



Oficina com a equipe de uma Unidade Básica de Saúde: relato de experiência sobre o processo de trabalho

Workshop with the staff of a Basic Health Unit: Experience report on the work process

Aline Braúna dos Santos¹, Levy Sombra de Oliveira Barcelos², Roberta Nobre da Silva³

Resumo

Introdução: O fluxograma analisador pode ser utilizado pela equipe de saúde para compreender os processos de trabalhos. Ele permite uma visualização do funcionamento da unidade e conseqüentemente os entraves que existam no fluxo. O objetivo deste trabalho foi relatar a experiência de uma oficina com a equipe de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Guaiuba para identificar o percurso de entrada até a saída dos pacientes atendidos, bem como a oferta de serviços realizados nesta unidade. **Métodos:** É um estudo observacional em formato de relato de experiência da construção de um fluxograma analisador a partir de uma oficina com a equipe de saúde da família de uma UBS. **Resultados:** Uma grande dificuldade da recepção na unidade é a fila de usuários que se forma na madrugada em busca de senha que dá acesso às consultas. O sistema utilizado pela unidade é por ordem de chegada, pois a UBS não possui um sistema de classificação de risco. **Conclusão:** A experiência vivenciada por todos os profissionais da UBS foi proveitosa, onde em roda de conversa, cada profissional elencou e problematizou suas dificuldades para que em equipe possam planejar as ações no serviço de saúde.

Palavras-Chave: Fluxograma. Acesso aos Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde.

Abstract

Introduction: The analyzer flowchart can be used by the health team to understand the work processes. It allows a visualization of the functioning of the unit and consequently the obstacles that exist in the flow. The objective of this work was to report the experience of a workshop with the team of a Basic Health Unit (UBS) in the city of Guaiuba to identify the route of entry to the departure of the patients attended, as well as the offer of services performed in this unit. **Methods:** It is an observational study in the form of an experience report on the construction of an analytical flowchart from a workshop with the family health team of a BHU. **Results:** A major difficulty in the reception at the unit is the queue of users who form at dawn in search of a password that gives access to consultations. The system used by the unit is on

1 Mestre Ensino na Saúde - UECE. Assistente do Centro de Atenção Psicossocial. Email: aline_brauna@hotmail.com

2 Cirurgião-Dentista Residente em Saúde da Família e Comunidade. Escola de Saúde Pública do Ceará. Email: levysombra@hotmail.com

3 Enfermeira Residente em Saúde da Família e Comunidade. Escola de Saúde Pública do Ceará. Email: robertanobre.enf@gmail.com

Correspondência: Avenida Antônia Justa, 3161, Meireles, Fortaleza, Ceará, CEP 60165-090.

a first come, first served basis, as the UBS does not have a risk classification system.
Conclusion: *The experience lived by all professionals at UBS was beneficial, where in conversation, each professional listed and problematized their difficulties so that the team can plan actions in the health service.*

Keywords: *Flowchart. Access to Health Services. Primary Health Care*

1. Introdução

A estratégia saúde da família (ESF) propõe que a atenção à saúde necessita estar centrada na família, a qual deverá ser vista a partir de seu contexto social. A concepção desses pressupostos propicia aos profissionais de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de práticas de cuidado que vão além de intervenções curativas¹.

O programa saúde da família (PSF), enquanto uma estratégia técnico-política do Ministério da Saúde, apresentava-se como uma estratégia para reorganizar a atenção básica, implantando uma mudança no enfoque da assistência, sendo priorizadas as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto dos adultos quanto das crianças de forma integral e constante².

Em 2006, já então como eixo norteador da base do SUS, o PSF foi transformado em Estratégia de Saúde da Família (ESF), enunciada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que em seguida foi revisada em 2011 e 2017³.

A ESF necessita da interação com a comunidade, visando construir, de forma participativa, práticas e estratégias mais

eficazes de superação dos problemas e melhor atendimento das reais necessidades de saúde da população. São necessárias as discussões acerca dos seus processos de trabalho, pois no encontro entre trabalhador e usuário operam processos tecnológicos que visam à produção de relações de escutas e responsabilizações, que se articula com a constituição de vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção³.

Para analisarmos e interrogarmos os “por que”, “para que” e “como” destes processos de trabalhos, temos o fluxograma analisador como ferramenta^{4,13}.

Por meio de uma representação gráfica dos processos de trabalho em saúde com a finalidade de entender o fluxo dos usuários quando procuram o serviço de saúde e como se dá a sua inserção⁵.

Desse modo, o fluxograma analisador se constitui como uma ferramenta de análise, que questiona os processos de trabalho, e simultaneamente mostra a forma de governá-lo. A ideia de se operar com dispositivos analíticos apoia-se na proposta de que a construção de tecnologias que operem com processos autoanalíticos e autogestivos, articuladas

às finalidades dos serviços de saúde, podem ser instrumentos potentes na viabilização do SUS e da ESF^{4,13}. Assim, este olhar crítico sobre o fluxo dos usuários torna o atendimento mais seguro, humano e organizado⁶.

Para que a equipe de saúde consiga garantir as diretrizes da atenção básica é necessário organização e planejamento dos processos de trabalho. Uma das ferramentas que pode ser utilizada pelas equipes para compreender esses processos é o fluxograma analisador. Ele permite uma visualização do funcionamento da unidade e conseqüentemente os entraves que existam no fluxo⁵.

A partir do fluxograma, é possível construir uma ilustração, uma representação do processo de trabalho que habitualmente é compreendido apenas do ponto de vista individual, e que passa a se tornar comum a todos da equipe, do qual se pode tomar certo distanciamento e lançar um olhar crítico e reflexivo acerca do processo⁴.

Este olhar individualizado é de fundamental importância, pois mesmo que haja uma orientação de fluxo baseado nos cadernos de atenção básica do Governo Federal, é necessário trabalhar com a realidade e peculiaridades de cada local⁷.

Diante disso, o objetivo deste trabalho foi relatar a experiência de uma oficina com a equipe de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Guaiuba para identificar o percurso de

entrada até a saída dos pacientes atendidos, bem como a oferta de serviços realizados nesta unidade.

Mediante essas informações, realizou-se uma análise crítica da efetividade e eficiência do fluxo do processo de trabalho.

2. Métodos

Trata-se de um estudo observacional em formato de relato de experiência com a participação interprofissional de residentes, equipe de referência em saúde da família, equipe do núcleo de apoio à saúde da família (NASF), agentes comunitários de saúde (ACS), técnicos de enfermagem e auxiliares administrativos da UBS.

Foi realizada uma oficina mediada pela equipe multiprofissional de residência em saúde para coleta de dados e após esse momento os dados foram consolidados e o fluxograma analisador foi construído.

A oficina ocorreu no dia 13 de agosto de 2019, no período da tarde, numa UBS no município de Guaiuba, localizado na região metropolitana de Fortaleza.

A equipe de saúde da família da Unidade é composta por uma médica, que pertence ao Programa Mais Médicos, uma enfermeira, um odontólogo, três técnicos de enfermagem, uma técnica em saúde bucal e três ACS, estando em conformidade com a PNAB 2017. A Unidade também conta com duas enfermeiras residentes e equipe de NASF

Residente composta por fisioterapeuta, psicóloga e assistente social.

Vale ressaltar que a população adscrita da UBS abrange um bairro do município e encontra-se em condição de vulnerabilidade econômica e social. A maior parte do território é descoberta por ACS, sendo a área coberta composta por 510 famílias cadastradas somando, aproximadamente, 2000 pessoas. A parte descoberta é estimada em 500 famílias.

Estiveram presentes no momento da oficina os três ACS, a enfermeira, o dentista, o recepcionista, a técnica de enfermagem responsável pela farmácia, o técnico em enfermagem do ambulatório e a da sala de vacina, bem como os residentes que atuam na ênfase Saúde da Família e Comunidade e na ênfase Saúde Coletiva, a saber: quatro enfermeiras, dois dentistas, uma psicóloga, uma assistente social, um fisioterapeuta e uma sanitária.

Desde a inserção dos residentes no serviço, realizou-se a observação do cotidiano, das relações entre os profissionais e entre estes e os usuários, visto que para uma melhor apreensão da rotina e da dinâmica do serviço, faz-se necessário lançar mão de várias estratégias. A estratégia utilizada foi uma oficina usando a técnica de Grupo focal com representantes da maioria dos setores da UBS e categorias profissionais que atuam no serviço.

De início foi realizada uma dinâmica de acolhimento, onde todos os participantes, com exceção dos

mediadores, escreveram em um papel, que foi fixado no dorso dos participantes, características positivas dos colegas. Posteriormente, às características foram lidas, envoltas de surpresas e descontração por todos. O objetivo foi tornar o ambiente mais agradável, promover a interação entre os presentes e para que houvesse o máximo de colaboração na atividade.

Após a dinâmica, em diálogo com todos os participantes, foi consentido a realização de uma roda de conversa, para que cada profissional expusesse como se dá sua atuação com base nas potencialidades, dificuldades e possibilidades, estimulando a discussão e a contribuição dos saberes, ora acrescentando informações, ora propondo soluções necessárias tanto para as atuações individuais, quanto coletivas.

A partir dessa metodologia, foi possível fazer um levantamento do contexto geral do serviço e a análise do mesmo. Assim, foram emergindo sugestões para identificação e solução dos “nós críticos” ali mencionados. É sugerido que o fluxograma analisador seja feito a partir da discussão de casos, número de atendimentos, horários de picos, tipos de demanda, fluxo interno, dentre outros⁵.

3. Resultados e discussão

Em relação à porta de entrada do usuário na UBS, é importante visar que as pessoas que buscam o serviço pertencem

a perfis diversos, como hipertensos, diabéticos, gestantes para realização do pré-natal, crianças e adultos em geral. Existem ainda os que acessam ao serviço por intermédio dos ACS devido a limitações de locomoção ou por pertencerem às áreas descobertas. Dentre os hipertensos e diabéticos, a demanda, majoritariamente, resume-se à renovação de receitas dos medicamentos de uso contínuo.

O atendimento à população acontece por meio de agendamento de consultas, demanda espontânea e encaminhamentos. Os usuários buscam com frequência vagas para realização de exames de ordens diversas e consultas com especialistas como urologista, o qual atende no hospital municipal, contudo a oferta se demonstra insuficiente para o atendimento dessas demandas porque as vagas liberadas para cada UBS não são por pessoa, mas por quantidade de exames.

A recepção é feita por dois profissionais de nível médio, um técnico de enfermagem que realiza aferição de pressão arterial, teste de glicemia e pesagem dos usuários e por um recepcionista, responsável pelo preenchimento das fichas de atendimento e marcação de consulta.

Uma das grandes dificuldades da recepção na unidade diz respeito à fila de usuários que se forma na madrugada em busca da “ficha” (uma senha) que dá acesso às consultas médica e

odontológica. Após enfrentar a fila, o usuário entra na UBS às 8 horas (horário em que se inicia o expediente) e se dirigem à recepção para receberem a ficha para consulta médica, odontológica e de enfermagem por ordem de chegada, pois a unidade não possui um sistema de classificação de risco.

O recepcionista demonstra considerável despreparo em desempenhar sua função, em algumas ocasiões desconhece para qual profissional o usuário será destinado, muitas vezes interrompendo o atendimento da enfermeira para tirar dúvida. Foi observada a inexistência de Acolhimento e triagem por parte da equipe.

O acolhimento prevê a organização e funcionamento do serviço de saúde, visando a assistência aos sujeitos que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. O serviço de saúde assume a sua função essencial que é a de acolher, escutar e ser capaz de resolver os problemas de saúde da população⁸.

Na unidade em questão não existe nenhum protocolo para que o atendimento ao usuário de saúde seja embasado.

Há um desconhecimento das orientações de acolhimento à demanda espontânea do ministério da saúde⁷. As decisões sobre o cuidado aos pacientes são tomadas pelo profissional de ensino superior, seja enfermeiro, médico ou dentista, com a participação mínima do usuário nesse processo, para que as

possibilidades sejam discutidas e a melhor forma de cuidado seja escolhida de acordo com as questões socioeconômicas, biopsicossociais e cognitivas dos mesmos.

Essa discussão ocorre na primeira consulta do usuário na unidade e pode ser reavaliada caso o quadro de saúde seja modificado, sendo realizada em poucos momentos com o usuário. Os critérios utilizados para a realização da discussão sobre a decisão do caso são definidos a partir da gravidade e prioridade do atendimento, com base no problema apresentado, a equipe discute sobre a problemática em questão.

A resolução dos problemas citados se dá de acordo com os recursos disponíveis na UBS. Dessa forma, em algumas situações de urgência e emergência, é realizado o acolhimento e os usuários são encaminhados para outros equipamentos, visto que a UBS não dispõe de ambulatório para realização de determinados procedimentos, tais como medicações intravenosas, nebulização, dentre outros e quando os recursos humanos e materiais locais se tornam escassos.

A UBS em questão realiza atendimento com carga horária de 40 horas semanais, oferecendo todos os programas recomendados pelo Ministério da Saúde, compondo assim seu cardápio de ofertas: atendimento ao hipertenso e diabético, pré-natal, prevenção do câncer do colo do útero (citopatológico),

planejamento familiar, puericultura, hanseníase e tuberculose, odontologia, vacinação na Unidade e extramuro, visita domiciliar e demanda espontânea.

As consultas de hipertensos e diabéticos são realizadas mensalmente para um acompanhamento mais adequado, a periodicidade do pré-natal é de acordo com a semana gestacional, de forma intercalada entre médica e enfermeira.

Os procedimentos como curativos, retirada de pontos, administração de medicamentos, aferição de pressão arterial e glicemia são realizados por um dos técnicos de enfermagem da unidade e a vacinação é realizada por outra profissional técnica de enfermagem.

Dentre as atividades realizadas estão educação em saúde, como sala de espera e grupos educativos, atendimentos compartilhados, visitas domiciliares e programa saúde na escola.

Destaca-se como um dos problemas de infraestrutura da Unidade, a ausência de ambulatório, portanto em casos de hiperglicemia, picos hipertensivos entre outros, o usuário é encaminhado ao hospital municipal para estabilidade do quadro. Outro problema observado é a falta de transporte para os profissionais para realização de visitas domiciliares.

Ao se tratar da forma de saída dos usuários da UBS, percebeu-se que, por conta do trabalho individualizado por núcleo profissional, cada um destes toma

a decisão de acordo com a demanda de cada paciente separadamente.

Dessa forma, a enfermeira realiza encaminhamentos para o NASF, para a médica por meio de retirada de fichas e para a atenção secundária em nível ambulatorial e hospitalar no caso de pacientes instáveis^{6,13}.

A médica faz encaminhamentos intersetoriais como é o caso do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), solicita exames e atendimentos especializados a níveis secundário e terciário, não havendo possibilidade de marcação de retorno. O cirurgião Dentista encaminha primordialmente ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de Maracanaú.

O NASF encontra dificuldades em receber encaminhamentos, mas estes quando ocorrem se dão através dos ACS e do núcleo de enfermagem, podendo ser realizados atendimentos individuais, grupos terapêuticos, ações de educação em saúde e encaminhamentos para serviços especializados como SAD, CAPS, e intersetoriais, como Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), entre outros.

Outras formas de saída são a alta médica e o óbito. Para os que recebem alta há dificuldades no acompanhamento longitudinal devido às escassas informações dos usuários já que muitos não têm registro em prontuários, e não há ainda uma estratégia de monitoramento da

saúde dos que não estão rotineiramente no serviço.

A divisão do trabalho na Unidade, pelo que se pôde perceber, está minimamente bem definida, embora não haja nenhum documento orientador que esclareça os fluxos e as práticas de cada profissional.

Essa divisão ocorre a partir das atribuições técnicas de cada trabalhador, para funções específicas, como os técnicos de enfermagem, médica, enfermeira e dentista. Para as demais funções que são ACS, recepcionista, responsável pela farmácia, vigia e serviços gerais, exige-se ensino médio. À gerente do serviço cabe a coordenação e supervisão das atividades diárias das atividades que, apesar das dificuldades existentes, exerce a contento o papel de liderança.

Sempre há uma relação de poder no trabalho em grupo e, nesse caso, nota-se uma grande concentração desse poder na figura da médica, pois praticamente todo o serviço gira em torno dela, da sua disponibilidade e sistema de trabalho. Dos demais profissionais são cobradas assiduidade e pontualidade, porém a médica, mesmo tendo que obedecer a uma carga horária, faz seu horário independente disso, de acordo com suas necessidades pessoais, o que reflete no funcionamento da UBS como um todo.

A fragilidade nas relações interpessoais do trabalho em equipe na ESF, vai de encontro a diretriz do

HumanizaSUS que preconiza a ampliação do diálogo entre os profissionais e a promoção de gestão participativa para a qualificação da assistência em saúde⁹.

O trabalho em equipe se constitui como uma estratégia relevante para articular as ações de saúde, integrar os agentes de mudança, superar o distanciamento dos saberes e democratizar as relações. Assim, se constitui como um instrumento essencial para proporcionar uma assistência de qualidade para o sujeito e, conseqüentemente, atingir resultados terapêuticos melhores⁹.

A partir desse contexto, faz-se necessária uma reflexão profunda sobre a superação do modelo hegemônico na saúde que tem como profissional mais importante o médico, buscando-se a igualdade nas relações profissionais e a valorização de cada um no processo de cuidado.

A decisão de oferta do cardápio ao usuário é compartilhada entre enfermeira e médica. A enfermeira define, de acordo com as demandas específicas de cada usuário, em que grupo ou programa o mesmo deve se encaixar e, a partir de então, acontecem os acompanhamentos e encaminhamentos necessários.

A questão de definição de quantas vagas pode ser disponibilizada para atendimento médico fica a critério da própria médica e, quando é preciso, ela também realiza encaminhamentos em geral.

O trabalho em equipe no setor da saúde vem reivindicando a colaboração interprofissional, isto é, ação exercida por duas ou mais profissões baseada em seus elementos comuns. Com base nesse conceito, podemos dizer que ainda existem muitas dificuldades para o diálogo entre os saberes, pois cada um limita-se ao seu núcleo com foco na doença e não no sujeito.

Identificamos que são mínimos os momentos de discussão/decisão sobre oferta de cuidado do usuário em comparação com a demanda. A equipe realiza reunião uma vez por mês para repasses sobre produção, metas e nesse momento também ocorrem as discussões acerca do processo de trabalho, avaliando-se as potencialidades e dificuldades, com destaque para o papel dos ACS que são imprescindíveis na Atenção Primária em Saúde¹⁰.

A clínica ampliada é uma estratégia que visa contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde-doença, enfrentando a fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia¹⁰.

Contudo, observando a dinâmica da equipe, foi possível depreender que sua prática ainda está muito baseada no modelo biomédico, com práticas de cuidado tradicionais, e que o diálogo com os usuários é bastante falho. Nesse sentido, a construção do vínculo entre

profissionais e comunidade fica prejudicada.

Pelos motivos elencados acima, acredita-se que a equipe não consegue realizar o cuidado longitudinal à população adscrita, sendo necessária, portanto, a construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo de modo permanente e consistente.

Foi identificada a mínima utilização das tecnologias do tipo leve, pois a equipe não estabelece vínculo com o usuário, muitas vezes o atendimento é realizado de forma rápida pelos profissionais, sem uma escuta qualificada, prevalecendo tecnologias do tipo leve duras e duras, no modelo assistencial centrado no profissional.

Os elementos identificados que podem potencializar um trabalho alienado por parte dos trabalhadores de saúde é a falta de comunicação entre a equipe e a fraca relação, muitas vezes conflituosa.

Foi identificada uma carência de educação permanente, impossibilitando gerar reflexão sobre o processo de trabalho e transformação das práticas em serviço. Os outros profissionais da equipe deixam às demandas da unidade muito atreladas a enfermeira, sobrecarregando a mesma, tornando o ambiente estressante.

Quanto aos nós críticos no processo de trabalho da equipe, foram identificados os seguintes: o serviço ainda funciona com base em distribuição de fichas para consultas e por causa disso, a população chega de madrugada à UBS ou às vezes

dorme na calçada para garantir a sua vaga; atendimento médico no modelo ambulatorial; a médica coloca obstáculos para realizar visita domiciliar e trabalha em escala diferente da exigida pelo programa Mais médicos, do qual faz parte.

Esse programa determina que o profissional médico se dedique ao serviço por 40 horas semanais, gozando de 8 horas dentre essas 40 para fins de estudo; falta de medicamentos; áreas descobertas; falta material odontológico; dificuldade na marcação de exames, e por fim, resistência da equipe em relação às atividades em grupo o que acaba priorizando o atendimento individual ambulatorial alheio às necessidades complexas de saúde. Tornando assim o trabalho dentro da UBS pouco resolutivo.

Algumas mudanças podem beneficiar o serviço, e ao encontrarmos os “nós” que o enfraquecem, sugerimos a implantação da Política Nacional de Humanização em Saúde e da Política de Educação Permanente em Saúde para o fortalecimento do controle social; geração de corresponsabilização entre os trabalhadores; capacitação dos profissionais sobre o que é o SUS e sobre a interdisciplinaridade no serviço.

Por fim, faz-se necessário que os residentes junto à equipe do serviço, realizem uma oficina de avaliação do presente fluxograma analisador da unidade, utilizando a metodologia das matrizes Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças (FOFA) e

Gravidade, Urgência e Tendência (GUT) de gerenciamento de problemas e, a partir disso, elaborar-se um novo fluxograma, compreendendo a importância da interdisciplinaridade ao definir o papel e contribuição de cada profissional na transformação do serviço com a prioridade de integrar os cuidados já oferecidos, potencializando-os e gerando um efeito mobilizador¹¹.

4. Conclusão

Diante do que foi analisado, foram encontradas diversas dificuldades de articulação para construção do fluxograma.

A experiência vivenciada por todos os profissionais da UBS foi proveitosa, onde em roda de conversa cada profissional pode elencar suas dificuldades e problematizar o que cada um expôs para posteriormente chegar a consenso organizacional para planejar o funcionamento adequado da unidade. Também foi útil para cada trabalhador perceber a sua importância dentro da sua função, assim como perceber a importância do trabalho executado pelo colega de trabalho.

Nota-se que para a construção de um processo de trabalho em saúde é imprescindível que haja o diálogo fraterno no cotidiano dos profissionais, principalmente para se tentar efetivar a dimensão da interprofissionalidade para que se consiga oferecer o cuidado integral

à população que é tão caro para o precioso SUS.

Salienta-se também que, para desatarem-se os “nós críticos” é fundamental para o fortalecimento do controle social, tendo em vista que o Brasil é um país democrático e que as políticas públicas devem ser construídas e fiscalizadas pelos diversos atores sociais.

5. Referências

1. 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. [internet]. [acesso em 15/10/2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.
2. Pinto, Luiz Felipe, Ligia Giovanella. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das interações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23 (6): 1903-1914.
3. Arantes, Luciano José, Helena Eri Shimizu, Edgar Merchán-Hamann. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21 (5): 1499-1510.
4. Mehry, Emerson Elias, Onocko, Rosana. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.
5. Reis, Valéria Maria, Helena Maria Scherlowski Leal David. O fluxograma analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. *Rev de APS*. 2010; 13 (1).
6. Bellucci, José Aparecido, Laura Misue Matsuda. Implantação do sistema acolhimento com classificação e avaliação de risco e uso do fluxograma

analisador. Texto & Contexto Enfermagem. 2012; 21 (1): 217-225.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Departamento de Atenção Básica.

Acolhimento à demanda espontânea /

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção

Básica. – 1. ed.; DF: Brasília, 2013. 56 p. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, v.1).

8. Almeida Mayron Moraes, Coutinho Luzinete de Sousa, Santos Márcia Sousa.

Nurse as a hospital manager in primary care: integrative review. ReonFacema.

2020 Feb 04; 3 (4): 765-774.

9. Peruzzo, Hellen Emília, et al. Os desafios de se trabalhar em equipe na

estratégia saúde da família. Esc. Anna

Nery [online] [Internet]. 2018 [cited 2020

Feb 4];22(4) Available from:

http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt_1414-8145-ean-22-04-e20170372.pdf.

10. Fonsêca, Graciela Soares, et al.

Redesenhando caminhos na direção da

clínica ampliada de saúde bucal. Saude

soc. 2018; 27 (4).

11. Seppänen Laura, et al., editors. 18

Congresso Brasileiro de Ergonomia.

Laboratório Interfronteiras: uma ferramenta possível para a integralidade no

atendimento aos acidentados de trabalho. ;

2016; Belo Horizonte, Minas Gerais. In 18

Congresso Brasileiro de Ergonomia; 2016.

4p.

12. Brasil, Cadernos de Atenção

Básica: Diretrizes do NASF. Ministério da

Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Departamento de Atenção Básica. Saúde

na escola / Ministério da Saúde, Secretaria

de Atenção à Saúde.

13. Tabile, Patrícia Micheli, et al. A

importância do fluxograma para o trabalho

da saúde da família na visão do projeto

PET-SAÚDE. Revista Eletrônica Gestão &

Saúde. 2015; 6 (1): 680-690.

Como citar este artigo

Santos AB dos; Barcelos LSO; Silva RN da. Oficina com a equipe de uma Unidade Básica de Saúde: relato de experiência sobre o processo de trabalho. Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais. [online], volume 5, n. 1. Editor responsável: Luiz Roberto de Oliveira. Fortaleza, mês e ano, p. 65-76. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/resdite/index>. Acesso em “dia/mês/ano”.

Data de recebimento do artigo: 15/10/2019

Data de aprovação do artigo: 05/02/2020

Data de publicação: 17/04/2020
