



DOI: <https://doi.org/10.58871/conimaps2025.c51>

FLUXOGRAMA ANALISADOR COMO DISPOSITIVO DE GESTÃO DO CUIDADO: REORGANIZANDO A RENOVAÇÃO DE RECEITAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

FLOWCHART ANALYZER AS A CARE MANAGEMENT DEVICE: REORGANIZING PRESCRIPTION RENEWAL IN PRIMARY HEALTH CARE

ARIADSA MESQUITA ARAGÃO

Psicóloga. Residente multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESPVS).

CLAUDIA MELO CANTO

Fisioterapeuta. Residente multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESPVS).

FRANCISCA ERANDIELLY LOPES SOUSA

Enfermeira. Residente multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESPVS).

JAMILE FERNANDES SILVEIRA

Nutricionista. Residente multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESPVS).

FLÁVIO MARQUES DAMASCENO

Fisioterapeuta. Mestre em Ciências da Saúde (UFC). Docente da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESPVS).

FRANCISCO THIAGO PAIVA MONTE

Psicólogo. Mestre em Saúde da Família (UFC). Docente da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESPVS).

RESUMO

Objetivo: Relatar a experiência de construção de um fluxograma analisador como ferramenta propulsora da reorganização do fluxo de trabalho relacionado a usuários em uso crônico de medicação em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Sobral – CE. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter descritivo, realizado em quatro etapas: identificação do problema, elaboração coletiva do fluxograma, produção de material educativo e realização de ações de educação em saúde com os usuários. O processo envolveu a participação da equipe multiprofissional da UBS, da gerência e dos residentes, além de atividades voltadas à comunidade. **Resultados e discussão:** Os resultados evidenciaram a inexistência prévia de um fluxo sistematizado, o que resultava em fragmentação da assistência e sobrecarga de determinados profissionais. A construção coletiva do fluxograma possibilitou mapear gargalos, redefinir responsabilidades e fortalecer a corresponsabilização da equipe, enquanto as ações educativas, por sua vez, ampliaram a participação dos usuários e reforçaram a importância do acompanhamento periódico no manejo de condições crônicas. **Considerações**



finais: O fluxograma analisador contribuiu para qualificar a gestão do cuidado, ao alinhar organização do processo de trabalho, corresponsabilização multiprofissional e participação social, configurando-se como tecnologia leve com potencial de replicabilidade em outros cenários da APS.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; gestão do cuidado; trabalho em saúde.

ABSTRACT

Objective: To report the experience of developing an analytical flowchart as a tool to drive workflow reorganization related to patients with chronic medication use at a Basic Health Unit (UBS) in the municipality of Sobral, Ceará. **Methodology:** This is a qualitative, descriptive study conducted in four stages: problem identification, collective development of the flowchart, production of educational materials, and implementation of health education activities with patients. The process involved the participation of the UBS multidisciplinary team, management, and residents, as well as community-focused activities. **Results and Discussion:** The results highlighted the previous lack of a systematized flowchart, which resulted in fragmented care and overburdened certain professionals. The collective development of the flowchart made it possible to map bottlenecks, redefine responsibilities, and strengthen team co-accountability, while the educational activities, in turn, increased patient participation and reinforced the importance of periodic monitoring in the management of chronic conditions. **Final considerations:** The analytical flowchart contributed to improving care management by aligning work process organization, multidisciplinary co-accountability, and social participation, constituting a lightweight technology with potential for replicability in other PHC settings.

Keywords: primary health care; care management; health work.

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se como a porta de entrada prioritária dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pelo primeiro contato, pelo acompanhamento longitudinal e pela articulação entre os diferentes pontos de atenção. Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a APS deve integrar ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde, com ênfase no cuidado integral e contínuo (Brasil, 2017).

No contexto da APS, um dos principais desafios é garantir o acompanhamento sistemático de usuários em uso contínuo de medicamentos, especialmente aqueles com condições crônicas. A literatura aponta que, muitas vezes, esse seguimento se limita à renovação de receitas, realizada sem avaliação clínica e, em alguns casos, sem a presença do próprio usuário, o que compromete a integralidade e fragiliza a longitudinalidade do cuidado (Mendes, 2010; Campos, 2010). Tal prática fragmentada compromete não apenas o monitoramento clínico, mas também o fortalecimento do vínculo entre equipe e usuário, elementos fundamentais para a qualidade da atenção.



Compreender o cuidado a partir da perspectiva da gestão do cuidado é essencial nesse cenário. Cecílio (2011) destaca que gerir o cuidado implica oferecer tecnologias em saúde alinhadas às singularidades do indivíduo e do território, de modo a promover autonomia, corresponsabilização e bem-estar. Trata-se, portanto, de um processo que ultrapassa a dimensão técnica e se conecta ao campo das relações, exigindo práticas interprofissionais e organizativas que assegurem integralidade e continuidade.

Para qualificar esse processo, algumas ferramentas metodológicas vêm sendo utilizadas como dispositivos organizativos no âmbito da APS. Entre elas, destaca-se o fluxograma analisador, tecnologia leve-dura que possibilita a visualização, a análise crítica e a reorganização dos processos de trabalho em saúde. Estudos recentes têm apontado que a construção de fluxogramas multiprofissionais favorece tanto a aprendizagem das equipes quanto a qualificação da assistência, ao permitir maior clareza sobre os fluxos de atendimento e corresponsabilização dos profissionais (Karal *et al.*, 2022).

Diante da relevância dessa discussão, o presente relato descreve o processo de construção de um fluxograma analisador voltado ao acompanhamento de usuários em uso contínuo de medicamentos, com o objetivo de padronizar e qualificar a prática da renovação de receitas na APS, fortalecendo a gestão do cuidado e contribuindo para a integralidade da atenção em saúde.

2. METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um relato de experiência de natureza qualitativa e caráter descritivo. A pesquisa qualitativa possibilita o estudo das histórias, relações, percepções, experiências subjetivas e opiniões dos sujeitos, permitindo entender como vivem e se percebem diante das suas experiências (Minayo, 2007). Além disso, para Gil (2002) o caráter descritivo tem como objetivo descrever as características de determinado fenômeno ou população, possibilitando obter mais informações e assim compreendê-lo.

2.2 Identificação do problema

A experiência ocorreu no segundo semestre de 2025, como atividade prática do módulo Organização e Gestão do Cuidado em Saúde, componente curricular do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia, em Sobral – CE. O módulo propunha a identificação de situações-problema no território e a proposição de ações para qualificar a gestão do cuidado.



Nesse contexto, a intervenção teve como ponto de partida a análise de situações-problema presentes no cotidiano de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), cenário de prática profissional da equipe de residentes. Identificou-se, então, a fragilidade no acompanhamento de usuários em uso contínuo de medicação, marcada pela prática recorrente de renovação de receitas sem avaliação clínica periódica. Tal dinâmica compromete a integralidade do cuidado e a longitudinalidade da atenção, configurando-se como questão prioritária para reorganização do processo de trabalho e assistência na UBS.

2.3 Etapas da intervenção

Com base no diagnóstico inicial, foram definidas três etapas para a efetivação da intervenção: elaboração do fluxograma, confecção de um folder explicativo sobre o no fluxo de atendimento e realização de momentos de educação em saúde com a comunidade. A seguir, será apresentado o detalhamento sobre o desenvolvimento de cada fase da intervenção.

2.3.1 – Elaboração do fluxograma

Esta etapa ocorreu em três momentos consecutivos: 1) Elaboração do modelo base, utilizando-se a plataforma digital *Lucid.app*, contemplando o fluxo de entrada do paciente no serviço, as possibilidades de condução da demanda de renovação de receitas e as respectivas saídas; 2) Discussão e apresentação preliminar junto ao gerente da UBS, visando analisar a clareza, aplicabilidade e efetividade do modelo e 3) Validação multiprofissional, realizada com representantes de cada categoria profissional atuante na UBS, de modo a discutir a pertinência do desenho proposto, coletar sugestões de ajustes e registrar relatos de situações práticas relacionadas ao processo de renovação de receitas.

O fluxograma analisador foi adotado por ser uma ferramenta metodológica que permite visualizar graficamente os processos de trabalho, identificando gargalos e orientando a reorganização dos fluxos. Conforme apontam Rodrigues *et al.* (2019), trata-se de uma tecnologia que, ao integrar diferentes saberes, favorece a gestão compartilhada e a corresponsabilização no cuidado. Sua estruturação baseia-se em símbolos padronizados (Elipse= entrada/saída; retângulo= ações; losango= escolhas/possibilidades), que permitem representar graficamente a sequência de atividades, decisões e resultados possíveis.

2.3.2 – Confecção de material educativo

Na segunda fase, foi elaborado um folder educativo voltado aos usuários em uso contínuo de medicamentos. O material foi construído a partir das pactuações coletivas realizadas com a equipe e abordou orientações sobre a importância do acompanhamento



regular, da realização de exames de rotina e do comparecimento às consultas na APS, visando qualificar o vínculo e estimular a corresponsabilidade dos usuários no cuidado.

2.3.3 – Realização de momentos educativos e explicativos sobre o novo fluxo

A terceira etapa envolveu a realização de salas de espera temáticas em dias de maior fluxo de pacientes na UBS. As atividades foram operacionalizadas por meio de rodas de conversa e da distribuição dos folders produzidos na fase anterior, com o objetivo de explicar o novo fluxo, sensibilizar os usuários e reforçar a importância do acompanhamento clínico periódico, em consonância com os princípios da promoção da saúde e da educação em saúde.

2.4 Registro e análise da experiência

O processo foi registrado por meio da observação participante, diário de campo e registros fotográficos, com posterior sistematização à luz da análise temática. Essa abordagem possibilitou organizar impressões, falas e interações em eixos interpretativos que orientaram a reflexão crítica e a discussão dos resultados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A construção do fluxograma analisador para o processo de renovação de receitas de uso contínuo configurou-se como uma experiência significativa no âmbito da APS, pois possibilitou refletir sobre a organização do cuidado, a corresponsabilização da equipe multiprofissional e o protagonismo dos usuários. Os resultados obtidos evidenciam não apenas os desafios estruturais e comunicacionais presentes no serviço, mas também as potencialidades de ferramentas coletivamente elaboradas para qualificar os processos de trabalho.

3.1 Identificação do problema e necessidade do fluxograma

A inexistência de um fluxo previamente estabelecido para a renovação de receitas de uso contínuo se configurava como um entrave central no processo de trabalho do CSF. A prática recorrente de renovação de prescrições sem avaliação clínica do paciente resultava em um cuidado fragmentado, marcado pela descontinuidade e pela fragilização do vínculo entre usuários e equipe. Tal cenário contraria um dos princípios estruturantes da APS, que é a longitudinalidade, entendida como a construção de uma relação contínua e de confiança entre profissionais e usuários ao longo do tempo (Starfield, 2002).

Essa ausência de padronização também repercutia em sobrecarga para determinados profissionais e em experiências pouco resolutivas para os usuários, uma vez que o cuidado se



reduzia à reposição de medicamentos, em detrimento da avaliação integral do estado de saúde e da identificação de necessidades associadas. Estudos apontam que a fragmentação do cuidado, especialmente em condições crônicas, está relacionada à piora de indicadores clínicos, aumento de hospitalizações evitáveis e redução da efetividade da APS como coordenadora do cuidado (Mendes, 2010; WHO, 2018).

Assim, a construção do fluxograma analisador emergiu como resposta a essa lacuna, ao propor um modelo que orienta os profissionais e organiza as etapas do processo de renovação de receitas, favorecendo tanto a resolutividade quanto a corresponsabilização coletiva da equipe.

3.2 Construção coletiva do fluxograma com a equipe multiprofissional

A participação de diferentes atores foi fundamental para garantir que o instrumento refletisse a realidade do serviço e contemplasse as múltiplas perspectivas sobre os desafios do cuidado. Esse processo dialoga com o conceito de gestão participativa, defendido por Campos (2010), que enfatiza a importância de dispositivos de co-gestão para a democratização das práticas de saúde e para a corresponsabilização entre os trabalhadores.

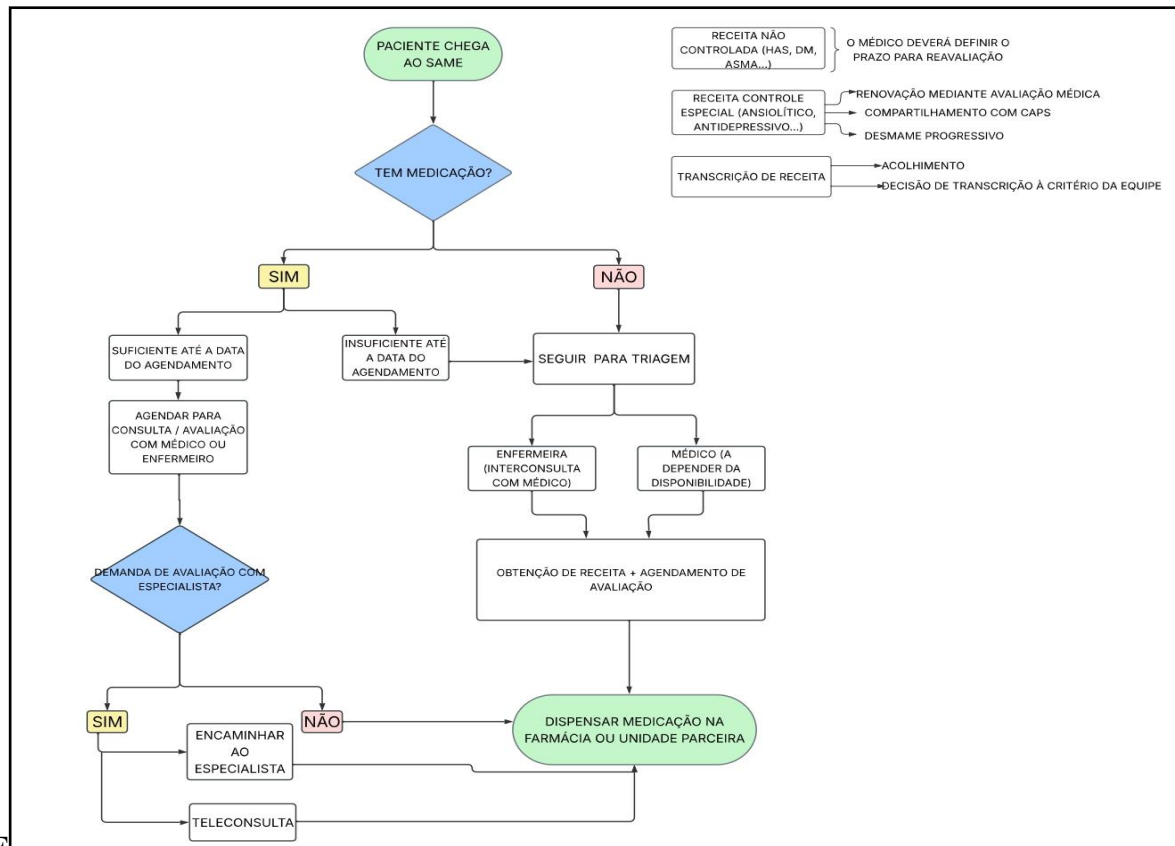
Durante os encontros de discussão sobre o fluxo de atendimento na UBS, os profissionais puderam expor dificuldades cotidianas relacionadas à comunicação interna, à clareza de responsabilidades e à interação com os usuários. Tais aspectos são reconhecidos na literatura como "nós críticos" que comprometem a efetividade das práticas em saúde (Ponte; da Silva Vieira; Lira, 2023). A partir desse exercício reflexivo, foi possível mapear gargalos, redefinir papéis e propor ajustes no fluxograma, fortalecendo o sentido de corresponsabilização coletiva.

Ferreira Reis *et al.* (2018) discutem sobre algumas dificuldades enfrentadas pelos profissionais no processo de renovação de receitas, entre elas, a superlotação e a resistência dos usuários quanto ao tempo a ser gasto para passarem por uma avaliação, além de discutirem sobre a criação do dia específico para as renovações. Atualmente, no CSF de atuação, é realizada a divisão dos dias de atendimentos para pacientes crônicos, pacientes com demandas de saúde mental, entre outros, o que pode favorecer a execução do fluxo, mas apresenta alguns entraves, como as renovações de urgência.

Diante desse cenário, observou-se que os resultados da intervenção foram para além da criação de um produto técnico, destacando-se como um cenário mobilizador de aprendizagem e integração, que articulou gestão, formação e cuidado no cotidiano do serviço,

permitindo a troca de saberes entre profissionais de diferentes categorias. Essa dimensão pedagógica é reconhecida como central no fortalecimento da APS, pois contribui para a ressignificação das práticas e para o desenvolvimento de competências colaborativas (Feuerwerker, 2004). A figura 1 abaixo ilustra o resultado final do fluxograma elaborado como um dos produtos da intervenção.

Figura 1 – Fluxograma analisador para renovação de receitas na UBS – Sobral, Ceará,



Fonte: dados da pesquisa, Sobral, Ceará, Brasil, 2023.

3.3 Educação em saúde e participação comunitária

A etapa de apresentação do novo fluxo à população, contrapondo o modelo anterior, em que muitos usuários estavam habituados a “deixar a receita no balcão”, sem avaliação médica ou agendamento, revelou percepções e insatisfações dos usuários, como a ausência de medicamentos, a demora no atendimento e as interrupções no tratamento. Essas escutas se tornaram fundamentais para orientar ajustes e também para fortalecer o princípio da participação social, que confere centralidade ao usuário na produção do cuidado (Dias; Brito, 2010).

A escuta desses relatos permitiu alinhar expectativas e reafirmou o papel da participação social na construção do cuidado, um dos princípios estruturantes da APS (Dias;



Brito, 2010). Ao envolver os usuários no processo, reforçou-se a noção de que o cuidado é responsabilidade compartilhada entre equipe, família e comunidade (Feuerwerker, 2014).

3.4 Impactos e potencialidades da intervenção

A construção do fluxograma analisador gerou impactos em duas dimensões principais: organizativa ao estruturar um fluxo claro e aplicável à realidade do serviço, favorecendo a integralidade do cuidado e a resolutividade na assistência; e pedagógica ao mobilizar trabalhadores e usuários em um exercício de reflexão crítica, aprendizado coletivo e corresponsabilização.

Espera-se que sua implementação contínua contribua para diminuir o fluxo desorganizado de pacientes, reduza a sobrecarga profissional e amplie o protagonismo dos usuários no manejo de condições crônicas. Para tanto, destaca-se a necessidade de revisão periódica do fluxograma, reforço da comunicação interprofissional e manutenção de ações educativas com a comunidade.

Assim, o fluxograma analisador se consolida não apenas como ferramenta técnica de gestão, mas também como dispositivo de transformação das práticas de cuidado na APS, alinhado à clínica ampliada, à integralidade e à participação social.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do fluxograma analisador para a renovação de receitas no âmbito da APS configurou-se como uma estratégia potente para a reorganização dos processos de trabalho, promovendo maior clareza, padronização e continuidade do cuidado aos usuários em uso contínuo de medicação. Ao sistematizar etapas e responsabilidades, a experiência contribuiu para superar práticas fragmentadas e fortalecer a longitudinalidade, princípio central da APS.

A participação ativa da equipe multiprofissional e a escuta das diferentes categorias foram fundamentais para adaptar a ferramenta à realidade do serviço, em consonância com o conceito de gestão participativa. Esse processo favoreceu a corresponsabilidade entre profissionais, estimulou a aprendizagem interprofissional e aproximou a prática cotidiana das diretrizes da Política Nacional de Humanização.

De igual importância, a ação de educação em saúde realizada por meio da sala de espera possibilitou a inclusão dos usuários na reflexão sobre o fluxo de renovação de receitas, ampliando sua autonomia, reforçando o princípio da participação social e qualificando o protagonismo comunitário no cuidado. Ao reconhecer os usuários como sujeitos ativos na



produção da saúde, reafirma-se a centralidade da gestão compartilhada e da integralidade da atenção no SUS.

Para garantir a sustentabilidade e a efetividade da proposta, faz-se necessário o monitoramento contínuo do fluxograma, com revisões periódicas, espaços de diálogo interprofissional e estratégias permanentes de educação em saúde. Além disso, recomenda-se que a experiência inspire adaptações em outros territórios, contribuindo para o fortalecimento da APS enquanto coordenadora do cuidado e para a qualificação das práticas de saúde no SUS.

REFERÊNCIAS

- 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: 26 jul. 2025.
- CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2337-2344, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rX7PKYR9sM6tZmxVbSqSB3z/?format=pdf&lang=pt>
- CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface (Botucatu)*. [Internet] 2011 [acesso em 23 jul 2025]; 15(37): 589-599. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011000200021>.
- DIAS, G. S. A; BRITO, G. M. S. A sala de espera como espaço para promoção da educação em saúde na atenção básica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 31, n. 2, p. 314-320, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/YcRrHhXKvjxX6JdWkLV6x9h>
- FEUERWERKER, L. C. M. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Org. Laura Camargo Macruz Feuerwerker. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.
- Gil, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002 .
- KARAL, A. *et al.* Fluxograma multiprofissional para atendimento de intoxicações agudas por agrotóxicos na atenção primária à saúde. *Escola Anna Nery*, v. 26, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/tMpYNm8kMW8QNNRbM9RQrnc/?format=pdf&lang=pt>
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VRzN6vF5MRYdKGMBYgksFwc/?lang=pt>
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.
- PONTE, A. I. M.; DA SILVA VIEIRA, A. M.; LIRA, B. R. F. Fluxograma analisador, uma ferramenta para o processo de trabalho na saúde. *Revista Multidisciplinar em Saúde*, v. 4, n. 3, p. 311-316, 2023. Disponível em:



<https://editoraintegrar.com.br/publish/index.php/remis/article/view/3960>. Acesso em: 25 jul. 2025.

REIS, I. L. F. *et al.* Renovação de Prescrição Médica na atenção primária: uma análise crítica. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 28, 2018. Disponível em: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/2360>

RODRIGUES, R. P. *et al.* Fluxograma Descritor do processo de trabalho: ferramenta para fortalecer a Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*, v. 43, n. spe6, p. 109-116, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S610>. Acesso em: 28 jul. 2025.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550109>. Acesso em: 18 ago. 2025.