v7.n5.2026

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

FLUXOGRAMA ANALISADOR PARA GESTÃO DE TRABALHO NO PROGRAMA DE TUBERCULOSE EM UMA UNIDADE DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

ANALYZER FLOWCHART FOR WORK MANAGEMENT IN THE TUBERCULOSIS PROGRAM AT A HEALTH UNIT: EXPERIENCE REPORT

FLUJOGRAMA ANALIZADOR PARA LA GESTIÓN DEL TRABAJO EN EL PROGRAMA DE TUBERCULOSIS EN UNA UNIDAD DE SALUD: RELATO DE EXPERIENCIA

Dayanna Alves da Silva[1], Tatyelle Santos Pinho[2], Jacenilde Silva Nascimento[2], Juliana Batista Araújo[3], Pedro Phelipe Gomes dos Santos[4], Vanessa Ferreira Barroso[5], Ilka Kassandra Pereira Belfort[6], Deysianne Costa Das Chagas[7], Sally Cristina Moutinho Monteiro[8]

e757722
https://doi.org/10.47820/recima21.v7i5.7722

PUBLICADO: 05/2026

RESUMO

O objetivo deste trabalho é apresentar a construção de um fluxograma analisador no processo de gestão de trabalho do programa de tuberculose em uma unidade básica de saúde (UBS). Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, onde se compartilhou a elaboração de um fluxograma analisador com profissionais de saúde e estudantes de cursos de graduação na área da saúde, do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) - Gestão e Assistência, focando a gestão do processo de trabalho do Programa de Combate à Tuberculose. O estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de São Luís/MA. A coleta de dados ocorreu utilizando observação assistemática supervisionada (profissionais da UBS, estudantes, preceptora e tutoras), análise da estrutura física da unidade e portfólio das visitas. A experiência foi significativa, contribuiu com a melhoria no fluxo de atendimento e processos de trabalho, deixando-os em um formato mais visível e acessível para todos.

PALAVRAS-CHAVE: Tuberculose. Gestão. Fluxograma analisador.

ABSTRACT

The objective of this work is to present the experiences and stages of building a flowchart analyzing work management in the tuberculosis program in a basic health unit. This is a descriptive study, of the experience report type, where the creation of an analytical flowchart was shared by health professionals and students of undergraduate courses in the health area, participants of the Education through Work for Health Program (PET-Saúde), focusing on managing the work process in the Tuberculosis Program. The study was carried at the component

[1] Acadêmica do Curso de Farmácia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, Maranhão, Brasil.
[2] Acadêmica do Curso de Nutrição da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, Maranhão, Brasil.
[3] Acadêmica do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, Maranhão, Brasil.
[4] Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, Maranhão, Brasil.
[5] Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, Maranhão, Brasil.
[6] Doutora em Biotecnologia (RENORBIO) - UFMA (2021). Mestre em Saúde Materno Infantil- UFMA (2013). Possui graduação em Enfermagem pela Faculdade Santa Terezinha - CEST (2008) e graduação em Biblioteconomia pela Universidade Federal do Maranhão (2001). Especialista em Saúde Materno Infantil, Saúde da Família, Saúde da Mulher Negra e Docência e serviços de Saúde.
[7] Graduada em Nutrição (2008), com mestrado (2010) e doutorado em Saúde Coletiva pela UFMA (2016). Especialista em Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidência (Hospital Sírio-Libanês, 2021) e em Docência na Saúde (UFRGS, 2015). Professora assistente do Departamento de Ciências Fisiológicas da UFMA e coordenadora adjunta da UNASUS/UFMA.
[8] Farmacêutica-bioquímica, com mestrado (2001) e doutorado (2005) em Biociências e Biotecnologia Aplicada à Farmácia pela UNESP e pós-doutorado pela Fiocruz/MG (2020). Especialista em Farmácia Clínica, Docência em Saúde e formação FAIMER Brasil. Professora associada do Departamento de Farmácia da UFMA e docente em programas de pós-graduação (PPGSAD e RENASF). Atuou na coordenação de diversos programas PET-Saúde na UFMA (2013–2023) e foi bolsista produtividade FAPEMA.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

of the primary health care service, located in São Luís, Maranhão. The following data collection techniques were used: unsystematic supervised observation (interviewers and preceptor participants), analysis of the physical structure of the unit and the portfolio of visits. The experience was significant and contributed to improving the service flow and work processes, leaving them in a visible and accessible format for everyone.

KEYWORDS: *Tuberculosis. Flowchart Analyzing. Management.*

RESUMEN
El objetivo de este trabajo es presentar la construcción de un diagrama de flujo analizador en el proceso de gestión de trabajo del programa de tuberculosis en una unidad básica de salud (UBS). Se trata de un estudio descriptivo, del tipo relato de experiencia, donde se compartió la elaboración de un diagrama de flujo analizador con profesionales de la salud y estudiantes de cursos de grado en el área de la salud, del Programa de Educación por el Trabajo para la Salud (PET-Salud) - Gestión y Asistencia, enfocándose en la gestión del proceso de trabajo del Programa de Combate a la Tuberculosis. El estudio se realizó en una UBS, en São Luís/MA. La recolección de datos se realizó utilizando observación asistemática supervisada (profesionales de la UBS, estudiantes, preceptora y tutoras), análisis de la estructura física de la unidad y portafolio de las visitas. La experiencia fue significativa, contribuyó a la mejora del flujo de atención y de los procesos de trabajo, dejándolos en un formato más visible y accesible para todos.

PALABRAS CLAVE*: Tuberculosis. Gestión. Diagrama de Flujo Analizador.*

1. INTRODUÇÃO

A Tuberculose é considerada um problema de saúde pública mundial, com taxas de morbimortalidade aumentadas (Duarte *et al*., 2013, tradução nossa). A distribuição do número de casos ocorre de forma desigual no mundo, concentrando-se nos grupos de maior vulnerabilidade social, econômica, racial e de gênero e aqueles com comorbidades (Brasil, 2014).

Em 2020, o Brasil reduziu em 93% as notificações da tuberculose, mas ainda compõe a lista dos 30 países que concentram grande porcentagem (>80%) de casos de tuberculose no mundo (20ª posição). O número de óbitos em 2020 foi 4.543, correspondendo a um coeficiente de mortalidade de 2,1 óbitos/100 mil habitantes (World Health Organization, 2021).

Já em 2023, a taxa global de incidência de tuberculose aumentou em 4,6% entre 2020 e 2023, totalizando 8,2 milhões de pessoas recém diagnosticadas com tuberculose nesse último ano, como reflexo das sucessivas interrupções nos atendimentos de tuberculose durante a pandemia de COVID-19 (World Health Organization, 2024).

No Brasil, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) é responsável, entre outras ações, por estabelecer as diretrizes para o controle da doença, que tem tratamento padronizado, exclusivamente oferecido no serviço público de saúde. Nesse contexto, a Atenção

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Primária à Saúde (APS) apresenta-se como ponto preferencial de entrada para a atuação do PNCT (Brasil, 2017).

A coordenação e o oferecimento de cuidado em saúde precisam constantemente de tecnologias e estratégias que corroborem com melhorias no acesso e manejo do processo de trabalho. À vista disso, destaca-se como tecnologia de organização o fluxograma analisador, um instrumento que favorece a melhor visualização das etapas e interações das atividades desenvolvidas, por possibilitar a identificação de oportunidades de melhorias (Rodrigues *et al*., 2019).

O fluxograma analisador é uma ferramenta que auxilia na (re)organização do processo de trabalho, de modo a promover um cuidado linear, tornando o mesmo seguro e eficaz (Ponte; Lira; Vieira, 2023), possibilitando a (re)orientação dos modelos assistenciais vigentes e a identificação de nós críticos envolvidos nos processos de trabalho em saúde (Amaral *et al*., 2021). Dado isso, o projeto PET-Saúde: Gestão e Assistência, acolhido por uma Instituição de Ensino Superior (IES) pública, São Luís/MA, buscou contribuir para a integralidade da assistência dos sintomáticos respiratórios e dos diagnosticados com tuberculose na APS, em conjunto com a Estratégia Saúde da Família (ESF), ao cooperar com a construção de planejamentos e ferramentas que identifiquem as potencialidades e fragilidades das ações e serviços de saúde prestados a esses usuários. Desta forma, o objetivo deste trabalho é apresentar as experiências e etapas da construção de um fluxograma analisador da gestão de trabalho no programa de tuberculose em uma unidade básica de saúde de São Luís/MA.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, onde se compartilhou a elaboração de um fluxograma analisador por profissionais de saúde e estudantes de cursos de graduação na área da saúde de uma Instituição de Ensino Superior pública e participantes do PET-Saúde GeAs, com foco na gestão do processo de trabalho no Programa de Combate à Tuberculose. O estudo foi realizado no período de outubro a dezembro de 2022, no Centro de Saúde Dr. Antônio Guanaré, componente do serviço de APS, São Luís/MA.

A dinâmica adotada para a distribuição dos autores no campo de estudo foi através de um cronograma, organizado em grupos semanais, de modo que cada visita a unidade de saúde estivesse presente, no mínimo, dois estudantes, a preceptora e uma tutora. Essa estratégia permitiu que cada participante realizasse, pelo menos, três visitas a unidade de saúde e pudesse

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

observar e debater sobre as etapas do atendimento e encaminhamento dos usuários com os profissionais de saúde.

Além dos autores, participaram deste trabalho profissionais atuantes em diferentes etapas envolvidas no processo de atendimento aos usuários sintomáticos respiratórios e com diagnóstico de tuberculose, dentre eles: dois recepcionistas, um agente de portaria, um profissional da higienização, dois médicos, uma farmacêutica, um cirurgião dentista, cinco enfermeiras, doze agentes comunitários de saúde e o diretor da unidade de saúde.

As ferramentas para a coleta dos dados foram: observação assistemática supervisionada na rotina de atendimento, acompanhamento e encaminhamento dos usuários sintomáticos respiratórios e com diagnóstico de tuberculose e entrevista não estruturada com os profissionais da unidade, objetivando levantar, a partir do livre discurso, o fluxo do atendimento aos usuários e os passos seguidos por esses na Rede de Atenção à Saúde (RAS) para o tratamento de tuberculose e acompanhamento da saúde.

A construção do fluxograma analisador baseou-se no modelo descrito por Franco e Merhy (2003), que o consideram como uma ferramenta que representa graficamente todas as etapas do processo de trabalho (Amorim *et al*., 2014). Essa construção foi realizada na própria unidade de saúde tendo as informações coletadas (envolvendo a dinâmica de atendimento aos usuários) como instrumento efetivo para a ação. Seguindo o modelo descrito por Franco e Merhy (2003), o fluxograma analisador foi representado por formas geométricas ou símbolos, seguindo um padrão universal e uma ordem de execução, em que a elipse representa a entrada ou saída no serviço de saúde; o losango demonstra uma tomada de decisão para a continuidade do trabalho; o retângulo ou o quadrado, que determinam o momento de intervenção (ação) sobre o processo.

Nesse contexto, a entrada representa o acesso do usuário à unidade de saúde; a recepção, o local de acolhimento e atendimento; a decisão de oferta faz referência aos diferentes critérios utilizados para o entendimento da condição de saúde do usuário e se será objeto de intervenção na unidade de saúde; o cardápio baseia-se na tomada de decisão, de acordo com a necessidade do usuário e oferta de serviços pela unidade; a saída descreve o desfecho que ocorreu ao usuário mediante algum tipo de intervenção (Figura 1).

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Figura 1. Representação gráfica de um fluxograma analisador do percurso de um usuário ao buscar atendimento no Centro de Saúde Dr. Antônio Guanaré, São Luís/MA



Fonte: Adaptado de Amorim *et al*. (2014).

A construção do fluxograma analisador foi objeto de análise em três etapas: i) analisou-se os nós críticos e potencialidades observadas durante o atendimento de pessoas sintomáticas respiratórias e com diagnóstico de tuberculose, a partir da percepção dos entrevistadores (participantes do PET-Saúde GeAS); ii) analisou-se as fragilidades e as potencialidades no fluxo de atendimento e cuidados desses usuários, na perspectiva dos entrevistados (profissionais da unidade de saúde); iii) realização de Roda de Conversa com todos os participantes do estudo para a visualização e (re)formulação do fluxograma analisador, onde foram discutidos o processo de trabalho, os participantes do processo de trabalho no atendimento dos usuários, os nós críticos e as potencialidades do atendimento/encaminhamento objetivando a melhora do serviço ofertado, qualidade e a segurança do cuidado em saúde.

3. RELATO DE EXPERIÊNCIA

A experiência vivenciada na gestão do processo de trabalho, através do Programa de Combate à Tuberculose, na unidade de saúde, gerou a percepção de que, independentemente do nível de atenção à saúde, é fundamental a garantia de sistemas de apoio para a promoção, manutenção, recuperação e cura da pessoa com tuberculose, por meio de todos os tipos de tecnologias necessárias.

No contexto do cuidado ao paciente com tuberculose é relevante que a equipe multiprofissional e interdisciplinar realize um acompanhamento integral, desde a suspeita até o diagnóstico, tratamento e o pós-tratamento da doença, necessitando de articulações não somente com outros níveis de atenção, mas, principalmente, intersetorialmente (Brasil, 2021). Dessa forma, é importante que cada profissional, dentro de suas competências e atribuições, domine o fluxo de atendimento, tendo em vista ações assertivas, que se reflitam no adequado funcionamento do serviço ofertado pela unidade de saúde e, consequentemente, na melhora da qualidade de vida do usuário.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

A construção do fluxograma analisador foi uma estratégia relevante, não só para nortear o atendimento, mas também para identificar e reduzir as fragilidades encontradas no processo de trabalho. Durante a elaboração do fluxograma o primeiro aspecto abordado foi a realização do diagnóstico situacional, no contexto da gestão do processo de trabalho no Programa de Combate à Tuberculose, para que assim fosse possível conhecer todas as particularidades da unidade e da população assistida. A partir daí, foram identificadas fragilidades e potencialidades no serviço prestado. Além disso, o diagnóstico situacional da unidade foi importante para entender as potencialidades e nós críticos apontados pelos profissionais da unidade de saúde.

Como fragilidades e/ou nós críticos destacaram-se a baixa efetividade no rastreio de contatos dos pacientes, a burocracia dos processos administrativos para início do tratamento, a baixa cobertura na busca ativa dos sintomáticos respiratórios, a baixa adesão ao seguimento do tratamento da doença, o descumprimento dos protocolos e a precariedade do sistema de educação em saúde para a população assistida. Dentre as potencialidades destacaram-se: o vínculo estabelecido entre os profissionais com o usuário e sua família, o acolhimento humanizado, a oportunidade de diagnóstico de outras doenças, o acolhimento com classificação de risco e o adequado tratamento para casos latentes.

O ponto de partida para a construção do fluxograma analisador foi o acesso pessoas sintomáticas respiratórias e com diagnóstico de tuberculose a unidade de saúde, representado pela entrada. A partir de então, o caminho percorrido pelo usuário no estabelecimento foi traçado, de acordo com a sua necessidade. Após a entrada, o usuário deverá ser encaminhado ao acolhimento, nesse momento ocorrerão as perguntas norteadoras do percurso do usuário na unidade. Em seguida questiona-se se é a primeira vez em que se busca atendimento na unidade. Os próximos passos deverão ser no sentido da obtenção de informações a respeito de como o usuário chegou à unidade. Nos casos em que a pessoa tenha sido transferida, deve-se interrogar sobre agendamento de consulta, existência de encaminhamento e prontuário pré-elaborado. Quando houver a necessidade de abertura de prontuário, deverá ser solicitado a entrega dos documentos que comprovam a condição de saúde do usuário. Diante de usuários previamente diagnosticados, deve-se questionar sobre tratamento prévio a fim de verificar a fase do tratamento que o usuário se encontra.

Diante dessas informações, seguiu-se para a segunda etapa da construção do fluxograma, cujo objetivo foi a identificação do caminho percorrido pelo usuário durante e após a consulta médica ou com o enfermeiro. Sendo assim, a segunda etapa da construção do fluxograma abrange a verificação dos sinais e sintomas, bem como a confirmação do diagnóstico de tuberculose. Para as pessoas sintomáticas respiratórias sem diagnóstico, deve-se solicitar

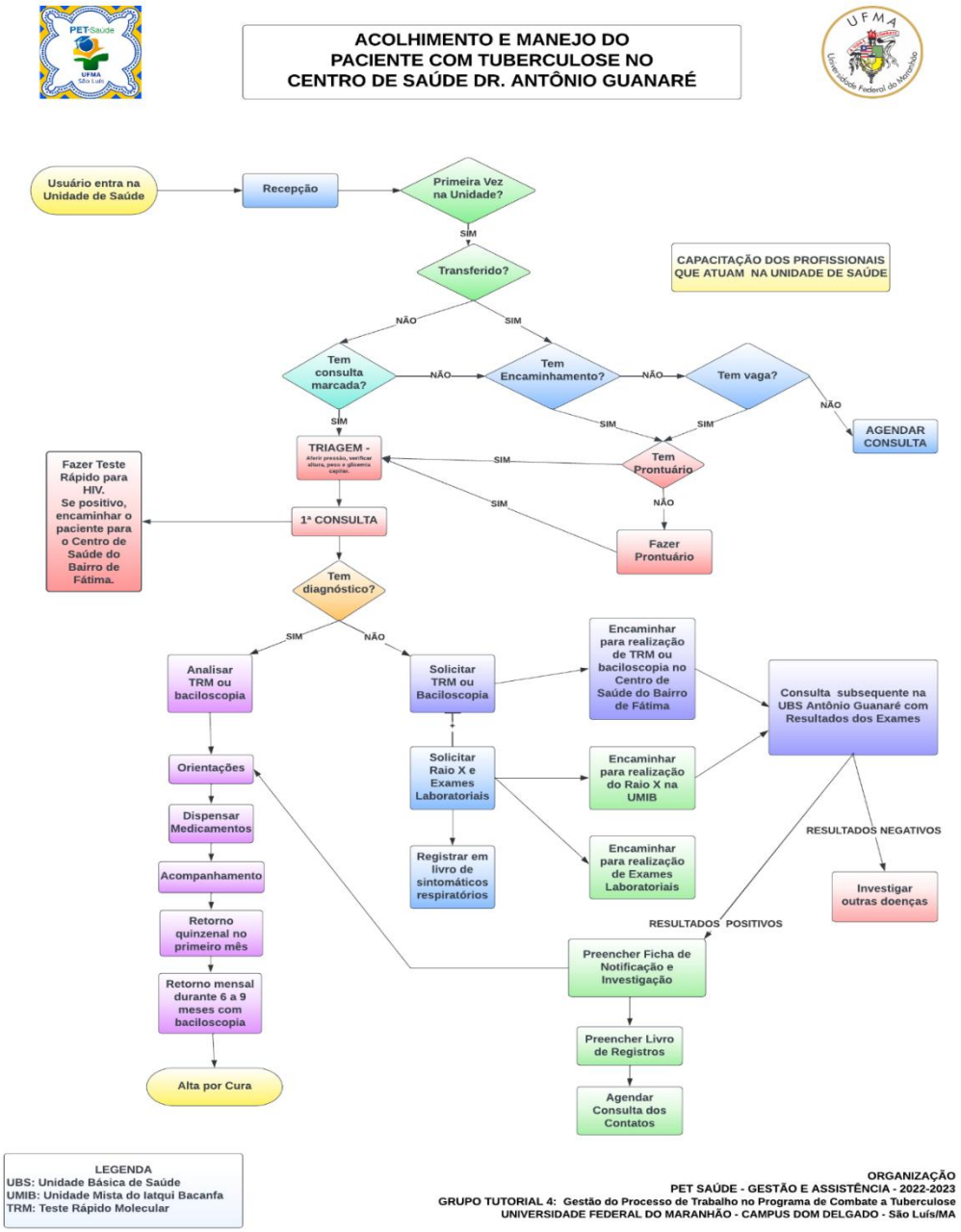
Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

exames como Baciloscopia ou Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM) e Radiografia de Tórax. Uma vez confirmada a doença, deve-se realizar a notificação e preencher o livro de registros de tuberculose, além de agendar os contatos para consulta.

Na sequência, deve-se realizar a dispensação dos medicamentos para o tratamento e todas as orientações adequadas sobre a estrutura do tratamento (incluindo os efeitos colaterais e adversos do medicamento, bem como o manejo adequado) e a necessidade de retornos quinzenais no primeiro mês e mensais a posteriori, distribuídos ao longo de um período de seis a nove meses, acompanhados pela realização de baciloscopia, além da conscientização do usuário de que a condição para a alta médica só ocorrerá mediante a conclusão do tratamento medicamentoso e o resultado negativo da baciloscopia. A estrutura gráfica do fluxograma analisador construído encontra-se na Figura 2.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Figura 2. Fluxograma Analisador construído para acolhimento e manejo do usuário sintomático respiratório e diagnosticado com tuberculose no Centro de Saúde Dr. Antônio Guanaré, São Luís/MA



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Na terceira etapa foi realizada uma roda de conversa entre todos os envolvidos no processo de trabalho e construção do fluxograma analisador para debate sobre o que foi vivenciado. Nessa roda foram discutidas as fragilidades evidenciadas (baixa notificação da doença; sobrecarga de trabalho, devido ao acúmulo de funções por causa do baixo índice de notificação; dificuldade na identificação e avaliação dos contatos dos usuários com diagnóstico de tuberculose e necessidade de deslocamento dos usuários para outras unidades de saúde para a realização de exames) e maneiras de contorná-las ou minimizá-las; além da validação do fluxograma analisador construído coletivamente.

Diante dessas fragilidades trabalhou-se em duas frentes para buscar minimizá-las. A primeira foi uma capacitação profissional sobre notificações, considerando sua importância epidemiológica, sobrecarga de trabalho e efetividade de ações em saúde. Santos, Franco e Souza (2020), identificaram que a centralização de funções nos enfermeiros foi um dos pontos importantes para a diminuição da efetividade do controle da tuberculose em 23 Unidades Básicas de Saúde, em Belém/PA. Neste contexto, entende-se que a sobrecarga de trabalho, associada a longa jornada de trabalho, são fatores frequentemente mencionados como fragilidades na habilidade funcional, ocasionando impactos negativos na saúde dos profissionais, consequentemente, comprometendo o desempenho laboral e o serviço prestado ao usuário (Costa *et al*., 2018).

O encontro para capacitação abordou a importância das notificações, visando a adoção da alimentação de dados epidemiológicos que auxiliam na elaboração e/ou ajustes de políticas públicas. O treinamento do “realizar a notificação” ocorreu por meio de simulação de casos fictícios de notificação compulsória, permitindo o reconhecimento e exercício de atividades no sistema, além de esclarecimento de dúvidas. Assim, espera-se aumentar o número de notificações e minimizar a sobrecarga de trabalho.

Teixeira *et al*. (2020) relatam que os contatos dos usuários com tuberculose não comparecem à consulta de avaliação devido ao medo do diagnóstico e ausência de informações sobre a transmissão da doença. De acordo Fernandes *et al*. (2020), na sociedade brasileira ainda ocorre a predominância de uma identidade estigmatizante, que gera nas pessoas com tuberculose a ideia de exclusão social e de serem taxadas como aqueles que não se encaixam no ideário da sociedade, abolindo sua dignidade e potencializando situações de vulnerabilidade. Desta forma, a dificuldade na avaliação dos contatos dos usuários com diagnóstico de tuberculoses foi abordada com três encontros de Educação em Saúde envolvendo tanto os profissionais atuantes quanto a população usuária da unidade de saúde, com a finalidade de ampliar, para além dos aspectos clínicos e fisiopatológicos da doença, concedendo noções

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

básicas sobre sua transmissão, cuidados necessários e a importância da adesão ao tratamento, principalmente para a população de maior vulnerabilidade.

A necessidade de deslocamento para a realização dos exames de baciloscopia e RX são uma realidade que é difícil de ser gerenciada, pois depende da disponibilidade e infraestrutura do serviço de saúde. A distância percorrida pelos usuários entre as unidades de saúde, associada às vulnerabilidades sociais, é um fator desfavorável para diagnóstico e tratamento da doença; além de interferir na efetividade das políticas de combate à tuberculose (Megier *et al*., 2021, tradução nossa). Ademais, esses problemas também podem desestimular o paciente na adesão do tratamento e acompanhamento da doença, gerando grandes prejuízos à saúde, uma vez que a não adesão ao tratamento é uma questão importante por influenciar o sucesso dos programas de manejo da doença (Sousa *et al*., 2021) e de ser considerado um forte obstáculo para cura, consequentemente, elevando o risco de morbidade, mortalidade e resistência medicamentosa (Putera; Pakasi; Karyadi, 2015).

O bairro onde se localiza a unidade de saúde é considerado a 8ª maior favela do Brasil (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022), então, a necessidade de deslocamento para a realização desses exames pode representar um custo financeiro significativo, podendo se tornar um obstáculo para muitos, além de limitar o acesso ao diagnóstico precoce.

As potencialidades identificadas no diagnóstico situacional da unidade de saúde foram amplamente reconhecidas e valorizadas nos encontros presenciais, pois representam pilares essenciais para a qualificação do cuidado às pessoas com tuberculose. Sob a ótica da Política Nacional de Controle da Tuberculose, tais ações são estratégicas para garantir a detecção precoce, o tratamento oportuno e a adesão terapêutica, elementos indispensáveis para a interrupção da cadeia de transmissão e para a redução da morbimortalidade (Brasil, 2011). Quando analisadas em conjunto com os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH) e das Diretrizes da Atenção Básica (PNAB), essas potencialidades evidenciam um modelo de cuidado centrado no usuário, construído de forma compartilhada e sustentado por vínculos sólidos, acolhimento qualificado e corresponsabilização entre equipe, usuário e família. Assim, o que se observa é a convergência entre políticas nacionais e práticas locais, fortalecendo um processo de trabalho capaz de promover cuidado integral, humanizado e resolutivo no enfrentamento da tuberculose (Brasil, 2017).

O vínculo destacado como potencialidade é um dos pilares da PNAB, que reconhece a longitudinalidade do cuidado como estratégia essencial para o acompanhamento de condições crônicas, como a tuberculose (Brasil, 2017). O vínculo fortalece a confiança, facilita a adesão ao tratamento e permite que a equipe compreenda o contexto social, cultural e econômico que

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

atravessa a vida do usuário (Brasil, 2017). No cuidado à tuberculose, esse vínculo é decisivo para enfrentar estigmas, medos e barreiras que frequentemente dificultam o seguimento terapêutico.

O acolhimento, outra potencialidade identificada, é um dispositivo central da PNH e da PNAB. Ele não se limita ao atendimento inicial, mas envolve escuta qualificada, responsabilização e oferta de respostas adequadas às necessidades apresentadas. A presença do acolhimento com classificação de risco demonstra maturidade organizacional da unidade, pois garante acesso oportuno, priorização de casos mais graves e redução de barreiras burocráticas. No contexto da tuberculose, isso significa identificar rapidamente sintomáticos respiratórios, agilizar exames e iniciar o tratamento sem atrasos para as ações essenciais para interromper a cadeia de transmissão.

A capacidade da equipe de identificar outras condições de saúde durante o atendimento reflete a integralidade do cuidado, princípio estruturante da PNAB (Brasil, 2017). A tuberculose frequentemente se associa a vulnerabilidades sociais e a outras doenças, como Infecções Sexualmente Transmissíveis (p. ex.: HIV, Hepatite), diabetes mellitus, desnutrição, entre outros (Brasil, 2011). Assim, a abordagem ampliada permite que a APS atue não apenas na doença, mas na pessoa em sua totalidade. Essa prática dialoga com a PNH ao promover a clínica ampliada e o trabalho em equipe interdisciplinar, valorizando diferentes saberes e fortalecendo a corresponsabilização entre profissionais e usuários (Brasil, 2013).

Ressalta-se ainda a capacidade da unidade de manejar casos de infecção latente por tuberculose reforça o papel estratégico da APS na prevenção de agravos e no controle epidemiológico da doença. A PNAB destaca a vigilância em saúde como função essencial da APS, e o tratamento da infecção latente é uma das ações mais efetivas para reduzir a incidência futura de tuberculose (Brasil, 2017). Ao garantir esse cuidado, a equipe demonstra articulação entre promoção, prevenção e tratamento, alinhando-se à lógica da integralidade do cuidado em saúde.

As potencialidades identificadas (vínculo, acolhimento humanizado, classificação de risco, diagnóstico ampliado e manejo adequado de casos latentes), quando fortalecidas e articuladas com estratégias de superação das fragilidades identificadas, contribuem para um cuidado mais resolutivo, humano e efetivo, impactando positivamente a qualidade de vida das pessoas com tuberculose e de toda a comunidade assistida.

Desta forma, o fluxograma construído, após apresentado e avaliado por todos os profissionais da unidade, foi recebido com receptividade pela equipe de saúde e demonstrou ser uma ferramenta útil para o acolhimento, melhoria no fluxo de atendimento, melhor

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

direcionamento das informações repassadas a cada setor e agilidade no desenvolvimento das atividades. Todos esses fatores contribuíram para a centralidade do usuário no processo de cuidado em saúde, além da valorização do trabalho em equipe, responsabilidade compartilhada entre profissionais e usuários, organização do processo de trabalho orientado pela integralidade e vigilância em saúde, além da melhoria geral na qualidade do serviço prestado pela unidade de saúde no programa de combate à tuberculose.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que o método utilizado no presente estudo permitiu aos pesquisadores a visualização de nós-críticos e potencialidades do processo, atendendo a proposta de construção do fluxograma analisador baseado na coleta de dados realizada na unidade de saúde. A coleta de dados foi preditiva para nortear as discussões a respeito da percepção dos entrevistados e visão crítica dos entrevistadores quanto ao processo de cuidados ao paciente com tuberculose, identificando quais fluxos e processos de trabalho deveriam estar mapeados no fluxograma analisador.

Para os entrevistadores, a construção do fluxograma analisador representou uma oportunidade de trabalhar com uma ferramenta útil para reflexão de profissionais frente ao processo do manejo e tratamento da pessoa com tuberculose, de modo que haja os questionamentos “para que?”, “o que” e “como?” e as funções de: identificar os nós críticos, planejamento e (re)organização do processo de trabalho; banco de dados; análise de modelo praticado pela unidade, sejam cumpridas.

Portanto, espera-se que o fluxograma analisador contribua de forma significativa para a qualificação profissional, para orientação correta sobre os passos que o usuário deve percorrer na rede de saúde, proporcionando um atendimento adequado e o acesso ao tratamento imediato para o usuário acolhido no âmbito da atenção primária à saúde.

REFERÊNCIAS

AMARAL, V. de S.; OLIVEIRA, D. M. de; AZEVEDO, C. V. M. de; MAFRA, R. L. M. Os nós críticos do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: uma pesquisa-ação. **Physis**, v. 31, n. 1, p. e310106, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310106.

AMORIM, A. C. C, L. Á.; ASSIS, M. M. A.; SANTOS, A. M. dos; JORGE, M. S. B.; SERVO, M. L. S. Practices of the family health team: advisors of the access to the health services?1. **Texto Contexto – Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 1077–1086, 2014. DOI: https://doi.org/10.1590/0104-07072014000610013.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de 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: 10 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf. Acesso em: 11 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 22 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico da tuberculose**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_epidemiologico_numero_2_2014.pdf. Acesso em: 15 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Linha de cuidado da tuberculose**: orientações para gestores e profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_tuberculose_orientacoes_gestores_profissionais_saude.pdf. Acesso em: 10 nov. 2024.

COSTA, C. S. da; STROSCHEIN NORMANN, K. A.; TANAKA, A. K. S. da R.; CICOLELLA, D. de A. A influência da sobrecarga de trabalho do enfermeiro na qualidade da assistência. **Rev. Uningá**, v. 55, n. 4, p. 110-112, 2018. DOI: https://doi.org/10.46311/2318-0579.55.eUJ2403. Disponível em: https://revista.uninga.br/uninga/article/view/2403. Acesso em: 11 nov. 2024.

DUARTE, G. S.; TOLEDANO, G. de P. Y.; LAFARGUE, M. D.; DEL CAMPO, M. E.; CUBA, G. M. Calidad de la ejecución del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en el Policlínico Universitario “José Martí”. **Medisan**, v. 17, n. 5, p. 828–837, 2013. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000500011&lng=es. Acesso em: 11 nov. 2024.

FERNANDES, T. dos S.; PEDROSA, N. da S.; GARCIA, M. K. de Q.; SILVA, A. M. B. F. da. Estigma e preconceito na atualidade: vivência dos portadores de tuberculose em oficinas de terapia ocupacional. **Physis**, v. 30, n. 1, p. e300103, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300103.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas, SP). *In*: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; RIMOLI, R.; FRANCO, T. B. (org.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2003. p. 135-60.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico**: aglomerados subnormais. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/. Acesso em: 17 out. 2024.

MEGIER, E. R.; MONTEIRO, A. S.; GOMES, E. da S.; OLIVEIRA, I. C.; JERKE, L. C.; PEREIRA, M. E. W. L.; SENNA, T. D. de; SILVA, L. M. C. da. Health care for individuals with tuberculosis: therapeutic itinerary and flowchart proposal. **RSD**, v. 10, n. 1, p. e58610112099, 2021. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12099. Acesso em: 5 de mar. 2023.

PONTE, A. I. M.; LIRA, B. R. F.; VIEIRA, A. M. D. A. S. Fluxograma analisador, uma ferramenta para o processo de trabalho na saúde. **REMS**, v. 4, n. 3, p. 311-316, 2023. Disponível em: https://editoraintegrar.com.br/publish/index.php/rems/article/view/3960. Acesso em: 12 nov. 2024.

PUTERA, I.; PAKASI, T. A.; KARYADI, E. Knowledge and perception of tuberculosis and the risk to become treatment default among newly diagnosed pulmonary tuberculosis patients treated in primary health care, East Nusa Tenggara: a retrospective study. **BMC Res Notes** [Internet]., v. 8, n. 1, 2015. DOI: http://dx.doi.org/10.1186/s13104-015-1209-6

RODRIGUES, R. P.; CARMO, W. L. do; CANTO, C. I. B.; SANTOS, E. do S. da S.; VASCONCELOS, L. A. de. Fluxograma descritor do processo de trabalho: ferramenta para fortalecer a Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**, v. 43, p. 109–116, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042019S610.

SANTOS, S. G. dos; FRANCO, D. S. da C. S.; SOUZA, L. F. D. A importância da enfermeira na educação permanente do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Braz. J. of Develop**, v. 6, n. 12, p. 98517-98533, 2020.

SOUSA, G. J. B.; MARANHÃO TA, LEITÃO, T. do M. J. S.; SOUZA, J. T. de, MOREIRA, T. M. M.; PEREIRA, M. L. D. Prevalência e fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**. V. 55, p. e03767, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020039203767

TEIXEIRA, A. Q.; SAMICO, I. C.; MARTINS, A. B.; GALINDO, J. M.; MONTENEGRO, R de A.; SCHINDLER, H. C. Tuberculose: conhecimento e adesão às medidas profiláticas em indivíduos contatos da cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Colet**., v. 28, n. 1, p. 116–129, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/1414-462X202028010332.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2021**. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021. Acesso em: 12 set. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2024**. Geneva: World Health Organization, 2024. Disponível em: https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024. Acesso em: 9 nov. 2024.

Digitally signed by RECIMA21 REVISTA CIENTIFICA MULTIDISCIPLINAR LTDA:40166538000195.
Timestamp: 2026-05-01 15:49:46 -03.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.