



Saúde



Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro
Secretaria Municipal de Saúde
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade

Livya dos Santos Manso Rodrigues

**A RELEVÂNCIA DO TURNO DE VIGILÂNCIA NA ROTINA
SEMANAL DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE:
UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Rio de Janeiro

2026

A relevância do turno de vigilância na rotina semanal do enfermeiro de família e comunidade: um relato de experiência



Orientador (a): Prof.^a Dra. Margareth Cristina Cristina de Almeida Gomes

Coorientador (a): Enf^a Ma Daiane Barbosa da Silva

Rio de Janeiro

2026

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que passaram durante os 2 anos de residência pela minha vida. Quero expressar minha gratidão, principalmente, aos meus pais, meu irmão e meu esposo que durante todo o processo de construção desta pesquisa me apoiaram de forma incondicional, sobretudo nos atravessamentos que aconteceram no decorrer do trabalho. Quero manifestar minha eterna gratidão a todas as preceptoras da unidade de lotação, mas especialmente a minha preceptora direta, Camila, que em todos os momentos difíceis sempre tinha uma palavra de acalanto para evitar com que me desesperasse. Camila, saiba que você fez uma diferença ímpar para que eu conseguisse concluir a construção desta pesquisa. E por fim, quero prestar meus agradecimentos à coorientadora Daiane, que ingressou na reta final da construção da pesquisa e me auxiliou de uma forma única a fim de finalizar a pesquisa a tempo. Agradeço imensamente a todos vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me conceder saúde, força e perseverança para concluir esta etapa.

À minha família, pelo amor, apoio incondicional e incentivo constante, fundamentais para que eu não desistisse diante das dificuldades.

À minha orientadora e coorientadora, pela disponibilidade, paciência, ensinamentos e contribuições essenciais para a construção deste trabalho.

Às minhas preceptoras, em especial Camila, que compartilharam seus conhecimentos e contribuíram de forma significativa para minha formação profissional e pessoal, sempre com palavras sábias em momentos imprescindíveis.

Às minhas R-Irmãs, Joice e Rayane, pela parceria, troca, apoio, conselhos, conversas, desabafos ao longo dessa caminhada árdua que é uma residência. Esse processo não teria sido tão marcante se eu não tivesse a amizade de vocês. Serei eternamente grata.

À gestora da unidade, que no momento mais delicado na construção da pesquisa, não mediu esforços para que todos os impasses que ocorreram durante a construção fossem evitados.

À coordenação pedagógica, por todo apoio, principalmente no momento mais difícil onde foi o divisor de águas para que conseguisse findar essa etapa.

RESUMO

RODRIGUES, Livya dos Santos Manso. *A relevância do turno de vigilância na rotina semanal do enfermeiro de família e comunidade: um relato de experiência*. 2026. 47 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2026.

INTRODUÇÃO: A Atenção Primária à Saúde (APS) consolidou-se como eixo estruturante dos sistemas de saúde a partir da Declaração de Alma-Ata, que reforçou seus princípios de universalidade, equidade e integralidade. No Brasil, esse processo culminou na formulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), responsável por orientar a organização da APS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, a Vigilância em Saúde emergiu como uma estratégia fundamental para o acompanhamento da situação de saúde da população, subsidiando o planejamento, a execução e a avaliação das ações desenvolvidas no território adscrito. A vigilância possibilita aos profissionais da APS maior compreensão das necessidades locais e contribui para a gestão do processo de trabalho das equipes. O presente estudo teve origem na experiência da autora durante o primeiro ano de atuação em sua unidade de lotação, período marcado pelo aumento da demanda assistencial e por desafios relacionados à organização e à gestão da equipe sob sua responsabilidade. **OBJETIVO:** Descrever a relevância do turno de vigilância na prática do enfermeiro de Família e Comunidade, a partir de um relato de experiência vivenciado na Atenção Primária à Saúde. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência, baseado na vivência da autora durante seu primeiro ano de atuação em uma unidade de Atenção Primária à Saúde, localizada na Área Programática 5.2, na Zona Oeste do município do Rio de Janeiro. A experiência foi construída a partir da realização sistemática dos turnos de Vigilância em Saúde, com ênfase no monitoramento de indicadores e no acompanhamento das linhas de cuidado prioritárias. **RESULTADOS:** A vivência evidenciou dificuldades iniciais relacionadas à organização do processo de trabalho, ao manejo da elevada demanda assistencial e ao monitoramento dos indicadores de saúde. Com a implementação efetiva do turno de vigilância, observou-se progressiva melhoria na gestão da equipe, maior capacidade de análise do território e aprimoramento do planejamento das ações. O acompanhamento sistemático dos indicadores possibilitou intervenções mais direcionadas e maior integração entre os profissionais da equipe. **DISCUSSÃO:** O turno de vigilância mostrou-se uma ferramenta essencial para o enfermeiro de Família e Comunidade, ao permitir o monitoramento contínuo da saúde da população, a identificação de riscos e vulnerabilidades e o planejamento de ações oportunas e resolutivas. Essa prática fortalece a gestão do cuidado, contribui para a organização do processo de trabalho e favorece a integralidade da assistência no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que o turno de vigilância desempenhado pelo enfermeiro de Família e Comunidade é fundamental para o acompanhamento da situação de saúde da população, a identificação de riscos e o planejamento de ações eficazes. Sua realização contribui de forma significativa para a qualidade, a integralidade e a resolutividade das ações desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde.

Palavras - Chave: Atenção Primária à Saúde; Enfermagem; Gestão; Vigilância

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Árvore de problemas	24
Figura 2 –	Arco de Maguerez	25
Figura 3 –	Fluxograma.....	27

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 –	Descrição dos artigos selecionados a partir dos descritores utilizados	28
Quadro 2 –	Descrição das atividades realizadas no turno de Vigilância	33
Quadro 3 –	Propostas para melhoria do aproveitamento dos turnos de vigilância na agenda padrão do Enfermeiro de Família e Comunidade	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Acesso Avançado
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Área Programática
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
BDENF	Coordenadoria de Atenção Primária
CAP	Coordenadoria de Atenção Primária
CF	Clínica da Família
CF	Constituição Federal
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GAL	Gerenciador de Ambiente Laboratorial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IQC	Instituto Questão de Ciência
LILACS	Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências de Saúde
MS	Ministério da Saúde
PCATool	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PMAQ-AB	Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PREFC	Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade

OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
RT	Responsável Técnico
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SINAN	Sistema de Informação de Agravos e Notificação
SISAB	Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SMS-RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SSA	Situação de Saúde e Acompanhamento de Famílias
SUBPAV	Subsecretaria de Promoção da Saúde Primária e Vigilância em Saúde
UAPS	Unidades de Atenção Primária em Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VS	Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1. PROBLEMÁTICA.....	10
2. JUSTIFICATIVA.....	13
3. OBJETIVOS.....	14
3.1. Objetivo geral.....	14
3.2. Objetivo específico.....	14
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
4.1. Dos primeiros passos à fortificação.....	15
4.2. Atendimento e Acesso Qualificado.....	17
4.3. Vigilância da Equipe e o Enfermeiro de Família e Comunidade.....	21
5. METODOLOGIA.....	23
6. REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	23
7. RESULTADOS.....	32
8. DISCUSSÕES.....	40
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
REFERÊNCIAS.....	46

1. INTRODUÇÃO

A presente investigação trata-se de um estudo desenvolvido para conclusão do curso de Especialização em Enfermagem de Família e Comunidade do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro. Tem como tema o relato de experiência sobre a realização dos turnos de vigilância dentro da semana padrão do Enfermeiro Residente de Família e Comunidade.

A escolha da temática surgiu durante a vivência da autora enquanto residente de enfermagem do primeiro ano na unidade de atuação, a partir da percepção da dificuldade na realização da vigilância da equipe em decorrência do aumento da demanda assistencial.

Observando a importância da realização das atividades de gestão concomitante às atividades de produção do cuidado, e diante do interesse da autora por esta área assim como a grande dificuldade de realizá-la, considerando a alta demanda de atendimento, entendeu-se como pertinente tecer reflexões em torno da experiência vivenciada pela autora diante da problemática apresentada.

1.1. PROBLEMÁTICA

No cerne das discussões sobre a gestão do cuidado, residem certos conceitos e normatizações que permitem contextualizar de forma político-científica as tensões produtivas que giram em torno da atuação cotidiana do enfermeiro de Família e Comunidade.

A noção de Vigilância em Saúde é de importância central, pois funciona como lastro das atividades de gestão do cuidado¹ pelo enfermeiro. O Ministério da Saúde, a partir da Portaria nº 1.378 de 09 de Julho de 2013, regulamenta as responsabilidades e define diretrizes

¹ A gestão do cuidado em saúde consiste em atividades relacionadas ao universo da gestão que acontece em serviços assistenciais, e apresenta diversas dimensões que podem operar em lógicas diferentes, influenciadas pela ação de múltiplos atores que ocupam o *setting* de saúde, sendo distinta da produção do cuidado, que consiste nas práticas diretamente assistenciais ou clínicas (CECÍLIO, 2009).

para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde. Esta mesma portaria define Vigilância em Saúde como “um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados em eventos relacionados à saúde” (Brasil, 2013). Ela visa o planejamento e implementação de medidas de Saúde Pública.

A Vigilância em Saúde possui diversos eixos como a Mortalidade Materna, Mortalidade Infantil e diversos outros, assim como também possui a vigilância da situação da saúde da população com a produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliações das ações de Saúde Pública.

Conforme Pinafo *et al* (2016), após a promulgação da Lei nº 8.080/1990² e as posteriores normatizações, houve a passagem do sistema centralizado para um modelo de governos municipais, com importante ganho de autonomia no campo da saúde. Costa *et al*, 2020, referenciando Pinafo *et al*, 2016, nos mostra a comparação da descentralização da gestão em saúde antes e após a Lei nº 8.080, pois a partir da lei foi permitida a ampliação e transferências dos recursos aos estados e municípios.

Ainda conforme Costa *et al*, 2020, os processos de planejamento e avaliação devem fazer parte da gestão de saúde em todos os seus níveis, desde as unidades básicas até os níveis de alta complexidade de atenção, fazendo parte das estratégias com metas a serem perseguidas, tanto no nível tático quanto no nível operacional.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) também discorre sobre a Vigilância em Saúde, e define em seu artigo 2º ela, a Atenção Básica, como

“um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas, que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde por meio de práticas de cuidado de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária” (BRASIL, 2017, p.1).

Apesar da alargada descrição de Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde constante da PNAB, porém a cultura biomédica socialmente existente, impacta diretamente no dia a dia da Atenção Primária. A alta demanda por atendimentos individuais em consultório e

² A Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, além de dispor sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, também descreve dentro de seus capítulos e artigos, sobre a descentralização dos estados e municípios.

a busca incessante dos usuários pela realização de exames sem critérios, tem impossibilitado os profissionais de exercer tudo aquilo que a PNAB nos ensina e que muitos dos profissionais que ali atuam diariamente têm tido dificuldades para colocar em prática.

No artigo 5º desta mesma política, a Vigilância em Saúde e a Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde constam integradas, e isso é algo essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde da população. Por meio desta integração, seria possível estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade.

No dia a dia do enfermeiro de família e comunidade, que é o líder e o motivador da equipe e o responsável por monitorar todas as linhas de cuidado, torna-se difícil equalizar a atenção a indicadores e metas que precisam ser alcançados durante todos os atendimentos e cuidados, com o tempo escasso para a gestão do cuidado .

A ideia de escassez de tempo está relacionada a muitos fatores, como por exemplo, a alta demanda de atendimento, a grande quantidade de tarefas burocráticas que são necessárias para o bom funcionamento da equipe e para as atividades de Vigilância, que são pilares da APS. A realização da Vigilância em Saúde é o motor para que os indicadores sejam alcançados, e é o método que auxilia o enfermeiro a encontrar as problemáticas que causam muitos dos agravos que acometem as comunidades .

Em suma, este estudo tem como foco relatar a vivência diária de uma enfermeira residente que, durante seu primeiro ano de atuação foi atravessada por diversas dificuldades para que conseguisse realizar uma vigilância de qualidade, a fim de identificar as iniquidades dentro de seu território adscrito para que pudesse superá-las.

2. JUSTIFICATIVA

O tema foi escolhido pela autora do estudo a partir da vivência durante o primeiro ano de residência e pelo fato de estar diariamente vivenciando o aumento de demanda de trabalho na unidade de atuação, que vem dificultando a gestão da equipe devido o crescente número de atendimentos. E essa temática tem gerado diversos questionamentos na autora, por isso o interesse em aprofundar os estudos.

O presente estudo justifica-se pela necessidade de evidenciar e discutir a complexidade do cotidiano de trabalho do Residente de Enfermagem de Família e Comunidade na APS do município do Rio de Janeiro, com destaque para execução do turno de vigilância que integra a agenda padrão do residente.

A autora espera que o trabalho auxilie no dia a dia do enfermeiro de família e comunidade, entendendo o que mais o prejudica na realização da gestão e o que pode ser feito para que ela não seja deixada de lado, visto tamanha importância que a mesma possui.

Espera-se que este estudo contribua socialmente e cientificamente, evidenciando a temática proposta para a área de Vigilância e Gestão em Saúde, para que desperte o interesse em se estudar e pesquisar mais esta área, que é de suma importância para os profissionais que atuam na APS.

3. OBJETIVOS

Este estudo elencou os seguintes objetivos:

3.1. Objetivo geral

Relatar a vivência de uma enfermeira residente na realização da vigilância em saúde de sua equipe de Atenção Primária em Saúde.

3.2. Objetivo específico

- Identificar as principais causas que limitam a realização da vigilância mesmo durante o turno reservado para esta finalidade;
- Propor estratégias que possibilitem a realização de uma vigilância de qualidade, mesmo em contextos de elevada demanda assistencial;
- Estimular o debate sobre a importância de um turno reservado para a realização da vigilância dentro da semana padrão do enfermeiro de família e comunidade.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. Dos primeiros passos à fortificação

A APS, antes mesmo de ter sido promulgada na Constituição Federal de 1988, já era pensada há muitos anos antes sobre a importância de se ter uma rede nivelada e organizada. Em 1920, no Reino Unido, foi criado um relatório intitulado Relatório Dawson, em uma reunião pós Primeira Guerra Mundial com o intuito de reformular o sistema de saúde do Reino Unido trazendo uma ideia de Atenção Primária à Saúde. Nesta reunião foi proposto uma reestruturação do modelo de atenção à saúde nacional, organizando os serviços em níveis de complexidade. (PORTELA, 2017).

Nesta época já circulava o discurso que a maioria dos problemas da população deveriam ser sanados na Atenção Primária e que esta funcionaria como porta de entrada do sistema de saúde. Ao final, o documento introduziu no mundo os conceitos de territorialização, população adscrita, porta de entrada e acolhimento.

Em 1978, no Cazaquistão aconteceu a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde que resultou em uma declaração de urgente ação a todos os governos de países desenvolvidos e em desenvolvimento para que os cuidados primários à saúde sejam introduzidos, desenvolvidos e mantidos conforme foi acordado durante a conferência. (BRASIL, 2002). Este foi o segundo evento internacional que reafirmou a importância sobre os cuidados primários e enfatizou a notoriedade que este tema merece³.

Já no Brasil, em 1986 aconteceu uma conferência que mudaria por completo o âmbito da saúde no país, que reafirmaria o direito à saúde, não só àqueles que contribuíam para a Previdência Social mas para qualquer cidadão brasileiro que necessitasse de assistência à saúde. A VIII Conferência Nacional de Saúde foi um marco na história do país e nela foi consolidada a proposta de Reforma Sanitária Brasileira, cujo objetivo maior era reformular a saúde brasileira com um modelo de proteção social com garantia de direito à saúde integral (ENSP, 2020).

³ Entende-se que o primeiro evento internacional a apontar a importância da APS foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde que foi realizada no Cazaquistão, na cidade de Alma Ata. Nesta Conferência foram realizadas as primeiras discussões sobre a importância dos cuidados primários à saúde. (FACCHINI, 2018)

Foi uma Conferência que reuniu diversas classes da população como técnicos dos setores da saúde, gestores e da sociedade organizada. Ao final da Conferência, a saúde passou a ser definida como o resultado não apenas das condições de alimentação, habitação, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde, mas sobretudo da forma de organização da produção na sociedade e nas desigualdades nele existentes (ENSP, 2020).

Esta Conferência foi a precursora para a criação da nova Constituição Nacional em 1988, a qual modifica o conceito de Saúde e cria leis que tornam o Estado responsável pela saúde da população. Em 05/10/1988 é promulgada a nova Constituição Federal Brasileira, onde existem 6 artigos exclusivos para a saúde, iniciando com o Art 195 e se estendendo até o Artigo 200, tendo o Artigo 196 como o mais importante, que discorre sobre “Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações para sua promoção e recuperação.” (Brasil, 1988)

A partir da CF 1988, existiu a necessidade de promulgação de outras leis, as quais descrevessem como seria o SUS visto que o mesmo foi todo elaborado lá em 1986 durante a VIII Conferência. Assim, foi publicada a Lei nº 8080, que promulga a criação do SUS e descreve tudo que ele abrange, incluindo a saúde ambiental, vigilância sanitária e diversas outras dimensões do SUS.

Em 2006, foi elaborada a primeira versão da PNAB. Uma política que foi criada após o Pacto pela Saúde, também em 2006. Nesta política, foi descrito o que seria a Atenção Básica e que Saúde da Família seria a estratégia prioritária para a organização. Em 2011, esta política foi atualizada com as novas diretrizes, assim como ocorreu em 2017.

Segundo Melo et al (2018), em um estudo sobre as três PNAB já publicadas onde é analisada a diferença entre as três, relata que na PNAB publicada em 2006 houve uma ampliação do escopo da Política. A concepção de Atenção Básica, ao incorporar os atributos da Atenção Primária à Saúde, reconheceu a Saúde da Família como modelo substitutivo e reorganizativo da Atenção Básica.

Já em 2011, surgiu um movimento para atualização da PNAB baseado na inadequação de infraestrutura, subfinanciamento, modelo assistencial e dificuldade de atração da categoria médica. Diante disso, foi publicada uma nova PNAB associada a novas modalidades de equipes de Atenção Básica, ampliando para a população ribeirinha, população em situação de

rua e outras. Houve também um incremento no financiamento da Atenção Básica vindo da esfera federal (MELO et al., 2018).

Em 2017, após uma crise econômica e política, a PNAB é novamente analisada e assim é publicada a nova política, a mesma que segue em vigor atualmente. Nesta edição, há muitas discontinuidades comparando com as duas edições anteriores, onde nesta desaparecem dos princípios as palavras “humanização” e “democrática”, em contrapartida é possível perceber o surgimento de termos como “cuidados paliativos” e “vigilância em saúde” como característicos da Atenção Básica. (MELO et al, 2018)

4.2. Atendimento e Acesso Qualificado

No decorrer de 2011, com o movimento por uma Atenção Básica com mais financiamento, com boa estrutura para as unidades, foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade (PMAQ), pois o momento político era de muita crítica, visto que as Unidades Básicas estavam com muita vacância de profissionais médicos, impactando no acesso e qualidade nos atendimentos.

Este programa do Governo Federal foi publicado em 2014, com o intuito de melhorar o acesso dos usuários e a qualidade de atendimento da APS, dado que a Estratégia de Saúde da Família estava ampliando sua cobertura para toda a população nacional, mesmo ainda tendo uma parte do país coberta por outros modelos de atenção à saúde (BRASIL, 2014).

O programa deu-se após um processo de negociação e pactuação das 3 esferas de governo, onde o Ministério da Saúde e os gestores municipais e estaduais foram representados pelo CONASEMS e o CONASS, que juntos após debateram e formularam soluções para viabilizar um desenho do programa que pudesse permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da Atenção Básica do Brasil (Brasil, 2014).

Nesse sentido, o objetivo desse programa foi a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da APS, garantindo um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, permitindo maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica (Brasil, 2014).

Um estudo realizado em 2018, após o fim dos 3 ciclos de avaliação do PMAQ-AB, evidenciou que o programa não possuía seus instrumentos organizados a partir dos atributos da APS, como acontece no PCATool (Primary Care Assessment Tool), que é um conjunto de

ferramentas de pesquisa para avaliação dos serviços da APS, utilizado mundialmente e com o questionário adaptado para o Brasil. (LIMA et al, 2018)

Lima et al (2018) descreve que estudos realizados mundialmente com o PCATool apontaram que o alto desempenho das equipes estaria associado com a maior qualidade do cuidado para problemas de saúde de alta prevalência como doenças crônicas. Após a análise do ciclo 1 e 2 do PMAQ-AB, os autores concluíram que houve uma melhoria da qualidade nas equipes que participaram da avaliação, onde os atributos que apresentaram melhor avaliação foram os de primeiro contato e integralidade junto com alguns indicadores que se mostraram superiores no ciclo 2.

Esse resultado explicitado acima confirma a progressiva constituição da UBS como serviço de porta de entrada acessível, com escopo diversificado de ações ofertadas, porém ainda insuficientes. Os atributos com pior avaliação foram a longitudinalidade com baixa continuidade e qualidade da relação profissional-paciente e a coordenação, que recebeu a pior avaliação por dificuldades de acesso dos usuários às consultas especializadas e insuficiente registro. (LIMA et al, 2018)

E com o passar dos anos, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi ganhando cada vez mais força, principalmente após a publicação da última PNAB em 2017, aumentando a cobertura populacional. Segundo a plataforma do e-Gestor do Ministério da Saúde a partir da PNS, onde é possível ver a porcentagem de cobertura da APS de forma nacional, em Dezembro/2023 o Brasil tinha uma cobertura de 79,73%. Já o município do Rio de Janeiro, no mesmo período, tinha uma cobertura de 85,53%. (BRASIL, 2025)

Segundo dados do SISAB/MS, em 2024 a cidade do Rio de Janeiro atingiu seu maior índice de cobertura, em que 70% de sua população é coberta pela ESF. E um ponto alto para chegar a esse patamar, foi o Programa Mais Médicos, que subsidiou a expansão das equipes de Saúde da Família (eSF), o que reduziu a vacância médica e trouxe mais acesso e qualidade à população usuária.

Com a expansão da cobertura da ESF, a tendência é o aumento dos atendimentos, ou seja, uma elevação da demanda nas unidades. Segundo Chavéz et al (2020) a demanda é caracterizada pela atitude do indivíduo em procurar serviços de saúde, objetivando o acesso e a resolução do que se procura. Já a acessibilidade, é relacionada a capacidade de produzir

serviços em tempo oportuno, com continuidade do cuidado para responder às necessidades de saúde do usuário.

Chavéz et al (2020), em seu estudo, também fala sobre os atendimentos na APS brasileira, que na maioria das vezes, os atendimentos são demandas espontâneas a partir de necessidades individuais dos usuários, uma vez que os interesses são por consultas médicas, encaminhamentos às especialidades e distribuição de medicamentos. E como resultado deste estudo, a demanda espontânea se sobrepõe à demanda programada pelo fato do usuário não conhecer os pressupostos da ESF. Também se deve ao número aumentado de cadastros de famílias e usuários, que superam o preconizado pela PNAB (BRASIL,2017) que, segundo a Portaria nº 2436/2017, recomenda que uma eSF seja responsável por até 3.500 pessoas, tendo uma média de 2.000.

Moura et al (2022), após realizar um estudo com 15 médicos de Família e Comunidade, diz que uma das lacunas que influencia na gestão das demandas espontâneas é a dificuldade do acolhimento, que os profissionais não entendem o conceito, interpretando-o de maneira reducionista, e que esse entendimento seria fundamental para efetividade do cuidado.

Há uma percepção que os atendimentos de demanda e ampliação do acesso são temas complexos e que há a necessidade de encontrar estratégias individuais e coletivas para concretizar. Isso envolve a organização do processo de trabalho, sensibilização e engajamento da equipe. (MOURA et al, 2022)

Canuto et al (2021) descreve que existem dois modelos de abordagem da demanda que podem ser utilizados na APS, e que são: o modelo de Acesso Avançado (AA) e o *Carve Out*. O primeiro significaria fazer o trabalho de hoje no dia de hoje, e o segundo significa prever a demanda urgente e reservar tempo para conhecê-la.

Para Canuto et al (2021), o acesso oportuno e a continuidade do cuidado são duas medidas operacionais importantes para a prática do cuidado na APS. O acesso se dá de maneira universal, independente do grau de necessidade, uma vez que não se pode esperar que os indivíduos conheçam a gravidade ou a urgência de muitos dos seus problemas ao procurarem atendimento.

Canuto et al (2021) ainda alega que só é possível modificar o sistema de agendamento na presença de uma estrutura disponível para sustentá-lo. Para a implementação do Acesso Avançado (AA)⁴, deve-se considerar as características da população e do ambiente da prática, e após a implementação de um processo de organização do trabalho e do acesso tão abrangente como o AA, há a necessidade de analisar os seus efeitos.

O referido autor, em seu estudo, nos mostra que há uma unidade de Clínica da Família (CF) do município do Rio de Janeiro onde o AA ganha destaque como modelo de organização da agenda desde 2015, com a redução do tempo de espera de atendimento como elemento fundamental ao acesso, assim como eficácia a saúde.

O estudo de Canuto et al (2021) foi realizado na unidade citada acima, que fica localizada na área programática 3.1 e que possui a organização segundo o AA. Neste estudo, evidenciou um absenteísmo nas consultas programadas e uma maior procura por atendimento por demanda espontânea, e foi observado que o AA pode diminuir o tempo de espera entre a solicitação de um atendimento e sua efetiva consulta assim como a melhoria das taxas de absenteísmo, garantindo maior acessibilidade à população e diminuindo a probabilidade de os usuários buscarem outros meios de resolverem seus problemas.

O autor conclui que o AA funciona na equipe onde o estudo ocorreu porém há a necessidade de avaliações de seus efeitos para que adequações possam ser realizadas. O mesmo também relata a importância do acesso da APS ser ampliado aumentando o financiamento da ESF, reduzindo a população vinculada a cada equipe, diversificando as formas de comunicação com os usuários, investimentos em formação de médicos e enfermeiros de Saúde da Família com suas práticas baseadas em protocolos.

E junto com esse aumento da demanda espontânea dentro da ESF a, o enfermeiro líder da equipe se depara com a Vigilância em Saúde que o mesmo necessita complementar com as outras responsabilidades que fazem parte de sua categoria profissional. Costa et al (2020) nos fala que a integração entre a Vigilância em Saúde e a APS devem propiciar o uso de ferramentas da Vigilância no desenvolvimento de habilidades de programação e planejamento, organizando o processo de trabalho das equipes, melhorando o acesso e o resultado dos indicadores de saúde.

⁴ Segundo ALMEIDA (2023), Acesso Avançado significa acesso aberto ou agendamento no dia. Esse tipo de acesso permite aos pacientes buscarem atendimento no momento de sua necessidade ou escolha, recebendo acolhimento com seu profissional de referência.

4.3. Vigilância da Equipe e o Enfermeiro de Família e Comunidade

Na Atenção Primária Carioca, o enfermeiro de Família e Comunidade possui uma semana padrão a qual ele deve seguir, segundo a Carteira de Serviços dos profissionais da APS Carioca, elaborada pela SUBPAV em 2021. Nesta semana, a agenda do profissional deve conter alguns turnos como turnos de atendimentos, que englobam os atendimentos programados e as demandas livres, os turnos de visitas domiciliares, reunião de equipe, ações de promoção e prevenção à saúde com realização de grupos.

Corroborando com o que a Carteira de Serviços da APS Carioca, Félix et al (2023) diz que o enfermeiro da Atenção Primária é o profissional necessário nas ações da APS, com atribuições específicas no processo de trabalho onde suas atividades estão voltadas para demandas espontâneas, no domicílio, nos espaços comunitários para qualquer faixa etária, educação permanente, o planejamento e o gerenciamento.

Entretanto, possui algo de extrema importância dentro da equipe de Saúde da Família que não faz parte da semana padrão do enfermeiro, que é a Vigilância em Saúde que é de suma importância a realização contínua na equipe. Pela mesma Carteira de Serviços citada anteriormente, Vigilância em Saúde é a “articulação de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde da população que vive em determinados territórios, incluindo tanto a abordagem individual quanto a abordagem coletiva dos problemas de saúde, sob a ótica da integralidade do cuidado”. (SUBPAV, 2021)

A Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro, após a expansão e implantação da Estratégia de Saúde da Família observou a necessidade de qualificar profissionais enfermeiros, e em 2015 criou a Residência Uniprofissional de Saúde da Família, que nos dias atuais chama-se Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade (PREFC, 2022).

A partir deste momento, a APS Carioca iniciou uma nova trilha de formação qualificada para os enfermeiros onde foi possível palpar o sucesso do Programa após uma pesquisa realizada em 2021 na qual foi alcançada uma taxa de fixação de 80% dos profissionais egressos do Programa na rede de Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro. (PREFC, 2022)

Dentro deste Programa, o residente realiza suas atividades práticas em uma unidade de atuação por 2 anos, onde no primeiro ano está imerso na unidade escolhida com o objetivo de imergir no mundo dos protocolos assistenciais, nos atendimentos das linhas de cuidado como Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde da Pessoa Idosa, Doenças Crônicas Transmissíveis e Não Transmissíveis, dentre outras tantas linhas que a APS conduz.

Dentro do período da residência, o Enfermeiro Residente de Família e Comunidade possui uma semana padrão, assim como o enfermeiro assistencial possui porém com alguns turnos a mais. Dentro da semana padrão do enfermeiro residente, além dos turnos já citados anteriormente, ele possui um turno reservado para a realização da vigilância da equipe, algo fundamental para o andamento da equipe. (PREFC, 2022)

No Manual do Residente da PREFC, elaborado em 2022, lá é explicado como deve ser acontecer esta vigilância, realizando a gestão de listas para acompanhamento das linhas de cuidados, visto que todas estão vinculadas a um indicador de performance. Segundo o GetResponse, uma plataforma de marketing, nos diz que gestão de listas é um processo estratégico e operacional, que envolve a organização, segmentação e manutenção. (GetResponse, 2025)

Entretanto, este turno de vigilância protegido semanalmente, em grande parte das vezes é interrompido devido ao aumento diário das demandas de atendimento, visto que as equipes cada vez mais estão ficando sobrecarregadas de usuários cadastrados, sobrepondo o que é instituído como teto máximo pela PNAB, 2017. FÉLIX et al, 2022 nos diz que o processo de trabalho dos enfermeiros da APS é revestido de dificuldades visto a alta demanda de atendimentos, recursos humanos escassos, sobrecarga de atividades.

Contudo, este turno dentro da semana padrão do enfermeiro assistencial seria de grande valia, visto que, mesmo com as interrupções ele teria um momento exclusivo para se dedicar integralmente para a gestão da equipe, as linhas de cuidados mais vulneráveis e poder entender como está sua equipe naquele momento.

5. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, que retrata a vivência da autora na perspectiva da residente de enfermagem durante seu 1º ano de atuação, do Programa de Residência de Enfermagem de Família e Comunidade (PREFC), lotada em um Clínica da Família na Zona Oeste do município do Rio de Janeiro, tendo como foco o turno de vigilância do enfermeiro residente de família e comunidade.

Relatos de experiência são estudos que partem da relação entre quem pesquisa e o empírico na pesquisa de campo, construindo conhecimento acerca das pessoas em interação. Para o relato de experiência, se torna essencial a observação, descrição, compreensão e explicação para construir uma possível análise (ANTUNES et al., 2024).

Segundo MUSSI et al, 2021, o relato tem como finalidade contribuir para o progresso do conhecimento, por isso é importante a escrita de trabalhos que demonstrem a construção da sistematização buscando difundir um aprendizado, além disso é necessária a reflexão crítica quanto à experiência vivida.

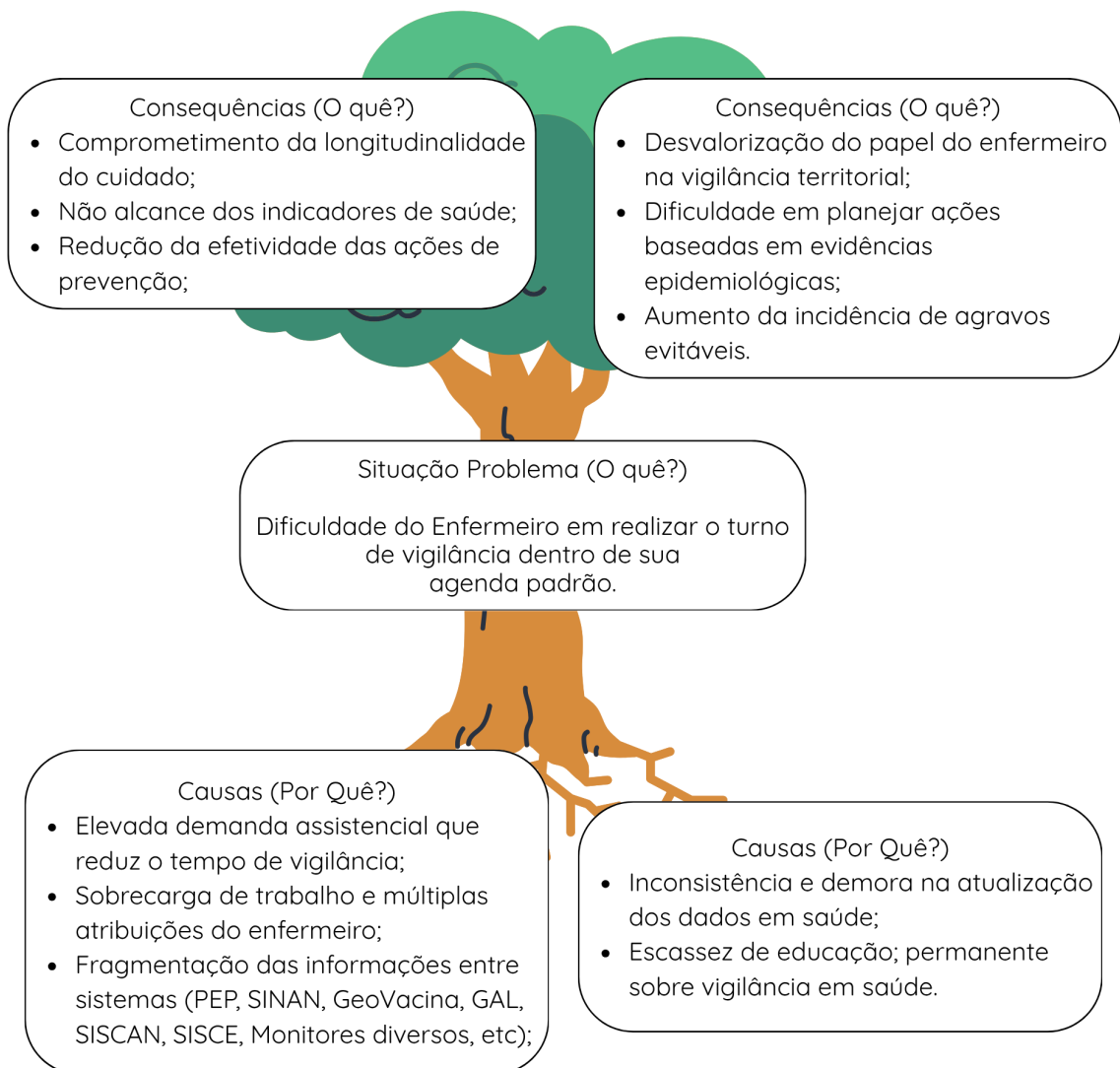
Este método foi escolhido por permitir focar nas tecnologias de gestão disponíveis na Clínica da Família, com a intenção de promover e mostrar a importância do turno de gestão, não somente na semana padrão do enfermeiro residente, mas como um benefício dentro da semana padrão do enfermeiro assistencial.

6. REFERENCIAL METODOLÓGICO

Para elaborar o diagnóstico situacional, foi escolhida a utilização da estratégia conhecida como Árvore de Problemas (Figura 1), na qual o problema principal é colocado no centro, suas consequências são apresentadas na parte superior e suas causas dispostas na parte inferior,

Trata-se de é uma metodologia na qual, mediante uso de raciocínio analógico, o autor é estimulado a detectar um problema central relativo ao tema de estudo (tronco da árvore), as causas são simbolizadas nas raízes e as soluções são alocadas na copa da árvore, como se fossem frutos (BARRETO, 2019).

Figura 1: Árvore de Problemas



Fonte: Autora, 2025

Essa metodologia ativa é fundamentada na Teoria da Problematização, proposta por Charles Maguerez, a partir do Arco de Maguerez (Figura 2) que possui 5 etapas, que são: 1. Observação da realidade para reconhecimento do problema; 2. Levantamento dos pontos-chave relacionados ao problema; 3. Teorização dos pontos-chave para compreensão do problema; 4. Levantamento de Hipóteses para solucionar o problema; 5. Intervenção à realidade das hipóteses de solução. (JUSTINO et al, 2023)

Figura 2: Arco de Maguerez



Fonte: SANTOS, T.T (2020)

O Arco de Maguerez foi utilizado como metodologia pelo fato de se encaixar com a temática da pesquisa. A partir de suas 5 etapas, conforme foi descrito acima, foi possível enumerar os problemas encontrados e quais seriam as consequências para cada dificuldade encontrada, e consequentemente as soluções para cada problema.

Observando a realidade (problema), foi necessária uma revisão bibliográfica para pesquisar aprofundadamente sobre o tema e identificar se há artigos publicados e estudos acerca da temática. Foi realizada a busca através dos descritores DeCS/MeSH “Enfermeiro” AND “Gestão” AND “APS”. Como critério de inclusão, foram incluídos artigos originais e completos publicados nos últimos 5 anos na língua portuguesa.

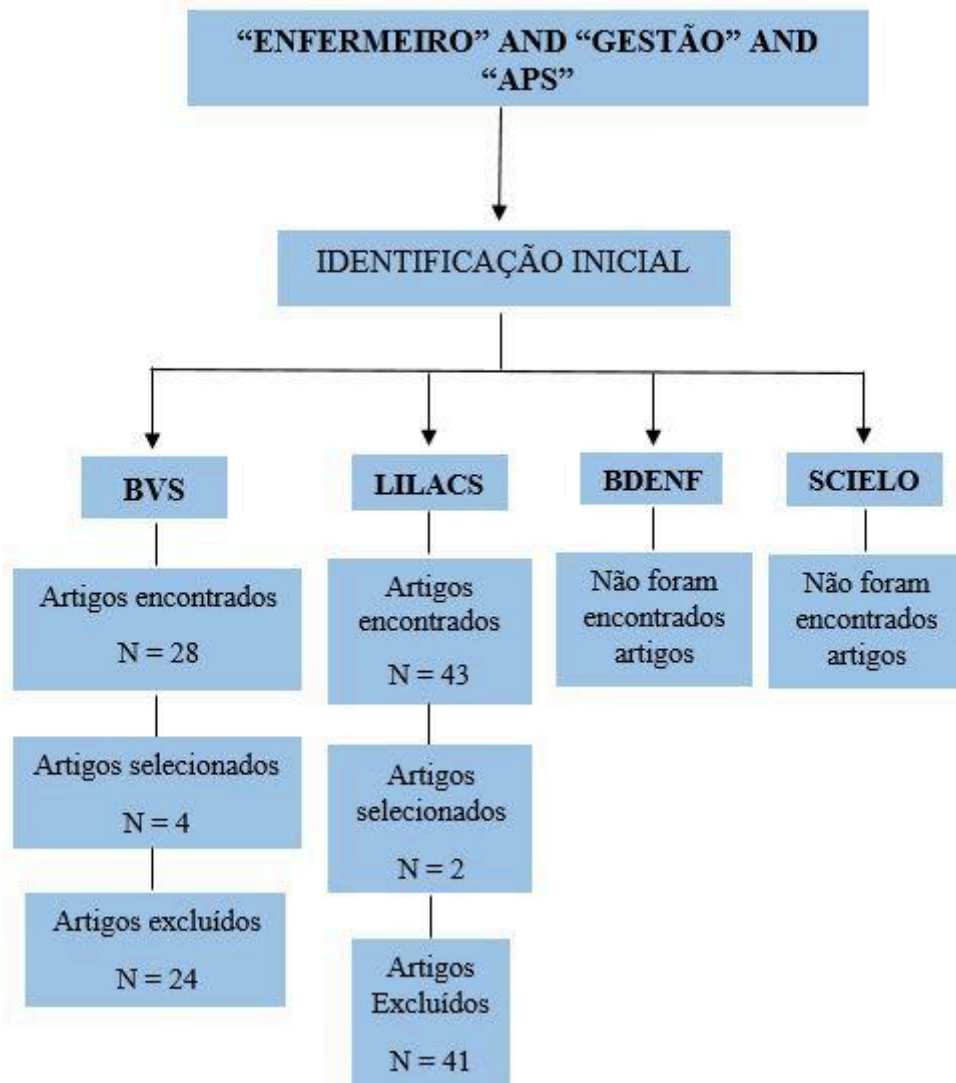
Como critério de exclusão, foram excluídos os artigos que não eram compatíveis com a temática do estudo, artigos que disponibilizavam somente o resumo, que estavam fora do período proposto e publicados em outros idiomas que não o português além de artigos duplicados. As Bases de Dados utilizadas foram o Portal Regional da Biblioteca Nacional em

Saúde (BVS); *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); e Base de Dados de Enfermagem (BDENF).

Durante a busca na BVS foram encontrados 28 artigos que após serem submetidos aos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados quatro.

Durante a busca na BVS, foram encontrados 28 artigos e após a aplicação do filtro (Enfermeiro AND Gestão AND APS) foram selecionados 4 artigos pois foram encontradas repetição do mesmo artigos mais de uma vez, artigos que necessitam de liberação para acessar e artigos que estão em outras línguas. Já na LILACS, foram encontrados 43 artigos onde em sua maioria já tinham aparecido na pesquisa da BVS assim como artigos repetidos, e após colocação do filtro foram selecionados 2 artigos. Na BDENF e na Scielo não foram encontrados artigos.

Figura 3: Fluxograma



Fonte: Autora, 2025

Quadro 1. Descrição dos artigos selecionados a partir dos descritores utilizados

NOME DO ARTIGO	AUTOR	ANO	METODOLOGIA	RESULTADOS
Ampliando o acesso: o acolhimento por equipe como estratégia de gestão na demanda da Atenção Primária à Saúde (APS)	Diângeli Soares Camargo Elen Rose Lodeiro Castanheira	2020	Pesquisa qualitativa na forma de estudo de caso, com base na experiência de dois serviços de APS que implantaram o AE	Redução significativa do tempo de espera para consultas e a maior satisfação dos envolvidos, indicando que o AE foi uma experiência positiva de ampliação do acesso e de enfrentamento de uma das maiores problemáticas do Sistema Único de Saúde (SUS)
Atenção Primária e informação em saúde: desempenho e financiamento no município de Natal/RN	Isabelle Maria Mendes de Araújo Gabriela Pires da Silva Gislany Stefane Felício da Silva Sidcley dos Santos Silva Roberval Edson Pinheiro de Lima Dmitri Felix do Nascimento	2024	Pesquisa descritiva-exploratória, com utilização de dados secundários e sistematização dos sete indicadores de desempenho da Atenção Primária e análise das despesas com saúde do município de Natal.	Dos sete indicadores analisados, o município de Natal alcançou a meta em dois indicadores, referente à proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré - natal realizadas (46% em 2022) e com realização de exames para sífilis e HIV (67% em 2022). O município destinou à Atenção Primária, em 2022, apenas 6,33% de todas suas despesas com saúde. Destaca-se, também, que a cobertura da Atenção Primária no município é de 60%, havendo ainda um vazio assistencial para grande parte da população natalense.
A vigilância em saúde e o planejamento nas equipes	Ilka Lorena de Oliveira Farias Costa	2020	Revisão narrativa sobre o panorama	Frente aos desafios da integração da Vigilância em Saúde à

de Atenção Primária em Saúde: revisão narrativa	Creusa Barbosa dos Santos Trindade Elem Cristina Rodrigues Chaves Ilma Pastana Ferreira Sérgio Beltrão de Andrade Lima Fátima Bastos da Costa Maria Helena Rodrigues de Mendonça Rafael Lourenço da Silva Neto		atual do processo de integração da Atenção Primária em Saúde e a Vigilância em Saúde e sua contribuição no processo de planejamento e avaliação em saúde.	Saúde básica e a gestão, são necessárias inovações nos métodos de planejar e avaliar para auxiliar decisão de determinada problemática e auxiliar na reorganização do trabalho, ações e serviços de saúde.
Percepções dos enfermeiros sobre as condições de trabalho e infraestrutura das unidades de Atenção Primária em Saúde	Rayane Saraiva Felix Vinícius Raphael de Moraes Pinheiro Tarcísio Tércio das Neves Júnior	2022	Estudo descritivo, transversal, de abordagem qualitativa.	É importante refletirmos sobre as condições de trabalho ofertada aos profissionais de saúde, não apenas nos aspectos da remuneração, como também na disponibilidade de espaços adequados para o acolhimento dos usuários e em condições de atender às demandas do trabalho em saúde na APS. A gestão dos serviços de saúde também merece um destaque, com a necessidade da inserção de

				gestores qualificados e solidariedade dos membros da equipe na corresponsabilização das ações de planejamento em saúde.
--	--	--	--	---

7. RESULTADOS

O turno de vigilância, também denominado gestão — termo amplamente utilizado no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) — configura-se como uma atividade fundamental para o Enfermeiro de Família e Comunidade. Trata-se de um tema ainda pouco abordado no contexto acadêmico, seja nas salas de aula, nos estágios de campo ou na produção científica. No entanto, no cotidiano da Atenção Primária à Saúde, assume relevância central, uma vez que é a partir dessa prática que a APS organiza seus processos, orienta suas ações e promove avanços em sua atuação.

Durante o primeiro ano de atuação na unidade de lotação, o tema da vigilância/gestão da equipe foi frequentemente abordado, havendo constante solicitação para a realização dessa atividade. No entanto, não havia compreensão aprofundada acerca do que consistia essa denominada “vigilância”, frequentemente mencionada pelos diferentes profissionais no cotidiano do serviço. Tal cenário gerava inquietação quanto aos motivos pelos quais muitos profissionais expressavam insatisfação em relação ao não atingimento dos indicadores estabelecidos.

Logo, por iniciativa própria da autora, a mesma se aprofundou dentro dos turnos de vigilância para entender um pouco melhor o funcionamento e a importância. Diante disso, foi percebido que o número de cadastros dentro da unidade vinha em ascensão, de modo que muitas vezes era necessário a interrupção do turno para que fosse transformado em turno de atendimento, para que os usuários não aguardassem por muito tempo ou não conseguissem atendimento dentro da sua equipe, uma vez que o dia da semana em que acontecia o turno era o mesmo dia que a médica da equipe encontrava-se de folga.

Diante dos acontecimentos e dos prejuízos no acompanhamento da equipe em decorrência das constantes interrupções, decidiu-se, a partir de determinado momento e em diálogo com toda a equipe de saúde, que o turno de vigilância passaria a ser respeitado integralmente. Eventuais exceções relacionadas a demandas de usuários seriam previamente discutidas e, se necessário, realizados encaixes mediante liberação da enfermeira residente. Considera-se que o residente de Enfermagem de Família e Comunidade dispõe, em sua semana padrão, de um turno específico destinado à realização da vigilância, cujo dia e horário

são definidos em conjunto com a preceptora, visando à melhor organização da agenda e do processo de trabalho.

Dentro do turno de vigilância, é realizado todo o acompanhamento da equipe a partir dos indicadores municipais, as variáveis 1, 2 e 3, onde são realizados os acompanhamentos das linhas de cuidado mensal e o acompanhamento das linhas de cuidado de forma anual, assim como também é possível realizar o acompanhamento da produção dos agentes comunitários de saúde e de sua própria produção, e acompanhamento dos novos indicadores do Cofinanciamento Federal, chamado Fé no Brasil.

Estes turnos reservados, em grande parte dele, era envolvido na elaboração das guias de referência e contrarreferência que acompanham os agendamentos de consultas e exames realizados por meio do sistema de regulação - SISREG. Para que o usuário possa ter acesso a consultas e exames agendados pelo sistema de regulação (SISREG) era necessário que o mesmo comparecesse munido da guia de encaminhamento conhecida como Referência e Contra-Referência acompanhada da chave de acesso/agendamento.

Idealmente as guias de encaminhamento são feitas pelo profissional solicitante (médico, enfermeiro ou dentista) no momento da inserção no sistema de regulação, contudo, na equipe em que a autora estava lotada não era rotina que o profissional médico realizasse esta atividade burocrática, o que sobrecarregava o profissional Enfermeiro que, para garantir acesso dos usuários, assumia esta função.

Entretanto, o dispêndio de horas na execução de atribuições que competem a outro profissional resultava no comprometimento das responsabilidades próprias do Enfermeiro de Família e Comunidade enquanto líder de uma equipe de saúde, que acabavam sendo relegadas a segundo plano. Tal situação ocorria em razão da necessidade e da urgência de garantir a entrega dos agendamentos em tempo oportuno, a fim de evitar que o usuário perdesse sua consulta ou exame. Essa problemática foi reiteradamente questionada, ao longo de grande parte do primeiro ano da residência, pela residente junto à preceptora, à Responsável Técnica (RT) de Enfermagem e ao gerente da unidade à época, uma vez que a referida atividade constitui atribuição do profissional médico. Contudo, apesar das diversas tentativas de diálogo e solicitações formais, não houve alteração no fluxo de trabalho estabelecido.

Atualmente, observa-se que a população encontra-se cada vez mais adoecida em decorrência de diversos fatores e contratempos do cotidiano, como a rotina acelerada

associada aos afazeres domésticos e às exigências do mercado de trabalho, o que contribui para que muitos cidadãos requeiem o cuidado com a própria saúde a um segundo plano. Dessa forma, quando buscam atendimento nas unidades de saúde, frequentemente apresentam quadros clínicos mais avançados, demandando múltiplos encaminhamentos para a Atenção Secundária, bem como a solicitação de exames de alto custo. Esse cenário resulta em um aumento significativo no volume de autorizações, ocasionando sobrecarga de trabalho e a assunção de atribuições que extrapolam as funções específicas de outras categorias profissionais.

Diante desse contexto, que limitava a execução plena das atribuições inerentes ao Enfermeiro de Família e Comunidade, a autora optou por reorganizar o tempo do turno de trabalho, de modo a viabilizar tanto a preparação das guias quanto a gestão da equipe de saúde. Tal reorganização mostrou-se de extrema relevância, não apenas para o processo formativo da residente, voltado à qualificação do exercício profissional, mas, sobretudo, para assegurar ao usuário uma assistência de qualidade, com acesso seguro e cuidado integral.

Então, iniciou-se a separação das guias por mês já que chegavam em grande quantidade, tanto para o mês vigente quanto para os meses futuros. Para o turno de vigilância ficar reservado para realizar os acompanhamentos, a residente realizava as guias antes de iniciar os atendimentos da manhã, após o almoço e antes das idas às Visitas Domiciliares, já que a saída iniciava às 9h da manhã. E assim conseguia uma melhor organização, visto que a residente do segundo ano estava nos estágios externos ou em outros turnos específicos do segundo ano.

Quadro 2. Descrição das atividades realizadas no turno de vigilância

ATIVIDADES	DESCRIÇÃO	PERIODICIDADE
Vigilância das Linhas de Cuidado	Gestão de lista a partir do indicador; Acompanhamento pelo PEP; Solicitação das pendências indicadas pelo PEP para	Todas são realizadas

	cada usuário dentro da LC; Lançamento dos exames de cada LC dentro do PEP; Acompanhamento pelos Monitores disponíveis pela Plataforma SUBPAV.	mensalmente
Planejamento das ações em Equipe	Durante reunião de equipe; Pelo grupo da equipe pelo Whatsapp	Semanalmente
Análise dos indicadores (V1,V2,V3, Cofinanciamento Federal - Fé no Brasil)	Realizada 1x no mês, sempre ao final do mês, abrindo cada indicador e gerando a lista pela diferença para entender o que falta em casa usuário para bater cada indicador.	Mensalmente
Atividades Burocráticas	Renovação de receitas: realizadas durante os turnos de atendimento (fluxo interno da equipe); Encaminhamentos via plataforma SISREG (contra referência): inseridos em consulta, antes dos turnos de atendimento ou durante o turno de vigilância; Elaboração da guia da autorização do SISREG: realizada no turno de vigilância e em outros momentos pois a médica da equipe não realiza; Lançamentos de resultado dos citopatológicos/MMG da equipe: realizada no turno de vigilância.	Diariamente e algumas atividades semanalmente
Vigilância Epidemiológica	Realizada pelas plataformas: SUBPAV, GeoVacina, GeoTB, SINAN Rio, GAL.	Quinzenalmente
Acompanhamento da Equipe	Realizada a partir do BPA e SSA2 a cada quinzena	Quinzenalmente

No quadro acima, encontram-se apresentadas as atividades realizadas durante o turno de vigilância e suas respectivas descrições. Descrevem-se, assim, as ações desenvolvidas em cada atividade, bem como a periodicidade com que eram realizadas, considerando que não era possível executar todas as atividades semanalmente. Ressalta-se que o único acompanhamento realizado de forma semanal correspondia à planilha interna da equipe de gestantes, por se tratar de uma Linha de Cuidado que demandava vigilância mais próxima por parte da enfermeira, uma vez que o processo gestacional não é estático e encontra-se sujeito a mudanças ao longo de todo o período gravídico.

Outra atividade que, muitas vezes, demandava a interrupção do turno de vigilância, ou até mesmo sua utilização para outras finalidades, referia-se ao ajuste de doses vacinais em crianças menores de um ano de idade. A residente integrava a equipe da unidade com maior poder aquisitivo, o que se refletia em uma população com elevada adesão a planos de saúde. Em decorrência disso, grande parte das mães que realizavam o pré-natal pela equipe não dava continuidade ao acompanhamento de puericultura na unidade. Entre os fatores associados a essa situação, destacam-se o fato de as consultas de puericultura serem realizadas por enfermeiras, bem como a inexistência de protocolo para solicitação de exames nesse tipo de atendimento.

Em decorrência desse contexto, muitas mães optavam por acompanhar o crescimento e desenvolvimento de seus filhos com pediatras da rede privada e, em alguns casos, não seguiam o calendário vacinal do Sistema Único de Saúde, realizavam as vacinas na rede privada — em função da maior oferta de imunobiológicos — ou, ainda, deixavam de vacinar as crianças. Tais práticas resultavam em atrasos no esquema vacinal.

Com o objetivo de prevenir esses atrasos, a equipe técnica instituiu um fluxo interno que consistia na organização das crianças por microárea. Essa listagem era encaminhada ao Agente Comunitário de Saúde, responsável por orientar os responsáveis a levar a criança até a unidade para a realização da vacinação ou, caso o imunizante tivesse sido administrado em outro serviço, solicitar o envio da fotografia da caderneta de vacinação para atualização dos registros.

Quando o prazo estipulado ao responsável não era cumprido, o turno de vigilância era utilizado para a realização de busca ativa dessas crianças, com posterior aplicação das vacinas em atraso no domicílio. Entretanto, até que se alcançasse essa etapa de vacinação domiciliar,

havia, em muitos casos, um processo mais complexo, uma vez que alguns responsáveis apresentavam resistência, realizando sucessivas promessas de comparecimento à unidade, até que, por fim, fosse possível efetivar a imunização da criança.

Diante de tudo o que foi exposto, um aspecto que se destacou e que contrasta com o que é abordado ao longo dos anos de residência acerca da vigilância em saúde no âmbito da equipe refere-se ao fato de que, quando o enfermeiro assume sua própria equipe, o turno de vigilância não integra a semana padrão do Enfermeiro de Família e Comunidade. Ademais, no contexto da Estratégia de Saúde da Família, nem todos os enfermeiros possuem formação especializada, o que contribui para o desconhecimento da relevância do desempenho dessa função no processo de trabalho.

Durante um dos estágios externos do segundo ano, em uma visita técnica a uma unidade voltada à educação continuada dos profissionais da equipe técnica — enfermeiros e médicos — no âmbito da Linha de Cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, abordou-se, ao longo da explanação sobre os indicadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, a importância da gestão de listas de pacientes que não estavam realizando o acompanhamento conforme o recomendado. Nesse contexto, ao serem questionados sobre o tema, alguns dos enfermeiros presentes demonstraram desconhecimento acerca do conceito de gestão de lista e, principalmente, da vigilância da equipe.

Tal constatação despertou um alerta acerca da relevância deste estudo, bem como da necessidade de levar aos profissionais que atuam na ponta do sistema — especialmente gestores e responsáveis técnicos de enfermagem — a compreensão sobre o que é a vigilância em saúde, a dimensão de sua importância e o impacto que exerce sobre o trabalho da equipe de saúde. Essa prática reflete-se diretamente na qualidade da assistência prestada e, primordialmente, no cuidado ao usuário, que constitui o eixo central de todas as ações desenvolvidas.

Neste sentido, surgiu algumas hipóteses de solução para a problemática apresentada:

Quadro 3: Propostas para melhoria do aproveitamento dos turnos de vigilância na agenda padrão do Enfermeiro de Família e Comunidade.

Eixo	Problema Identificado	Proposta de Melhoria	Resultado Esperado
Organização da agenda	Interrupções frequentes do turno de vigilância por demandas assistenciais	Pactuar com a equipe a proteção do turno de vigilância, definindo critérios claros para interrupções	Maior cumprimento do turno reservado e qualificação das ações de vigilância
Processo de trabalho	Sobrecarga do enfermeiro residente com atendimentos espontâneos	Reorganizar fluxos internos e redistribuir demandas entre os membros da equipe multiprofissional	Redução da sobrecarga e maior tempo dedicado às atividades de vigilância
Trabalho em equipe	Fragilidade na corresponsabilização pelas ações de vigilância	Fortalecer o planejamento coletivo e a divisão de responsabilidades nas reuniões de equipe	Ampliação do envolvimento da equipe nas ações de vigilância
Gestão do cuidado	Prioridade das ações assistenciais em detrimento da vigilância	Integrar a vigilância ao cuidado longitudinal, articulando-a às consultas, visitas domiciliares e ações coletivas	Maior visibilidade e efetividade da vigilância no território

Educação permanente	Dificuldade na compreensão do papel da vigilância na APS	Realizar momentos de educação permanente sobre vigilância em saúde e sua importância estratégica	Qualificação técnica e fortalecimento do compromisso da equipe
Apoio institucional	Pouco reconhecimento institucional do turno de vigilância	Sensibilizar coordenação e preceptoria quanto à importância do turno reservado	Fortalecimento institucional e legitimação da prática

8. DISCUSSÕES

A Vigilância em Saúde é o sistema macro dentro das vigilâncias existentes como a Vigilância Ambiental, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária. A vigilância que é realizada dentro das equipes de Saúde da Família dentro da Estratégia Saúde da Família pelo Enfermeiro de Família e Comunidade é algo que sempre foi realizado, porém está sendo mais discutido atualmente devido a visibilidade que esta atribuição está tendo.

Por ser uma discussão nova, há poucos estudos que citam a vigilância realizada pelo enfermeiro de família e comunidade. COSTA et al, 2021, nos fala que a vigilância está ligada à ações de atenção, promoção da saúde dos usuários, mecanismos de prevenção de doenças corrobora que o relato de experiência exposto neste trabalho, visto que foi mostrado o tamanho da importância de realizar esta atividade a fim de acompanhar as linhas de cuidado para realização da promoção da saúde dos cidadãos acompanhados pela unidade.

COSTA et al, 2021 também nos mostra em sua pesquisa sobre Vigilância em Saúde e Planejamento, que construções simples que dirigem a vigilância como um processo de cuidar da saúde, investigar, promover e avaliar dentro da área da unidade, o que pode ser realizado também dentro da equipe de saúde, visto que isso é executado com os usuários que pertencem a cada linha de cuidado.

O relato de experiência exposto anteriormente cita diversos problemas enfrentados pela autora, e um dos mais significativos foi o fato que a mesma perdia muitos turnos realizando as guias para as autorizações de SISREG e as reinserções na plataforma, quando o usuário faltava seu agendamento. E isso acontecia com uma alta frequência pelo fato de que a unidade de lotação da residência se localiza na Zona Oeste do Rio de Janeiro, e grande parte das consultas, exames e procedimentos pelo SUS no Município do Rio de Janeiro acontecem entre o Centro e Zona Norte, e grande a maioria dos usuário são idosos e sem rede de apoio, o número de abstenções são consideravelmente grandes.

Dito isto, é possível afirmar que a Zona Oeste do Rio de Janeiro está vivendo um momento de vazio assistencial, que é definido como ausência ou insuficiência de unidades ou organização da rede, ou seja, quando os órgãos de saúde não conseguem acompanhar o

crescimento populacional (Função 1º de Maio, 2025). Esse vazio assistencial tem persistido em sua intensidade devido ao aumento do desemprego, já que segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em sua última pesquisa ocorrida neste ano, 6 milhões de brasileiros encontram-se desempregados.

No município do Rio de Janeiro, segundo o mesmo instituto, no 3º trimestre deste ano, a taxa encontra-se em 7,5% da população carioca encontra-se em situação de desemprego, o que reverbera dentro das unidade, com uma maior procura por atendimentos e conseguinte, há aumento das solicitações para especialidades e exames, o que amplia a quantidade de guias que necessitam ser realizadas.

E muito disso tem se apresentado cada vez mais acentuado pelo fato da população estar centrada no objetivo de cura das enfermidades, ou seja, não possuem o hábito de procurar a unidade de saúde a fim de prevenir doenças e sim quando a doença já está instalada. Isso tem afetado em larga escala a Atenção Primária à Saúde, nas unidades básicas grande parte das consultas ambulatoriais são com o objetivo de diagnosticar sinais e sintomas. Com isso, tem-se o que foi descrito pela autora, quando a mesma diz que consumia turnos e mais turnos para o preenchimento das guias para as autorizações do SISREG.

Outra atividade que é de suma importância para o enfermeiro de família e comunidade e que, se ele possuísse um turno reservado ou um momento em que o mesmo possa conseguir realizar com tranquilidade o acompanhamento dos indicadores, os resultados entregues seriam bastante diferenciados. ARAÚJO et al, 2024, nos fala que a APS por ser a porta de entrada preferencial da rede de serviços de acesso universal, os indicadores de saúde são utilizados para mensurar a qualidade de seus serviços e a efetividade de suas intervenções.

Assim, o que a autora descreve quando cita que os indicadores melhoraram após utilizar o seu turno próprio para o acompanhamento dos indicadores e poder mensurar em um momento sem cobranças e sem preocupação com a agenda. Isso nos mostra o grau de importância deste turno reservado dentro da semana padrão do enfermeiro de família e comunidade, com ele é possível o alcance de metas e a percepção de que seu trabalho está trazendo resultados.

Dentro da APS Carioca, os profissionais de saúde possuem diversas ferramentas que auxiliam no acompanhamento e monitoramento das linhas de cuidado, principalmente pelas variáveis específicas dentro dos indicadores do Município, pois também há os indicadores do

novo Cofinanciamento Federal. Nos indicadores selecionados pela Secretaria Municipal de Saúde, eles são alocados dentro do Prontuário Eletrônico, que já nos disponibiliza diversos tipos de listas, assim como, a Subsecretaria de Promoção da Saúde, Atenção Primária e Vigilância de Saúde (SUBPAV) possui sua própria plataforma.

Nesta plataforma, eles disponibilizam diversos monitores onde é possível acompanhar, por exemplo, as gestantes, os casos de violência, as vacinas, os casos de Tuberculose de forma mais ágil, porém é necessário um tempo de qualidade para que cada monitor seja analisado, avaliado. Segundo a Organização Pan Americana de Saúde, os indicadores de saúde são medidas ou sinalizadores que contém informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como, de maneira geral, do desempenho do sistema de saúde de maneira ampla.

A interpretação conjunta dos indicadores ajuda os especialistas a refletirem sobre a situação sanitária de uma população ou comunidade, e serve para subsidiar a criação de políticas públicas, de maneira a aperfeiçoar o sistema (OPAS, 2018)

Esta fala da OPAS corrobora com tudo o que a autora descreve em seu relato, enfatizando a importância de um acompanhamento periódico dos indicadores de saúde pois o mesmo apresenta alto nível de qualificação, demonstrando resultados positivos quando é realizado de forma assertiva e onde é possível identificar o que este indicador está indicando sobre aquela população propriamente dita ou sobre a equipe que é responsável por ela.

Uma estratégia é utilizar o turno de reunião para traçar ideias para atingir indicadores que se encontram abaixo da meta ou com uma maior dificuldade da equipe em planejar ações que auxiliem na melhora do indicador. Segundo a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (2021) do município do Rio de Janeiro, o turno de reunião tem uma importância ímpar porque nele é possível realizar uma vigilância do território, monitoramento de listas dos casos prioritários, organização de problemas e monitoramento dos indicadores de saúde.

Em contrapartida, sabe-se que este turno de reunião ele acontece semanalmente dentro de um tempo específico porém, as responsabilidades dentro do escopo do Enfermeiro de Família e Comunidade vai muito além de poucas horas semanais, o que demonstra a importância deste profissional possuir um momento de dedicação exclusiva para que seja realizado os acompanhamentos e planejamentos minuciosa e equitativa.

Contudo, os indicadores de saúde vão muito além de números, tudo que é visto em forma de números, são pessoas que possuem suas individualidades e particularidades, e por isso precisam de uma maior atenção para que elaborações de estratégias sejam eficazes para a saúde do território adscrito. Por isso, é necessário um bom diálogo e articulação com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para que o mesmos tenham um bom vínculo com seu território porque com o vínculo dos os usuários é possível mitigar muitas falhas, que podem acarretar uma sobrecarga para o enfermeiro de família e comunidade.

A autora discorre que muitas vezes seus turnos de vigilância era um momento onde realizava visitas para diminuição de pendências dos indicadores, como por exemplo, o indicador de vacina. Muito disso tem acontecido pelo fato do nosso país estar vivendo em uma constante no que tange o assunto sobre vacinação infantil. Segundo o Anuário VacinaBR 2025, foi realizada uma pesquisa pelo Instituto Questão de Ciência (IQC) após uma percepção de profissionais de saúde, gestores e pesquisadores sobre o aumento da dificuldade de vacinação infantil no Brasil nos últimos anos.

Esta pesquisa evidenciou que mesmo com o aporte vacinal normalizado após a Pandemia de Covid-19, as taxas vacinais infantis continuavam abaixo da meta, principalmente em vacinas que são multidoses, ou seja, vacinas que não possuem dose única. Neste relatório é possível observar a partir de seus gráficos, que as vacinas tríplice viral, por exemplo, em sua primeira dose é alcançado 95% de cobertura vacinal, já suas doses subsequentes não alcançam 70% de cobertura, o que tem causado a reintrodução de doenças já antes erradicadas.

Este estudo ratifica a vivência da autora, que carecia de interromper seu turno de vigilância semanal para utilizá-lo com o intuito de evitar que as crianças menores de 1 ano ficassem com suas vacinas atrasadas pelo fato dos responsáveis não levarem seus filhos para que fosse feita a imunização referente àquele período. Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), em seu artigo 14, inciso 1º, confirma que é obrigatório a vacinação de crianças em casos recomendados pelas autoridades sanitárias. Ou seja, é direito da criança ter suas vacinas em dia.

ABREU et al, 2022, a Organização Mundial de Saúde classificou como alarmante a queda da cobertura vacinal de crianças e adolescentes no cenário global e alertou para o risco de que sejam perdidas as conquistas de proteção vacinal desta parcela da população. Enquanto o mundo avançava na vacinação contra a Covid-19, o Brasil enfrentava o desafio de reverter a

queda da cobertura vacinal que, no ano de 2021, que passou pela pior adesão de sua série histórica.

Portanto, é possível observar em cada momento deste estudo o quão importante é de ter um momento para que este controle seja feito, visto que ele está diretamente relacionado a qualificação do cuidado, à prevenção dos agravos e o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde. Por ser um momento estratégico, é necessário que ele aconteça em um período onde o Enfermeiro de Família e Comunidade consiga realizá-lo de forma única, assim como o Enfermeiro Residente consegue fazer.

Diante disso, fortalecer a organização do trabalho permite que o planejamento de ações seja baseado nas reais necessidades do território. Essa prática contribui para a prevenção de doenças, a redução de complicações, a melhoria dos resultados em saúde e a promoção do cuidado integral e longitudinal. O enfermeiro, ao atuar nesse turno, exerce também seu papel de gestor e articulador da equipe, promovendo a integração entre vigilância e assistência, qualificando as intervenções e garantindo maior resolutividade das ações desenvolvidas na Atenção Primária.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo relatar a experiência vivida pela autora na realização do seu turno de vigilância, enfatizando a importância dele, visto o fato que o Enfermeiro de Família e Comunidade não possui um turno para a realização desta atividade. A partir da discussão apresentada, evidenciou-se que esse turno constitui uma ferramenta fundamental para o acompanhamento contínuo da situação de saúde da população adscrita, permitindo a identificação precoce de riscos, o monitoramento de indicadores e a implementação de ações oportunas.

Apesar disto, identificou-se entraves que prejudicam o cumprimento do cronograma da agenda padrão do Residente de Enfermagem de Família e Comunidade, impactando na execução do turno de vigilância, destacando-se a alta demanda assistencial, o excesso de atividades burocráticas, a divisão desigual de trabalho e de tarefas entre as categorias profissionais, a escassez de educação permanente e valorização da gestão na proteção do turno de vigilância como uma atividade essencial para o processo de trabalho na APS.

A atuação do enfermeiro no turno de vigilância contribui significativamente para a organização do processo de trabalho, o fortalecimento da vigilância em saúde e a qualificação do cuidado prestado à comunidade. Além disso, esse espaço de atuação reforça o papel do enfermeiro como gestor e articulador da equipe multiprofissional, promovendo a integração entre ações assistenciais e de prevenção.

Dessa forma, conclui-se que o turno de vigilância é essencial para a efetividade das ações da Estratégia Saúde da Família, favorecendo a integralidade, a longitudinalidade e a resolutividade da atenção à saúde. Ressalta-se, por fim, a importância de investimentos na valorização desse turno e na capacitação permanente dos profissionais, visando o aprimoramento das práticas de vigilância e o fortalecimento da Atenção Primária.

REFERÊNCIAS

- ALBANEZ, I. C. S. *et al.* Perspectivas do enfermeiro sobre os indicadores de desempenho do Previne Brasil: análise dos cuidados em hipertensão e diabetes. *Revista Nursing*, São Paulo, v. 28, n. 318, p. 10284–10290, jun. 2024. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/3274/3983>. Acesso em: 20 maio 2025.
- ANTUNES, J. *et al.* Como escrever um relato de experiência de forma sistematizada? Contribuições metodológicas. *Práticas Educativas, Memórias e Oralidades*, Crato, v. 6, n. 2, p. 1–31, maio 2024. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/revpemo/article/view/12517/12270>. Acesso em: 10 out. 2025.
- ARAÚJO, I. M. M. *et al.* Atenção primária e informação em saúde: desempenho e financiamento no município de Natal/RN. *Revista Ciência Plural*, Natal, v. 10, n. 2, p. 1–21, set. 2024. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/36337/19023>. Acesso em: 10 nov. 2025.
- BARRETO, N. S. *et al.* A árvore de problemas como estratégia problematizadora no ensino-aprendizagem na disciplina educação nutricional. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 5, n. 11, p. 24133–24150, nov. 2019. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD>. Acesso em: 15 set. 2025.
- BARROS, R. D. *et al.* Distribuição geográfica e fatores associados com a produtividade de médicos e enfermeiros na atenção primária brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1–12, jan. 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gKSNkwVGdP6ztrRnmw8TqJn/>. Acesso em: 15 set. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.378, de 9 jul. 2013.** Dispõe sobre responsabilidades e diretrizes para execução da Vigilância em Saúde. Brasília, DF, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html. Acesso em: 3 maio 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *E-Gestor Atenção Primária à Saúde: cobertura da Atenção Primária (PNS 2020–2023)*. Brasília, DF, 2025. Disponível em: <https://relatorioaps.saude.gov.br/cobertura/pns>. Acesso em: 20 maio 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)*. Brasília, DF, 2023. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>. Acesso em: 20 maio 2025.
- BRASIL. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. *Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro*. Edital de Chamamento Público CP-SMS/RJ nº 007/2022. Rio de Janeiro, 2022.

BRASIL. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Mais Médicos: cidade do Rio volta a ter 70% de cobertura da Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro, 2024. Disponível em:

<https://prefeitura.rio/noticias/mais-medicos-cidade-do-rio-volta-a-ter-70-de-cobertura-da-atencao-primaria-a-saude/>. Acesso em: 20 maio 2025.

CAMARGO, D. S. Ampliando o acesso: o acolhimento por equipe como estratégia de gestão da demanda na Atenção Primária à Saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 24, n. 1, p. 1–17, abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/WYcC7Q6SfbxJtZ3tpXXJjNy/>. Acesso em: 20 maio 2025.

CANUTO, L. E. *et al.* Estudo da demanda de uma equipe da Estratégia Saúde da Família que utiliza o acesso avançado como modelo de organização da agenda. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 1–14, dez. 2021. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2378/1594>. Acesso em: 20 maio 2025.

COSTA, I. L. O. F. *et al.* A vigilância em saúde e o planejamento nas equipes de atenção primária à saúde: revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 53, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3905>. Acesso em: 15 set. 2025.

COSTA, L. P.; MARTINS, L. M. Impactos da queda da cobertura vacinal na reintrodução de doenças imunopreveníveis: uma revisão da literatura. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, São Paulo, p. 12–27, fev. 2025. Disponível em: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/view/5087/5056>. Acesso em: 15 dez. 2025.

FELIX, R. S. *et al.* Percepções dos enfermeiros sobre as condições de trabalho e infraestrutura das unidades de Atenção Primária à Saúde. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, Natal, v. 16, n. 4, p. 65–72, mar. 2022. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/04/1425813/3062-texto-do-artigo-11871-1-10-20230402.pdf>. Acesso em: 15 set. 2025.

FIOCRUZ. A Declaração de Alma-Ata se revestiu de grande relevância em vários contextos. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-declaracao-de-alma-ata-se-revestiu-de-uma-grande-relevancia-em-varios>. Acesso em: 20 maio 2025.

IBGE. *Desemprego*. Rio de Janeiro, 2025. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php>. Acesso em: 10 dez. 2025.

OPAS. *Indicadores de saúde: elementos conceituais e práticos*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2025. 88 p. Disponível em: https://www3.paho.org/hq/joomlatools-files/docman-files/Health_Indicators-June18-pt.pdf. Acesso em: 15 dez. 2025.

SUBPAV. *Carteira de Serviços da Atenção Primária*. Rio de Janeiro, 2021. 110 p. Disponível em: https://subpav.org/download/impressos/Livro_CarteiraDeServicosAPS_2021_20211229.pdf. Acesso em: 20 set. 2025.

TASCHNER, N. P. *et al.* *Anuário VacinaBR 2025: relatório estatístico de vacinação no Brasil*. São Paulo: Instituto Questão de Ciência, 2025. 101 p. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/33901/file/anuario-vacina-interativo-2025_compressed.p

df. Acesso em: 15 dez. 2025.