atendimentos ambulatoriais médicos e de outros profissionais, orientação em relação quanto aos direitos do cidadão. Manter em local visível o telefone da ouvidoria da Secretaria Municipal da Saúde do Município	100	

Promover o acolhimento dos usuários dentro suas especificidades e prioridades	Avaliação através de formulário na caixa de sugestão em espaço democrático	100	
Conscientizar o paciente da importância de manter-se vinculado ao CAPS I e participante dos procedimentos de cuidados em saúde mental mantendo retornos para acompanhamento	Relatório mensal com dados dos usuários acompanhados no regime intensivo, semi-intensivo e não intensivo	100	
Estabelecer que o acompanhamento deverá ser comprovado através da ficha de controle de frequência com assinatura do paciente	Relatório mensal onde deverão ser anexadas planilhas com dados dos profissionais e dos pacientes resumindo o acompanhamento dos procedimentos	100	
Estabelecer o acompanhamento das oficinas terapêuticas através de ficha de lista de controle de frequência com assinatura do profissional responsável oficinas	Relatório mensal onde deverão ser anexadas planilhas com dados dos profissionais e dos pacientes resumindo o acompanhamento das oficinas	100	
Manter o espaço físico em consonância com as normas vigentes constantes na Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 da ANVISA	Garantir acesso a todos os usuários portadores de transtorno mental, manter ambiente arejado, iluminado, ventilado, com acomodações adequadas e bebedouro	100	
Manter atualizado o CNES, bem como os demais sistemas de informações do Ministério da Saúde;	Relatórios com descrição das atualizações realizadas pela Unidade no CNES	100	

Verificando o Quadro 1, observa-se que dentro das políticas do SUS, não foi contemplada uma ação para assegurar o desenvolvimento à educação permanente dos profissionais, satisfação do trabalhador, satisfação do usuário e familiares bem como notam-se falhas nas metas do eixo da assistência que assegurem a alta hospitalar responsável e plano terapêutico com a participação do usuário, familiares e/ou responsáveis, pontos esses que traduzem a gestão da clínica na atenção psicossocial. A qualidade dos serviços de saúde mental deve ser garantida, segundo a

OMS (2001) com a realização de avaliações constantes integrativas, que contemplem a perspectiva dos três atores envolvidos: pacientes, familiares e profissionais.

Além de pouco exploradas as metas de qualidade perante o descrito no Contrato não dispõe de sanções que subsidiem o processo avaliativo.

Quadro 2. Metas quantitativas constante no Plano Operativo Anual. Convênio do Contrato nº 069/13, firmado entre a SMS e o Centro Nzinga de Atenção a Saúde Mental da Mulher e Família. Salvador, 2014.

Procedimento	Meta/mês	Aprovado	Alcançado %
03.01.08.019-4 Acolhimento diurno de paciente em centro de atenção psicossocial	975		
03.01.08.020-8 -Atendimento individual de paciente em centro de atenção psicossocial	675		
03.01.08.021-6 Atendimento em grupo de paciente em centro de atenção psicossocial	375		
03.01.08.022-4 Atendimentos familiar em centro de atenção psicossocial	10		
03.01.08.027- 5 Praticas corporais em centro de atenção psicossocial	102		
03.01.08.027- 5 Praticas corporais em centro de atenção psicossocial	102		
03.01.08.028-3 Praticas expressivas e comunicativas em centro de atenção psicossocial	200		
03.01.08.0291 Atenção a situações de crise	11		
03.01.08.0348 Ações de reabilitação psicossocial	20		

Desde a assinatura do Contrato 069/2103, em 26 de junho de 2013 ocorreram reuniões mensais para acompanhamento do contrato. Nos período de agosto a outubro de 2013, a instituição cumpriu as metas qualitativas e quantitativas presentes no POA. Nos meses de novembro e dezembro de 2013 o hospital apresentou dificuldades internas no processamento para faturamento das metas quantitativas. Dentre esses problemas, houve inconsistência no cadastro dos profissionais fazendo com que alguns procedimentos mostrados no Quadro 2, quando processados pelo sistema de informação do Ministério da Saúde/DATASUS culminassem em

glosas levando ao não cumprimento das metas quantitativas estabelecidas no POA por parte do CAPsNzinga.

Esse fato que reforçou a premissa da importância do trabalho de educação permanente visando o trabalho focado nos profissionais de saúde sendo orientados pelas necessidades da população.

Nesse sentido a sensibilização do corpo de colaboradores da instituição quanto à importância da instituição no território é de suma importância para a qualidade do processo de trabalho. As necessidades relacionadas aos temas a serem explorados devem partir dos próprios colaboradores.

O Plano Operativo apresentado não deixa em evidencia os profissionais de saúde da instituição Nzinga, atores importante dentro da perspectiva da atenção psicossocial. Além disso, os espaços para acolhimento e escuta dos usuários estão ocultos, bem como os espaços para reflexão do processo de trabalho para que os trabalhadores da unidade se apoderem da construção da clínica psicossocial em conjunto com a população.

Sendo assim, baseado na análise realizada, não se evidenciam espaços para acolhimento e escuta aos usuários; não há proposições de ações educativas junto aos gestores e técnicos para imprimirem “novas” concepções de trabalho; não há espaços para reflexão sobre o processo de trabalho desenvolvido e que neste todos os trabalhadores da unidade tomem parte e que o mesmo processo seja feito juntamente com a população.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realidade dos serviços de saúde existentes é que o processo de trabalho está centrado nos profissionais. Se tratando da atenção psicossocial o envolvimento da equipe multiprofissional respaldada pelo acolhimento, é um processo importante no desenvolvimento da autonomia do usuário e o direcionamento da clínica psicossocial.

Considerando a proposta da RAPS, como uma articulação imbricada no princípio integralidade, o eixo da educação permanente em saúde mental propõe uma estratégia de envolvimento entre profissionais de saúde, usuários e comunidade. No entanto, a realidade mostra que o trabalho é complexo e merece atenção de toda sociedade para afastar o preconceito e estigma ainda existente.

Dados apresentados pelo MS como diminuição dos leitos hospitalares no Brasil, aumento do número de serviços substitutivos, incentivo acadêmico na área de saúde mental, ainda não afastam a necessidade de manter instituições manicomiais, pois a fragilidade na rede de atenção e articulação quanto à regulação se faz deficiente em assistir o doente grave. O CAPs por si só não ira responder a política de desinstitucionalização, para isso os componentes da RAPS devem e ser ampliados e deve estar expressa a demanda por uma abordagem intersetorial, com capacitação desses agentes e estabelecimento de mecanismos eficazes de supervisão e monitoramento.

Na implementação do POA do CAPsNzinga foi possível à notoriedade da contribuição dessa ferramenta, detectando os nós críticos que venham comprometer a qualidade do serviço, sendo esse processo de acompanhamento dinâmico com envolvimento dos técnicos da SMS, os profissionais de saúde do CAPs, o Conselho Municipal de Saúde, usuários e familiares.

O presente trabalho possibilitou a percepção de algumas deficiências no trabalho existente no CAPsNzinga, sendo elas: demanda maior que a oferta do serviço, falta de elaboração Projeto Terapêutico Singular (PTS), desarticulação com os demais pontos RAPS.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.H.S.G. O Peso ignorado e subestimado das doenças mentais. In: CREMESP. **Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo: uma contribuição do CREMESP para a saúde mental na comunidade.** São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2010.

BANDEIRA, M.; CALZAVARA, M.G.P.; COSTA, C.S.; CESARI, L. Avaliação de serviços de saúde mental: adaptação transcultural de uma medida de percepção dos usuários sobre os resultados do tratamento. **J. Bras. Psiquiatria.**, Rio de Janeiro, v.58, n.2, 2009.

BRASIL. Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e modifica o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216>. Acesso em: 09jun2008.

_____. Portaria MS/GM n.º52 de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção psicossocial.** Brasília – DF, 2004.

_____. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde mental no Brasil.** Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 Anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2003 – 2006.** Saúde mental: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília – DF, 2007.

_____. **Resultados Avaliar CAPS 2008 para Colegiado.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. 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 SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011.

_____. Portaria Nº 854, de 22 de agosto de 2012. Altera e cria os novos procedimentos pelos CAPS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2012.

_____. **Diário Oficial do Município de Salvador.** ANO XXV Nº 5.993.

CNESNet. **Secretaria de Atenção à Saúde – DATASUS.** Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em 28 de fevereiro de 2014.

CONTRATO 069/2103, firmado entre a Secretaria Municipal de Salvador e o CAPs Nizinga. Assinado em 26 de junho de 2013.

CAMILO, C A. **Avaliação de um serviço de saúde mental: perspectivas dos pacientes, familiares e profissionais.** 2011. 157f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de São João Del Rei, São João Del Rei. 2011.

LEAL, R.M.A; BANDEIRA, M.B; AZEVEDO, K.R.N.A. Avaliação da qualidade de um serviço de saúde mental na perspectiva do trabalhador: satisfação, sobrecarga e condições de trabalho dos profissionais. **Psicologia: teoria e prática**, v. 14, n. 1, p. 15-25, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872012000100002&script=sci_arttext> Acesso em 14 de mar.2014.

MORAIS, D.A.I.; MOURA, N.B.; COSTA, S.M.; RAMOS, M.T.O. A clínica do acompanhamento terapêutico no centro de atenção psicossocial Oeste na perspectiva da equipe multidisciplinar. **E-Rac.**, v.3, n.1, p.4-21, 2013. Disponível em: <<http://www.computacao.unitri.edu.br/erac/index.php/e-rac/article/view/113/135>>. Acesso em mar 2014.

NONNENMACHER, C.L.; WEILLER, T.H.; OLIVEIRA, S. G. Acesso à saúde: limites vivenciados por usuários do SUS na obtenção de um direito. **Ciência cuidado e saúde**, v.10, n.2, p.248-255, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencceuidSaude/article>>. Acesso em: 10 de mar. 2014.

SCHMIDT, M.B.; FIGUEIREDO, A.C. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. **Rev. Latino Am. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 130-140, março 2009.

SILVA, J. P.R da; GARCIA, R.L e KRANZ, L. F. O impacto da contratualização na gestão hospitalar, 2012. Disponível em: <http://abresbrasil.org.br/sites/default/files/trabalho_27.pdf> Acesso em : 10 de mar de 2014.

TAVARES, C.M.M. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. **Texto Contexto Enferm.**, v.15, n.2, 2006.

WANDERLEY, K.L. O perfil dos hospitais de ensino contratualização no SUS: aspectos produtivos e de qualidade assistencial In: **Análise do Processo de Contratualização dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos no SUS Dificuldades, Perspectivas e Propostas.** Brasília/DF, 8 e 9 de dezembro de 2008. Brasília – DF, 2010.