

CONSTRUÇÃO DE FLUXOS DE ATENÇÃO EM CAPS AD PARA QUALIFICAÇÃO DE PROCESSOS DE CUIDADO

*Construction of care flowcharts in Psychosocial Care Centers for Alcohol and
Drugs (CAPS AD) for qualification of care processes*

Fernanda Silveira de Souza¹

Melina Alves Camargo²

Raquel do Lago Fávaro³

Karina da Silva Paes⁴

Karina Franco Zihlmann⁵

Artigo encaminhado: 27/03/2021

Artigo aceito para publicação: 06/12/2021

RESUMO: Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) são serviços de saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) que atuam de forma multidisciplinar em ações territoriais que visam o cuidado integral de pessoas que fazem consumo problemático de Substâncias Psicoativas (SPA). O objetivo do presente artigo é relatar a experiência de (re)construção dos processos de trabalho de profissionais atuando em um serviço CAPS AD III a qual se concretizou na forma de uma série de Fluxogramas Descritores construídos coletivamente, baseados em cinco temáticas de interesse no campo e que, por fim, serviram para nortear reflexões e transformações em suas práticas de trabalho. As temáticas de interesse trabalhadas foram: processo de acolhimento; Projeto Terapêutico Singular (PTS); itinerário terapêutico; atendimento à crise e processo de alta. A construção deste trabalho é complexa e apresenta particularidades e pontos de tensão. Os fluxogramas, construídos em consonância com os propósitos do SUS, permitiram evidenciar demandas, fragilidades e espaços potenciais de

¹ Mestra em Ciências, Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo - fsouza1908@gmail.com

² Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Terapia Ocupacional e Processos de Inclusão Social, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) - melinacamargos.to@gmail.com

³ Psicóloga - raquel.favaro@einstein.br

⁴ Assistente Social especialista em Abordagem e Prática Sistêmica com Famílias e Casais/Terapia de Família e de Casal, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) - @.

⁵ Professora associada, Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista (UNIFESP - BS). - karina.zihlmann@unifesp.br

intervenção, além de servir como ferramenta potente para auxiliar na construção e problematização dos processos de trabalho, bem como alinhamento norteador para reconstrução e transformação do trabalho em serviço de saúde mental, especialmente no campo do AD.

Palavras-chave: Serviços de saúde. Educação continuada. Saúde mental. Organização institucional. Centros de tratamento de abuso de substâncias.

ABSTRACT: The Psychosocial Care Centers for Alcohol and Other Drugs (CAPS AD) are health services of the Unified Health System (SUS) that include multidisciplinary teams and act through territorial actions to provide comprehensive care to those who use Psychoactive Substances in problematic ways (SPA). The purpose of this article is to describe the experience of building the work processes of professionals working in a CAPS AD III. This experience resulted in the development of a series of flowcharts that were built collaboratively and served as a guide to reflections and changes in work practices. The welcoming process, the Singular Therapeutic Project (PTS), the therapeutic itinerary, the crisis scenario, and the medical discharge process were among the topics explored. This work's construction is complex and filled with peculiarities and areas of tension. Flowcharts created in accordance with SUS's goals allowed for the identification of demands, weaknesses, and potential intervention areas, as well as serving as a useful tool for the construction and problematization of work processes, as well as guiding alignment for the reconstruction and transformation of work in the field of addictions.

Keywords: Health services. Continuing education. Mental health. Institutional organization. Substance abuse treatment centers.

1 INTRODUÇÃO

“Hoje é dia de ver, de se organizar
Não basta querer, tem que saber chegar”
(Israel Feliciano)

O movimento da Reforma Psiquiátrica (PAIM, 2013) brasileiro evidenciou-se como uma ação de transformação significativa de ordem técnica e política, que envolveu diversos atores (usuários dos serviços, familiares, trabalhadores, movimentos sociais, entre outros) e que buscou construir um novo modelo de atenção em Saúde Mental. Assim, após a superação de múltiplos desafios, foi estabelecida a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que tem base em ações na comunidade e é pautada na proposta da reabilitação psicossocial (ONOCKO-CAMPOS et. al., 2017).

Um dos equipamentos de saúde vinculados à RAPS é o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) caracterizado como serviço territorial e comunitário voltado para o atendimento de pessoas em uso problemático de Substâncias Psicoativas (SPA) (BRASIL, 2011). Os CAPS AD podem funcionar em três modalidades: CAPS AD I projetado para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS AD II projetado para municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes e CAPS AD III projetado para municípios com população maior que 200.000 habitantes e com modalidade de cuidado por meio do acolhimento noturno, no qual o usuário do serviço permanece em cuidado intensivo e de curto prazo (BRASIL, 2002).

Independente da modalidade de CAPS AD, há sempre uma equipe multidisciplinar responsável pelo cuidado, que pode ser composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médico clínico geral e psiquiatra, profissionais de educação física, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos, agentes de redução de danos, oficinairos, artesãos entre outros. Tal configuração multiprofissional visa atender aos marcos da construção de uma rede substitutiva que se propõe a ser antimanicomial e psicossocial (BEZERRA et.al., 2018).

Apesar de ser clara a necessidade da multiplicidade de saberes para a integralidade do cuidado, a operacionalização desse trabalho em saúde é complexa e marcada por inúmeros desafios (BEZERRA et al., 2018), pois envolve o modo prático de como as atividades profissionais são executadas efetivamente. Assim, todas as atividades e respostas produzidas e criadas por um serviço, seja de modo individual ou coletivo, se referem a um conjunto de procedimentos utilizados para transformar algo, orientados por uma finalidade.

Nesta perspectiva, assume-se que as práticas em saúde têm objetivo de responder às necessidades que são demarcadas e orientadas pela produção social e material da história e, por fim, visam atender as necessidades de saúde dos usuários. Nesse contexto, torna-se essencial criar e articular meios para transformar o que elencamos enquanto objeto de trabalho (GONÇALVES, 1992).

Numa tentativa de organizar esse tipo de proposta de operacionalização, frequentemente os serviços baseiam-se em normas previamente estabelecidas ao longo da trajetória do serviço e das regulamentações legais pertinentes. Pode-se categorizar dois tipos de normas: as antecedentes e renormatizações. As normas antecedentes são fundamentadas em saberes científicos, técnicos e códigos organizacionais e as renormatizações são novas interpretações dos trabalhadores sobre as normas anteriores. A complexidade das demandas cotidianas leva à necessidade da “criação de normas” diante de constantes atritos ou “vazios de normas” que se referem às situações de trabalho que não foram ou não teriam como ser previstas *a priori* (BEZERRA et.al., 2018).

O campo da Ergologia, segundo Bezerra et al. (2018), apresenta uma contribuição por destacar que o trabalhador necessita ser capaz de fazer uso criativo de si, por si mesmo e pelo outro, especialmente diante das realidades do cotidiano que não possui uma diretriz ou protocolo de ação objetivo. Esse “vazio de normas” é um fenômeno que sempre existirá, visto que cada experiência é única. Contudo, no campo do cuidado em saúde mental de pessoas que são usuárias de SPA, o “vazio de normas” pode afetar as ações de cuidado e gerar a falta de alinhamento das ações da equipe multidisciplinar e dos diferentes níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Análises críticas sobre o processo de trabalho costumam ser complexas e entende-se que o grau de dificuldade é aumentado quando não há sistematizações e reflexões contínuas. É sabido que o processo de trabalho de cada sujeito reflete as suas capacidades e individualidade, bem como seu lugar e visão de mundo. Contudo, ao se tratar de um serviço que tem como norte o trabalho em equipe interdisciplinar, é necessário se atentar e construir processos de trabalho que expressem a visão da equipe, suas necessidades e

as construção criativa de respostas (GONÇALVES, 1992; FARIA; WERNECK; SANTOS, 2009; VIEIRA, 2014).

Malta e Merhy (2003) chamam atenção para o atravessamento de lógicas distintas no processo de trabalho como expressão das necessidades apreendidas em disputa. Visibilizar, discutir e provocar mudanças de processos de trabalho em saúde têm se mostrado uma tarefa complexa. Desta forma, tais autores apontam que processos de mudanças devem iniciar por reunir e qualificar trabalhadores.

A construção coletiva de Fluxogramas Descritores pela equipe de saúde fomenta a representação gráfica sobre os processos de trabalho, promovendo maior visibilidade e problematização dos mesmos, além de apresentar o percurso feito pelo usuário no serviço e as ações realizadas pelos trabalhadores (FRANCO, 2003; RODRIGUES et al., 2020). Deste modo, entende-se que a construção de fluxogramas se apresenta como uma ferramenta oportuna para integrar as discussões sobre o processo de trabalho.

Sendo assim, o objetivo do presente artigo é relatar a experiência de (re)construção dos processos de trabalho de profissionais atuando em um serviço CAPS AD III que se concretizou na forma de uma série de fluxogramas construídos coletivamente, baseados em cinco temáticas de interesse no campo e que, por fim, serviram para nortear reflexões e transformações nas práticas de trabalho desta equipe de saúde mental.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

O presente trabalho surgiu no contexto de um equipamento de saúde do tipo CAPS AD III, envolvendo sua equipe multiprofissional. Tal unidade foi inaugurada em 2014 na cidade de São Paulo, sendo que, esse serviço, já em sua inauguração, foi concebido como CAPS AD III e, desde então, funciona 24 horas por dia e conta com oito leitos de acolhida noturna. Está localizado na região Sul de São Paulo e sua área de abrangência engloba três distritos administrativos (D1-156.904/ D2-225.585/ D3-290.943), sendo que abrange um contingente populacional de aproximadamente 673,432 habitantes em seu território (FUNDAÇÃO SEADE, 2018).

Além disso, cabe contextualizar que esta unidade de saúde é responsável por apoiar 27 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que 25 delas funcionam com a modalidade assistencial de estratégia de saúde da família e duas são UBSs tradicionais. O apoio matricial é ofertado para todas as UBS, a partir da disponibilidade e necessidade de cada serviço, podendo ser semanal, quinzenal, mensal ou bimestral em algumas situações. A rede de saúde mental e de retaguarda deste território é composta por dois CAPS adultos, sendo um 24h; um CAPS infantojuvenil; dois Centros de Convivência; quatro unidades de Assistência Médica Ambulatorial; duas unidades de Hospital Dia Hora Certa; uma Unidade de Pronto Atendimento e um Hospital Municipal.

A gestão do CAPS AD III, local de origem da presente proposta, é realizada por uma instituição parceira da prefeitura do município de São Paulo. A equipe desse serviço é composta por 15 técnicos de enfermagem, sete enfermeiros, quatro médicos, três psicólogos, três terapeutas ocupacionais, três assistentes sociais, um profissional de educação física, um agente redutor de danos, um artesão, quatro técnicos administrativos, um coordenador, um profissional de apoio e oito profissionais da vigilância e limpeza. Participaram dessa construção coletiva todos os profissionais que trabalham no serviço, exceto os profissionais da vigilância e limpeza.

Em 2019, esta unidade de saúde teve em média 80 novos acolhimentos por mês, desse total identificou-se que 60% chegam ao serviço por demanda espontânea. A unidade esteve em média com 630 prontuários ativos mensalmente, sendo 20% da demanda considerada intensiva (usuário que frequenta o serviço mais de 12 vezes no mês) ; 36% considerados semi-intensivo (usuário que frequenta o serviço de quatro a 12 vezes no mês) e 44% não-intensivo (usuário que frequenta o serviço de uma a três vezes no mês) (BRASIL, 2002).

No início do ano de 2019, houve grande rotatividade de profissionais nesta unidade em diferentes categorias profissionais. Com equipe reduzida e alta demanda, passou-se por um momento de “crise institucional” e as pautas importantes para a operacionalização do serviço foram problematizadas, como, por exemplo, a razão de ser deste serviço; os objetivos elencados no cuidado dos usuários; o papel deste CAPS AD na rede e, por fim, a estrutura do

trabalho em equipe. Essas problematizações propiciaram a oportunidade de evidenciar alguns “nós críticos” do trabalho realizado, sobre os quais o grupo de profissionais entendeu que seria necessário refletir.

Durante a reunião anual de planejamento de 2019, destacou-se que um desses “nós críticos” se relacionava com a falta de parâmetros para o funcionamento do serviço. O que gerava falta de alinhamento entre a equipe e os seus diferentes campos profissionais em relação aos processos de trabalho, e isso levou ao início das construções das propostas que são o resultado do presente artigo.

Numa tentativa de reduzir este “nó crítico” destacado acima, os trabalhadores dos equipamentos de saúde se basearam no relato de experiência de Franco (2003) como base metodológica para iniciar o processo de construção de Fluxogramas Descritores (FD). O FD é uma representação gráfica que utiliza símbolos universais para descrever o processo de trabalho de um setor ou serviço. Essa ferramenta tem sido utilizada por diferentes serviços de saúde condutora de análises sobre a assistência prestada e fonte de qualificação do serviço (RODRIGUES et al., 2020).

Ressalta-se que a proposta foi que a construção de FD pudesse, não só enriquecer as reflexões e o envolvimento dos profissionais sobre o trabalho e os processos de cuidado desenvolvido na unidade, mas, também, servir como base para informações, evidenciamento de falhas e construção de novos fluxos.

Para a operacionalização da construção dos FD, foi necessário elencar quais os processos de trabalho seriam escolhidos para a construção dos fluxogramas descritores. Para tal, utilizou-se o espaço da reunião geral do serviço que é realizada semanalmente com duração de duas horas e com o maior número possível de trabalhadores de períodos distintos. Tal reunião é considerada ponto de encontro entre trabalhadores de períodos distintos e importante espaço para construção de acordos.

Após levantamento de vários processos e ações realizadas pela equipe de trabalhadores, decidiu-se por focar em cinco deles: Acolhimento, Projeto Terapêutico Singular, Itinerário Terapêutico, Atendimento à Crise e Processo de Alta. A coordenadora do serviço propôs uma divisão da equipe – no formato de

“times” - que garantisse o interesse de cada trabalhador, com horário assegurado para a construção de cada fluxo.

Cada time realizou quatro encontros, distribuídos ao longo de dois meses. Nestes encontros, para além de disparar a construção dos fluxogramas, foi possível escrever *templates*, já utilizados pela instituição, sobre cada processo de trabalho. *Templates* são procedimentos documentados em máscaras padronizadas contendo informações que orientam a execução do trabalho (CARDOSO; LUZ, 2004). Estes *templates* apoiam a leitura dos fluxogramas e contribuem para a evidência dos conceitos, objetivos e operacionalização de cada processo de trabalho.

Após os quatro encontros, cada time realizou devolutiva em reunião geral quando cada processo de trabalho passou por problematizações, críticas e sugestões. Em seguida, cada time realizou as alterações, encaminhamentos e validações com toda equipe.

Como fim, após todas as avaliações e validações entre os envolvidos, os esboços dos fluxogramas foram desenhados com o auxílio do *software* livre *draw.io* por trabalhadores do serviço que tinham facilidade com o programa ou que estavam disponíveis para aprender. Respeitaram-se as normas estabelecidas para criação de fluxogramas, como os símbolos a serem utilizados em cada informação (início, final, processo, decisão).

A Instituição responsável pela gestão do serviço conta com uma área técnica multidisciplinar composta por especialistas em saúde mental, para auxiliar na qualificação do trabalho desenvolvido no serviço. A construção dos fluxogramas e *templates* também foi avaliada e validada pela área técnica de qualidade da instituição que assume a responsabilidade da gestão deste serviço.

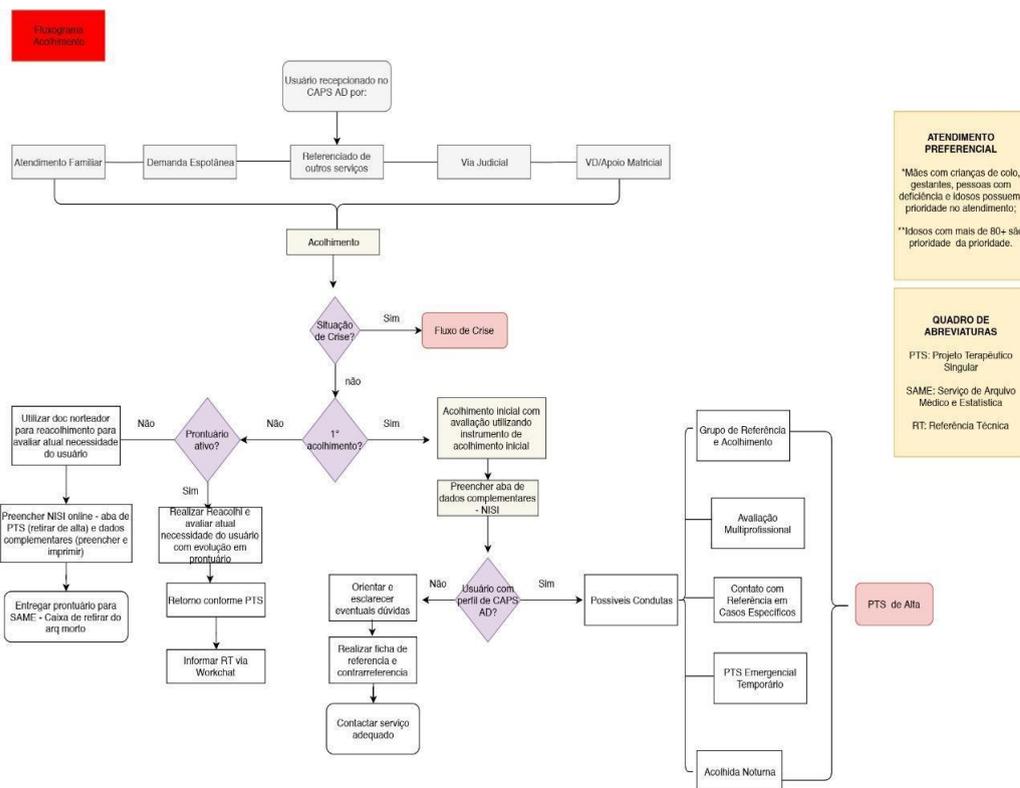
3 RESULTADOS

O resultado do percurso desenvolvido pela equipe vai além dos cinco fluxogramas sistematizados, pois envolve também o processo vivenciado pelos trabalhadores na construção dessas ferramentas. Assim, entende-se como produto deste trabalho a oportunidade de reunir os profissionais em horário e

local protegidos da rotina de assistência e disparar as problemáticas da prática diária como método de apropriação e entendimento de seus próprios processos de trabalho. A participação dos trabalhadores na construção dos processos de trabalho não só faz parte das premissas do SUS, como também é um elemento com amplo amparo acadêmico (BRASIL, 2009; RODRIGUES et al., 2020).

Os cinco FD elaborados se propõem a representar graficamente os processos de trabalho desta equipe multiprofissional de CAPS AD, no momento de sua construção. É importante destacar que apesar dos fluxogramas apresentarem processos estruturados e objetivos, uma constante construção se faz necessária a partir das novas dinâmicas do serviço e da complexidade dos casos. Assim, os fluxogramas em si são um retrato de um momento do serviço e um apoio para os profissionais e interessados, mas não o detentor de um saber absoluto e prescritivo. As imagens a seguir ilustram as representações criadas:

Figura 1. Fluxograma Acolhimento



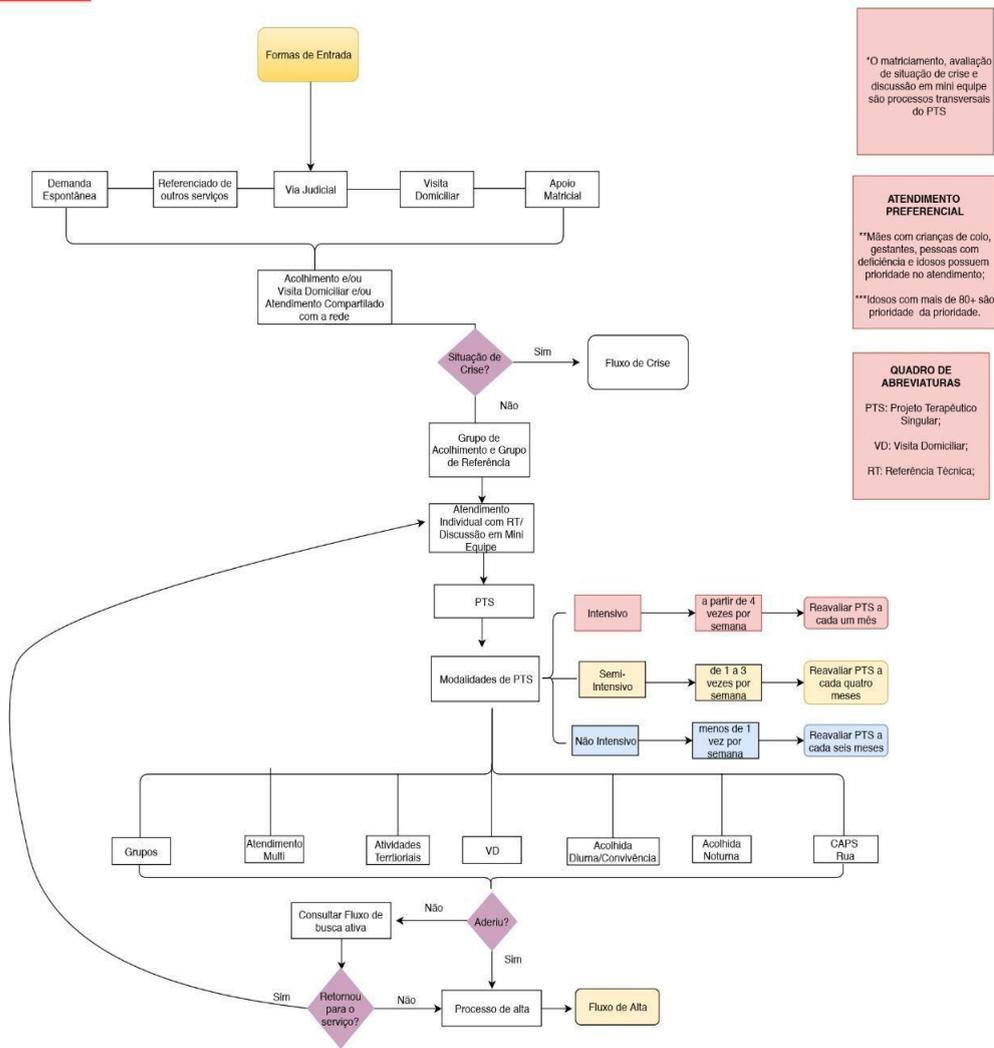
Fonte: Elaboração própria, 2019.

O fluxograma da Figura 1 demonstra as possíveis vias de entrada dos usuários no serviço, seja inicial ou de retomada aos cuidados, além de apresentar uma via de acesso ao longo do processo terapêutico. Neste serviço, o acolhimento é entendido como uma tecnologia de cuidado que pode ser ofertada aos usuários e familiares deste território.

A equipe escolheu esse processo para construir um FD, pois percebeu-se uma discrepância das condutas entre diferentes profissionais que realizavam os atendimentos de acolhimento e uma insegurança em alguns profissionais em realizar e conduzir esses tipos de atendimentos. Além disso, durante o processo de reflexão e escolha dos temas, observou-se discordâncias acerca de quais documentos devem ser preenchidos nesses atendimentos.

Figura 2. Fluxograma Projeto Terapêutico Singular

Fluxograma PTS



*O matriciamento, avaliação de situação de crise e discussão em mini equipe são processos transversais do PTS

ATENDIMENTO PREFERENCIAL
 **Mães com crianças de colo, gestantes, pessoas com deficiência e idosos possuem prioridade no atendimento;
 ***Idosos com mais de 90+ são prioridade da prioridade.

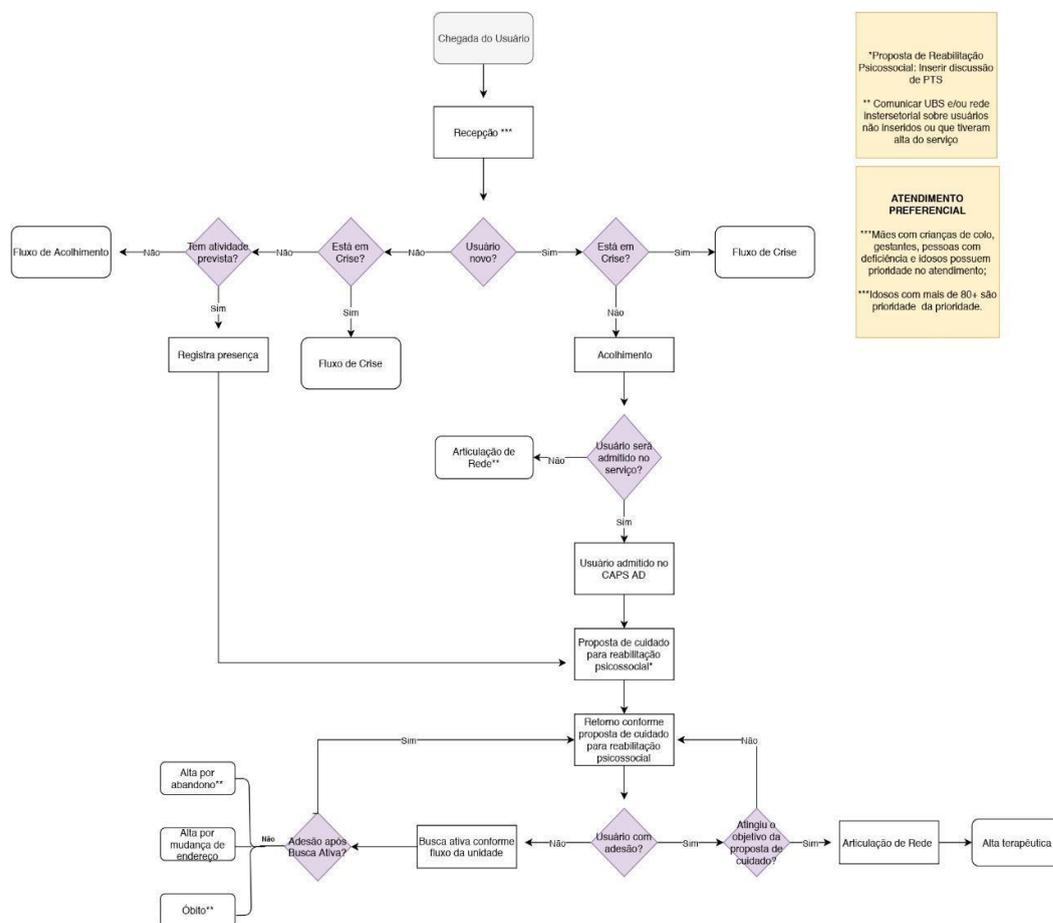
QUADRO DE ABREVIATURAS
 PTS: Projeto Terapêutico Singular;
 VD: Visita Domiciliar;
 RT: Referência Técnica;

Fonte: Elaboração própria, 2019.

O Fluxograma da Figura 2, por sua vez, ilustra as diferentes modalidades de PTS relativas à frequência do usuário no serviço e também quanto aos recursos que podem ser acionados na construção do processo terapêutico. Além de nortear o profissional quanto à frequência de reelaboração do PTS junto ao usuário.

O motivo da escolha desse processo de trabalho foi devido à falta de consenso entre os profissionais sobre as diferentes dimensões que o PTS inclui, especialmente para os profissionais do serviço que não ficavam a frente da construção desses projetos terapêuticos junto com os usuários do serviço e para os profissionais de outros serviços da rede.

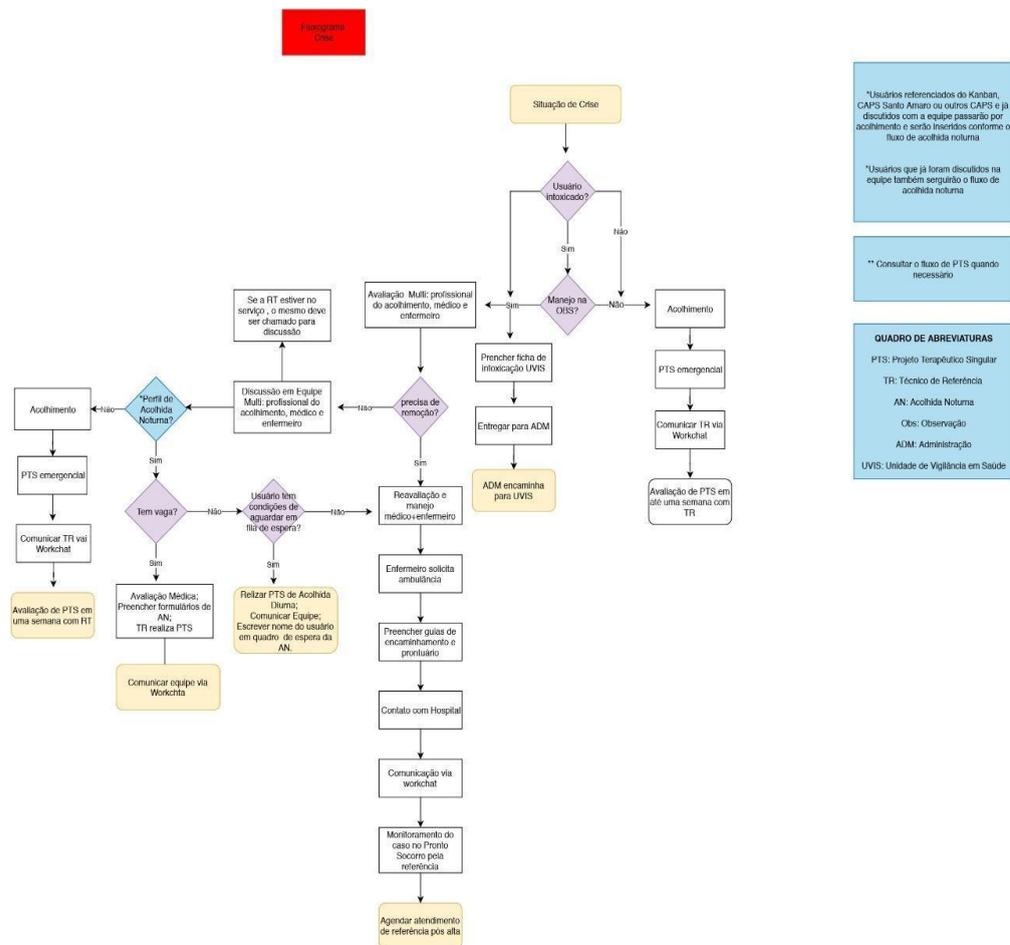
Figura 3. Fluxograma Itinerário Terapêutico.



Fonte: Elaboração própria, 2019.

A Figura 3 representa os possíveis caminhos dos usuários em busca de cuidado neste serviço, bem como apresenta indicações de ações para os profissionais durante o acompanhamento destes usuários. O processo do itinerário terapêutico foi eleito para a construção de um FD, tendo em vista que a equipe julgou importante uma visualização geral do percurso realizado pelo usuário do serviço.

Figura 4. Fluxograma Atendimento à Crise.



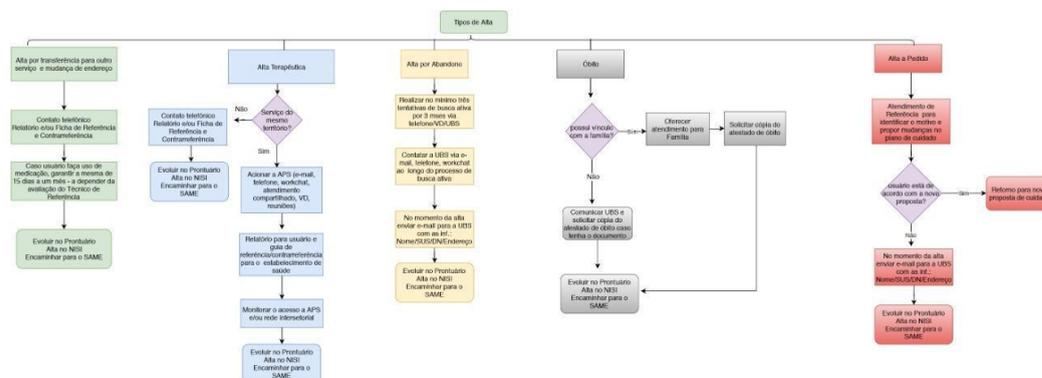
Fonte: Elaboração própria, 2019.

Observa-se na Figura 4 possibilidades de manejo em diferentes de situações de crise que podem ser atendidas em um CAPS AD III. Os atendimentos à crise apresentavam dois nós críticos principais:

- Dúvidas entre os profissionais sobre os protocolos de remoção, ou seja, os protocolos para solicitação e uso de ambulância para transferir o usuário do serviço para uma unidade de maior complexidade;
- Indefinição em relação ao grupo mínimo de profissionais convocados a participar da discussão em equipe para definir a conduta, o que gerava tensões e questionamentos entre os trabalhadores num momento posterior.

Levando em conta essas questões, definiu-se que o atendimento à crise seria um dos temas do FD construídos.

Figura 5. Fluxograma alta.



Fonte: Elaboração própria, 2019.

Por fim, a Figura 5 elucida as variadas condições de alta do serviço em questão e dispõe de orientações de conduta aos profissionais. A falta de padronização das buscas ativa e da alta terapêutica estimulou a equipe a escolher o processo de alta como tópico para construção de um FD.

Espera-se, a partir do uso dos fluxogramas, construir uma prática profissional mais segura e uniforme no serviço. Tal expectativa visa aperfeiçoar a assistência ao usuário, já que processos de trabalho mais coesos e uniformes fomentam práticas que independem da individualidade de cada trabalhador (VIEIRA, 2014). Além disso, a construção de fluxogramas atuou como facilitador na inserção e qualificação de novos trabalhadores de forma mais alinhada com a equipe que já existe no serviço.

No que diz respeito ao impacto desta construção na RAS, é possível evidenciar algumas reverberações, dentre elas:

- CAPS adulto e infanto-juvenil do mesmo território passaram a fazer uso da metodologia dos fluxogramas, com algumas alterações pertinentes, para maior uniformidade de seus processos internos de trabalho, bem como para com os processos de trabalho da rede;
- Os FD contribuíram para maior clareza para a Rede de Atenção à Saúde (RAS) em relação a seus processos;

4 DISCUSSÃO

Durante o processo encontrou-se algumas dificuldades e tensões, assim como benefícios e potencialidades. Uma primeira resistência ao processo diz respeito à aceitabilidade da equipe em construir fluxogramas como uma das formas de alinhar o processo de trabalho, ou seja, percebeu-se que parte da equipe não acreditava que a construção de FD pudesse auxiliar no processo de trabalho. Uma das hipóteses explicativas a isto se relaciona à formação de base dos profissionais de saúde que, historicamente, priorizaram e ainda priorizam a formação técnica focada no núcleo profissional, em detrimento de uma formação alinhada com o campo da saúde coletiva e do SUS, como também para a construção de visões críticas capazes de analisar e construir processos de trabalho em saúde (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Barboza e Fracolli (2005) reafirmam que a construção de fluxogramas em serviços de saúde suscita perguntas sobre o processo de trabalho em saúde tais como: “para quê?”; “o quê?” e “como?”. Esse foi um movimento também observado durante o percurso aqui descrito. Foi necessário um investimento para compreensão de que os fluxogramas têm justamente a finalidade de revelar o processo de trabalho - com a exposição clara de nós críticos, o que pode colaborar para o (re)planejamento constante do trabalho e de auxiliar na leitura sobre os modelos (razão de ser) assistenciais embutidos nas práticas dos trabalhadores e com isto disparar processos de autoanálise nas equipes.

A construção de fluxogramas também provocou dúvidas e angústias que se relacionam com a redução do trabalho a “caixas” e a processos burocráticos. Porém, tais preocupações foram se dissolvendo à medida que a construção se mostrou uma prática de diálogo e de ampliação, e não de redução. Além disso, mostrou-se também uma das vias de respostas às problemáticas causadas pela prática pouco uniforme dos profissionais desta equipe.

Outro fator de tensão foi o desconhecimento da maior parte dos profissionais na operacionalização do *software* escolhido para desenhar os fluxogramas. Ressalta-se que, para estabelecer fluxogramas cujo objetivo é coletivizar o processo de trabalho e transformá-lo em algo visível e partilhável, não é necessário que todos os trabalhadores saibam operacionalizar o

software, e sim que todos estejam dispostos a partilhar o conhecimento individual por meio de uma prática coletiva de escuta e construção, criando algo visível que espelhe a expressão dos trabalhadores ali presentes.

Batista e Gonçalves (2011) refletem sobre a formação dos profissionais de saúde do Brasil e a capacidade deles para atuarem no SUS e apontam que esta ainda não é qualificada o suficiente. Nesse sentido, sugerem que ações de Educação Permanente sejam uma constante nos serviços de saúde, sempre na busca da resignificação dos saberes e práticas cotidianas. Reforçam que esta ainda é a expressão de um gargalo para gestores e trabalhadores do sistema.

Outro dificultador é a própria rotina dos trabalhadores deste CAPS AD. A sobrecarga de tarefas, agendas interna e externa cheias, além do privilégio às emergências, em detrimento de planejamentos processuais (RODRIGUES et al. 2020). Tais dificuldades apontadas acima incorporam a discussão do papel que o CAPS AD tem assumido na RAS no que tange ao cuidado de usuários de álcool e outras drogas. Costa, Ronzani e Colugnati (2018) fazem críticas quanto ao modelo centralizador do CAPS AD, dispositivo ainda em número insuficiente na rede, o que impacta em problemáticas estruturais e de processos de trabalho; além de oferecer para a rede territorial pouca resolutividade nesta linha de cuidado.

Um benefício que esse percurso trouxe foi o processo de Educação Permanente que se instaurou entre os profissionais do serviço. A Educação Permanente em saúde tem como foco desenvolver um processo contínuo de capacitação voltado para as questões do contexto de trabalho específico (FALKENBERG et.al., 2014). Foram retomados e aprofundados conceitos, como exame psíquico, critérios para encaminhamentos hospitalares, modelo lógico de fluxogramas, entre outros temas, e pesquisou-se sobre ferramentas que auxiliassem na construção dos fluxogramas. Assim, por meio desse percurso, fomentou-se a retomada e a busca de novas ferramentas e conceitos que auxiliassem no cotidiano de trabalho da equipe em questão.

É importante destacar que todo o processo foi pautado, desenvolvido e acordado conjuntamente pela equipe, saindo da lógica verticalizada e tradicional de gestão e construindo uma gestão participativa. A gestão participativa tem como proposta gerar espaços compartilhados de poder, nos

quais todos os trabalhadores envolvidos são convidados a participarem de forma ativa, o que pode gerar maior engajamento, pertencimento e responsabilização com o processo e os resultados pactuados no coletivo (PENEDO; GONÇALO; QUELUZ, 2019). Assim, apesar das tensões descritas, foi possível construir um espaço horizontal, no qual os profissionais construíram conjuntamente os fluxogramas de seus próprios processos de trabalho.

Um dos princípios do SUS é a descentralização, de modo a promover a participação das instâncias diretamente envolvidas nas tomadas de decisão (BRASIL, 2009). Contudo, a descentralização de poder só pode ser operacionalizada em espaços que a promovam e esse foi um dos benefícios do trabalho desenvolvido no CAPS AD desse relato. O percurso de melhoria dos processos trouxe a construção de espaços privilegiados para discutir e problematizar as lógicas e os modos de funcionamento da unidade.

Por meio desses espaços, pode-se notar que alguns conceitos e tomadas de decisão não estavam alinhadas com todos os membros da equipe, trazendo à luz a raiz de diferentes conflitos e entraves do cotidiano do trabalho. A literatura mostra casos da falta de alinhamento em visões teórico-práticas em diferentes serviços de saúde e aponta para a melhoria das relações interprofissionais e do trabalho em geral quando essas questões são alinhadas (ESMERALDO et.al. 2017; PEREIRA; SENA, 2016).

Outro ponto a se destacar é que os fluxogramas funcionam como verdadeiros “bancos de dados” da memória da equipe, sendo uma ferramenta útil de modo individual e coletivo, provocador de uma linguagem única, entre a equipe (FRANCO, 2003; RODRIGUES et al. 2020).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso de identificação das demandas e construção do Fluxograma Descritor visibilizou diferentes tensões e incoerências presentes no serviço. Apesar dos desafios de construir esse percurso com todas as outras demandas da unidade acontecendo concomitantemente, considerou-se esse processo

valioso devido ao trabalho de discussão em equipe e à possibilidade de alinhamento e construção de matéria para uso cotidiano.

Notou-se que a construção dos fluxogramas auxiliou no direcionamento da discussão e na criação de um produto como resultado concreto de todo o percurso. Fica clara a importância dos espaços de discussão para qualificação do serviço e como ter uma tarefa objetiva no horizonte, como a construção do Fluxograma Descritor pode auxiliar no direcionamento e operacionalização desse espaço. Essa metodologia pode ser usada pelos diferentes serviços da RAS, trazendo benefícios para o alinhamento dos processos de trabalho.

Outro ponto que merece destaque é que as construções de Fluxogramas Descritores estimulam uma maior estruturação e credibilidade para o serviço, o que se faz ainda mais relevante considerando o cenário atual de políticas públicas em álcool e outras drogas. Especialmente, pois a política atual abarca serviços de saúde com diferentes posicionamentos e propostas de cuidado dentro do campo AD (COSTA; RONZANI; COLUGNATI, 2018). Assim a apresentação de fluxos de trabalho coesos e estruturados fomentam uma apresentação que reflete a qualidade do trabalho desenvolvido.

É importante compreender que, apesar dos fluxogramas estarem por ora finalizados, o alinhamento dos processos de trabalho é contínuo e dinâmico. O fluxograma deve ser entendido como ferramenta para auxiliar na dinâmica de trabalho, não como uma regra universal e irreversível. Assim, a contínua revisão e construção de novos processos se fazem sempre necessária.

Um ponto que deve estar presente nas revisões e (re)discussões é a necessidade de avaliação da experiência de uso pelos profissionais. Cada serviço e equipe têm características singulares e dinâmicas que precisam ser consideradas e entendidas. Assim, é importante que não sejam feitas transposições diretas desse processo. Sugere-se a realização de novos estudos para que seja possível avaliar os impactos qualitativos e quantitativos do uso de fluxogramas.

Esse estudo não recebeu financiamento.

REFERÊNCIAS

BARBOZA, Tatiane Aparecida; FRACOLLI, Lisaine Aparecida. A utilização do "fluxograma analisador" para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(4): 1036-1044. 2005.

BATISTA, Karina Barros; GONÇALVES, Otilia Simões. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde e Sociedade*, 20(4): 884-889. 2011.

BEZERRA, Eduardo Breno Nascimento et al. O trabalho de equipes interdisciplinares nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 18(1): 169-188. Abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS*. 2.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2009.

Disponível em

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 30 Dez 2011. Disponível em

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*.

Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Diário Oficial da União. 20 Fev 2002. Disponível em

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

CARDOSO, Julio Cesar; LUZ, André Ricardo. Os arquivos e sistemas de gestão da qualidade. *Arquivo & Administração*, 3(1/2): 51-64. Rio de Janeiro, Jan.-Dez. 2004.

COSTA, Pedro Henrique Antunes; RONZANI, Telmo Mota; COLUGNATI, Fernando Antonio Basile. No meio do caminho tinha um CAPSAD: centralidade e lógica assistencial da rede de atenção aos usuários de drogas. *Ciência saúde coletiva [online]*, 23(10): 3233-3245. 2018.

ESMERALDO, Geordany Rose et al. Tensão entre modelo biomédico e estratégia saúde da família: percepções dos trabalhadores de saúde. *Revista de APS*, 20(1): 98-106. Jan.-Mar. 2017.

FALKENBERG, Mirian Benites et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3): 847-852. Mar. 2014.

FARIA, Horácio Pereira et al. *Processo de trabalho em saúde*. 2.ed. Belo Horizonte: Nescon UFMG/Coopmed; 2009.

FRANCO, Túlio Batista. O uso do fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de luz (MG). In: Merhy EE, organizador. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.*, p. 161-98. São Paulo: Hucitec, 2003

FUNDAÇÃO SEADE. *Portal de estatísticas do estado de São Paulo*. [S.I.] Disponível em: <http://www.seade.gov.br/institucional/>. Acesso em: 02 jan. 2018.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. *Práticas de saúde: Processo de trabalho e necessidades*. Monografia. São Paulo: CEFOR, 1992. 53 p.

HOJE é dia de ver. Interprete: Rael. Compositores: F. Israel, M. Mc e B. Dario. São Paulo: Laboratório Fantasma, 2014. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=QIOb_WZzqR4 Acesso em 20 mar. 2021.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. A micropolítica do processo de trabalho em saúde, revendo alguns conceitos. *Revista Mineira de Enfermagem*, 7(1): 61-66. Jan.-Jul. 2003.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana et al. Methodological challenges in the use of focus groups with people with severe mental illness. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(6):1-13. Rio de Janeiro, Jul. 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão e crítica*. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.

PENEDO, Rafaela Mossarelli; GONÇALO Camila da Silva; QUELUZ Dagmar de Paula. Gestão compartilhada: percepções de profissionais no contexto de Saúde da Família. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 23: 1-15. Jan. 2019.

PEREIRA, Lizziane d'Ávila; SENA Roseni Rosângela. Cursos realizados pelo Canal Minas Saúde: percepções dos profissionais que atuam na atenção primária. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(2): 1-8. Jul. 2016.

VIEIRA, Aline Godoy. *As práticas de terapia ocupacional em CAPS AD*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo, 268 p. 2014.