RESUMO EXPANDIDO - V. PESQUISA CIENTÍFICA RELACIONADA À FORÇA DE TRABALHO EM ENFERMAGEM E OS SISTEMAS DE SAÚDE

MONITORAMENTO DE INDICADORES E ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Beatriz Da Silva Oliveira (enfbiaso@gmail.com)

Iracema Soraia Alves De Souza (iracema.alves@ufms.br)

Rosilene Rocha Palasson (palasson.rosilene@ufms.br)

Moysés Martins Tosta Storti (moysesmts@hotmail.com)

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a base organizadora dos sistemas de saúde, sustentada pelos atributos de coordenação do cuidado, longitudinalidade, primeiro contato e integralidade (Starfield, 2002). No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é consolidada como modelo prioritário de reorganização da APS, estruturada em equipes multiprofissionais responsáveis por territórios definidos. O processo de trabalho articula práticas assistenciais e de vigilância em saúde para garantir o cuidado contínuo, fortalecer o vínculo com a comunidade e a efetivação dos princípios da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017). Nos últimos anos, modelos de financiamento baseados em desempenho introduziram indicadores como mecanismos de indução da qualidade do cuidado. Mais do que o financiamento, destacam-se a centralidade do monitoramento de indicadores e da informação em saúde na organização do trabalho (Melo et al., 2025).

Objetivo: Analisar as potencialidades e desafios do monitoramento de indicadores em saúde e suas repercussões na organização do processo de trabalho, sob a ótica da atuação da enfermagem, em uma Unidade de Saúde da Família.

Metodologia: Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter descritivo-exploratório, desenvolvido por meio da observação participante e análise documental. A observação participante foi realizada por uma enfermeira vinculada à unidade, em um cenário de estudo da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, permitindo a inserção no processo de trabalho e a apreensão das práticas de cuidado. Os registros foram sistematizados em diário de campo, o que possibilitou uma inserção situada no trabalho vivo em ato e favoreceu a compreensão das relações entre cuidado, gestão e informação no processo de trabalho em saúde. A análise documental contemplou prontuário eletrônico, planilhas de monitoramento, normativas institucionais e documentos relacionados ao financiamento vigente à época da coleta. A pesquisa foi realizada entre julho e dezembro de 2023 após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer nº 6.217.790. Os participantes foram profissionais lotados em equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal durante o período do estudo, além de profissionais da gestão da unidade, incluindo gerente administrativa e supervisora. Como critério de inclusão, considerou-se o mínimo de quatro meses de lotação do profissional na unidade. Os dados foram tratados por meio da Análise de Conteúdo de Bardin (2011), seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados. O uso conjunto da observação participante e da análise documental ajudou a dar mais força ao estudo. A observação participante mostrou como o trabalho acontece no dia a dia, nas relações entre profissionais e usuários. Já a análise documental trouxe informações oficiais e registros que ajudaram a entender melhor esse trabalho. Juntas, essas duas formas de coleta permitiram comparar e complementar os dados, garantindo uma visão mais completa da realidade estudada.

Resultado e Discussão: A análise dos dados evidenciou que a organização do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) se estrutura em dimensões interdependentes, envolvendo o cuidado em rede, o uso da

informação em saúde, a centralidade da enfermagem e as tensões entre produção assistencial e monitoramento por indicadores.

Na primeira dimensão, constatou-se que a APS se configura como sistema complexo e relacional, no qual o cuidado se produz nas interações cotidianas entre profissionais, usuários e território. O acolhimento foi identificado como dispositivo central de entrada e organização do fluxo assistencial, reafirmando as diretrizes de primeiro contato e responsabilidade sanitária da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017). Esse movimento, realizado por equipes multiprofissionais com destaque para os agentes comunitários de saúde, consolida a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário e eficaz para a oferta de cuidado preventivo e curativo (MELO et al., 2025).

Reuniões de equipe, atividades de preceptoria e programas de residência multiprofissional foram reconhecidos como dispositivos estruturantes da organização do trabalho, promovendo reconfigurações contínuas dos fluxos assistenciais e fortalecendo a prática colaborativa. Esses elementos reforçam a APS como espaço dinâmico de produção de cuidado e sustentam sistemas de alto desempenho, garantindo a efetivação dos atributos de coordenação e longitudinalidade (STARFIELD, 2002; FOO et al., 2025).

Na segunda dimensão, verificou-se que o trabalho em saúde se organiza fortemente pela produção e circulação da informação. O Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e as planilhas de monitoramento configuram-se como instrumentos centrais na gestão do cuidado, influenciando diretamente a visibilidade das ações realizadas pelas equipes. Registros clínicos e administrativos estruturam tanto a vigilância em saúde quanto o acompanhamento de indicadores, em consonância com a diretriz de alimentação sistemática dos sistemas de informação para planejamento e avaliação (BRASIL, 2017). Esse uso intensivo de dados acompanha a tendência global de alavancar tecnologias de informação para ampliar eficiência e coordenação da atenção primária (FOO et al., 2025).

Foram identificadas inconsistências, como duplicidade de cadastros, registros incompletos e dificuldades operacionais. Esses elementos revelam que o cuidado, embora realizado, depende de sua tradução em dados para ser reconhecido institucionalmente. Nesse sentido, a informação não apenas documenta o trabalho, mas também o organiza e o torna visível para fins de gestão e financiamento. Tal cenário alerta para o risco de consolidação de um “SUS Operacional”, em que o foco excessivo em registros pode intensificar

processos burocráticos em detrimento do tempo destinado ao cuidado clínico direto (MELO et al., 2025).

Na terceira dimensão, destacou-se a centralidade da enfermagem na organização da APS. As atividades desenvolvidas pelos enfermeiros incluem o acompanhamento de ciclos de vida, condições crônicas e a coordenação de ações de vigilância, refletindo atribuições específicas e comuns estabelecidas para a categoria no modelo da Saúde da Família (BRASIL, 2017). Essa posição evidencia o enfermeiro como eixo estruturante da unidade, articulando cuidado direto e gestão do processo de trabalho (NUNCIARONI et al., 2022). Tal protagonismo é essencial para o compartilhamento de tarefas e para a coordenação da atenção, elementos que potencializam o desempenho dos sistemas de saúde (FOO et al., 2025).

Essa centralidade também se traduz em sobrecarga laboral, decorrente do acúmulo de funções assistenciais, gerenciais e de monitoramento (NUNCIARONI et al., 2022). A literatura indica que a pressão por metas vinculadas ao financiamento pode reforçar processos burocráticos, reduzindo o tempo destinado à assistência clínica direta (MELO et al., 2025). Nesse contexto, a atuação da enfermagem revela tanto sua relevância estratégica quanto os desafios relacionados à intensificação do trabalho, evidenciando a necessidade de suporte institucional para que os atributos de longitudinalidade e coordenação não sejam comprometidos por uma lógica produtivista (STARFIELD, 2002; MELO et al., 2025).

Na quarta dimensão identificaram-se tensões entre a produção do cuidado e a lógica de monitoramento por indicadores de desempenho. As práticas assistenciais passaram a ser orientadas pela necessidade de cumprimento de metas, valorizando ações na medida em que são mensuráveis para fins de financiamento federal (MELO et al., 2025). Essas tensões, somadas a fragilidades estruturais, desafiam a APS a se efetivar plenamente como locus de responsabilidade pelo acompanhamento longitudinal do usuário (STARFIELD, 2002).

Em síntese, a atuação estratégica da enfermagem mostra-se fundamental para equilibrar dimensões informacionais e assistenciais, garantindo que a produção de indicadores não substitua a centralidade do usuário nem fragilize os princípios de integralidade e equidade do sistema de saúde (STARFIELD, 2002; MELO et al., 2025).

Conclusão: O estudo evidenciou que o uso da informação em saúde e o monitoramento de indicadores influenciam diretamente a organização do trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS). Entre as potencialidades, destacam-se o acolhimento, a vigilância em saúde, o trabalho multiprofissional e o papel da enfermagem na coordenação do cuidado. Como desafios, foram identificadas fragilidades nos registros, limitações estruturais e tensões entre a produção do cuidado e as exigências de monitoramento. Conclui-se que a APS se organiza por diferentes racionalidades, nas quais a enfermagem ocupa posição estratégica como eixo central da coordenação do cuidado e sustentação das práticas assistenciais.

Palavras chaves: Atenção Primária à Saúde; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Saúde da Família; Gestão em Saúde; Enfermagem.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 07 jun. 2026.

FOO, C. D. et al. Starfield's 4Cs of NCD management in primary healthcare: a conceptual framework development from a case study of 19 countries. BMJ Global Health, v. 10, n. 1, p. e017578, 2025. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-017578

MELO, M. A. et al. Financiamento da APS ao longo do tempo: indução, expansão e qualificação do modelo Estratégia Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, v. 30, n. 12, p. 1-12, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320253012.12642025

NUNCIARONI, A. T. et al. Enfermagem na APS: contribuições, desafios e recomendações para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família. APS em Revista, v. 4, n. 1, p. 61-80, 2022. DOI: https://doi.org/10.14295/aps.v4i1.234

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

Monitoreo de indicadores y organización del cuidado en la Atención Primaria de Salud

Introducción: La Atención Primaria de Salud (APS) organiza los sistemas sanitarios a través de la coordinación, longitudinalidad, primer contacto e integralidad (Starfield, 2002). En Brasil, la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) articula la APS mediante equipos multiprofesionales territorializados, integrando prácticas asistenciales y de vigilancia para asegurar la continuidad del cuidado, el vínculo comunitario y los principios de la Política Nacional de Atención Básica (PNAB, 2017). Los recientes modelos de financiamiento por desempeño introdujeron indicadores de calidad, destacándose el monitoreo de la información en salud como elemento central en la organización del trabajo (Melo et al., 2025).

Objetivo: Analizar las potencialidades y desafíos del monitoreo de indicadores en salud y sus repercusiones en la organización del proceso de trabajo, bajo la óptica de la actuación de la enfermería, en una Unidad de Salud de la Familia.

Metodología: Estudio cualitativo, descriptivo-exploratorio, basado en observación participante y análisis documental. La observación fue realizada por una enfermera residente entre julio y diciembre de 2023, registrando las prácticas de cuidado en un diario de campo. El análisis documental incluyó historias clínicas electrónicas (PEC), planillas de monitoreo, normativas institucionales y documentos de financiamiento.

Aprobada por el Comité de Ética (dictamen nº 6.217.790), la investigación incluyó a profesionales de Salud de la Familia, Salud Bucal y gestión (gerente y supervisora) con al menos cuatro meses de vinculación en la unidad. La combinación de ambas técnicas permitió triangular los datos del trabajo diario

con la información oficial. La información se procesó mediante el Análisis de Contenido de Bardin (2011) en sus fases de preanálisis, exploración e interpretación..

Resultados y Discusión: El análisis de los datos evidenció que la organización del proceso de trabajo en la Atención Primaria de Salud (APS) se estructura en dimensiones interdependientes, involucrando el cuidado en red, el uso de la información en salud, la centralidad de la enfermería y las tensiones entre la producción asistencial y el monitoreo por indicadores.

En la primera dimensión, se constató que la APS se configura como un sistema complejo y relacional, en el cual el cuidado se produce en las interacciones cotidianas entre profesionales, usuarios y territorio. La acogida fue identificada como un dispositivo central de entrada y organización del flujo asistencial, reafirmando las directrices de primer contacto y responsabilidad sanitaria de la Política Nacional de Atención Básica (BRASIL, 2017). Este movimiento, realizado por equipos multiprofesionales con un papel destacado de los agentes comunitarios de salud, consolida la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) como el modelo prioritario y eficaz para la oferta de cuidado preventivo y curativo (MELO et al., 2025).

Las reuniones de equipo, las actividades de preceptoría y los programas de residencia multiprofesional fueron reconocidos como dispositivos estructurantes de la organización del trabajo, promoviendo reconfiguraciones continuas de los flujos asistenciales y fortaleciendo la práctica colaborativa. Estos elementos refuerzan a la APS como un espacio dinámico de producción de cuidado y sustentan sistemas de alto desempeño, garantizando la efectivización de los atributos de coordinación y longitudinalidad (STARFIELD, 2002; FOO et al., 2025).

En la segunda dimensión , se verificó que el trabajo en salud se organiza fuertemente mediante la producción y circulación de la información. El Registro Clínico Electrónico del Ciudadano (Prontuário Eletrônico do Cidadão - PEC) y las planillas de monitoreo se configuran como instrumentos centrales en la gestión del cuidado, influyendo directamente en la visibilidad de las acciones realizadas por los equipos. Los registros clínicos y administrativos estructuran tanto la vigilancia en salud como el seguimiento de indicadores, en consonancia con la directriz de alimentación sistemática de los sistemas de información para la planificación y evaluación (BRASIL, 2017). Este uso

intensivo de datos acompaña la tendencia global de apalancar tecnologías de información para ampliar la eficiencia y la coordinación de la atención primaria (FOO et al., 2025).

Se identificaron inconsistencias, como duplicidad de registros de usuarios, registros incompletos y dificultades operacionales. Estos elementos revelan que el cuidado, aunque se realice, depende de su traducción en datos para ser reconocido institucionalmente. En este sentido, la información no solo documenta el trabajo, sino que también lo organiza y lo hace visible para fines de gestión y financiamiento. Tal escenario alerta sobre el riesgo de consolidación de un "SUS Operacional", en el que el enfoque excesivo en los registros puede intensificar los procesos burocráticos en detrimento del tiempo destinado al cuidado clínico directo (MELO et al., 2025).

En la tercera dimensión, se destacó la centralidad de la enfermería en la organización de la APS. Las actividades desarrolladas por los enfermeros incluyen el seguimiento de los ciclos de vida, condiciones crónicas y la coordinación de acciones de vigilancia, lo que refleja atribuciones específicas y comunes establecidas para la categoría en el modelo de la Salud de la Familia (BRASIL, 2017). Esta posición evidencia al enfermero como eje estructurante de la unidad, articulando el cuidado directo y la gestión del proceso de trabajo (NUNCIARONI et al., 2022). Tal protagonismo es esencial para el uso compartido de tareas y para la coordinación de la atención, elementos que potencializan el desempeño de los sistemas de salud (FOO et al., 2025).

Esta centralidad también se traduce en sobrecarga laboral, derivada de la acumulación de funciones asistenciales, de gestión y de monitoreo (NUNCIARONI et al., 2022). La literatura indica que la presión por metas vinculadas al financiamiento puede reforzar los procesos burocráticos, reduciendo el tiempo destinado a la asistencia clínica directa (MELO et al., 2025). En este contexto, la actuación de la enfermería revela tanto su relevancia estratégica como los desafíos relacionados con la intensificación del trabajo, evidenciando la necesidad de soporte institucional para que los atributos de longitudinalidad y coordinación no se vean comprometidos por una lógica productivista (STARFIELD, 2002; MELO et al., 2025).

En la cuarta dimensión, se identificaron tensiones entre la producción del cuidado y la lógica de monitoreo por indicadores de desempeño. Las prácticas asistenciales pasaron a estar orientadas por la necesidad de cumplimiento de metas, valorando las acciones en la medida en que son medibles para fines de

financiamiento federal (MELO et al.,2025). Estas tensiones, sumadas a las fragilidades estructurales, desafían a la APS a hacerse plena efectivamente como locus de responsabilidad por el seguimiento longitudinal del usuario (STARFIELD, 2002).

En síntesis, la actuación estratégica de la enfermería se muestra fundamental para equilibrar las dimensiones informacionales y asistenciales, garantizando que la producción de indicadores no sustituya la centralidad del usuario ni debilite los principios de integralidad y equidad del sistema de salud (STARFIELD, 2002; MELO et al., 2025).

Conclusión: El estudio evidenció que el uso de la información en salud y el monitoreo de indicadores influyen directamente en la organización del trabajo en la Atención Primaria de Salud (APS). Entre las potencialidades, se destacan la acogida , la vigilancia en salud, el trabajo multiprofesional y el papel de la enfermería en la coordinación del cuidado. Como desafíos, se identificaron fragilidades en los registros, limitaciones estructurales y tensiones entre la producción del cuidado y las exigencias de monitoreo. Se concluye que la APS se organiza mediante diferentes racionalidades, en las cuales la enfermería ocupa una posición estratégica como eje central de la coordinación del cuidado y del sustento de las prácticas asistenciales.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Indicadores de Calidad de la Atención de Salud; Salud de la Familia; Gestión en Salud; Enfermería

Referencias

BRASIL. Ministerio de Salud. Ordenanza n.º 2.436 del 21 de septiembre de 2017. Aprueba la Política Nacional de Atención Primaria de Salud, estableciendo la revisión de directrices para la organización de la Atención Primaria en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS). Brasilia: Ministerio de Salud, 2017. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Consultado el: 7 jun. 2026.

FOO, C. D. et al. Las 4C de Starfield para la gestión de enfermedades no transmisibles en la atención primaria: desarrollo de un marco conceptual a

partir de un estudio de caso en 19 países. BMJ Global Health, vol. 10, n.º 1, e017578, 2025. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-017578.

MELO, M. A. et al. Financiamiento de la Atención Primaria de Salud a lo largo del tiempo: inducción, expansión y cualificación del modelo Estrategia de Salud de la Familia. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 30, n.º 12, pp. 1-12, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320253012.12642025.

NUNCIARONI, A. T. et al. Enfermería en la Atención Primaria de Salud: contribuciones, desafíos y recomendaciones para el fortalecimiento de la Estrategia de Salud de la Familia. APS em Revista, vol. 4, n.º 1, pp. 61-80, 2022. DOI: https://doi.org/10.14295/aps.v4i1.234.

STARFIELD, B. Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Brasília: UNESCO; Ministerio de Salud, 2002.

Monitoring indicators and organizing care in Primary Health Care

Introduction: Primary Health Care (PHC) constitutes the organizing foundation of health systems, sustained by the attributes of care coordination, longitudinality, first contact, and comprehensiveness (Starfield, 2002). In Brazil, the Family Health Strategy (FHS) is consolidated as the priority model for reorganizing PHC, structured around multidisciplinary teams responsible for defined territories. The work process articulates healthcare and health surveillance practices to guarantee continuous care, strengthen the bond with the community, and implement the principles of the National Primary Care Policy (PNAB, 2017). In recent years, performance-based financing models have introduced indicators as mechanisms to induce quality of care. More than just financing, the centrality of indicator monitoring and health information in the organization of work is highlighted (Melo et al., 2025).

Objective: To analyze the potentials and challenges of monitoring health indicators and their repercussions on the organization of the work process, from the perspective of nursing performance, in a Family Health Unit.

Methodology: This is a qualitative, descriptive-exploratory study developed through participant observation and documentary analysis. The participant observation was conducted by a nurse linked to the unit, within a study setting of the Multiprofessional Residency in Family Health, allowing insertion into the work process and the apprehension of care practices. The records were systematized in a field diary, which enabled a situated insertion into live work in act and favored the understanding of the relationships between care, management, and information in the health work process. The documentary analysis included electronic health records, monitoring spreadsheets, institutional regulations, and documents related to the financing in force at the time of collection. The research was conducted between July and December 2023, after approval by the Research Ethics Committee, under opinion no. 6,217,790. The participants were professionals assigned to Family Health and Oral Health teams during the study period, in addition to unit management professionals, including the administrative manager and supervisor. As an inclusion criterion, a minimum of four months of professional assignment at the unit was considered. Data were processed using Bardin's Content Analysis (2011), following the stages of pre-analysis, material exploration, and interpretation of results. The joint use of participant observation and documentary analysis helped strengthen the study. Participant observation showed how work happens on a daily basis within the relationships between professionals and users. In turn, documentary analysis brought official information and records that helped better understand this work. Together, these two forms of collection allowed data comparison and complementation, ensuring a more complete view of the studied reality.

Results and Discussion: Data analysis evidenced that the organization of the work process in Primary Health Care (PHC) is structured into interdependent dimensions, involving networked care, the use of health information, the centrality of nursing, and the tensions between healthcare production and monitoring by indicators. In the first dimension, it was found that PHC is configured as a complex and relational system, in which care is produced in daily interactions among professionals, users, and the territory. User embracement (acolhimento) was identified as a central device for entry and organization of the healthcare flow, reaffirming the guidelines of first contact and sanitary responsibility of the National Primary Care Policy (BRASIL, 2017). This movement, carried out by multidisciplinary teams with emphasis on community

health agents, consolidates the Family Health Strategy (FHS) as a priority and effective model for delivering preventive and curative care (MELO et al., 2025). Team meetings, preceptorship activities, and multiprofessional residency programs were recognized as structuring devices of work organization, promoting continuous reconfigurations of healthcare flows and strengthening collaborative practice. These elements reinforce PHC as a dynamic space for care production and sustain high-performance systems, ensuring the implementation of coordination and longitudinality attributes (STARFIELD, 2002; FOO et al., 2025). In the second dimension, it was verified that health work is strongly organized by the production and circulation of information. The Citizen's Electronic Health Record (Prontuário Eletrônico do Cidadão - PEC) and monitoring spreadsheets are configured as central instruments in care management, directly influencing the visibility of actions performed by the teams. Clinical and administrative records structure both health surveillance and the monitoring of indicators, in line with the guideline of systematically feeding information systems for planning and evaluation (BRASIL, 2017). This intensive use of data follows the global trend of leveraging information technologies to expand the efficiency and coordination of primary care (FOO et al., 2025). Inconsistencies were identified, such as duplicate registries, incomplete records, and operational difficulties. These elements reveal that care, although performed, depends on its translation into data to be institutionally recognized. In this sense, information not only documents work but also organizes it and makes it visible for management and financing purposes. This scenario warns of the risk of consolidating an "Operational SUS," in which an excessive focus on records may intensify bureaucratic processes to the detriment of time allocated to direct clinical care (MELO et al., 2025). In the third dimension, the centrality of nursing in the organization of PHC was highlighted. The activities developed by nurses include monitoring life cycles, chronic conditions, and coordinating surveillance actions, reflecting specific and common attributions established for the category within the Family Health model (BRASIL, 2017). This position highlights the nurse as a structuring axis of the unit, articulating direct care and management of the work process (NUNCIARONI et al., 2022). Such protagonist role is essential for task sharing and care coordination, elements that enhance the performance of health systems (FOO et al., 2025). This centrality also translates into work overload, resulting from the accumulation of healthcare, managerial, and monitoring functions (NUNCIARONI et al., 2022). The literature indicates that the pressure for goals linked to financing can reinforce bureaucratic processes, reducing the time

allocated to direct clinical assistance (MELO et al., 2025). In this context, nursing performance reveals both its strategic relevance and the challenges related to the intensification of work, showing the need for institutional support so that the attributes of longitudinality and coordination are not compromised by a productivist logic (STARFIELD, 2002; MELO et al., 2025). In the fourth dimension, tensions were identified between care production and the logic of performance indicator monitoring. Healthcare practices began to be guided by the need to meet targets, valuing actions to the extent that they are measurable for federal financing purposes (MELO et al., 2025). These tensions, added to structural weaknesses, challenge PHC to fully realize itself as the locus of responsibility for the user's longitudinal follow-up (STARFIELD, 2002). In summary, the strategic performance of nursing proves to be fundamental to balancing informational and healthcare dimensions, ensuring that the production of indicators does not replace the centrality of the user nor weaken the principles of comprehensiveness and equity of the health system (STARFIELD, 2002; MELO et al., 2025).

Conclusion: The study evidenced that the use of health information and indicator monitoring directly influence work organization in Primary Health Care (PHC). Among the potentials, user embracement (acolhimento), health surveillance, multiprofessional work, and the role of nursing in care coordination stand out. As challenges, weaknesses in records, structural limitations, and tensions between care production and monitoring requirements were identified. It is concluded that PHC is organized by different rationalities, in which nursing occupies a strategic position as the central axis of care coordination and the support of healthcare practices.

Keywords: Primary Health Care; Quality Indicators, Health Care; Family Health; Health Management; Nursing

References

BRAZIL. Ministry of Health. Ordinance No. 2,436 of September 21, 2017. Approves the National Primary Health Care Policy, establishing revised guidelines for the organization of Primary Health Care within the Unified Health System (SUS). Brasília: Ministry of Health, 2017. Available at:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Accessed: June 7, 2026.

FOO, C. D. et al. Starfield's 4Cs of NCD management in primary healthcare: a conceptual framework development from a case study of 19 countries. BMJ Global Health, vol. 10, no. 1, e017578, 2025. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-017578.

MELO, M. A. et al. Primary Health Care financing over time: induction, expansion and qualification of the Family Health Strategy model. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 30, no. 12, pp. 1-12, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320253012.12642025.

NUNCIARONI, A. T. et al. Nursing in Primary Health Care: contributions, challenges and recommendations for strengthening the Family Health Strategy. APS em Revista, vol. 4, no. 1, pp. 61-80, 2022. DOI: https://doi.org/10.14295/aps.v4i1.234.

STARFIELD, B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. Brasília: UNESCO; Ministry of Health, 2002.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; indicadores de qualidade em assistência à saúde; saúde da família; gestão em saúde; enfermagem.