



Fluxograma analisador na construção coletiva do processo de trabalho para o cuidado integral de diabéticos na atenção primária à saúde

Flowchart analyzer in the collective construction of the work process for the comprehensive care of diabetics in primary health care

Analizador de flujogramas en la construcción colectiva del proceso de trabajo para el cuidado integral de diabéticos en la atención primaria de salud

Cândida Virllene Souza de Santana¹, Iasmim Alexandre Maia de Azevedo¹, Ana Livia Oliveira de Araújo¹, Janine Azevedo do Nascimento¹, Sandra Barbosa Costa¹, Dilma Lucena de Oliveira¹, Gabriella Barreto Soares¹.

RESUMO

Objetivo: Descrever a avaliação do processo de trabalho no cuidado dos diabéticos pelas equipes de duas Unidades de Saúde da Família (USFs) de um município do Estado da Paraíba. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa-intervenção com a utilização do Fluxograma Analisador, uma ferramenta de apoio ao planejamento que permite a avaliação do trabalho na saúde. Os encontros foram gravados e transcritos para a Análise de Conteúdo. **Resultados:** Foi possível a descrição do fluxo assistencial oferecido pelos trabalhadores, demonstrando as etapas do percurso dos usuários com diabetes nas USFs. Os profissionais puderam evidenciar e problematizar questões como: a fragilidade na vigilância em saúde, a ausência de ações de educação em saúde para inserção do usuário no serviço, o interesse dos usuários em exames ou receitas, a falta de definição de critérios no atendimento e encaminhamento, a sobrecarga de profissionais, a escassa atuação interprofissional e o foco nos indicadores de produtividade. Tais entraves prejudicam a oferta do cuidado integral às pessoas com diabetes atendidas nos estabelecimentos de saúde. **Conclusão:** O instrumento aplicado proporcionou uma autoavaliação, possibilitando identificar incongruências, falhas, oportunidades perdidas e, concomitantemente, observar os recursos disponíveis no cotidiano para novas formas de construção desse processo de trabalho.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde, Diabetes mellitus, Doença crônica, Integralidade em saúde, Fluxo de trabalho.

ABSTRACT

Objective: To describe the evaluation of the work process in diabetes care carried out by teams from two Family Health Units (USFs) in a municipality of the state of Paraíba. **Methods:** This is an intervention research using the Flowchart Analyzer, a planning support tool that allows for the evaluation of work in health. Meetings were recorded and transcribed for Content Analysis. **Results:** It was possible to describe the healthcare flow provided by the workers, demonstrating the stages of the diabetes patients' journey in the USFs. Professionals were able to highlight and discuss issues such as: weaknesses in health surveillance, lack of health education actions for user integration into the service, users' interest in exams or prescriptions, lack of criteria for care

¹ Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – PB.

and referrals, professional overload, scarce interprofessional collaboration, and focus on productivity indicators. These barriers hinder the provision of comprehensive care to people with diabetes served in the health establishments. **Conclusion:** The applied instrument provided self-assessment, enabling the identification of incongruences, failures, missed opportunities, and, at the same time, observing the available resources in daily practice for new ways to construct this work process.

Keywords: Primary health care, Diabetes mellitus, Chronic disease, Integrality in health, Workflow.

RESUMEN

Objetivo: Describir la evaluación del proceso de trabajo en el cuidado de los diabéticos por parte de los equipos de dos Unidades de Salud de la Familia (USFs) de un municipio del estado de Paraíba. **Métodos:** Se realizó una investigación-intervención utilizando el Analizador de Flujogramas, una herramienta de apoyo al planeamiento que permite evaluar el trabajo en salud. Las reuniones fueron grabadas y transcritas para el Análisis de Contenidos. **Resultados:** Se describió el flujo asistencial proporcionado por los trabajadores, mostrando las etapas del recorrido de los pacientes con diabetes en las USFs. Los profesionales identificaron problemas como debilidades en la vigilancia de salud, falta de educación para la integración del usuario, interés en exámenes o recetas, ausencia de criterios claros en la atención y derivación, sobrecarga de profesionales, escasa colaboración interprofesional y enfoque en indicadores de productividad. Estos problemas afectan la calidad del cuidado integral ofrecido a las personas con diabetes en los centros de salud. **Conclusión:** El instrumento permitió una autoevaluación, facilitando la identificación de incongruencias, fallos y oportunidades perdidas, y observó los recursos disponibles para mejorar el proceso de trabajo.

Palabras clave: Atención primaria de salud, Diabetes mellitus, Enfermedad crónica, Integralidad en salud, Flujo de trabajo

INTRODUÇÃO

O trabalho em saúde possui especificidades que dizem respeito a seu processo e seu produto, constituindo o campo da produção de serviços, com mudanças de estado em indivíduos e coletivos que são alvos deste trabalho (FARIA HP, et al., 2017). Pode-se considerar como seu objeto o processo dinâmico que envolve a saúde e seus agravos. Múltiplos agentes estão envolvidos com o trabalho em saúde, incluindo os próprios usuários, que podem atuar ativamente ao tomar decisões, seguir orientações e fornecer informações para enfrentar problemas.

Os usuários são tanto objetos quanto agentes do processo de trabalho, que depende da construção de vínculos de confiança ao longo do tempo. Portanto, a organização do trabalho em saúde deve focar na população assistida, considerando sua história, características, modos de vida e demais especificidades (FARIA HP, et al., 2009). Assim, a organização do trabalho em saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) deve lançar mão da noção de território, entendido como espaço social onde a organização da vida em sociedade obedece a um processo historicamente construído (NADAI MS, 2020).

A Política Nacional da Atenção Básica determina que as ações da APS sejam pautadas na integralidade do cuidado e na gestão qualificada, sendo executadas por equipes multiprofissionais e direcionadas à população do território (BRASIL, 2017). Consequentemente, os trabalhadores da saúde devem conhecer as necessidades dos usuários, e diante das demandas do serviço de saúde, estabelecer diálogo e negociar caminhos. Nesse contexto, tem-se que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) ocupam a categoria das principais causas de adoecimento e morte em todo mundo, sendo condições de caráter multifatorial que apresentam significativa complexidade.

Mundialmente, há cerca de 537 milhões de pessoas com diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM). No Brasil, estima-se uma prevalência de 10,5% da doença, com aproximadamente 20 milhões de diabéticos no território (IDF, 2021). As DCNTs caracterizam-se pela manifestação gradual e progressiva, além de um prognóstico indefinido e incurável (THEIS LC, et al., 2020). Dentre os fatores envolvidos na prevalência das doenças crônicas, podem ser citados: o envelhecimento populacional, as alterações nos hábitos e estilo de vida, as

desigualdades socioeconômicas e os problemas de acesso aos serviços de saúde (SIMÕES TC, et al., 2021). Desse modo, é necessário atribuir maior grau de atenção ao grupo na APS para que haja diagnóstico precoce, seguimento apropriado, tratamento em tempo oportuno e prevenção de agravos.

Portanto, é válido o desenvolvimento de atividades interprofissionais de educação, promoção e prevenção que fomentem o controle, previnam complicações e melhorem a qualidade de vida dos usuários com DCNT (BECKER RM, et al., 2020). Logo, infere-se que a maneira mais apropriada para oferecer atendimento a esse grupo é por meio da aplicação do cuidado centrado na pessoa, conforme as suas condições. Ademais, para que o fluxo de assistência às doenças crônicas seja pautado nas necessidades das pessoas inseridas no território, os profissionais promotores de saúde precisam de oportunidades para a análise de suas próprias ações no cuidado aos usuários (SANTOS FR, et al., 2022).

O planejamento assume uma importância fundamental para a organização do trabalho, possibilitando as mudanças almejadas pelos atores sociais envolvidos. Ele também pode ser tomado como pretexto para reflexão sobre a conjuntura laboral, levando a decisões sobre mudanças, aperfeiçoamentos e introdução de novas práticas (PARENTE JRF, 2011).

O Fluxograma Analisador (FA), apresentado como uma ferramenta de apoio ao planejamento, constitui uma forma de avaliação do trabalho que favorece a participação da equipe envolvida, à medida em que se lança o olhar sobre o seu fazer, trazendo para o centro a trajetória do usuário no serviço.

Assim, proporciona uma autoavaliação, com possibilidade de identificar incongruências, falhas, oportunidades perdidas e, de forma concomitante, observar recursos disponíveis no cotidiano e novas formas de construção desse processo de trabalho. O presente trabalho objetivou descrever a avaliação do processo de trabalho para o cuidado de usuários com DM em equipes de saúde da família através do FA.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa-intervenção com abordagem qualitativa para análise do processo de trabalho, referente a um problema crônico escolhido pelas equipes de saúde — o diabetes —, em duas USFs de um município do Estado da Paraíba, utilizando o FA. As atividades da pesquisa ocorreram no período de setembro de 2022 a agosto de 2023.

A área de uma das USFs é composta por conjuntos habitacionais concedidos pela gestão estadual, além de uma zona rural. A unidade é integrada, sendo constituída por quatro equipes de Saúde da Família, que atendem cerca de 13 mil usuários. A outra USF também consiste em uma USF integrada, com aproximadamente 11 mil cidadãos adscritos. As duas unidades estão na periferia da cidade, em regiões caracterizadas pela alta vulnerabilidade social.

Na primeira fase do trabalho, mediante apresentação da proposta de realização da pesquisa-intervenção, foram convidadas as pessoas envolvidas no processo de cuidado nas USFs, constituindo um grupo a partir do interesse e da colaboração. Houve reuniões do grupo de pesquisa, com as equipes das USFs, para definir, além dos trabalhadores que desejavam participar do projeto, qual condição crônica seria analisada. Os primeiros encontros presenciais aconteceram para estabelecer com os trabalhadores a doença crônica alvo de abordagem. A partir de um processo de discussão coletiva, a diabetes foi a condição definida para a análise nos dois espaços. Assim, seguiu-se para a análise do processo de trabalho instituído nas equipes por meio da aplicação do FA.

Este se constitui como método de intervenção e, ao mesmo tempo, de coleta de dados, sendo uma importante ferramenta para processos de Educação Permanente nas equipes. Na segunda reunião presencial com a equipe de cada USF, ocorreu o desenho do fluxograma, a partir de indagações feitas pelos pesquisadores sobre o fluxo do usuário com diabetes na unidade e os problemas existentes nessa trajetória.

Participaram destes encontros: Agentes Comunitários de Saúde (ACS), enfermeiros, médicos, docentes e discentes pesquisadores. O FA corresponde a um instrumento gráfico útil para a representação da dinâmica de trabalho e fluxo assistencial do usuário no serviço, contribuindo para a concatenação dos problemas

levantados ao longo do processo (RODRIGUES RP, et al., 2019). A construção do FA em cada USF foi desenvolvida em três etapas. A primeira etapa consistiu na apresentação e introdução ao trabalho em grupo, a fim de mostrar os objetivos e fases da confecção do FA, pontuando o significado de cada figura presente no fluxograma, além da temática que seria trabalhada: “o cuidado integral das pessoas com diabetes assistidas pela equipe”.

Na segunda etapa, ocorreu a elaboração do FA propriamente dito, conforme os símbolos propostos por Franco TB e Merhy EE (2003). Nessa etapa, os profissionais explicavam o fluxo do usuário no serviço e os problemas existentes em cada fase. Na terceira etapa, procedeu-se à análise e discussão do desenho obtido a partir da problematização das questões levantadas.

No total, aconteceram dois encontros com cada equipe. As sessões foram gravadas e transcritas para análise dos dados. No decorrer da pesquisa, foi construído um diário de campo para o registro de fatos significativos, acontecimentos, discussões, sentimentos e afins. Também foram utilizados para a análise os registros das atas das reuniões e os produtos das mesmas. Ademais, foram feitos registros fotográficos dos momentos de construção e dos desenhos obtidos a partir do fluxograma.

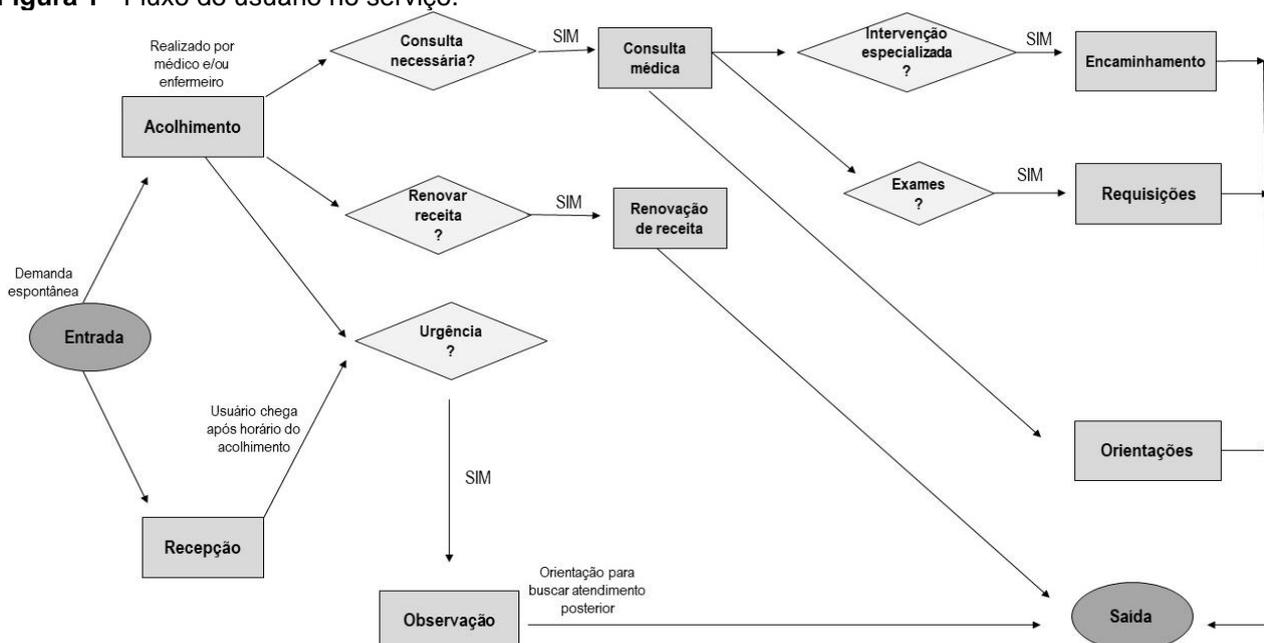
Com o material reunido nos registros do diário de campo, atas, transcrições e afins, procedeu-se às fases de: pré-análise dos dados, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Tais etapas ocorreram em consonância com o referencial teórico e a pesquisa bibliográfica, mediante o modelo de Análise de Conteúdo (BARDIN L, 2011), o qual é amplamente utilizado em pesquisas qualitativas na área de Ciências da Saúde.

O presente projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas (CCM) associado à Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob o parecer nº 5.492.212 e CAAE: 58439322.9.0000.8069, em conformidade com os preceitos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A entrada nas USFs foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A intervenção realizada por meio da elaboração, observação e discussão coletiva do desenho oriundo do FA permitiu a obtenção do panorama de como ocorre o fluxo assistencial oferecido aos usuários com diabetes atendidos nas USFs (**Figura 1**).

Figura 1 - Fluxo do usuário no serviço.



Fonte: Santana CVS, et al., 2024.

A ferramenta permite evidenciar problemas do processo de trabalho, planejar e reorganizar os fluxos assistenciais, verificar o modelo e o nível de cuidado ofertado aos usuários de uma unidade de saúde e proporcionar a autopercepção das equipes de saúde (FERNANDES FCGM, et al., 2022).

Logo, em ambos os estabelecimentos de saúde, os profissionais puderam descrever o percurso dos usuários e enfatizar, sobretudo, as problemáticas de diferentes categorias existentes na atenção à saúde voltada ao respectivo grupo. A Análise do Conteúdo resultou em três categorias, a saber: acesso do usuário à unidade de saúde; fluxo de acolhimento, atendimento e seguimento dos usuários diabéticos; e panorama das ações e atividades ofertadas.

Acesso do usuário à unidade de saúde

Nas duas unidades de saúde, o ingresso do usuário com diabetes acontece por demanda espontânea, na qual os seguintes motivos são os mais recorrentes: agudização do quadro, nova queixa, renovação de receita, desejo de realizar “checkup” com exames. Também há o estímulo a partir da visita domiciliar do ACS ou de ações realizadas pela USF, como a busca ativa, que ficam mais associadas aos indicadores de cobertura. Faz-se importante salientar que o ACS faz a orientação ao usuário, mas não tem a autonomia de marcar a consulta, o que pode impactar a presença ou ausência do usuário na unidade. Caso o usuário possua o diagnóstico prévio de diabetes, normalmente procura o serviço de saúde para a renovação de receita e/ou para a realização de exames.

No contexto da entrada do usuário no serviço na USF Mudança de Vida, foi evidenciado que existe uma elevada demanda impedindo o atendimento a todos de forma adequada, mesmo quando há prioridade. Além disso, a falha no cadastramento de usuários acaba prejudicando o acesso dos que necessitam de atendimento, uma vez que se torna inviável fazer a busca ativa se esses usuários não estão registrados no sistema. A falta de cobertura completa da população adscrita devido à dificuldade de cadastramento territorial e individual dos habitantes também acontece em outras USFs do país.

Tais problemas podem gerar sobrecarga do sistema, filas extensas para atendimento, espera longas por consulta, dificuldades na marcação de exames, dentre outros (PASSOS TS, 2023). De forma geral, nota-se que existe uma fragilidade da vigilância em saúde, visto que algumas áreas não são cobertas por ACS, impossibilitando o contato e o reconhecimento das pessoas que necessitam de cuidado. Os próprios profissionais reconhecem a existência de empecilhos no acesso do usuário aos serviços da unidade, como evidenciado a seguir:

“A gente precisa ampliar esse acesso para diminuir as barreiras a partir daí.” (P1)

Os profissionais salientaram a ausência de ações de educação em saúde que promovam a inserção do usuário no serviço. A educação em saúde é um elemento de transformação pessoal, institucional e social, visto que tem a potencialidade de tornar os indivíduos ativos e conhecedores do processo saúde-doença. Assim, essas ações são imprescindíveis para estimular o protagonismo dos usuários e fortalecer a atenção primária (CONCEIÇÃO DS, et al., 2020).

Também há problemáticas mais relacionadas à própria concepção do usuário, pois observa-se que a maioria se interessa em apenas realizar os exames ou renovar receitas, recusando-se a participar de outras ofertas de cuidado. Esse fato reflete a perpetuação dos ideários do modelo biomédico, em que prevalece uma visão reducionista e restrita do significado de saúde em detrimento da visão biopsicossocial (RAIMUNDO JS, DA SILVA RB, 2020). Ademais, alguns usuários que possuem diabetes preferem ir ao estabelecimento apenas quando há profissionais conhecidos e mais próximos, como os seus ACSs.

Fluxo de acolhimento, atendimento e seguimento dos usuários diabéticos

O fluxo do acolhimento nas unidades inicia-se com a escuta pelo profissional médico e/ou enfermeiro, no início do expediente, das demandas trazidas pelos usuários. Com a escuta no acolhimento, são definidos os casos mais simples e os mais complexos para orientar o manejo. O profissional da escuta decide acerca da necessidade de encaminhamento para a consulta médica, o que é mais recorrente. Embora o acolhimento seja um recurso essencial para a produção de um cuidado humanizado e centrado na pessoa, os entraves

existentes para o seu adequado funcionamento colocam em evidência as tensões relativas à resolatividade da APS frente às demandas e necessidades em saúde dos usuários (SILVA TF, DAVID HMSL, 2021).

Na USF Qualidade de Vida, normalmente há vagas e a equipe prioriza a pessoa por saber que ela é diabética. Contudo, a realização da consulta não está garantida, pois não há critérios definidos, dependendo da quantidade de usuários, será possível ou não. Quando o usuário não chega no horário reservado para a escuta no acolhimento, não há um fluxo definido sobre o que fazer. Dependendo do usuário e da complexidade do caso, as enfermeiras prestam atendimento. Outro aspecto evidenciado é o fato de não estar claro quando encaminhar o usuário para a consulta de enfermagem.

Na USF Mudança de Vida, se o usuário chegar depois deste momento da escuta, ele deve ser encaminhado para a observação em caso de urgência. Contudo, não está definido quem escuta o usuário para decidir se é uma urgência. Nesse contexto, a recepção deve encaminhar os usuários que chegam depois da escuta do acolhimento para a observação depois de verificar se é urgência. Entretanto, frequentemente, orienta-se a procura pelo ACS. Alguns profissionais trazem opiniões sobre o papel da recepção, como observado a seguir:

"A recepção dá informação errada. Os usuários procuram os ACSs. A recepção não resolve nada que era para resolver. Eram para ter pessoas capacitadas na recepção para orientar o fluxo na unidade." (P2)

"Esse mandar o paciente para o ACS é muito comum. Tem paciente que já conhece tanto a recepção que, quando ela manda voltar no outro dia, o paciente vai procurar o ACS para resolver." (P3)

Na recepção, na maioria das vezes, é onde acontece o primeiro contato do usuário com a unidade. Contudo, a falta de preparo para orientações e a fragilidade na articulação geral com a equipe pode acabar prejudicando a qualidade do fluxo de atendimento (FONSECA JO, 2021). Uma solução para essa problemática consiste no fortalecimento da comunicação e do trabalho em conjunto da recepção com os outros profissionais.

Caso não haja uma pessoa conhecida a quem recorrer na unidade, como o seu respectivo ACS, há o risco de o usuário retornar para casa sem atendimento. Logo, costuma-se encaminhar para observação sem buscar verificar a urgência ou não do paciente. A observação não é um lugar de decisão para classificar risco, mas de fazer uma consulta de pronto atendimento. O médico da observação faz o pronto atendimento e solicita que o usuário procure o médico da respectiva equipe, vindo no horário correto da escuta.

Em ambos os estabelecimentos de saúde, o seguimento do paciente com diabetes não é algo consolidado. Na USF Mudança de Vida, geralmente ocorre da seguinte forma: em casos de retorno após realização de exames solicitados ou outros motivos, o usuário deve novamente retornar ao acolhimento para conseguir ser atendido. Não há outra forma de marcar uma consulta ou mesmo de agendar aqueles que não passaram pelo acolhimento. O usuário é orientado a retornar para continuar seu seguimento, mas a consulta não é marcada.

A depender do caso, o usuário pode ser encaminhado para consulta de referência em outro serviço pelo processo de regulação.

Panorama das ações e atividades ofertadas

Quanto ao modo das ações e atividades ofertadas, nota-se que a consulta médica é o encaminhamento mais comum dentro da unidade. Na consulta, aborda-se, sobretudo: controle glicêmico, avaliação de comorbidades, alimentação e requisição de exames para controle da doença. Os profissionais de ambas as unidades mencionam a questão tempo para o atendimento do usuário diabético que, quando reduzido, pode comprometer o cuidado integral:

"Vai variar também do tempo que eu tenho disponível... Quanto mais tempo eu tenho, mais questões do tratamento do paciente diabético eu vou conseguir abordar." (P4)

“Em uma só consulta eu não consigo examinar pé, ajustar medicação, orientar alimentação... E o paciente não é só diabético, tem outras queixas. Então, é muito difícil manejar a consulta e eu acho muito difícil manejar o tempo que a gente tem disponível.” (P5)

Como problemas levantados, especialmente na USF Mudança de Vida, menciona-se que não existe uma rotina de atendimento odontológico para as pessoas com diabetes. Ademais, a disponibilização dos medicamentos acontece de forma mecânica, sendo a participação do farmacêutico um quesito a ser melhorado. Quando o médico insere a insulino terapia, o usuário é encaminhado ao farmacêutico para que ele oriente o uso, porém não é comum que haja uma interação significativa para o esclarecimento de dúvidas, conforme demonstrado na fala de um profissional:

“O que calha bem também com o manejo da insulina é essa participação do farmacêutico. Eu já acompanhei várias vezes a disponibilização de medicamentos na farmácia e é aquela coisa bem mecânica: pega a receita, entrega o produto e não pergunta se há dúvidas... Nunca se tem essa indagação.” (6)

Tais aspectos ressaltam a fragilidade da atuação multidisciplinar no contexto das DCNTs. O trabalho em equipe e interprofissional, a partir do compartilhamento de conhecimentos e experiências, torna-se imprescindível para validar o princípio doutrinário da integralidade e evitar os possíveis hiatos assistenciais na atenção primária (MACHADO MFAS, et al., 2021). Contudo, os relatos revelam que ainda impera uma falta de articulação no processo de trabalho voltado para o cuidado ao diabético:

“A gente tem uma visão segmentada do trabalho na unidade. Como profissional da equipe multidisciplinar, eu só participo de alguma coisa quando sou chamado. Não tem o envolvimento de outros profissionais; e mesmo que tenha o envolvimento, a gente não se sente pertencente a também tratar dessas demandas.” (P6)

No tocante ao pé diabético, geralmente, o exame é realizado somente quando o paciente é idoso e possui comorbidades. Para usuários que não têm úlceras ou quadros agudos, às vezes, são dadas orientações sobre os cuidados com o pé diabético, mas não é rotina.

Outros estudos corroboram esse achado da escassa atenção ofertada ao pé diabético na APS, chamando a atenção para a ausência de uma avaliação periódica com realização do exame clínico dos pés em pessoas com diabetes (FERNANDES VR et al., 2021; SILVA LB, et al., 2019). Ademais, há relatos sobre falta de insumos quando da necessidade de procedimentos mais específicos, a exemplo de uma debridamento.

Na USF Qualidade de Vida, também são escassas as atividades ofertadas para o usuário com diabetes. Nesse contexto, relata-se que depois do Previne Brasil (PB), a atenção passou a ser direcionada para os indicadores de produtividade.

Assim, as ações se restringem a atingir metas e tarefas. Muitas entidades compartilham da opinião de que o PB apresenta características privatizantes, mercadológicas, seletivas e focalizadas (SETA MH, et al., 2021). Como agravante da situação, a enfermagem foi orientada a focar o trabalho no citológico, deixando a atenção das pessoas com hipertensão arterial e diabetes para os médicos:

“Cobram uma meta que é para a enfermeira dar prioridade ao citológico! Toda reunião é passado isso pra gente. Porque eles querem atingir meta do Previne Brasil. Então: médico fica com hipertenso e diabético; enfermeiro fica com o citológico. Separam os trabalhos para atingir a meta. Mas todo mundo tem que participar do citológico, do cuidado do hipertenso e do diabético... Por enquanto, isso está separado.” (P7)

Logo, observa-se que a tendência do PB privilegia a análise de resultados e distribuição de recursos baseadas em aspectos padronizados e biomédicos, minimizando a importância da diversidade territorial e populacional das diferentes regiões do país (COSTA NR, et al., 2023). Ainda nesse aspecto, um dos profissionais traz a influência da gestão e a falta de apoio no processo de trabalho:

"A gente sabe da necessidade da nossa comunidade... Mas a gente também não pode impor diretamente isso. A gente tem que aceitar muitas tarefas. Quando a gente não faz o que a gestão manda, somos chamados atenção. A gente quer ter um diferencial, mas não conseguimos um apoio." (P8)

Destarte, os discursos diretos dos profissionais permitiram tomar ciência da realidade coletiva vivenciada no processo de trabalho em ambas as USFs. Como uma das principais limitações da pesquisa, ressalta-se a ausência de representantes de todas as equipes de saúde e/ou setores da unidade nas reuniões destinadas ao levantamento de problemas e à elaboração do FA. Ademais, destaca-se a questão da dificuldade relacionada à disponibilidade de horários dos profissionais para a continuidade das atividades propostas pela pesquisa devido às demandas da própria rotina laboral.

CONCLUSÃO

A utilização do FA para analisar o processo de trabalho nas USFs voltado ao cuidado de usuários com diabetes mostrou-se eficaz para descrever o fluxo assistencial e identificar problemas. A construção de fluxogramas em ambientes coletivos foi relevante para mobilizar os trabalhadores e promover mudanças necessárias. Além disso, os resultados da pesquisa fornecem subsídios para o planejamento de ações na APS, visando reestruturar a atenção prestada e melhorar a qualidade dos serviços de saúde. A pesquisa também ampliou o entendimento sobre os desafios e potencialidades no cotidiano das USFs, destacando a importância da vigilância, do planejamento em saúde e da interprofissionalidade para fortalecer os princípios do Sistema Único de Saúde. Preconiza-se que mais estudos sejam realizados para a aplicação do FA em diferentes contextos e territórios englobados pela APS.

REFERÊNCIAS

1. BARDIN L. Análise de conteúdo. São Paulo, 2011; 70: 279.
2. BECKER RM, et al. Promoção da saúde e atenção primária no cuidado às pessoas com doença crônica não transmissível. *Revista de Salud Publica*, 2020; 22(1): 1-7.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 03 de julho de 2024.
4. CONCEIÇÃO DS, et al. A educação em saúde como instrumento de mudança social. *Brazilian Journal of Development*, 2020; 6(8): 59412-59416.
5. COSTA NR, et al. A avaliação de desempenho da atenção primária: balanço e perspectiva para o programa Previne Brasil. *Saúde em Debate*, 2023; 46: 8-20.
6. FARIA HP, et al. Processo de trabalho em saúde e modelo de atenção. Belo Horizonte: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG, 2017; 3: 96.
7. FARIA HP, et al. Processo de trabalho em saúde. 2ed. Belo Horizonte: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG, 200; 2: 68.
8. FERNANDES FCGM, et al. O cuidado com os pés e a prevenção da úlcera em pacientes diabéticos no Brasil. *Cadernos Saúde Coletiva*, 2020; 28(2): 302-310.
9. FERNANDES VR, et al. Guia da curadoria em saúde IdeiaSUS FIOCRUZ. São Paulo: Hucitec; 2022; 1: 104.
10. FONSECA JO. Acolhimento e resolutividade às demandas espontâneas na atenção básica: percepção da equipe de saúde. Dissertação (Bacharelado em Enfermagem) - Faculdade Maria Milza, Governador Mangabeira, 2021; 60.
11. FRANCO TB e MERHY EE. O uso de ferramentas analisadoras dos serviços de saúde: o caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP. In: MERHY EE, et al. *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3 ed. São Paulo: HUCITEC, 2003; 296.
12. IDF. INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. *Diabetes Atlas*. 10. ed. Bruxelas: International Diabetes Federation, 2021. Disponível em: <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>. Acesso em: 4 de julho de 2024.

13. MACHADO MFAS, et al. Trabalho em equipes multiprofissionais na atenção primária no Ceará: porosidade entre avanços e desafios. *Saúde em Debate*, 2021; 45: 987-997.
14. NADAI MS. Território de saúde e políticas públicas: da reforma à reorganização da atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado Profissional em Trabalho e Educação em Saúde). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020; 82.
15. PARENTE JRF. Planejamento participativo em saúde. *SANARE*, 2011; 10(1): 54-61.
16. PASSOS TS. Proposta de melhoria do acolhimento da demanda espontânea utilizando ferramentas de gestão da qualidade: estudo de caso em uma unidade básica de saúde do agreste sergipano. *Revista de Administração em Saúde*, 2023; 23(91): 1-12.
17. RAIMUNDO JS e DA SILVA RB. Reflexões acerca do predomínio do modelo biomédico no contexto da Atenção Básica de Saúde no Brasil. *Revista Mosaico*, 2020; 11(2): 109-116.
18. RODRIGUES RP, et al. Fluxograma descritor do processo de trabalho: ferramenta para fortalecer a Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate*, 2019; 43(6): 109-116.
19. SANTOS FR, et al. Gestão do trabalho nas redes de saúde: aprendizagens no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Espírito Santo. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022; 1: 225.
20. SETA MH, et al. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? *Ciência & Saúde Coletiva*, 2021; 26: 3781-3786.
21. SILVA LB, et al. Estratos de risco e qualidade do cuidado à pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2019; 27.
22. SILVA TF e DAVID HMSL. Acolhimento, Redes sociais e produção do cuidado na Atenção Básica em Saúde no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Redes: revista hispana para el análisis de redes sociales*, 2021; 32(1): 67-81.
23. SIMÕES TC, et al. Prevalências de doenças crônicas e acesso aos serviços de saúde no Brasil: evidências de três inquéritos domiciliares. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2021; 26(9): 3991-4006.
24. THEIS LC, et al. Percepção dos profissionais de saúde em relação à implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas. *Revista de Atenção à Saúde - USCS*, 2021; 19(68).