



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO  
DECIÊNCIAS DA VIDA E  
DANATUREZA (ILACVN)**

**MEDICINA- INTERNATO EM  
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM  
SAÚDE I**

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO TERRITÓRIO DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE  
DA ÁREA 077 DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE VILA YOLANDA**

**ADRIANO R. TARGANSKI NODARI**

**FOZ DO IGUAÇU – PR**

**2026**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA  
INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE CIÊNCIAS DA VIDA E DA  
NATUREZA(ILACVN)  
CURSO DE MEDICINA

**RELATÓRIO FINAL DO PROCESSO DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO  
SITUACIONAL DA EQUIPE DE SAÚDE II, UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA VILA  
YOLANDA. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL.**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado a Universidade Federal da  
Integração Latino Americana, como  
requisito à obtenção do título de Bacharel  
em Medicina.

Orientador: Dr. Albert Luiz Costa da Costa

FOZ DO IGUAÇU - PR

2026

ADRIANO RAFAEL TARGANSKI NODARI

**RELATÓRIO FINAL DO PROCESSO DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO  
SITUACIONAL DA EQUIPE DE SAÚDE II, UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA VILA  
YOLANDA. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL.**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado a Universidade Federal da  
Integração Latino Americana, como  
requisito à obtenção do título de Bacharel  
em Medicina.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Orientador: Dr. Albert Luiz Costa da Costa  
UNILA**

---

**Prof<sup>a</sup>. Me. Márcia Lima de  
Oliveira Mugnaini UNILA**

---

**Prof<sup>a</sup>. Me. Rosana Alvarez Callejas  
UNILA**

Foz do Iguaçu, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

## RESUMO

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) constitui um eixo fundamental para a organização do sistema de saúde no Brasil, ao definir diretrizes que consolidam a Atenção Primária à Saúde (APS). Dentro desse cenário, o processo de territorialização torna-se indispensável, pois permite reconhecer as particularidades e demandas de cada comunidade. O diagnóstico situacional assume papel estratégico ao avaliar não apenas as condições de saúde da população, mas também os fatores determinantes e os recursos existentes, fornecendo subsídios para decisões mais assertivas.

Na área 77 da UBS Vila Yolanda, em Foz do Iguaçu, a análise situacional apontou fragilidades e potencialidades. Entre os principais desafios, destacam-se o cadastramento insuficiente no sistema e-SUS e a carência de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), visto que apenas um profissional desempenha a função, número inferior ao recomendado pela PNAB de 2017. Além disso, dificuldades de comunicação comprometem a adesão da população às campanhas de saúde.

Apesar disso, a equipe apresenta avanços relevantes, como o acompanhamento adequado de gestantes e a ampliação da cobertura vacinal. Contudo, a limitação da infraestrutura disponível e a baixa procura por exames preventivos e pelo seguimento de doenças crônicas permanecem como pontos críticos.

Diante desse cenário, evidencia-se a urgência de investir na capacitação dos profissionais, no fortalecimento da equipe e na regularização dos cadastros populacionais. O diagnóstico situacional, portanto, reafirma-se como instrumento essencial para identificar as prioridades do território e orientar ações que favoreçam a qualidade da assistência, garantindo maior equidade no acesso e contribuindo para a promoção da saúde da comunidade atendida pela UBS Vila Yolanda.

**Palavras-chave:** Atenção Primária; Territorialização; Diagnóstico Situacional; Indicadores de Saúde; Prevenção de Doenças.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – UBS Vila Yolanda .....	24
<b>Figura 2</b> - Farmácia .....	26
<b>Figura 3</b> - Sala de Serviço Social .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>Figura 4</b> - Consultório de odontologia.....	26
<b>Figura 5</b> - Sala de gerência .....	27
<b>Figura 6</b> - Copa.....	27
<b>Figura 7</b> - Sala dos ACS.....	27
<b>Figura 8</b> - Sala de almoxarifado (DML).....	27
<b>Figura 9</b> – Laboratório .....	28
<b>Figura 10</b> - Sala de vacinação .....	28
<b>Figura 11</b> - Acolhimento.....	29
<b>Figura 12</b> - Sala de procedimentos.....	29
<b>Figura 13</b> Equipe 77 da UBS vila Yolanda .....	29
<b>Figura 14</b> - Rota da linha 120 e 116 .....	35
<b>Figura 15</b> - Rota da linha 325 e 105 .....	36
<b>Figura 16</b> - Rota da linha 380 .....	37
<b>Figura 17</b> - Descartes de lixo em terrenos baldios na zona urbana.....	50
<b>Figura 18</b> - Descartes de garrafas em terrenos baldios na zona urbana.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>Figura 19</b> – calçada de ponto de ônibus sem piso tátil e com obstáculos. ....	61
<b>Figura 20</b> – Calçada com final abrupto em grama.....	62

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Dados institucionais .....	22
<b>Tabela 2</b> - Composição das equipes.....	25
<b>Tabela 3</b> - Composição da Equipe 77 .....	30
<b>Tabela 4</b> – Adequação da USF aos requisitos da Portaria nº 340 MS.....	32
<b>Tabela 5</b> - Estabelecimentos dentro da Área 077.....	51
<b>Tabela 6</b> - Animais nos domicílios.....	64
<b>Tabela 7</b> - Situação de moradia/ Posse da terra.....	67
<b>Tabela 8</b> - Condições de moradia, abastecimento de água.....	70
<b>Tabela 9</b> - Disponibilidade de energia elétrica.....	74
<b>Tabela 10</b> - População cadastrada .....	77
<b>Tabela 11</b> - Identificação do usuário/Sexo .....	79
<b>Tabela 12</b> – Identificação do usuário/Faixa etária.....	81
<b>Tabela 13</b> - Identificação do usuário/Raça e cor.....	86
<b>Tabela 14</b> - Identificação do usuário/Nacionalidade.....	87
<b>Tabela 15</b> - Outras informações sociodemográficas.....	88
<b>Tabela 16</b> - Renda familiar - Equipe 77 .....	99
<b>Tabela 17</b> - Grau de escolaridade - Equipe 77 .....	101
<b>Tabela 18</b> - Com quem ficam as crianças de 0 a 9 anos - Equipe 77.....	105
<b>Tabela 19</b> - Situação no mercado de trabalho- Equipe 77 .....	107
<b>Tabela 20</b> - Tipo de deficiências - Equipe 77 .....	109
<b>Tabela 21</b> - Variáveis de interesse quanto às crianças menores de 2 anos da Vila Yolanda área 77 .....	112
<b>Tabela 22</b> - Variáveis de interesse quanto às gestantes da UBS Vila Yolanda. Dados coletados no mês de julho de 2024 e revisados em setembro de 2024 .....	119
<b>Tabela 23</b> - Comparativos de números de pessoas portadores de diabetes, hipertensão e tabagistas entre a equipe 77 da UBS Vila Yolanda e Curitiba .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>Tabela 24</b> - Variáveis de interesse dos indivíduos hipertensos com dados baseados no Relatório Operacional de Risco Cardiovascular do e-SUS em abril de 2024 ..	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>Tabela 25</b> - Variáveis de interesse em indivíduos diabéticos com dados baseados no Relatório Operacional de Risco Cardiovascular do e-SUS em julho de 2024 .....	130
<b>Tabela 26</b> - Variáveis de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) com dados baseados no Relatório consolidado de Cadastro Individual do e-SUS de julho de 2024 .....	133
<b>Tabela 27</b> - Incidência de Tuberculose e Hanseníase encontrada no território sob responsabilidade da equipe 77 da USF Vila Yolanda .....	139
<b>Tabela 28</b> - Outras condições de interesse médico com dados baseados no Relatório consolidado de Cadastro Individual do e-SUS da equipe 77 .....	141

<b>Tabela 29</b> - Variáveis de interesse quanto aos indivíduos com deficiência com dados baseados no Relatório consolidado de Cadastro Individual do e-SUS da equipe 77, em abril de 2024.....	146
<b>Tabela 30</b> - Série histórica dos indicadores de desempenho municipais relacionados ao Previne Brasil .....	152
<b>Tabela 31</b> - Série histórica dos Sete indicadores - Equipe 77 Previne Brasil .....	153
<b>Tabela 32</b> - Distância de meta da equipe 77 no 1º quadrimestre de 2024.....	157
<b>Tabela 33</b> - Validação de dados (pessoas e critérios atendidos e não atendidos) no 1º quadrimestre de 2024 equipe 77 .....	162
<b>Tabela 34</b> – Dados invalidados referentes às pessoas vinculadas à equipe 77, no 1º quadrimestre de 2024 .....	164
<b>Tabela 35</b> - Série histórica do Indicador Sintético Final (ISF) do município .....	167

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Número de domicílios segundo o abastecimento de água. ....	63
<b>Gráfico 2</b> - Tipo de acesso ao domicílio. ....	65
<b>Gráfico 3</b> - Tipo de domicílio.....	66
<b>Gráfico 4</b> - Tipo de material predominante na construção das paredes externas. ...	69
<b>Gráfico 5</b> - Água para consumo no domicílio.....	71
<b>Gráfico 6</b> - Forma de escoamento do banheiro ou sanitário. ....	73
<b>Gráfico 7</b> - Destino do lixo. ....	76
<b>Gráfico 8</b> - Cadastros individuais.....	78
<b>Gráfico 9</b> - População por faixa etária adscrita à USF Vila Yolanda. ....	83
<b>Gráfico 10</b> – Pirâmide etária adscrita à USF Vila Yolanda .....	83
<b>Gráfico 11</b> - Pirâmide etária Foz do Iguaçu 2022 - censo .....	84
<b>Gráfico 12</b> - Serviços públicos e serviços privados. ....	88
<b>Gráfico 13</b> - Sete indicadores de desempenho – Primeiro Quadrimestre de 2024 UBS Vila Yolanda – Área 77.....	155
<b>Gráfico 14</b> - Indicador sintético final, Foz do Iguaçu – PR, 1º quadrimestre de 2024 .....	159

## LISTA DE MAPAS

<b>Mapa 1</b> - Localização da Unidade Básica de Saúde Vila Yolanda, área da equipe 1..	17
<b>Mapa 2</b> - Território de abrangência da UBS Vila Yolanda.....	41
<b>Mapa 3</b> - Área 076 - Equipe 1 .....	42
<b>Mapa 4</b> - Área 077 - Equipe 2 .....	42
<b>Mapa 5</b> - Área 083 - Equipe 3 .....	43
<b>Mapa 6</b> - Área 078 - Equipe 4. ....	43
<b>Mapa 7</b> - Área 081 - Equipe 5 .....	44
<b>Mapa 8</b> - Área AR1. ....	45
<b>Mapa 9</b> - Microáreas pertencentes às equipes. ....	46
<b>Mapa 10</b> - Altitudes geográficas.....	48
<b>Mapa 11</b> - Rios de leitos naturais na zona rural e urbana. ....	49
<b>Mapa 12</b> – Escolas, creches e faculdade no território.....	54
<b>Mapa 13</b> - Farmácias no território. ....	56
<b>Mapa 14</b> - Cemitérios, favelas e tabacarias no território. ....	58

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ACS</b>	Agentes Comunitários de Saúde
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>AR1</b>	Área rural 1
<b>AVE</b>	Acidente Vascular Encefálico
<b>CLS</b>	Conselho Local em Saúde
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
<b>DCNT</b>	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>HAS</b>	Hipertensão arterial sistêmica
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>ISF</b>	Indicador Sintético Final
<b>MS</b>	Ministério de Saúde
<b>PIESC</b>	Programa de Integração Ensino - Serviço - Comunidade
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>SESA</b>	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
<b>SNC</b>	Sistema Nervoso Central
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UAPS</b>	Unidades de Atenção Primária à Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UNILA</b>	Universidade Federal da Integração Latino-Americana
<b>USF</b>	Unidades de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	18
2.1. OBJETIVO GERAL .....	18
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	18
<b>3. JUSTIFICATIVA</b> .....	19
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	20
<b>5. PERFIL INSTITUCIONAL</b> .....	22
<b>Tabela 1- Dados institucionais</b> .....	22
5.1USF VILA YOLANDA .....	24
<b>5.1.1 Descrição física da Unidade Básica de Saúde</b> .....	26
<b>5.1.2 Estrutura Física</b> .....	31
<b>5.1.3 Acesso à Unidade de Atenção Primária à Saúde: topografia e transporte urbano</b> .....	34
<b>5.1.4 Comunicação com a população</b> .....	37
<b>5.1.5 Integração Ensino-Serviço-Comunidade</b> .....	38
<b>6 PERFIL TERRITORIAL/AMBIENTAL</b> .....	39
6.1 TERRITÓRIO .....	39
6.2 GEOGRAFIA E AMBIENTE .....	47
6.3 DELIMITAÇÃO DO TERRITÓRIO DA UAPS NO MAPA .....	51
<b>6.3.1 Dentro da Área 077 - EQUIPE 2 temos:</b> .....	51
6.4 MAPAS INTELIGENTES .....	54
6.5 URBANIZAÇÃO E ACESSO .....	60
6.6 CARACTERÍSTICA DOS DOMICÍLIOS E CONDIÇÕES DE MORADIA .....	62
<b>6.6.1 Número de domicílios segundo o abastecimento de água: rede pública, poço ou nascente, entre outros.</b> .....	63
<b>6.6.2 Animais em domicílio</b> .....	64
<b>6.6.3 Tipo de acesso ao domicílio</b> .....	65
<b>6.6.4 Tipo de domicílio</b> .....	66
<b>6.6.5 Situação de moradia</b> .....	67

<b>6.6.6 Material predominante na construção das paredes externas dos domicílios</b>	
68	
<b>6.6.7 Abastecimento de água</b>	69
<b>6.6.8 Domicílios segundo o tratamento da água no domicílio: filtração, fervura, cloração, sem tratamento.</b>	70
<b>6.6.9 Nº de domicílios segundo o destino de fezes e urina: sistema de esgoto (rede geral), fossa ou céu aberto.</b>	72
<b>6.6.10 Domicílios com energia elétrica</b>	73
<b>6.6.11 Domicílios segundo o destino do lixo: coletado, queimado ou acumulado a céu aberto.</b>	74
<b>7 PERFIL DEMOGRÁFICO.</b>	76
7.1 DADOS CADASTRAIS: POPULAÇÃO TOTAL ADSCRITA À USF.	76
7.2 POPULAÇÃO CADASTRO POR FAIXA ETÁRIA	79
7.3 RELATIVO À POPULAÇÃO PELA RAÇA/COR	84
7.4 RELATIVO À NACIONALIDADE	86
7.5 RELATIVO AO ACESSO: SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE PRIVADA	87
7.6 POPULAÇÃO ELEGÍVEL PARA AÇÕES ESPECÍFICAS DE ACORDO COM A FAIXA ETÁRIA	89
7.7 POPULAÇÃO MENOR DE 2 ANOS	90
7.8 POPULAÇÃO MENOR DE 5 ANOS	91
7.9 POPULAÇÃO FEMININA ENTRE 25 ANOS E 64 ANOS	92
7.10 POPULAÇÃO FEMININA ENTRE 50 E 69 ANOS	93
7.11 POPULAÇÃO COM IDADE MAIOR QUE 60 ANOS	94
7.12 POPULAÇÃO ACIMA DE 20 ANOS	95
7.13 POPULAÇÃO ENTRE 10 E 19 ANOS	96
<b>8 PERFIL SOCIOECONÔMICO</b>	98
8.1 RENDA FAMILIAR	98
8.2 EDUCAÇÃO	100
<b>8.2.1 Grau de escolaridade</b>	100
<b>8.2.2 Pessoas que concluíram o ensino médio e superior</b>	102
<b>8.2.3 Analfabetismo</b>	103
<b>8.2.4 Onde ficam crianças menores que 9 anos</b>	104

8.3 OCUPAÇÃO.....	106
<b>8.3.1 Situação no mercado de trabalho .....</b>	<b>106</b>
8.4 POPULAÇÃO COM DEFICIÊNCIAS .....	108
8.5 POPULAÇÃO LGBTQIA+ .....	110
8.6 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	111
<b>9. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO .....</b>	<b>112</b>
9.1 CRIANÇAS .....	112
<b>9.1.1 Crianças menores de 2 anos cadastradas na área .....</b>	<b>114</b>
<b>9.1.2 Crianças com consulta na primeira semana de vida .....</b>	<b>114</b>
<b>9.1.3 Crianças acompanhadas pelo médico/enfermeira .....</b>	<b>115</b>
<b>9.1.4 Crianças acompanhadas pelo ACS .....</b>	<b>116</b>
<b>9.1.5 Crianças com registro antropométrico adequado e estado nutricional registrado.....</b>	<b>117</b>
9.2 DADOS REFERENTES A GESTANTES E PUÉRPERAS - ÁREA 77 .....	118
<b>9.2.1 Microárea 19 .....</b>	<b>119</b>
<b>9.2.2 Microárea 20 .....</b>	<b>120</b>
<b>9.2.3 Microárea 22 .....</b>	<b>121</b>
<b>9.2.4 Microárea 38 .....</b>	<b>122</b>
<b>9.2.5 Adolescentes grávidas .....</b>	<b>123</b>
<b>9.2.6 Desatualização do e-SUS e à Falta de Relatório Operacional .....</b>	<b>124</b>
9.3 HIPERTENSÃO .....	125
<b>9.3.1 Maiores de 20 anos com HA cadastrados por área.....</b>	<b>125</b>
<b>9.3.2 Hipertensos com a última consulta médica/enfermeiro, há menos de 6 meses .....</b>	<b>126</b>
<b>9.3.3 Pessoas que têm a condição autorreferida de HA sem registro de atendimento médico/enfermeiro .....</b>	<b>127</b>
<b>9.3.4 Hipertensos com rastreamento de RCV há menos de 1 ano .....</b>	<b>127</b>
<b>9.3.5 Hipertensos com última visita do ACS há menos de 6 meses .....</b>	<b>128</b>
9.4 TABAGISMO.....	129
9.5 DIABETES .....	129

<b>9.5.1 Maiores de 20 anos portadores de diabetes cadastrados por área</b> .....	130
<b>9.5.2 Diabéticos com a última consulta com médico/enfermeiro há menos de 4 meses</b> .....	131
<b>9.5.3 Diabéticos com rastreamento de RCV há menos de 1 ano</b> .....	132
<b>9.5.4 Diabéticos com última consulta ao dentista há menos de 1 ano</b> .....	132
<b>9.5.5 Diabéticos com última visita do ACS há menos de 2 meses</b> .....	133
<b>9.6 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)</b> .....	133
<b>9.6.1 Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)</b> .....	134
<b>9.6.2 Acidente Vascular Encefálico (AVE)</b> .....	134
<b>9.6.3 Diagnóstico de câncer</b> .....	135
<b>9.6.4 Doença Renal Crônica (RDC)</b> .....	136
<b>9.6.5 Asma</b> .....	136
<b>9.6.6 Excesso de peso</b> .....	137
<b>9.7 DOENÇAS CONTAGIOSAS / NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA</b> .....	139
<b>9.7.1 Tuberculose</b> .....	139
<b>9.7.2 Hanseníase</b> .....	140
<b>9.8 OUTRAS CONDIÇÕES DE INTERESSE MÉDICO</b> .....	141
<b>9.8.1 Acamados</b> .....	142
<b>9.8.2 Internações no último ano</b> .....	142
<b>9.8.3 Transtorno mental</b> .....	143
<b>9.8.4 Uso de substâncias ilícitas nos últimos 12 meses</b> .....	144
<b>9.9 DEFICIÊNCIAS</b> .....	145
<b>9.9.1 Deficiência Auditiva</b> .....	146
<b>9.9.2 Deficiência Visual</b> .....	147
<b>9.9.3 Deficiência Física/Motora</b> .....	147
<b>9.9.4 Deficiência Intelectual/Cognitiva</b> .....	148
<b>10 INDICADORES DE FINANCIAMENTO DA APS</b> .....	149
<b>10.1 SÉRIE HISTÓRICA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU</b> .....	150
<b>10.2 SÉRIE HISTÓRICA DA EQUIPE 77 - UBS VILA YOLANDA</b> .....	153

10.3 DISTÂNCIA DA META DA EQUIPE 77 NO 1º QUADRIMESTRE DE 2025	156
10.4 PROPORÇÃO DE DADOS VALIDADOS - EQUIPE 77 - USF VILA YOLANDA .....	162
10.5 SÉRIE HISTÓRICA DO INDICADOR SINTÉTICO FINAL (ISF) DO MUNICÍPIO .....	166
10.6 TRANSIÇÃO DO PREVINE BRASIL PARA O COFINANCIAMENTO FEDERAL: NOVOS DESAFIOS E OPORTUNIDADES PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, PORTARIA GM/MS Nº 3.493, DE 10 DE ABRIL DE 2024 .....	168
<b>11 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	170
<b>12 REFERÊNCIAS</b> .....	173
STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. (Série .....	180

## 1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) corresponde a um conjunto de práticas e intervenções voltadas ao indivíduo, à família e à coletividade. Seu escopo envolve ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, sempre com foco em uma abordagem integral dos usuários (BRASIL, 2017).

Reconhecida como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Básica (AB) é um dos pilares centrais da rede de serviços. A sua estruturação ganhou forma em 2006, com a criação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), cujo propósito é orientar e padronizar as ações no âmbito da APS em todo o território nacional.

Com a revisão da PNAB em 2017, reforçaram-se as atribuições da APS, que passou a ser responsável pela organização e coordenação do cuidado, sustentada pelos princípios da equidade, universalidade e integralidade. Isso inclui a gestão dos fluxos de encaminhamentos entre os diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde (RAS), além do planejamento participativo e da gestão compartilhada (BOUSQUAT et al., 2017).

De acordo com Starfield (2002), a APS constitui a forma mais efetiva e justa de estruturar serviços de saúde, uma vez que prioriza a prevenção e o cuidado contínuo e abrangente. A partir do entendimento do processo saúde-doença da comunidade, é possível reorganizar fluxos de atendimento e protocolos, garantindo que a APS atue de forma estratégica na prevenção de agravos e na promoção da qualidade de vida.

Estudos do Ministério da Saúde evidenciam que a APS é capaz de solucionar mais de 80% das demandas em saúde, contribuindo significativamente para a redução da mortalidade materna e infantil, para o diagnóstico e acompanhamento de doenças crônicas, para a prevenção de infecções transmissíveis, além de promover melhorias em diferentes dimensões da saúde — mental, social e até espiritual. Dessa forma, evita-se a sobrecarga dos serviços de maior complexidade.

O diagnóstico situacional surge como uma ferramenta essencial de gestão, pois consiste na coleta, análise e interpretação de dados diretamente no território, contando com a participação da comunidade e da Equipe de Saúde da Família (ESF).

Esse processo permite identificar as condições de saúde, riscos e necessidades locais, subsidiando o planejamento e a implementação de ações adequadas (SANT'ANNA et al., 2011; BARROS; SÁ, 2010).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS), estrategicamente implantadas próximas a locais de moradia, trabalho e estudo da população, desempenham papel central no acesso aos cuidados de saúde. Entretanto, a limitação da infraestrutura ainda se apresenta como um desafio a ser superado, demandando investimentos contínuos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Com a implementação da PNAB, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) consolidou-se como a principal forma de reorganização do SUS, garantindo o primeiro contato do cidadão com a rede de saúde. Nesse contexto, o diagnóstico situacional reafirma-se como instrumento essencial de gestão, permitindo compreender os problemas, necessidades sociais e a organização dos serviços, orientando assim intervenções mais eficazes e alinhadas à realidade local.

O Ministério da Saúde considera a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) componentes indispensáveis para o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS):

"A APS é reconhecida como a principal porta de entrada dos usuários ao sistema e como eixo de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Sua organização deve respeitar os princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade, continuidade do cuidado, responsabilização, humanização e equidade. Nesse sentido, a APS atua como um filtro regulador, organizando a utilização dos serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade, desde os mais básicos até os especializados. Já a Estratégia de Saúde da Família (ESF) representa uma política pública que amplia o alcance dos cuidados por meio das Unidades de Saúde da Família, levando equipes

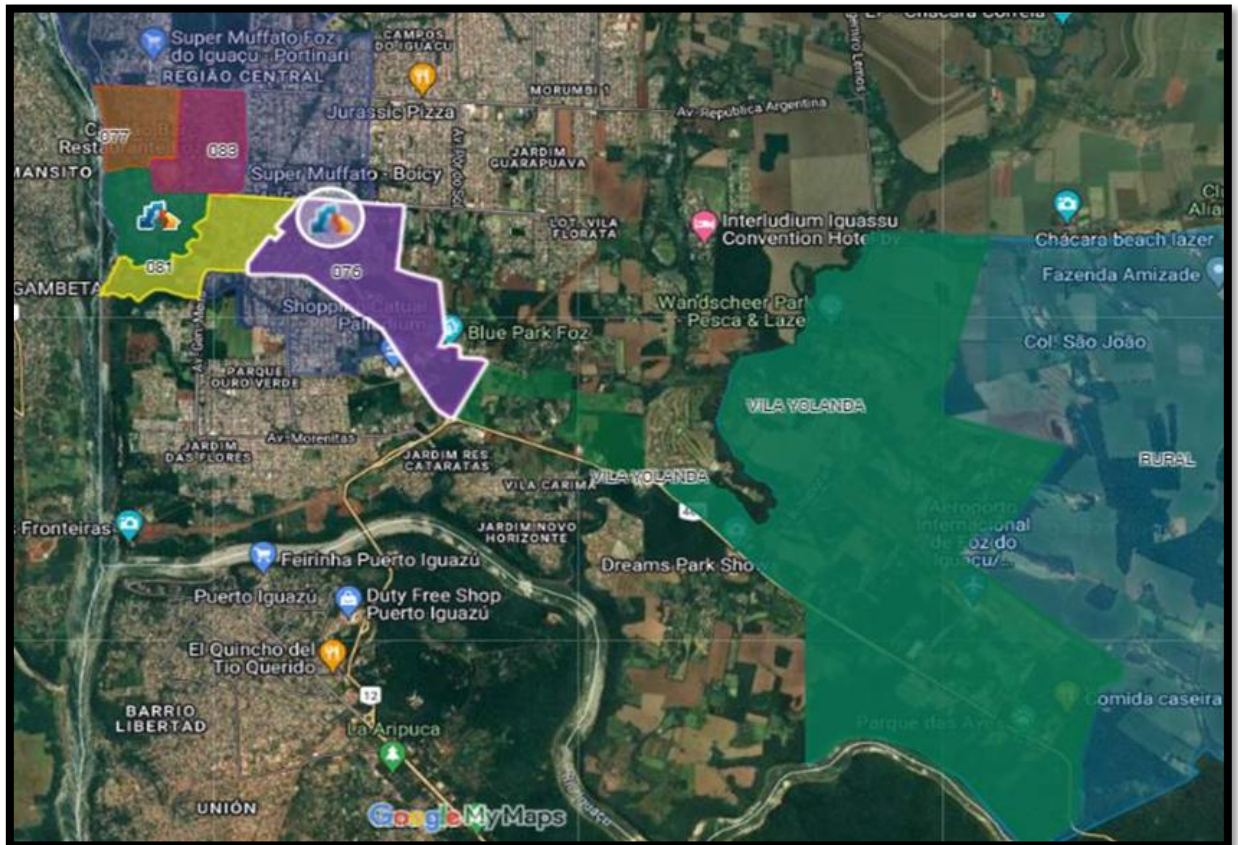
multiprofissionais diretamente às comunidades e garantindo uma assistência mais próxima e resolutiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) depende, primeiramente, da consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS), compreendida a partir do processo saúde-doença da população do território. Seu objetivo central é garantir os princípios que a sustentam: longitudinalidade, integralidade do cuidado, coordenação da rede, abordagem centrada na família e foco comunitário. Para que esse modelo funcione de forma efetiva, é indispensável a participação ativa da sociedade na construção de um serviço de saúde de qualidade, reconhecendo a APS como principal articuladora e coordenadora da atenção em todos os níveis de prevenção, cuidado e promoção da saúde e da qualidade de vida.

Nesse contexto, o diagnóstico situacional realizado pelas equipes de uma Unidade de Saúde da Família (USF) representa uma ferramenta teórico-prática essencial. Ele contempla aspectos demográficos, socioeconômicos, culturais, geográficos, sanitários e epidemiológicos, além de considerar atividades produtivas, a organização dos serviços de saúde e demais equipamentos sociais existentes no território. Essa abordagem permite compreender também a articulação administrativa e política da rede local. A integração dessas informações com indicadores de saúde possibilita análises mais detalhadas e embasa o planejamento de intervenções específicas, eficazes e ajustadas à realidade do território (BRASÍLIA, 2018).

Com base nessa perspectiva, foi desenvolvido o diagnóstico situacional da Área 77 (Equipe 2), com Identificador Nacional de Equipes (INE) nº 0002072645, pertencente à USF Vila Yolanda. Esse trabalho foi realizado a partir da vivência prática de um estudante do quinto ano de Medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), considerando as atualizações referentes ao primeiro semestre de 2025 e articulando a experiência acadêmica com a realidade local observada.

**Mapa 1-** Localização da Unidade Básica de Saúde Vila Yolanda, área da equipe 1.



Fonte: Google Maps (2025)

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. OBJETIVO GERAL

- Realizar o Diagnóstico Situacional da Unidade de Saúde Vila Yolanda.

### 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓Compreender a estruturação da UBS Vila Yolanda por meio dos perfis institucional, territorial-ambiental, demográfico, socioeconômico e epidemiológico;
- ✓Conhecer a área de abrangência do Centro de Saúde;
- ✓Conhecer o perfil da comunidade assistida;
- ✓Conhecer a metodologia de trabalho das equipes de Programa de Saúde da Família (PSF).
- ✓Compreender os processos de trabalho da UBS, e obter conhecimento das reais demandas e necessidades da população sob responsabilidade sanitária da Vila Yolanda

### 3. JUSTIFICATIVA

A elaboração deste relatório se justifica como requisito avaliativo obrigatório do módulo de Internato em Atenção Primária à Saúde I, referente ao 9º período do curso de Medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA).

O principal objetivo do trabalho é compreender e analisar a realidade vivenciada tanto pelos profissionais quanto pelos usuários da Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Yolanda, além de planejar intervenções efetivas que promovam melhoria da qualidade de vida e redução dos agravos à saúde da população assistida. Nesse contexto, o diagnóstico situacional apresenta-se como uma ferramenta essencial, pois possibilita identificar problemas e necessidades sociais relacionadas à saúde, educação, habitação, transporte, segurança e saneamento, bem como avaliar a organização e o funcionamento dos serviços prestados pela unidade.

Por meio desse levantamento, torna-se possível propor estratégias direcionadas para enfrentar os desafios encontrados, corrigir falhas e fortalecer as ações de saúde no território, contribuindo assim para a eficácia das práticas em saúde e para o desenvolvimento de um cuidado integral e resolutivo.

#### 4. METODOLOGIA

O presente trabalho foi conduzido a partir de uma abordagem metodológica de caráter qualitativo, articulando observação direta, entrevistas informais e o uso de ferramentas digitais, com o objetivo de construir um diagnóstico situacional consistente e bem fundamentado.

As etapas envolveram visitas de campo tanto à Unidade Básica de Saúde (UBS) quanto ao território de abrangência, além de diálogos com profissionais da equipe de saúde, usuários dos serviços e moradores locais, considerados informantes-chave para compreender as dinâmicas sociais e organizacionais do território.

As visitas presenciais foram determinantes para o reconhecimento **in loco** da infraestrutura física e do funcionamento da UBS, assim como para a observação das condições do território vizinho. Nessas incursões, realizaram-se caminhadas sistemáticas pelas áreas de cobertura, que possibilitaram o mapeamento detalhado de pontos críticos — como terrenos baldios, áreas de risco, cursos d'água e acessos. Essa vivência direta no território também permitiu identificar elementos geográficos relevantes, como o relevo e a hidrografia, fatores que influenciam a mobilidade e a qualidade de vida da população.

Para a coleta de dados quantitativos, foram utilizados relatórios extraídos do sistema e-SUS, incluindo o Cadastro Domiciliar e Territorial, os quais forneceram informações sobre a distribuição domiciliar e o perfil demográfico das microáreas. Esses dados foram complementados por entrevistas informais com médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, que trouxeram percepções práticas sobre os principais desafios enfrentados no atendimento à comunidade.

De forma complementar, conversas com usuários e moradores ofereceram uma visão local sobre o funcionamento da UBS, as condições de acesso e as necessidades prioritárias de saúde. Essas narrativas contribuíram para enriquecer os dados objetivos com uma compreensão qualitativa da realidade social, econômica e cultural do território.

O estudo também contou com o suporte de plataformas digitais, que facilitaram o mapeamento e a análise espacial. O Google Maps foi utilizado para georreferenciar pontos de interesse e analisar a distribuição territorial; o Moovit, para avaliar a

acessibilidade via transporte público; e ferramentas como Google Docs e Microsoft Excel foram fundamentais para a sistematização e análise dos dados, possibilitando a elaboração de planilhas e relatórios analíticos.

A combinação entre métodos qualitativos e quantitativos, associada ao uso de recursos tecnológicos, resultou em um diagnóstico situacional robusto, capaz de refletir a realidade vivida tanto pelos profissionais da UBS quanto pelos moradores do território. Dessa forma, a metodologia aplicada garantiu uma visão integrada e aprofundada do cenário local, servindo como base sólida para análise crítica e para o planejamento em saúde.

## 5. PERFIL INSTITUCIONAL

Tabela 1- Dados institucionais

<b>Nome da unidade:</b>	Unidade Básica de Saúde Vila Yolanda
<b>Localização:</b>	Rua Vereador Moacir Pereira - 900, Vila Yolanda, CEP: 85853250 - Foz do Iguaçu - PR
<b>Telefone:</b>	(45)3521-9750
<b>Email:</b>	<a href="mailto:smsfoz@pr.gov.br">smsfoz@pr.gov.br</a>
<b>Distrito Sanitário:</b>	OESTE
<b>CNES:</b>	2593920
<b>INE(Identificador Nacional das Equipes) equipe 77:</b>	0002072645
<b>Áreas:</b>	076; 077; 078; 081; 083 Vila Yolanda
<b>Tipologia das equipes:</b>	Equipes Saúde da Família, equipe Atenção Primária, equipe Saúde Bucal
<b>Nome da gerente:</b>	Aline Santini Lopes
<b>Horário de funcionamento da UAPS :</b>	7:00 ÀS 19:00
<b>Meio utilizado pela UAPS para a comunicação com a comunidade:</b>	Nenhuma
<b>Presença de especialidades médicas nas UAPS, incluindo MFC:</b>	1 Pediatra

**Fonte:** O autor, (2025).

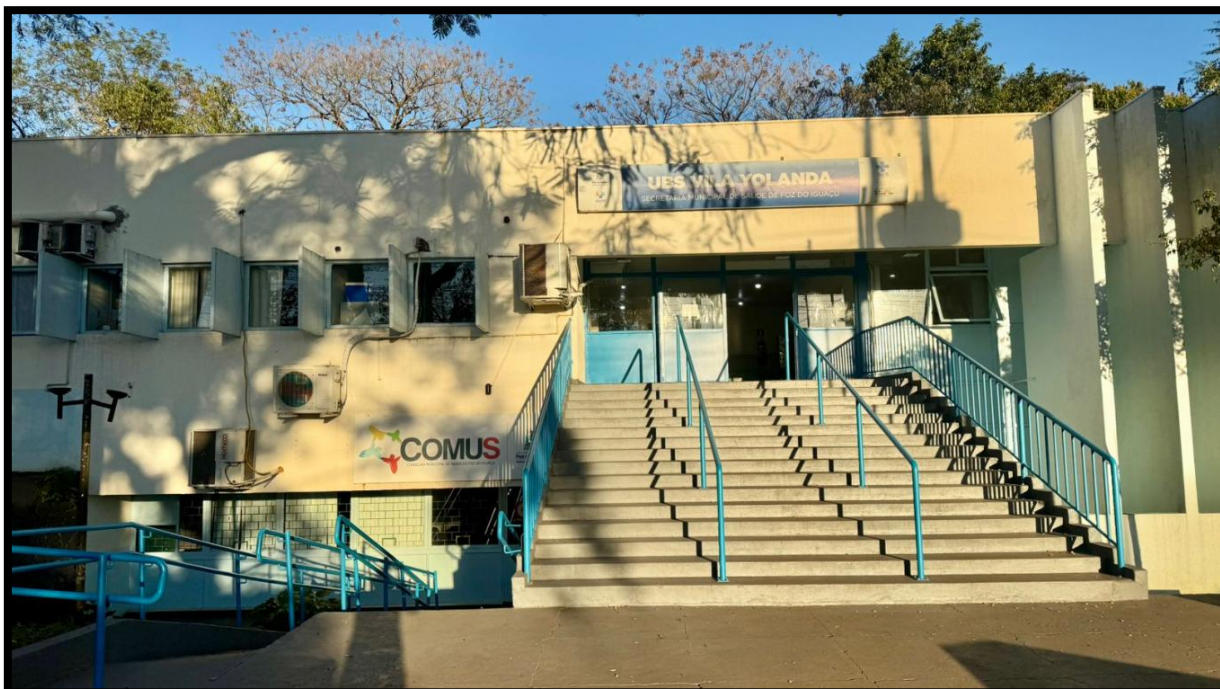
A Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Yolanda ocupa posição de destaque em Foz do Iguaçu por ser a mais antiga do município e também a que concentra a maior área territorial e população atendida. O prédio que hoje abriga a UBS tem uma trajetória histórica: inicialmente, funcionava como o Centro Social Urbano Dr. Arnaldo Fraivo Bursato, construído em parceria com a Caixa Econômica Federal e inaugurado em 1980, durante a gestão do presidente João Baptista Figueiredo. Anos depois, em 1997, passou a ser utilizado como Centro de Saúde, sendo oficialmente transformado em Unidade Básica de Saúde somente em 2008, fato que representou um avanço importante na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no município.

No início de suas atividades, a unidade atuava em modelo de atendimento de livre demanda, acolhendo os usuários que buscavam cuidados sem necessidade de prévio vínculo territorial. A partir de 2019, incorporou-se à Estratégia de Saúde da Família (ESF), reforçando o trabalho multiprofissional e o acompanhamento das comunidades adscritas. Mais recentemente, em 4 de abril de 2023, a Assembleia Legislativa do Paraná (ALEP) aprovou o Projeto de Lei nº 90/2023, de autoria do então governador em exercício Darci Piana (PSD), autorizando a transferência definitiva do patrimônio ao município, fortalecendo a autonomia da gestão local.

No que se refere à Atenção Primária à Saúde (APS), esta constitui o eixo estruturante do SUS, pois reúne ações que vão desde a promoção da saúde e a prevenção de doenças até o diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da qualidade de vida. Essas atividades se concretizam por meio do trabalho em equipe, com práticas organizadas, democráticas e participativas, voltadas para populações de territórios específicos, pelos quais os profissionais assumem corresponsabilidade sanitária (CONASS, 2004, p.7).

## 5.1 USF VILA YOLANDA

**Figura 1**– UBS Vila Yolanda



**Fonte:** Autor, 2025

A unidade é composta por um território que abrange uma população de 32.822 pessoas, dentre elas, 14.113 (43%) são cadastradas na unidade. A unidade possui cinco Equipes de Saúde da Família com: 5 médicos (sendo 4 concursados, 3 do programa Mais Médicos), 03 enfermeiras (02 no turno da manhã e 01 no turno da tarde), 07 técnicos de enfermagem e 06 agentes comunitários de saúde (mas em atuação são 05), com visitas domiciliares nas sexta feira, que são responsáveis por **29** microáreas, estando **24** dessas descobertas. Além disso, a unidade possui seis áreas, dentre elas uma rural.

**Tabela 2 - Composição das equipes**

<b>EQUIPE 1</b>	1 ACS, 2 médico, 1 enfermeiro e 1 auxiliar de enfermagem.	Área: <b>076</b>
<b>EQUIPE 2</b>	1 ACS, 1 médico, 1 enfermeiro e 1 auxiliar de enfermagem.	Área: <b>077</b>
<b>EQUIPE 3</b>	1 ACS, 1 médico, 1 enfermeiro e 2 auxiliar de enfermagem.	Área: <b>083</b>
<b>EQUIPE 4</b>	1 ACS, 1 médico, 1 enfermagem e 1 auxiliar de enfermagem.	Área: <b>078</b>
<b>EQUIPE 5</b>	1 ACS, 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliar de enfermagem	Área: <b>081</b>

**Fonte:** O autor, (2025).

A UBS Vila Yolanda possui atividades de ensino e integração ensino-serviço por estudantes de medicina, enfermagem e nutrição. Ademais, casos que necessitem de assistência de serviços especializados estão vinculados a equipe multiprofissional.

A Equipe de Saúde Bucal da unidade é formada por dois cirurgiões-dentistas e três auxiliares, sendo que um dos profissionais possui carga horária de 20 horas semanais e o outro de 40 horas, com atendimento até o período da manhã. No Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a unidade está registrada com três equipes de saúde bucal.

Entre os serviços ofertados pela UBS, destacam-se: imunização, exames preventivos, acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA), atenção à saúde do idoso, pré-natal, puericultura, além de atendimentos médicos, nutrição e odontológicos.

A unidade também dispõe de um Conselho Local de Saúde (CLS), devidamente constituído e regulamentado, porém inativo segundo informações da própria gerência. Como forma de organização interna, são realizadas reuniões

semanais às sextas-feiras com a participação de todos os profissionais, incluindo a equipe multiprofissional, para fins de planejamento e monitoramento das ações.

### 5.1.1 Descrição física da Unidade Básica de Saúde

**Figura 1 - Farmácia**



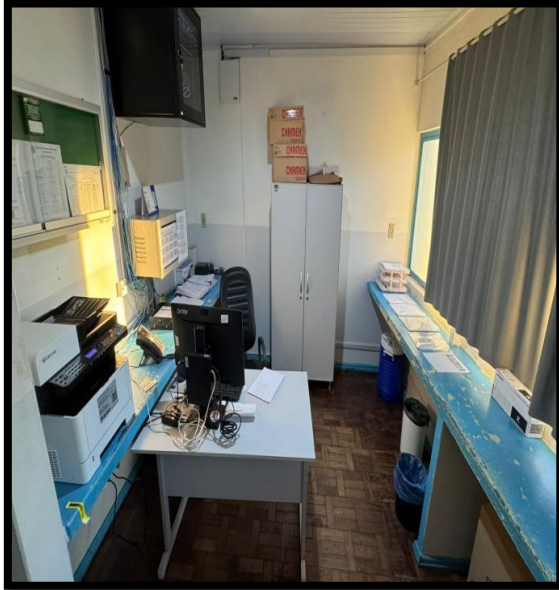
**Fonte:** Autor, 2025

**Figura 2- Consultório de odontologia**



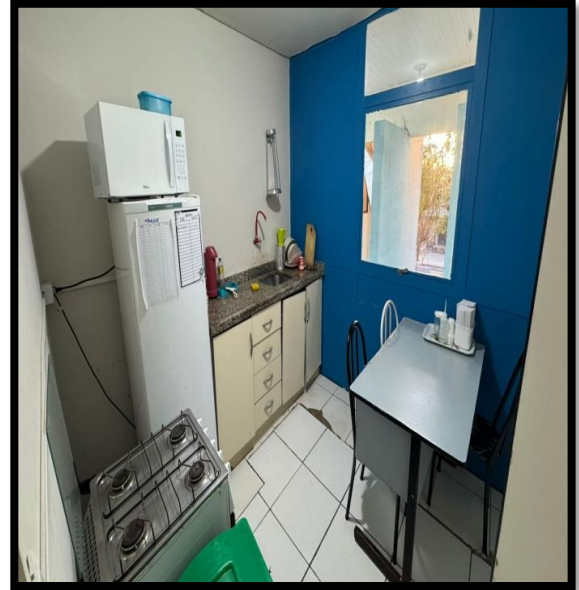
**Fonte:** Autor, 2025

**Figura 3 - Sala de gerência**



**Fonte:** Autor, 2025

**Figura 4- Copa**



**Fonte:** Autor, 2025

**Figura 5 - Sala dos ACS**



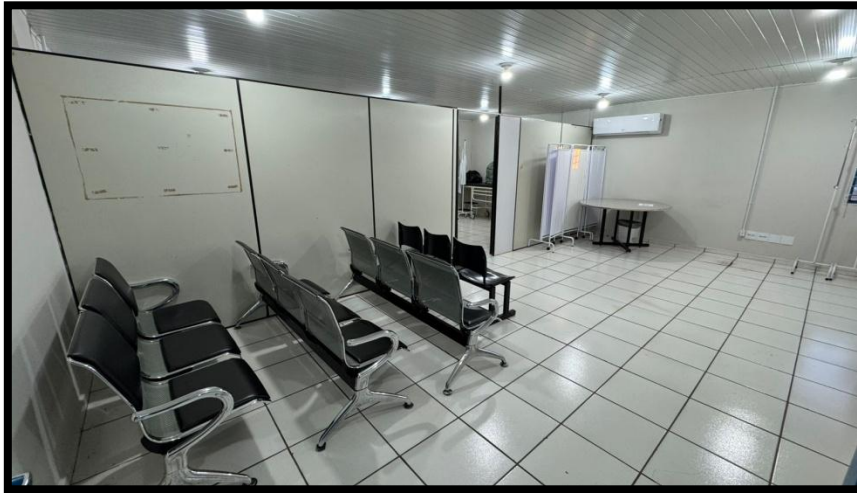
**Fonte:** Autor, 2025

**Figura 6 - Sala de almoxarifado (DML)**



**Fonte:** Autor, 2025

**Figura 7 – Laboratório**



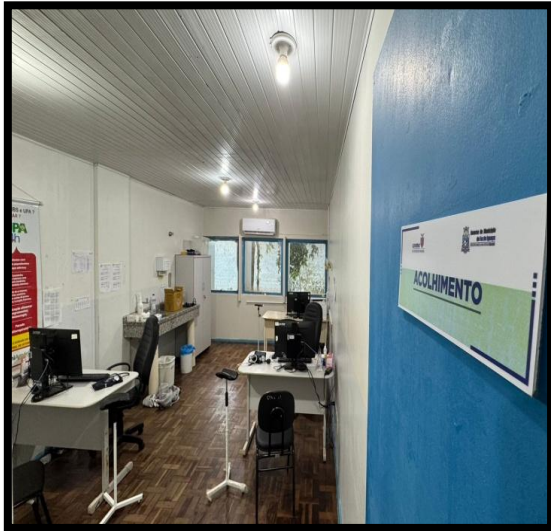
**Fonte:** Autor, 2025

**Figura 08 - Sala de vacinação**



**Fonte:** Autor, 2025

**Figura 09 - Acolhimento**



**Fonte:** Autor, 2025

**Figura 10 - Sala de procedimentos**



**Fonte:** Autor, 2025

**Figura 11 Equipe 77 da UBS vila Yolanda**



**Dr. JOÃO H. BRANDÃO  
JESUS**



**FABIANA BERTIN**



**JOICE DE OLIVEIRA**



**CINTIA HETTWER TOPANOTTI**



**ADRIANO RAFAEL TARGANSKI NODARI**

**Fonte:** Autor, 2025

**Tabela 3** - Composição da Equipe 77

COMPOSIÇÃO EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA N. 77	
NOME	CARGO
JOAO HENRIQUE BRANDAO SANTOS	Médico de Família e Comunidade
FABIANA BERTIN	Enfermeira
JOICE DE OLIVEIRA JESUS	Técnica de enfermagem
CINTIA HETTWER TOPANOTTI	Agente Comunitário de Saúde
ADRIANO RAFAEL TARGANSKI NODARI	Interno de Medicina - UNILA

O médico responsável pela Equipe 77 da USF Vila Yolanda é o Dr. João Henrique Brandão Santos, atuante por meio do programa Mais Médicos. Sua atuação contempla o acompanhamento contínuo da população adscrita, por meio de consultas agendadas, atendimentos de demanda espontânea, visitas domiciliares, pequenos procedimentos e ainda a preceptoria de estudantes do curso de Medicina da UNILA.

Além da equipe assistencial, a unidade dispõe de uma farmácia própria, com funcionamento de segunda a sexta-feira, das 7h às 18h, destinada à dispensação de medicamentos não apenas para os pacientes vinculados às equipes locais, mas também para usuários de outras áreas em que a UBS de referência não dispõe desse serviço.

A gestão administrativa da unidade é exercida por Aline Lopes Santini, servidora pública municipal, matrícula nº 21919.01, nomeada pela Portaria nº 81129/2025.

Nos casos em que os usuários da unidade necessitam de acompanhamento especializado, os encaminhamentos são realizados para profissionais com vínculo

ativo no município. Já os exames laboratoriais solicitados são agendados e coletados na própria USF. Quando se trata de exames de imagem, os pedidos são direcionados a clínicas credenciadas, e os encaminhamentos de fisioterapia são destinados a serviços contratados ou conveniados pela Secretaria Municipal de Saúde, sempre respeitando critérios de prioridade clínica e disponibilidade.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) vinculada ao território da Vila Yolanda contempla diversos serviços de referência: a farmácia de medicamentos especiais da 9ª Regional de Saúde do Paraná; o Hospital Municipal Padre Germano Lauck, que oferece clínica médica, cirurgias gerais, ortopedia, ginecologia, pronto-socorro clínico e de trauma, além de pediatria; o Hospital Ministro Costa Cavalcanti, referência em maternidade, neonatologia, oncologia, cardiologia de alta complexidade e unidade coronariana; o Serviço de Atendimento Especializado (SAE), voltado ao acompanhamento de doenças infectocontagiosas (HIV/AIDS, hepatites, sífilis, infecções congênitas do grupo TORCH e vítimas de violência sexual); e o Centro de Especialidades Médicas (CEM). Para terapias indisponíveis no município, os pacientes podem ser encaminhados por meio do Tratamento Fora do Domicílio (TFD), coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde.

Nas situações de urgência e emergência, o acesso imediato é garantido através do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) ou transporte próprio, direcionando o paciente, conforme a gravidade, para serviços hospitalares ou para as Unidades de Pronto Atendimento (UPA): João Samek (Vila A), Walter Cavalcanti (Morumbi) ou a Unidade Padre Ítalo (Porto Meira).

### **5.1.2 Estrutura Física**

A Unidade de Saúde da Família (USF) Vila Yolanda enquadra-se no Porte III, pois conta com três equipes de saúde da família em atuação no período da manhã, outras duas equipes no turno da tarde e um pediatra, totalizando uma capacidade ampliada de atendimento. Nesse modelo, a unidade dispõe de uma estrutura física maior, com diversos consultórios e salas específicas, como imunização, acolhimento e procedimentos, podendo cobrir uma população de até 12 mil habitantes.

Sua área física possui aproximadamente 850 m<sup>2</sup>, contemplando em grande parte os padrões mínimos estabelecidos pela Resolução RDC nº 50/2002 da ANVISA, além de atender aos critérios da Portaria nº 340/2013 do Ministério da Saúde. Em teoria, essas conformidades asseguram condições adequadas de funcionamento, possibilitando tanto um atendimento seguro e acolhedor à população quanto condições de trabalho mais apropriadas para os profissionais de saúde.

Contudo, ao analisar a realidade da unidade e a comparação com os parâmetros oficiais, observa-se que a USF Vila Yolanda se encontra acima da capacidade recomendada para uma UBS de Porte III, que deveria atender até 12 mil usuários. Essa discrepância ocasiona sobrecarga de trabalho e pode comprometer a qualidade da assistência prestada, evidenciando a necessidade de readequações estruturais e organizacionais para suprir a demanda existente.

**Tabela 4**– Adequação da USF aos requisitos da Portaria nº 340 MS

<b>Ambiente</b>	<b>Quantidade e área prevista pela portaria de nº 340</b>	<b>Atende requisitos mínimos?</b>
<b>Sala de espera/recepção</b>	1 com 68 m <sup>2</sup>	Sim
<b>Sanitário para pessoas com deficiência</b>	3 com 2,55 m <sup>2</sup> cada	Não
<b>Sala de Imunização</b>	1 com 9 m <sup>2</sup>	Sim
<b>Farmácia</b>	1 com 14 m <sup>2</sup>	Sim
<b>Consultório indiferenciado/Acolhimento</b>	4 com 9 m <sup>2</sup> cada	Não
<b>Consultório com sanitário anexo</b>	2 com 9 m <sup>2</sup> cada	sim
<b>Sanitário de consultório (habilitado para PCD)</b>	1 com 2,55 m <sup>2</sup>	Não
<b>Consultório odontológico para 2 equipes</b>	1 com 20 m <sup>2</sup> cada	Sim

<b>Sala de inalação</b>	1 com 9 m <sup>2</sup> (6 pacientes)	Não
<b>Sala de curativos</b>	1 com 9 m <sup>2</sup>	Sim
<b>Sala de procedimentos/ coleta</b>	1 com 10 m <sup>2</sup>	Sim
<b>Banheiro</b>	1 com 4,8 m <sup>2</sup>	Sim
<b>Expurgo</b>	1 com 5 m <sup>2</sup>	Sim
<b>Sala de esterilização/estocagem de material esterilizado</b>	1 com 5 m <sup>2</sup>	Sim
<b>Sala de gerência</b>	1 com 12,5 m <sup>2</sup>	Não
<b>Sala de atividades coletivas/Sala de ACS</b>	1 com 25 m <sup>2</sup>	Sim
<b>Almoxarifado</b>	1 com 3 m <sup>2</sup>	Sim
<b>Copa</b>	1 com 6 m <sup>2</sup>	Não
<b>Banheiro para funcionários</b>	2 com 3,5 m <sup>2</sup> cada	Não
<b>Depósito de material de limpeza</b>	1 com 2 m <sup>2</sup>	Sim
<b>Depósito de resíduos comuns</b>	1 com 2,3 m <sup>2</sup>	Sim
<b>Depósito de resíduos contaminados</b>	1 com 1,5 m <sup>2</sup>	Não
<b>Depósito de resíduos recicláveis</b>	1 com 1,5 m <sup>2</sup>	Sim
<b>Área externa para embarque e desembarque de ambulâncias</b>	1 com 21 m <sup>2</sup>	Não

Fonte: Autor, 2025

A Unidade Básica de Saúde em questão não atende aos requisitos mínimos estabelecidos pela Portaria nº 340, apresentando limitações importantes em sua infraestrutura. Para que consiga comportar de forma adequada o número de usuários

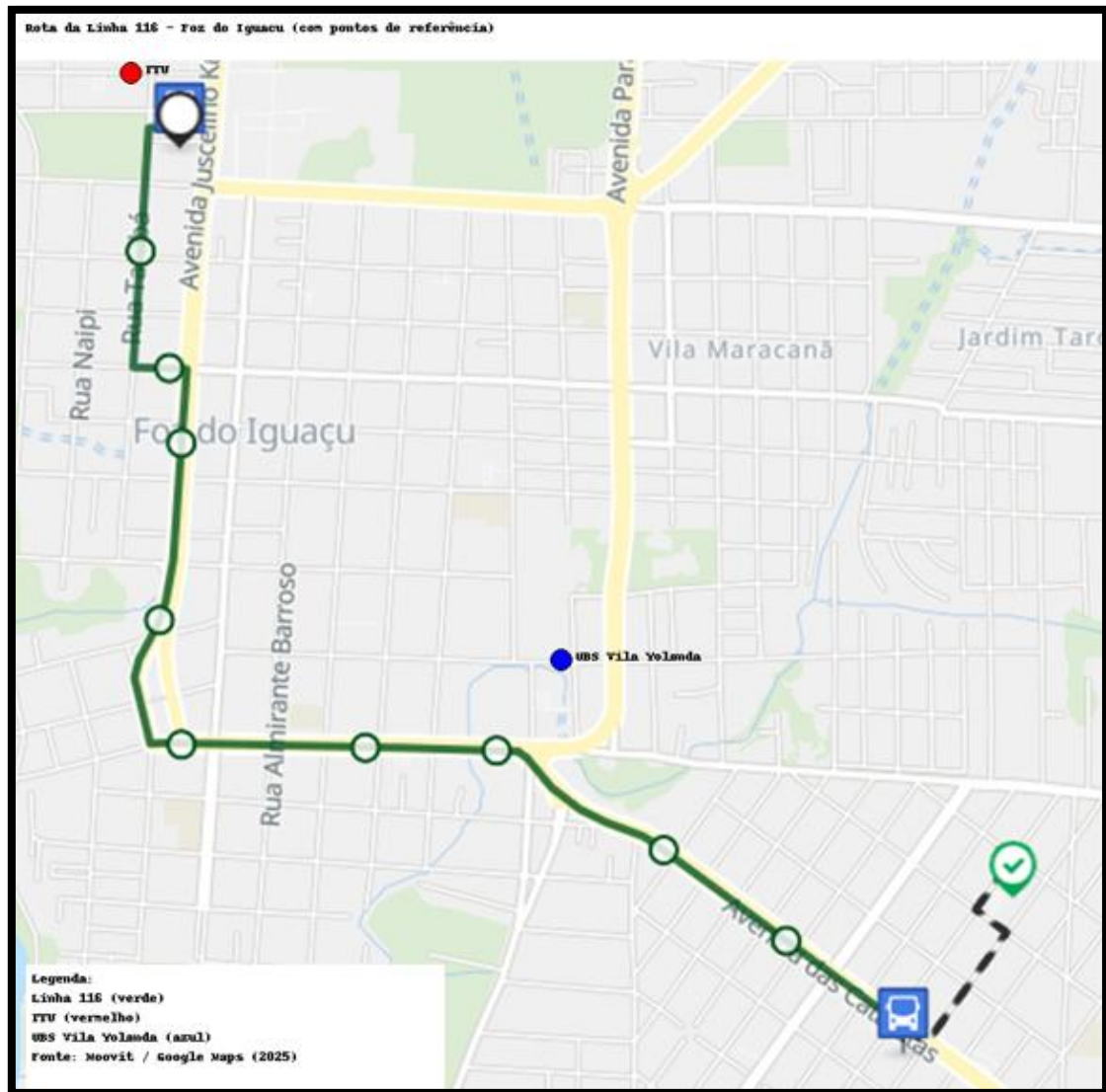
vinculados, seriam necessárias reformas estruturais significativas, como a ampliação de consultórios, a criação ou melhoria de salas de inalação, a adequação de espaços voltados à acessibilidade e a reestruturação das áreas externas. A manutenção do atendimento no formato atual pode resultar em impactos negativos na qualidade da assistência prestada e também nas condições de trabalho da equipe multiprofissional, evidenciando a urgência de adequações físicas e organizacionais.

### **5.1.3 Acesso à Unidade de Atenção Primária à Saúde: topografia e transporte urbano**

A Unidade Básica de Saúde Vila Yolanda está situada na Rua Vereador Moacir Pereira, nº 900, CEP 85853-250, no bairro Vila Yolanda, em Foz do Iguaçu. Sua localização em uma área urbana consolidada facilita o deslocamento dos usuários, uma vez que conta com ampla cobertura de transporte público. Diversas linhas de ônibus – 105, 116, 120, 325 e 380 – conectam a unidade a diferentes regiões do município, garantindo acessibilidade à população do território. Além disso, o acesso por outras vias não apresenta obstáculos relevantes, permitindo a chegada tanto de veículos particulares quanto de pedestres.

Outro ponto importante é a recente reforma das calçadas no entorno da unidade, que corrigiu falhas estruturais e proporcionou maior segurança e mobilidade. Essa adequação beneficia especialmente pessoas com deficiência, idosos e usuários com limitações físicas, assegurando condições mais dignas e inclusivas para todos que utilizam os serviços da UBS.

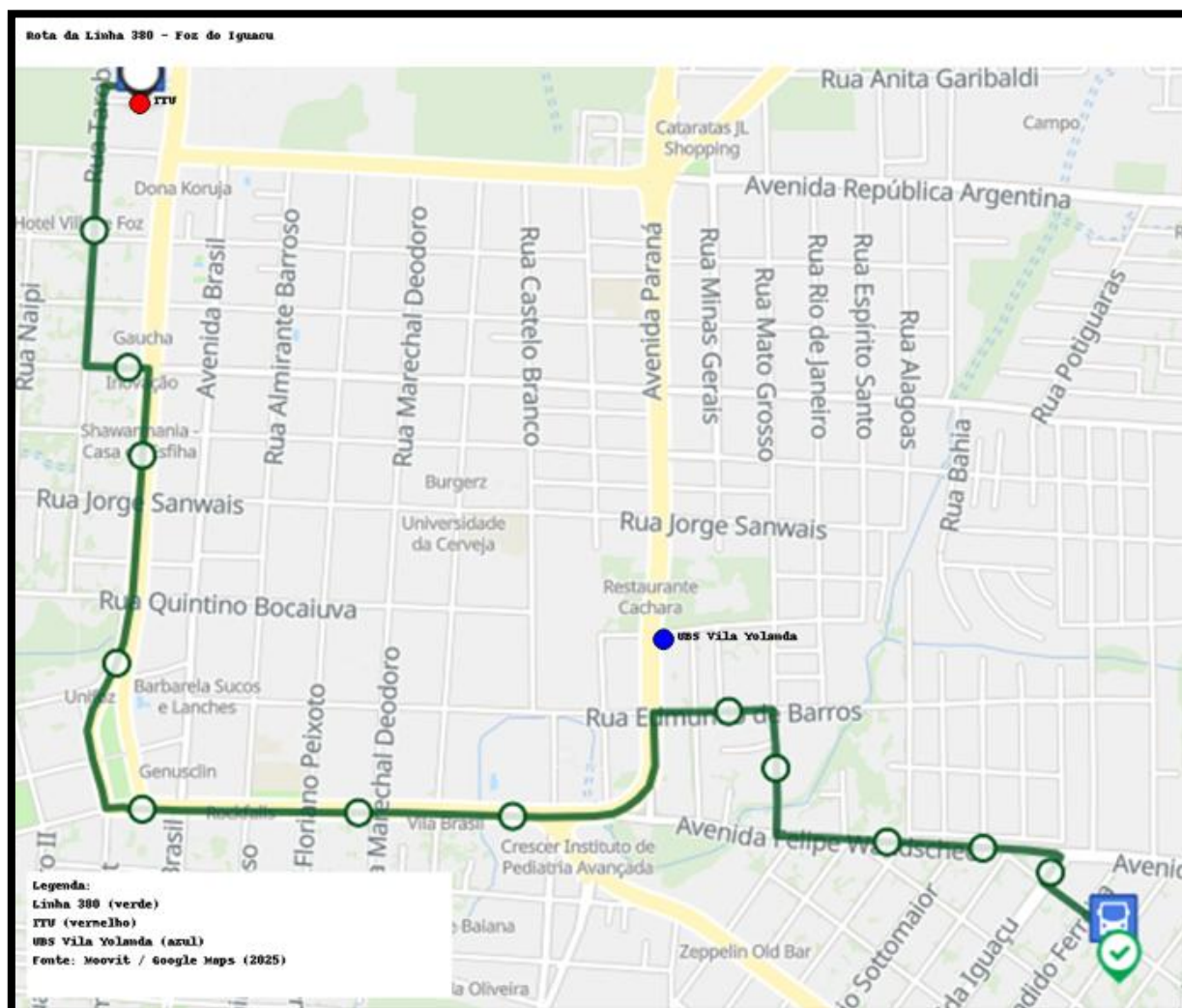
Figura 13- Rota da linha 120 e 116



Fonte: Moovit, Google Maps 2025



Figura 3 - Rota da linha 380



Fonte: Moovit, Google Maps 2025

#### 5.1.4 Comunicação com a população

Na área 77 da UBS Vila Yolanda, a ausência de canais estruturados de comunicação com a população configura-se como um dos principais entraves para a consolidação de uma Atenção Primária à Saúde eficaz e acessível. Considerando que a comunicação é um elemento essencial para o êxito das ações em saúde pública, essa lacuna representa uma barreira significativa à integração entre comunidade e serviços de saúde. Diferentemente de outras áreas que utilizam plataformas digitais, como grupos de WhatsApp® e canais comunitários, para manter contato direto e

contínuo com os usuários, a área 77 ainda não dispõe de estratégias consolidadas nesse sentido.

Essa deficiência compromete a disseminação de informações fundamentais, como campanhas de vacinação, alertas sanitários, orientações sobre consultas e procedimentos preventivos, pois a inexistência desses mecanismos coloca a área 77 em desvantagem, prejudicando o alcance de metas relacionadas à prevenção e à promoção da saúde.

Além disso, a carência de canais de comunicação impacta negativamente a construção de vínculos entre equipe de saúde e comunidade, pilar fundamental da Atenção Primária. Sem meios eficazes para ouvir e responder às demandas da população, as ações de busca ativa tornam-se limitadas, resultando em baixa adesão às políticas de saúde e maior distanciamento entre usuários e serviços.

Diante desse cenário, torna-se urgente a adoção de estratégias de comunicação voltadas à aproximação com os usuários, como a implementação de grupos de WhatsApp® segmentados por público-alvo, além da disponibilização de linhas de contato mais acessíveis e ágeis. Tais iniciativas não apenas ampliariam a capacidade de difusão de informações, mas também possibilitariam a criação de um ambiente colaborativo, em que a comunidade participasse de forma ativa no cuidado e na promoção da saúde.

### **5.1.5 Integração Ensino-Serviço-Comunidade**

A Unidade de Saúde da Família (USF) Vila Yolanda desempenha um papel estratégico na articulação entre ensino, serviço e comunidade, funcionando como espaço de aprendizagem prática e de interação entre profissionais de saúde, estudantes e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa integração favorece não apenas a formação acadêmica, mas também o fortalecimento da atenção primária prestada à população.

Atualmente, a unidade recebe internos do curso de Medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), residentes e estagiários de áreas como Enfermagem e Nutrição. A presença desses estudantes possibilita um ambiente multiprofissional e colaborativo, no qual diferentes olhares e saberes contribuem para um cuidado mais abrangente e qualificado.

Mais do que um campo de estágio, a USF oferece aos discentes a oportunidade de vivenciar a rotina dos serviços públicos de saúde, conhecendo de perto os desafios da gestão e do atendimento em Atenção Primária. Um exemplo disso é a participação de acadêmicos de Medicina da UNILA, do 8º semestre especialmente no módulo de Ginecologia e Obstetrícia, nas consultas de pré-natal. Sob supervisão de profissionais experientes, esses estudantes desenvolvem competências clínicas, aprendem a conduzir diagnósticos e a acompanhar gestantes em diferentes fases do cuidado.

Essa vivência prática gera benefícios mútuos: os profissionais de saúde compartilham sua experiência, ao mesmo tempo em que têm contato com novas perspectivas trazidas pelo meio acadêmico. Essa troca constante enriquece a prática assistencial, promove um cuidado mais humanizado e amplia a capacidade de resposta às necessidades da comunidade.

Além disso, a interação com os estudantes estimula a atualização contínua da equipe, consolidando um ambiente de educação permanente. Assim, a USF Vila Yolanda torna-se um espaço de formação integral, que prepara futuros médicos, enfermeiros, nutricionistas e outros profissionais para atuar de maneira crítica, ética e empática. Ao aproximar o ensino da realidade da comunidade, esse modelo contribui para uma formação sólida e para o fortalecimento do SUS como sistema universal e integral de saúde.

## **6 PERFIL TERRITORIAL/AMBIENTAL**

### **6.1 TERRITÓRIO**

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Yolanda está localizada na zona urbana do município, integrando o Distrito Sanitário Oeste, a aproximadamente 3,8 km do centro, tendo como referência o Terminal de Transporte Urbano Pedro Antônio de Nadai. A área de abrangência da unidade é composta por cinco áreas urbanas (ID: 076, 077, 078, 081 e 083) e uma área rural (ID: AR1).

Durante a análise e visitas de campo, verificou-se a existência de diversos terrenos baldios no território adscrito. Ainda que esses dados não constem em registros oficiais, observa-se que a quantidade desses espaços vem diminuindo devido ao avanço das construções, impulsionado pelo crescimento populacional local. Esse processo de ocupação é um aspecto relevante para o planejamento em saúde, pois a utilização

futura desses terrenos pode resultar em maior demanda pelos serviços da UBS, o que reforça a necessidade de monitoramento e atualização contínua das informações territoriais.

Além disso, terrenos desocupados representam potenciais riscos à saúde coletiva, podendo se tornar ambientes propícios à proliferação de vetores, como o *Aedes aegypti*, transmissor da dengue, zika e chikungunya. Nesse contexto, torna-se essencial que esses locais sejam devidamente identificados e acompanhados, possibilitando a adoção de estratégias preventivas e ações de controle ambiental que reduzam os riscos à população.

Diante desse cenário, evidencia-se a importância de manter uma vigilância territorial ativa, aliada a políticas de planejamento urbano integradas, de modo a assegurar que o crescimento populacional seja acompanhado por melhorias estruturais e por um atendimento em saúde adequado às necessidades da comunidade.

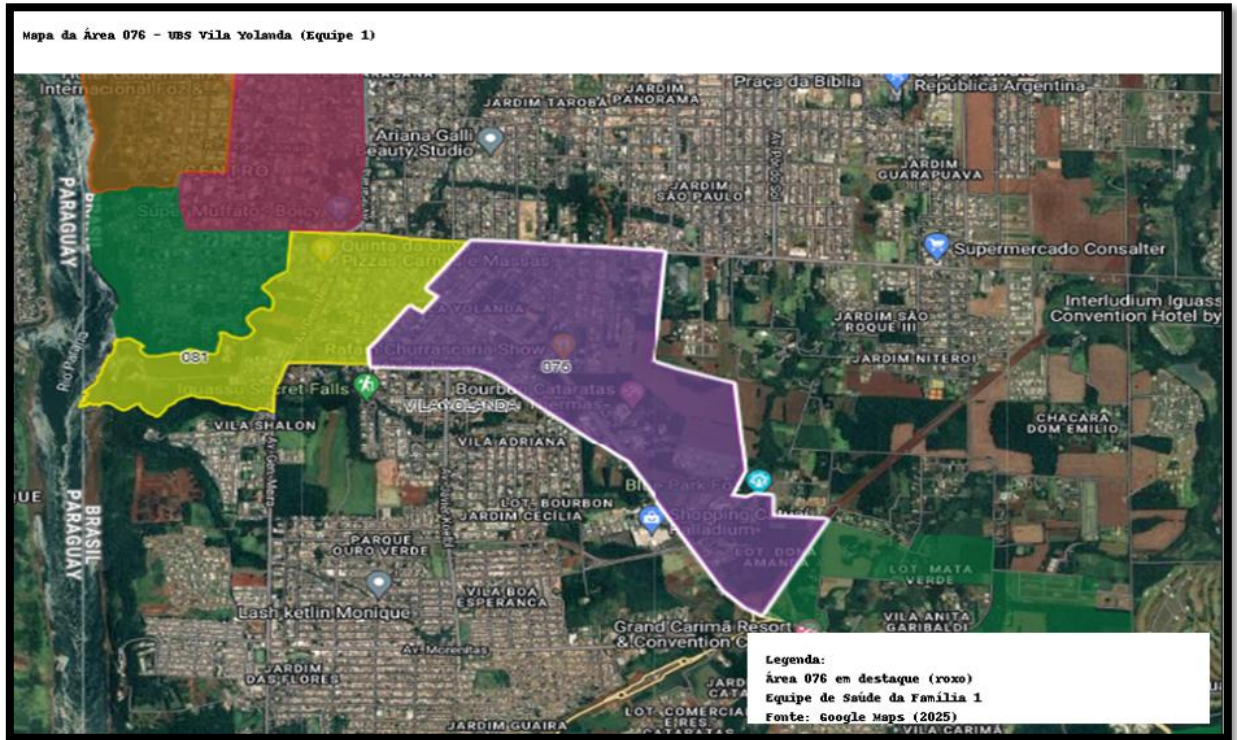
Território abrangente da UBS Vila Yolanda em destaque, dentro do perímetro do distrito sanitário Oeste em azul claro e Rural amarelo claro.

Mapa 2 - Território de abrangência da UBS Vila Yolanda



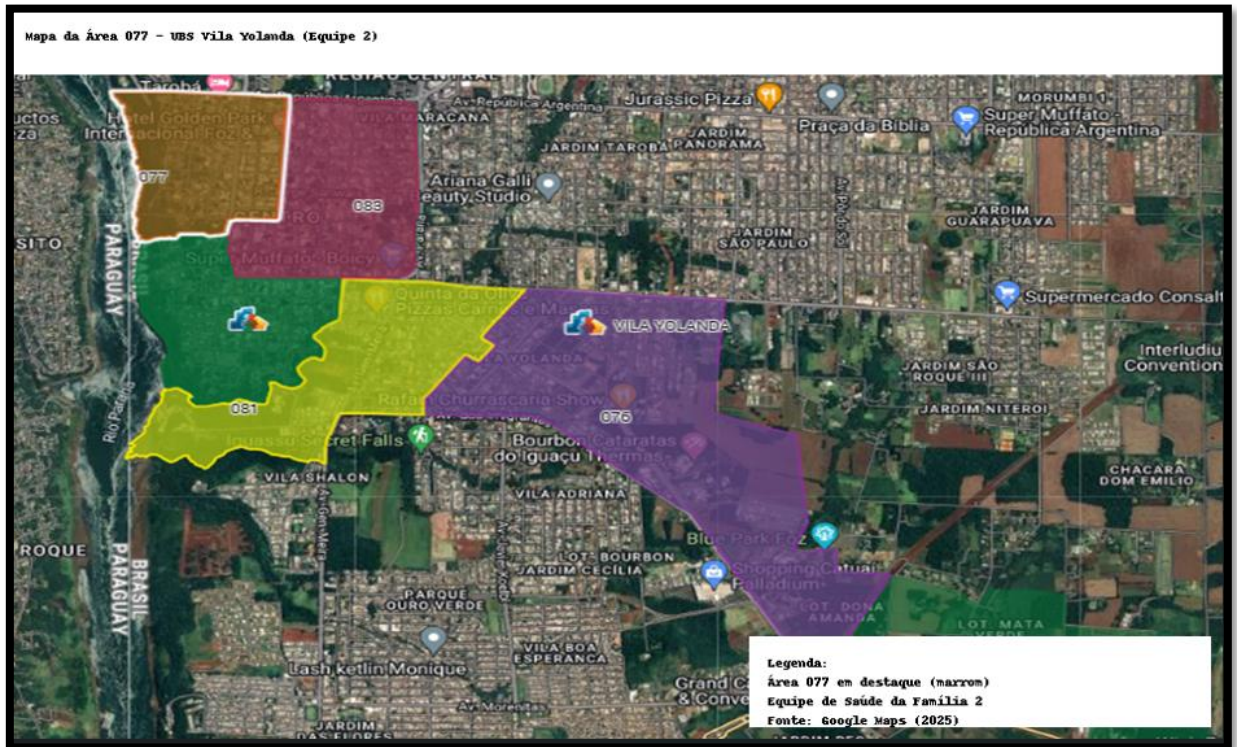
Fonte: Google Maps (2025).

Mapa 3- Área 076 - Equipe 1



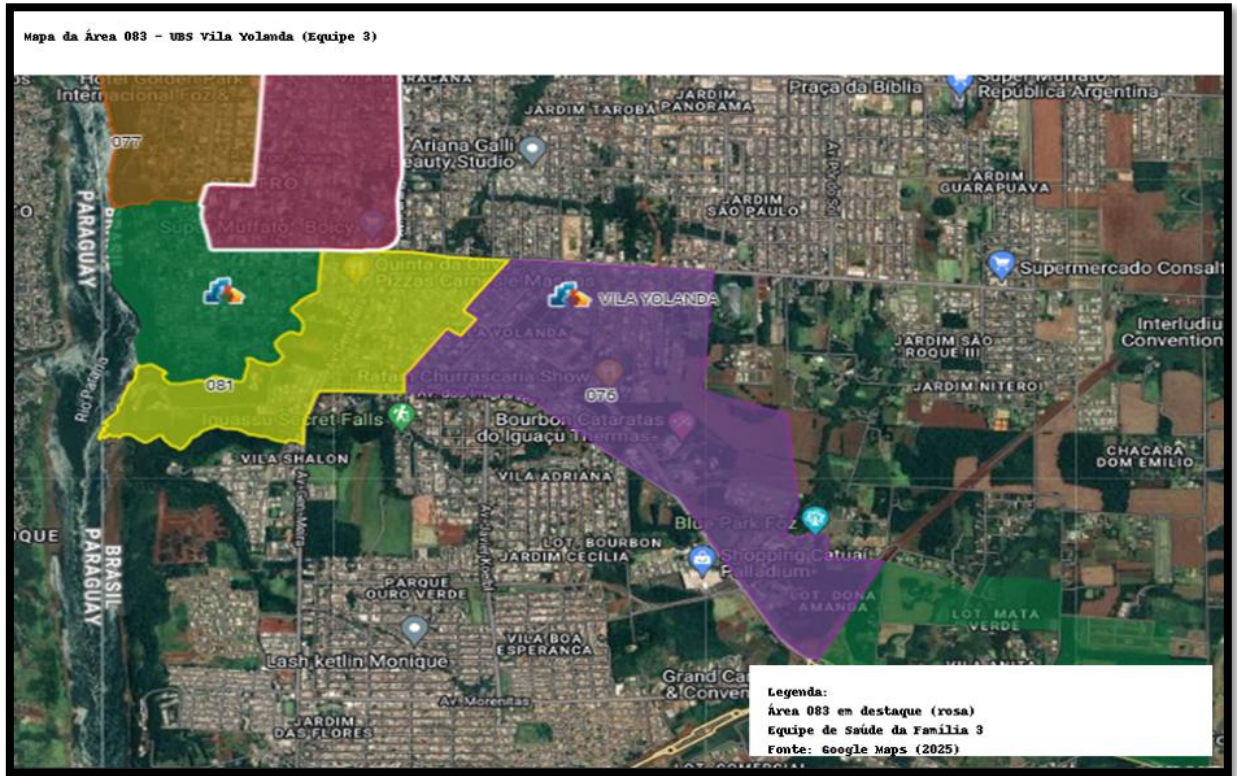
Fonte: Google Maps (2025).

Mapa 4- Área 077 - Equipe 2



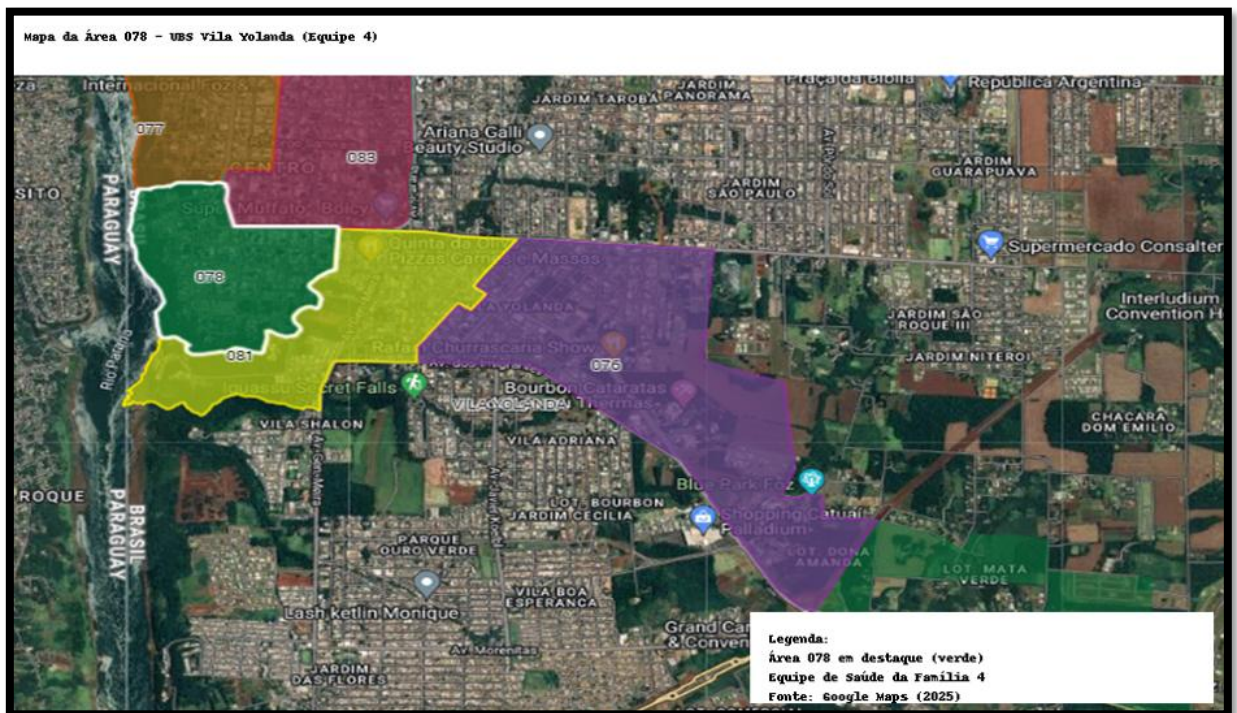
Fonte: Google Maps (2025).

### Mapa 5- Área 083 - Equipe 3



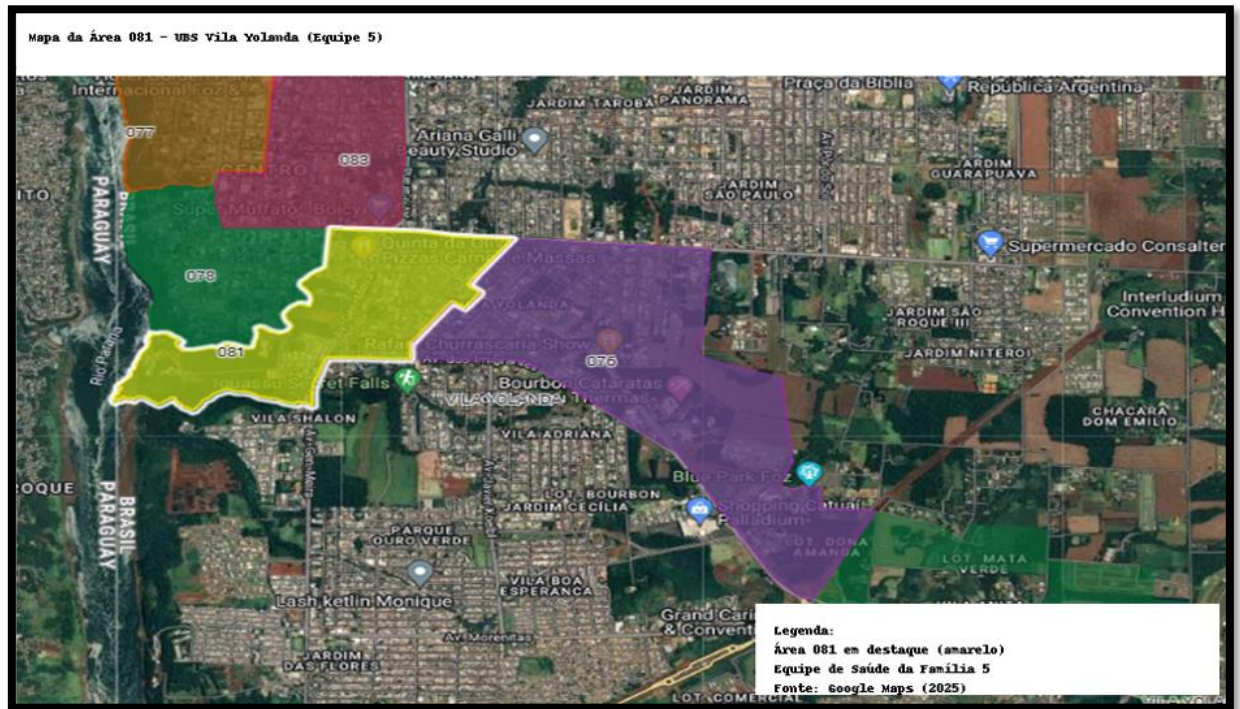
Fonte: Google Maps, (2025).

### Mapa 6- Área 078 - Equipe 4.



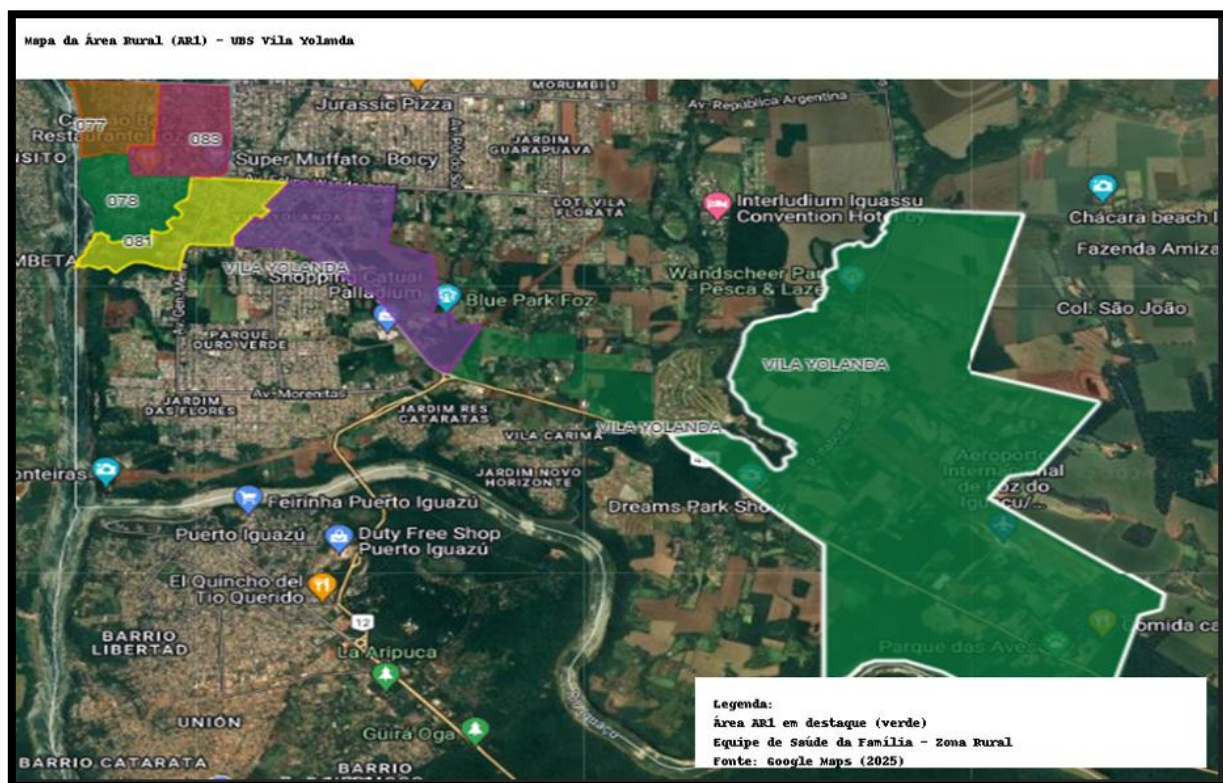
Fonte: Google Maps, (2025).

## Mapa 7- Área 081 - Equipe 5



Fonte: Google Maps, (2025).

**Mapa 8- Área AR1.**



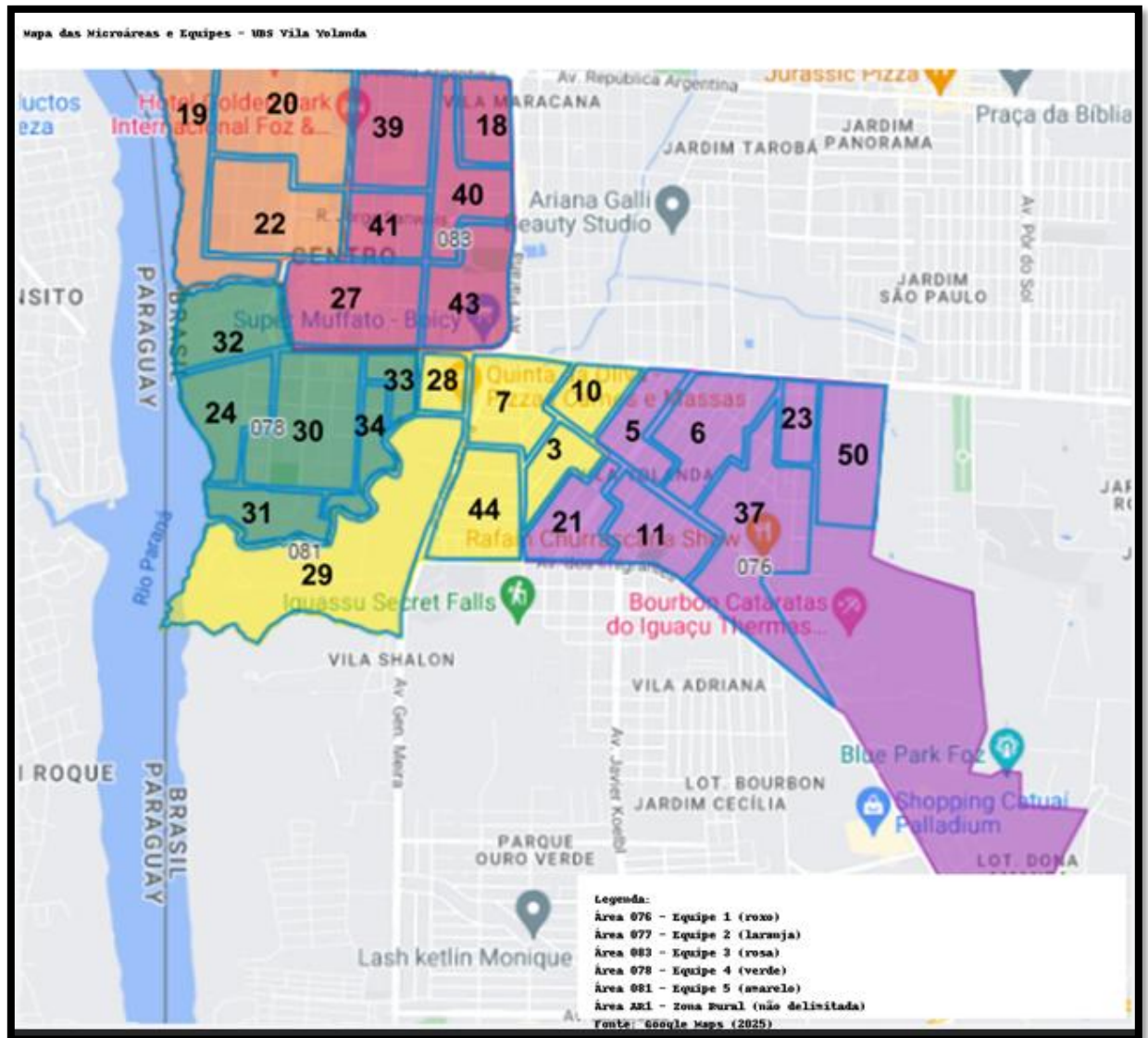
**Fonte:** Google Maps, (2025).

Dentro da área de abrangência da UBS Vila Yolanda existem 31 microáreas distribuídas entre as equipes de Saúde da Família, correspondendo aos territórios de atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A distribuição é a seguinte:

- Área 076 – Equipe 1: microáreas 5, 6, 11, 21, 23, 37 e 50.
- Área 077 – Equipe 2: microáreas 19, 20 e 22.
- Área 083 – Equipe 3: microáreas 18, 27, 39, 40, 41 e 43.
- Área 078 – Equipe 4: microáreas 24, 30, 31, 32, 33 e 34.
- Área 081 – Equipe 5: microáreas 3, 7, 10, 28, 29 e 44.

Cabe destacar que a região próxima ao Bourbon Cataratas, localizada na área 076, não possui delimitação em microárea, assim como toda a área rural (AR1). Essa distribuição pode ser observada no mapa a seguir.

**Mapa 9-** Microáreas pertencentes às equipes.



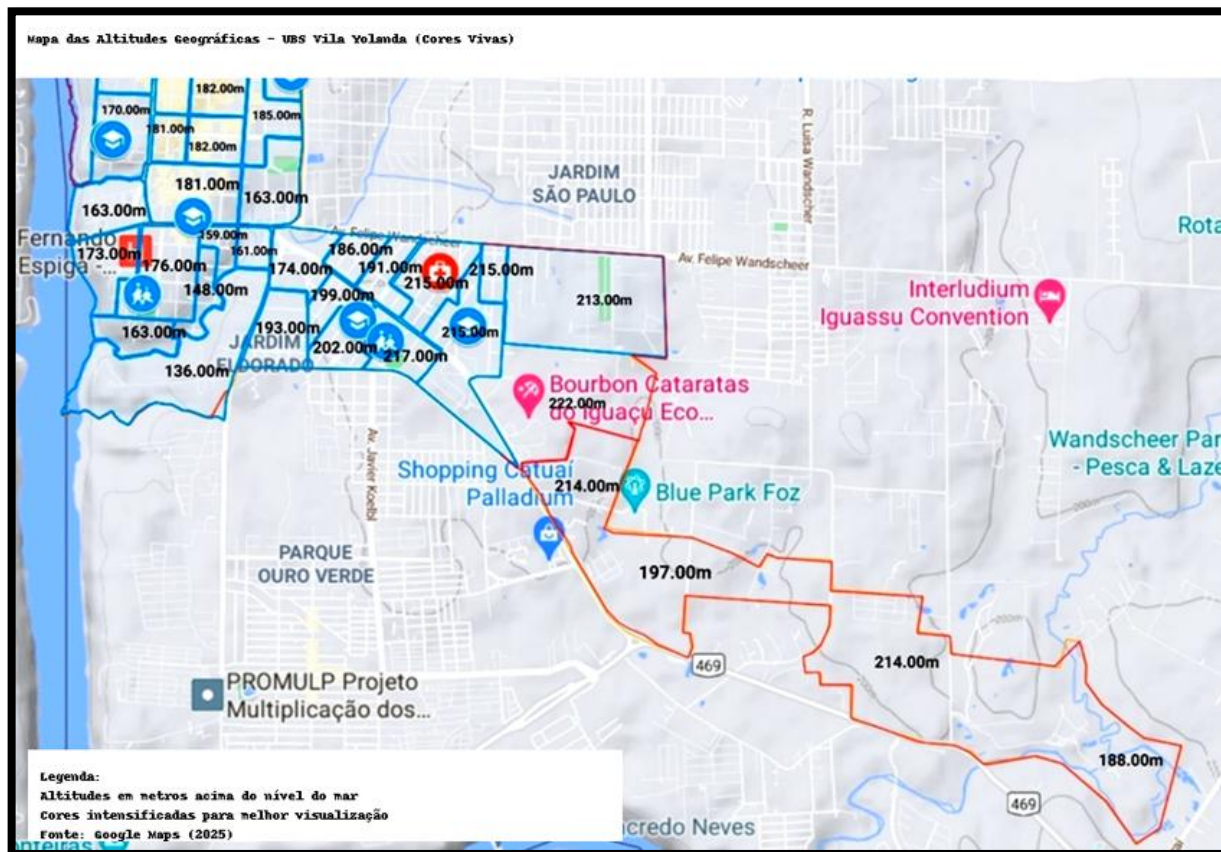
Fonte: Google Maps, (2025).

## 6.2 GEOGRAFIA E AMBIENTE

A área de abrangência da UBS Vila Yolanda apresenta um relevo levemente ondulado, com variação altimétrica de cerca de 80 metros, oscilando entre 144 metros nos pontos mais baixos e até 222 metros nas áreas mais elevadas. Apesar dessa diferença de níveis, não se observam barreiras geográficas que prejudiquem de maneira significativa a mobilidade da população local, o que garante acesso relativamente facilitado aos serviços de saúde oferecidos pela unidade.

A análise da topografia tem papel relevante no diagnóstico situacional, pois auxilia tanto no planejamento das rotas de deslocamento quanto na identificação de áreas de risco. Entre os aspectos a serem considerados estão locais sujeitos ao acúmulo de água durante períodos chuvosos e regiões mais vulneráveis a processos erosivos ou pequenos deslizamentos.

## Mapa 10 - Altitudes geográficas



Fonte: Google Maps, (2025).

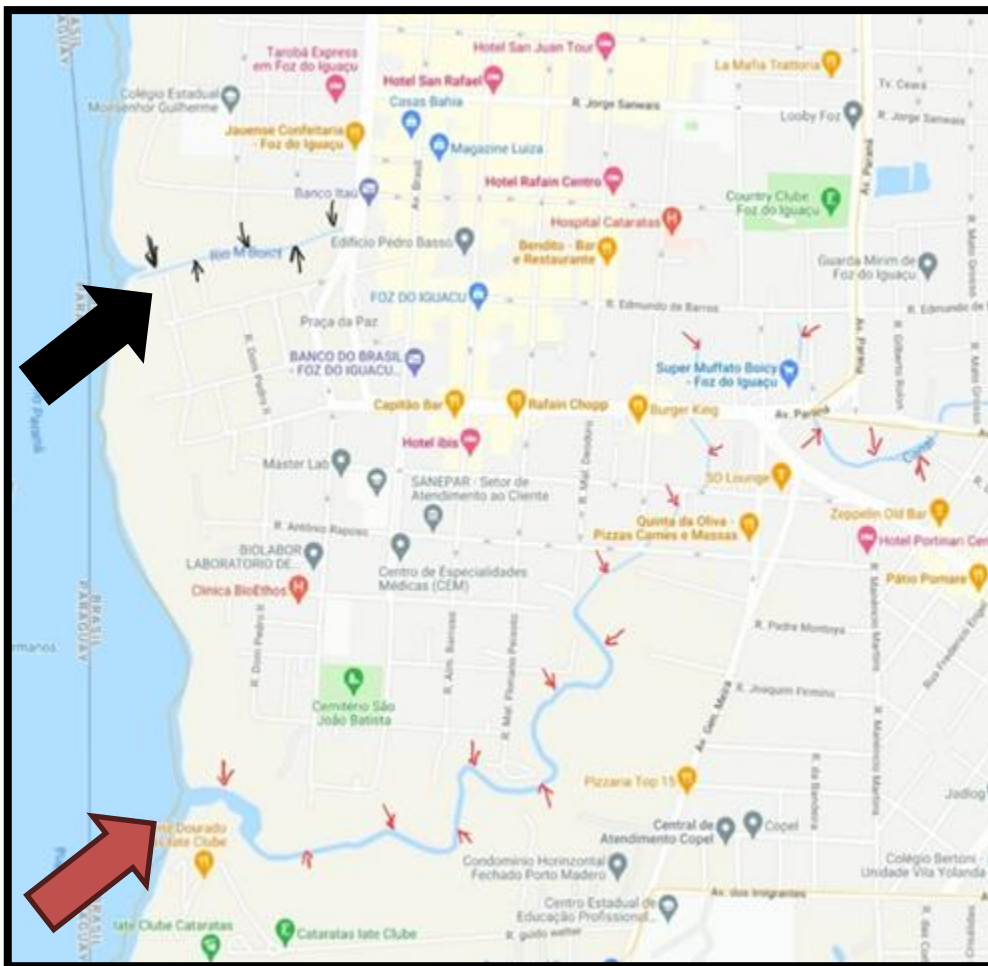
O território de abrangência da UBS Vila Yolanda é atravessado por dois cursos d'água naturais, um situado em área rural e outro em área urbana. O mais relevante é o Rio Boicy, que corta a zona urbana e exerce influência marcante na configuração territorial, conforme ilustrado no Mapa 11. Esse rio cruza a área da unidade, funcionando como divisor entre as regiões 078 e 081, passando por pontos de referência importantes, como o Supermercado Muffato Boicy e a Avenida Paraná. Nessa porção, o canal acompanha a área 081 e delimita sua fronteira com a Av. Paraná (indicada pelas setas vermelhas no mapa).

Além disso, o Rio Boicy também estabelece o limite natural entre as áreas 077 e 078 (apontado pelas setas pretas), desempenhando papel central na organização espacial e no ordenamento do território sob cobertura da UBS. A leitura desse traçado hidrográfico é fundamental para o diagnóstico situacional, já que a presença de corpos d'água impacta diretamente a dinâmica urbana e a identificação de áreas vulneráveis a enchentes e alagamentos. Outro aspecto importante refere-se à necessidade de

monitoramento da qualidade da água e dos possíveis reflexos sobre a saúde da população, sobretudo em regiões mais adensadas.

Portanto, a associação entre o estudo do relevo e da hidrografia oferece subsídios valiosos para o planejamento territorial e a definição das áreas de atuação da UBS, além de apoiar a formulação de estratégias de prevenção e intervenção em saúde coletiva. O conhecimento detalhado desses elementos naturais contribui para ampliar a equidade no acesso aos serviços de saúde e promover melhores condições de vida à comunidade.

**Mapa 11-** Rios de leitos naturais na zona rural e urbana.



Fonte: Google Maps, (2025).

Durante o processo de reconhecimento territorial da UBS, foram identificadas pequenas áreas de mata que, devido à ausência de condições de segurança e de informações detalhadas, não puderam ser devidamente mapeadas. O registro de locais como esses é de grande importância, já que podem se tornar pontos de descarte irregular de resíduos, além de potenciais criadouros de larvas do mosquito *Aedes aegypti* e de outros vetores de doenças.

De acordo com relatos de informantes-chave da comunidade, mesmo com a atuação dos órgãos municipais no sentido de orientar e organizar o descarte adequado de lixo, ainda é frequente a prática incorreta por parte de alguns moradores, resultando em impactos ambientais e riscos à saúde coletiva. (Imagem17).

**Figura 4** - Descartes de lixo em lugar inapropriado.



**Fonte:** O autor, (2025).

### 6.3 DELIMITAÇÃO DO TERRITÓRIO DA UAPS NO MAPA

#### 6.3.1 Dentro da Área 077 - EQUIPE 2 temos:

**Tabela 5** - Estabelecimentos dentro da Área 077.

Estabelecimentos	Área 19	Área 20	Área 22	TOTAL
Centros de referência	0	0	0	0
Especialidades, consultórios	7	8	0	15
Ambulatórios privados	0	0	0	0
Laboratórios	0	2	0	2
Residências terapêuticas	1	2	0	3
Pronto-atendimentos	0	0	0	0
Escolas (estaduais, municipais e privadas)	2	2	0	4
Creches (estaduais, municipais e privadas)	2	0	0	2
Hotéis	23	7	0	30
Faculdade	1	1	0	2
Associações	0	0	0	0
Ambulatórios	0	0	0	0
Hortas comunitárias	0	0	0	0
Templos religiosos (católicos, evangélicos, espíritas...)	3	4	0	7
Centros de convivência	0	0	0	0
Mercados (mercearias...)	5	1	0	6
Farmácias	7	3	0	10
Manicures e cabeleireiros	10	10	0	20
Vendas de alimentos (restaurante, fastfood, churrascaria, padarias, confeitaria...)	58	27	0	85
Pontos que vendem bebidas alcoólicas	2	4	0	6
Campos de futebol	0	0	0	0
Pistas para caminhada	0	0	0	0
Parques	0	0	0	0
Academias	3	0	0	3
Aglomeración	0	0	0	1
Lixo	1	0	0	2
Tabacaria	0	0	0	1
Bombeiros	1	0	0	1

**Fonte:** O autor, (2025).

O levantamento realizado nas microáreas que compõem a área de abrangência da Unidade de Saúde evidencia uma ampla diversidade de serviços, instituições e comércios. Essa heterogeneidade reflete a complexidade do território, onde coexistem demandas sociais básicas, como saneamento e habitação, até serviços mais específicos, voltados à saúde, educação e reabilitação.

### **Microárea 19:**

Nesta região, foram identificados elementos que exigem atenção especial:

- 1 aglomeração (Favela do Monsenhor), com necessidade de maior suporte em saneamento, habitação e saúde;
- 1 lixão, que representa risco ambiental e de saúde pública;
- 1 ponto de coleta de recicláveis, contribuindo para ações de sustentabilidade.

### **Microárea 20**

Apresenta-se como uma área de maior concentração de serviços, com destaque para:

- 7 consultórios de especialidades médicas, ampliando a assistência em saúde;
- 1 residência terapêutica, destinada a pessoas com transtornos mentais;
- 2 escolas, 2 creches e 1 faculdade, atendendo às demandas educacionais;
- 23 hotéis, revelando intenso fluxo de visitantes e impacto no sistema de saúde;
- 3 templos religiosos, importantes para o suporte comunitário e espiritual;
- 7 farmácias, assegurando acesso a medicamentos;
- 10 salões de beleza, voltados a estética e bem-estar;
- 58 estabelecimentos de alimentação, que garantem variada oferta de refeições;
- 5 mercados, fundamentais para o abastecimento local;
- 2 pontos de venda de bebidas alcoólicas, que requerem atenção preventiva;
- 1 tabacaria, associada a questões de saúde pública;
- 3 academias, que favorecem a prática de atividades físicas.

### **Microárea 22**

Apresenta perfil semelhante à anterior, destacando-se pela diversidade de serviços:

- 8 consultórios especializados, reforçando a rede de atenção em saúde;
- 2 escolas e 1 faculdade, voltadas à formação educacional;
- 7 hotéis, que confirmam a presença de turismo ativo;
- 4 templos religiosos, oferecendo suporte social;

- 1 mercado, garantindo abastecimento alimentar;
- 3 farmácias, para fornecimento contínuo de medicamentos;
- 27 estabelecimentos de venda de alimentos, ampliando a rede de comércio;
- 4 pontos de venda de bebidas alcoólicas, exigindo políticas de prevenção;
- 10 salões de beleza, agregando serviços de estética;
- 2 residências terapêuticas, direcionadas a pessoas com necessidades de saúde mental;
- 2 laboratórios, importantes para diagnóstico e exames clínicos;
- 1 tabacaria atenção no controle do tabagismo
- 1 unidade do Corpo de Bombeiros, fundamentais para segurança pública.

### **Consolidação dos Dados da Área 077**

No total temos, 16 consultórios com especialidades; 3 residências terapêuticas; 4 escolas; 2 creches; 2 faculdades; 30 hotéis; 7 templos religiosos; 10 farmácias; 20 salões de beleza com manicures e cabeleireiros; 85 estabelecimentos de venda de alimentos; 6 mercados; 6 pontos de venda de bebidas alcoólicas; 2 tabacarias; 3 academias; 2 laboratórios; 1 corpo de bombeiros; 1 pontos de coleta de produtos recicláveis; 1 lixão; 1 aglomeração (Favela do Monsenhor).

A área de abrangência, localizada em região central da cidade, apresenta grande diversidade econômica e social. A microárea 19 se destaca pela vulnerabilidade social, com presença da Favela do Monsenhor e um lixão, em contraste com as microáreas 20 e 22, que concentram serviços de saúde, educação e comércio.

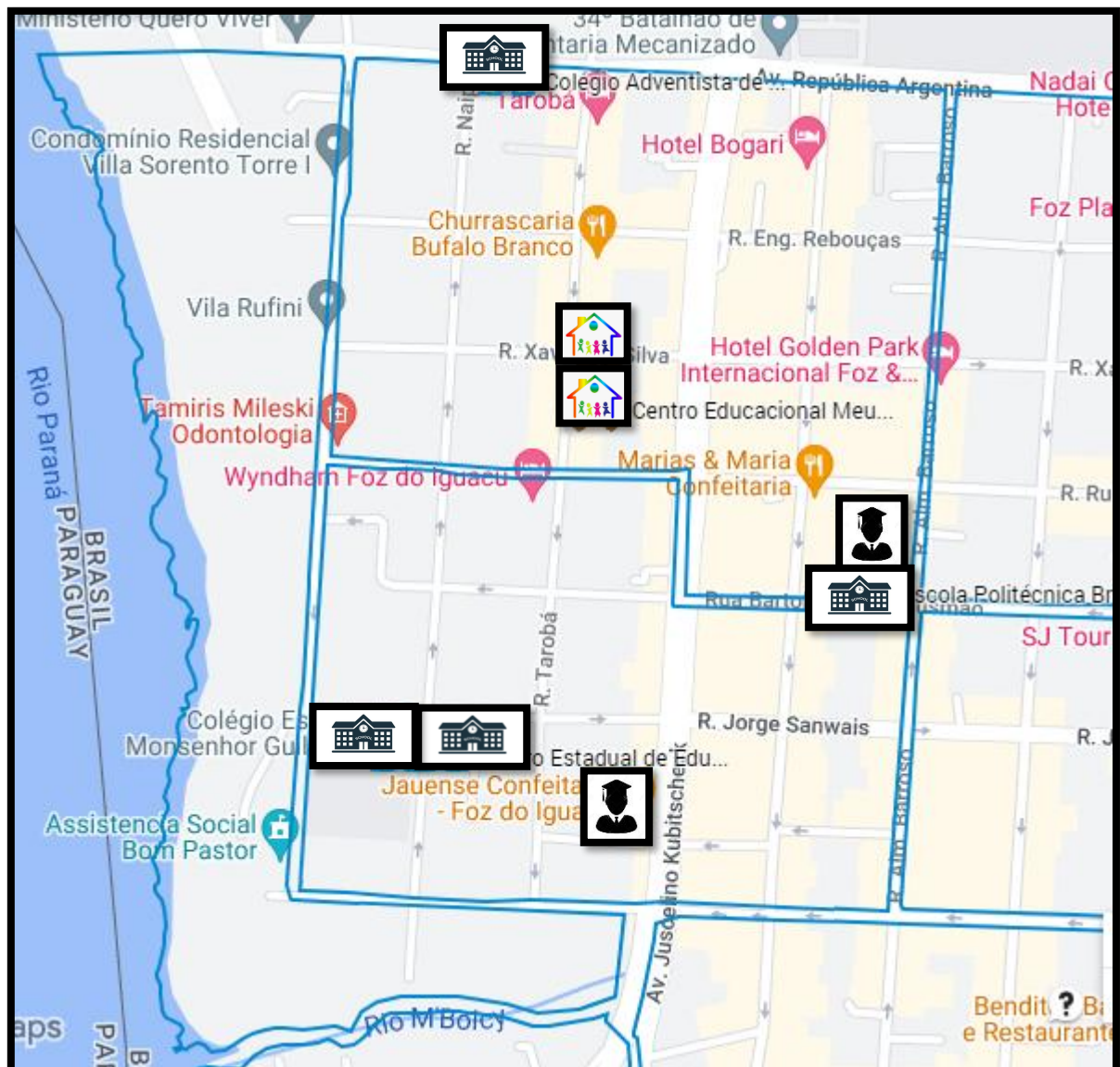
Essas duas últimas configuram-se como polos de serviços e turismo, com expressivo número de hotéis, restaurantes, farmácias e consultórios. A variedade de estabelecimentos, que inclui academias, salões de beleza, mercados, tabacarias e templos religiosos, evidencia o caráter multifuncional do território, atendendo simultaneamente moradores e visitantes.

Assim, a Área 077 se apresenta como um espaço dinâmico, com coexistência de diferentes realidades socioeconômicas, funcionando como centro de saúde, comércio, lazer e apoio comunitário, além de ser ponto estratégico para o fluxo urbano e turístico da cidade.

## 6.4 MAPAS INTELIGENTES

Segundo o levantamento realizado, a área 77 da UBS Vila Yolanda concentra um total de quatro escolas das redes municipal, estadual e privada, além de duas creches e duas instituições de ensino superior, conforme demonstrado no Mapa 13. Essa configuração evidencia o papel do território como um polo educacional relevante, que atrai intenso fluxo de pessoas. Tal característica contribui para ampliar a necessidade de serviços públicos de apoio, especialmente nas áreas de saúde e segurança, dada a circulação diária da comunidade acadêmica e da população em geral.

**Mapa 12**–Escolas, creches e faculdade no território.

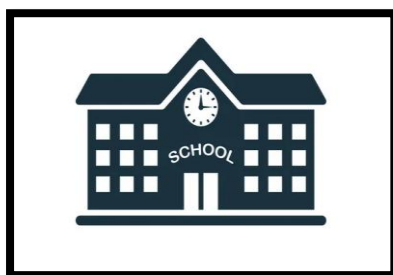


Fonte: O autor, (2025).

**LEGENDA MAPA:**



**Creches: 2**



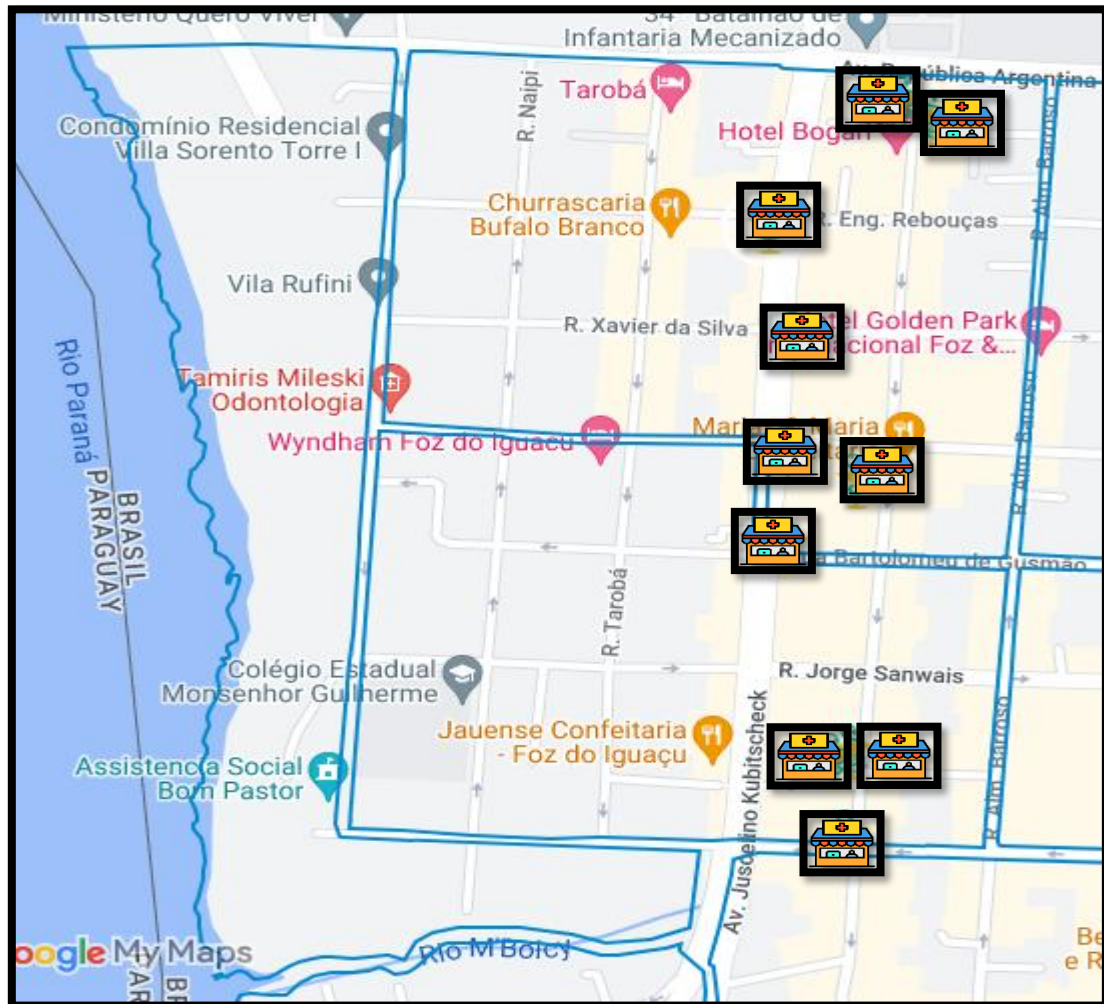
**Escolas: 4**



**Faculdade:2**

No território em questão, identificam-se 10 farmácias localizadas principalmente nas microáreas 20 e 22, conforme representado no Mapa 13. Esses estabelecimentos exercem papel fundamental na garantia do acesso a medicamentos, atendendo não apenas os moradores da região, mas também trabalhadores e pessoas em trânsito. A presença dessa rede reforça a relevância de uma estrutura de saúde organizada e acessível para a comunidade local.

**Mapa 13-** Farmácias no território.



Fonte: O autor, (2025).

**LEGENDA MAPA:**



**Farmácias - 10**

No território analisado, encontram-se 2 tabacarias, uma área de favela, um lixão e um ponto destinado à coleta de materiais recicláveis, conforme representado no Mapa 16. Esses elementos demonstram a coexistência de fatores que podem tanto favorecer quanto comprometer a saúde coletiva. As tabacarias, ao ampliarem o acesso a produtos derivados do tabaco, contribuem para a manutenção de hábitos nocivos associados ao aumento da incidência de doenças crônicas, em especial

cardiovasculares e respiratórias. Paralelamente, a presença de uma favela e de um lixão evidencia condições de vulnerabilidade social e ambiental, que intensificam os riscos à saúde da população local. Assim, observa-se que o território reúne características que simultaneamente oferecem alternativas sustentáveis, como a coleta de recicláveis, mas também impõem desafios importantes para a promoção da saúde e a qualidade de vida da comunidade.

Mapa 14 - Cemitérios, favelas e tabacarias no território.



Fonte: O autor, (2025).

LEGENDA MAPA:



Tabacaria - 2



Favela - 1



lixão - 1



### Reciclavel - 1

A área 77, situada em uma região central de Foz do Iguaçu, caracteriza-se pela forte presença de estabelecimentos comerciais e de serviços, o que resulta em intenso fluxo de pessoas e, conseqüentemente, em maior demanda sobre a Unidade Básica de Saúde (UBS). Entre os destaques está a existência de 30 hotéis, que recebem um número expressivo de turistas e contribuem para a sobrecarga dos serviços de saúde. Além disso, a área concentra 6 mercados e mercearias, que não apenas atendem a moradores e visitantes, mas também geram empregos, aumentando o número de potenciais usuários da UBS.

A diversidade comercial inclui ainda 20 salões de cabeleireiro e manicure, além de 85 estabelecimentos voltados à alimentação, como restaurantes, fast foods, churrascarias, padarias e confeitarias. Esses locais, ao atenderem tanto a população residente quanto turistas, empregam um contingente significativo de trabalhadores, o que reforça o papel estratégico da área 77 como polo de circulação de consumidores e mão de obra. Também estão presentes 6 pontos de venda de bebidas alcoólicas, exigindo atenção especial quanto ao consumo de álcool e seus impactos na saúde coletiva.

Essa concentração de comércios e serviços torna-se um elemento central no planejamento das ações em saúde, visto que influencia diretamente as estratégias de prevenção, promoção e assistência. A alta densidade populacional flutuante, intensificada pelo turismo, exige medidas específicas de organização da atenção, especialmente em períodos de maior movimento. O monitoramento contínuo desses fatores é fundamental para que a UBS possa ajustar suas intervenções conforme as necessidades locais.

Em relação aos riscos ambientais, ainda que a área 77 não possua indústrias poluidoras, foram identificados fatores relevantes como a presença de um lixão e de pontos de descarte irregular de resíduos sólidos. Esses locais representam risco sanitário importante, pois favorecem a proliferação de vetores, em especial o *Aedes aegypti*, transmissor de dengue, zika e chikungunya.

Outro desafio identificado é a ausência de informações atualizadas sobre terrenos baldios e áreas de acúmulo de lixo. As imagens disponíveis no Google Maps apresentam defasagem superior a três anos, dificultando um diagnóstico territorial preciso. Nesse contexto, torna-se imprescindível que a equipe de saúde mantenha registros atualizados dessas áreas, de modo a subsidiar ações preventivas mais efetivas.

A associação entre o lixão, os pontos de acúmulo de resíduos e a falta de mapeamento atualizado reforça a necessidade de vigilância constante e de um planejamento estruturado em saúde pública. Essas informações são essenciais para a formulação de estratégias de prevenção de doenças e de promoção de qualidade de vida no território da UBS Vila Yolanda.

## 6.5 URBANIZAÇÃO E ACESSO

No território de abrangência da UBS, observa-se uma heterogeneidade marcante quanto às condições das vias públicas. Embora grande parte do traçado urbano seja asfaltado, ainda persistem segmentos de estrada de terra e paralelepípedo, sobretudo em regiões periféricas ou de menor circulação. Essa diversidade de pavimentação influencia de forma direta a mobilidade dos moradores, tornando o deslocamento mais difícil em dias chuvosos, quando os trechos de chão batido ficam escorregadios e de difícil acesso.

A questão da acessibilidade, entretanto, é um ponto de maior fragilidade. Pessoas idosas, com deficiência, gestantes ou mesmo aqueles que utilizam carrinhos de bebê e bicicletas enfrentam barreiras constantes no seu cotidiano. Entre os fatores que comprometem a circulação, destacam-se calçadas ausentes ou malconservadas, com irregularidades, excesso de vegetação ou superfícies desniveladas, elevando o risco de quedas e acidentes.

Outro aspecto preocupante é a falta de adequação das calçadas às normas de acessibilidade. Em muitas áreas, elas são estreitas, construídas em terra batida ou com pedras soltas, sem oferecer segurança mínima. Soma-se a isso a ausência quase total de piso tátil, indispensável para a orientação de pessoas com deficiência visual, e a escassez de rampas de acesso em esquinas e estabelecimentos, o que dificulta a locomoção de cadeirantes e demais usuários com mobilidade reduzida.

Essas limitações não se restringem apenas ao cotidiano dos moradores, mas têm impacto direto sobre o acesso aos serviços de saúde. Usuários mais vulneráveis, que já apresentam dificuldades de locomoção, encontram obstáculos adicionais para chegar até a UBS, o que compromete o acompanhamento adequado de suas condições de saúde.

Portanto, é imprescindível que as carências estruturais do território sejam levadas em conta nos levantamentos situacionais e nos planejamentos futuros. Investir em calçadas acessíveis, rampas, piso tátil e melhorias na pavimentação é uma medida essencial para garantir deslocamento seguro e inclusão social, além de facilitar o acesso equitativo aos serviços de saúde.

**Figura 5** – Calçada de ponto de ônibus sem piso tátil e com obstáculos.



**Fonte:** O autor, (2025).

**Figura 6**– Calçada sem acessibilidade.



**Fonte:** O autor, (2025)

## 6.6 CARACTERÍSTICA DOS DOMICÍLIOS E CONDIÇÕES DE MORADIA

Na sequência, serão expostos os dados referentes à área 77, com ênfase nas características dos domicílios e nas condições de habitação. O objetivo desse levantamento é oferecer uma visão mais aprofundada do perfil habitacional local, contemplando aspectos da infraestrutura das moradias e do ambiente em que a população está inserida. A análise dessas informações mostra-se essencial para compreender as necessidades sociais e de saúde da comunidade, além de subsidiar o planejamento de estratégias voltadas à promoção da qualidade de vida e à melhoria das condições no território.

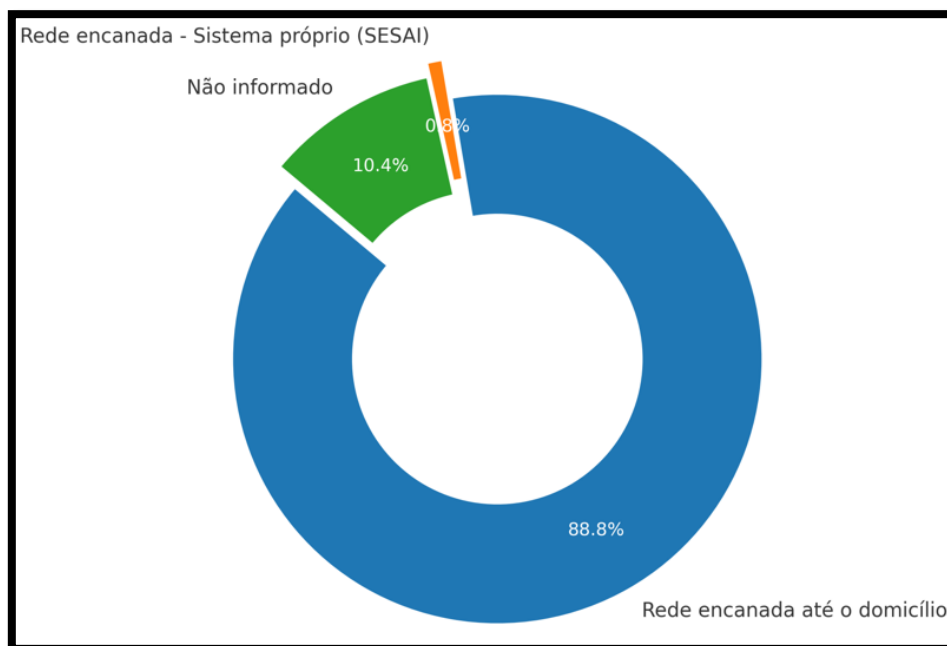
### 6.6.1 Número de domicílios segundo o abastecimento de água: rede pública, poço ou nascente, entre outros.

Como referência para a análise, utilizou-se o Relatório de Cadastro Domiciliar e Territorial do e-SUS (2025). O levantamento aponta um total de 125 imóveis registrados, sendo 117 destinados à moradia, 7 estabelecimentos comerciais e 1 terreno baldio.

Entre os domicílios, 111 contam com abastecimento de água por rede encanada, enquanto 1 possui rede encanada proveniente do sistema próprio da aldeia (SESAI). Já em 13 residências não foi informada a forma de abastecimento.

Ao considerar que o parâmetro ideal é de 100% de cobertura por rede pública, percebe-se que ainda existe uma discreta defasagem. Apesar de pequena, essa diferença evidencia a necessidade de atenção contínua por parte da gestão, com vistas a alcançar a universalização do acesso à água tratada. Esse avanço é fundamental para promover melhoria da qualidade de vida e proteção da saúde da comunidade.

**Gráfico 1** - Número de domicílios segundo o abastecimento de água.



**Fonte:** O autor, (2025).

### 6.6.2 Animais em domicílio

De acordo com o Relatório de Cadastro Domiciliar e Territorial do e-SUS, observa-se uma incongruência nos dados referentes à presença de animais nos domicílios. Embora apenas 2 domicílios tenham declarado possuir animais e 123 afirmado não ter, o levantamento aponta o registro de 23 gatos, 35 cachorros e 1 animal classificado como “outros”.

Essa divergência pode decorrer de erros no processo de coleta e registro das informações, como falhas no preenchimento dos questionários, inconsistências na digitação ou até mesmo omissão por parte dos moradores. Além disso, o tempo prolongado para atualização dos cadastros e a dificuldade de abranger todo o território podem contribuir para tais discrepâncias.

A atualização contínua e a revisão crítica desses dados são essenciais, visto que a informação correta sobre animais nos domicílios é importante para o planejamento epidemiológico e para a formulação de políticas públicas de saúde, especialmente no que se refere ao controle de zoonoses e à promoção da saúde comunitária.

**Tabela 6** - Animais nos domicílios.

Animais no domicílio		
Descrição		Quantidade
Animais no domicílio?	Sim	2
	Não	123
Gato		23
Cachorro		35
Pássaro		0
Macaco		0
Porco		0
Galinha		0
Répteis		0
Outros		1

**Fonte:** Relatório de cadastro domiciliar e territorial do e-SUS.

### 6.6.3 Tipo de acesso ao domicílio

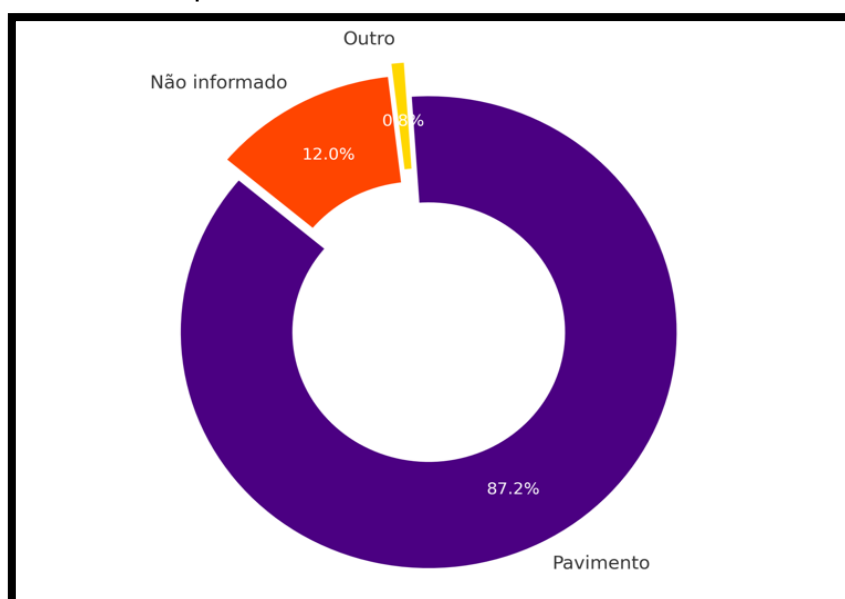
De Conforme o Relatório de Cadastro Domiciliar e Territorial do e-SUS, foi levantado o tipo de acesso aos domicílios da área em estudo. Dos 125 registros, verificou-se que 109 possuem acesso pavimentado, 1 foi classificado como “outro” e em 15 não houve informação registrada.

A ausência de dados em parte dos cadastros pode gerar distorções no retrato real da comunidade, reforçando a importância de atualizações constantes e do preenchimento adequado das informações.

Ainda que a maioria dos domicílios já disponha de pavimentação, o parâmetro ideal de 100% de acessos pavimentados ainda não foi atingido. Esse indicador é de grande relevância, pois a qualidade das vias de acesso influencia diretamente na mobilidade, segurança e no acesso aos serviços essenciais, incluindo o atendimento em saúde. Situações de emergência, por exemplo, podem ser agravadas quando os domicílios não contam com vias adequadas para deslocamento.

Assim, conhecer detalhadamente as condições de acesso contribui para o planejamento de políticas públicas voltadas à melhoria da infraestrutura urbana e à promoção da saúde comunitária.

**Gráfico 2** - Tipo de acesso ao domicílio.



**Fonte:** O autor, (2025).

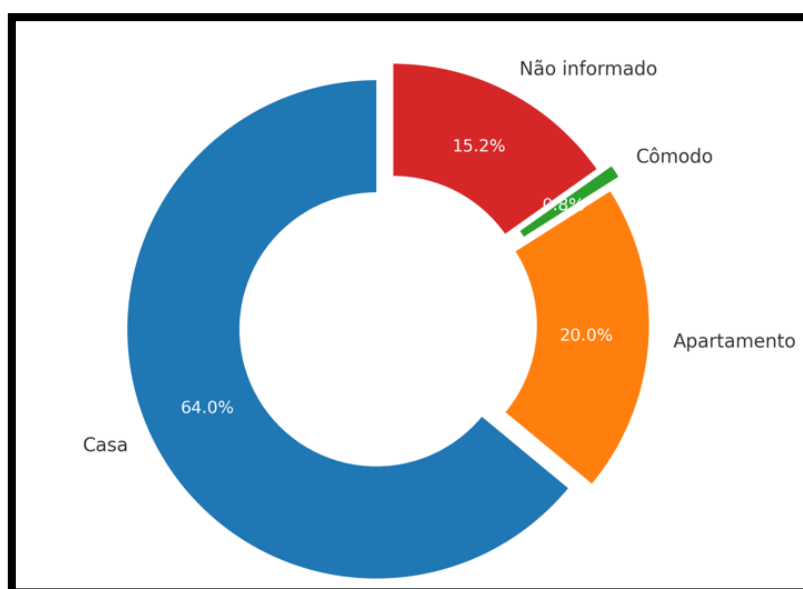
#### 6.6.4 Tipo de domicílio

Conforme os dados do Relatório de Cadastro Domiciliar e Territorial do e-SUS, entre os 125 domicílios cadastrados na área em estudo, identificaram-se 80 casas, 25 apartamentos e 1 cômodo. Além disso, em 19 registros não houve especificação do tipo de moradia, configurando uma lacuna importante de informação.

A ausência desses dados compromete a análise detalhada das condições habitacionais e dificulta o planejamento de estratégias adequadas de saúde pública. A caracterização do tipo de domicílio é fundamental, já que diferentes formas de moradia podem apresentar vulnerabilidades específicas. Moradores de cômodos, por exemplo, podem enfrentar maior risco de transmissão de doenças infecciosas devido à proximidade com pessoas de fora do núcleo familiar, enquanto aqueles que residem em casas, sobretudo com áreas externas, podem estar mais expostos a acidentes domésticos e doenças relacionadas ao ambiente, como dengue e infecções respiratórias.

Portanto, assegurar a qualidade e a completude das informações sobre moradia é essencial para a identificação de grupos de risco, formulação de políticas públicas eficazes e melhoria da qualidade de vida da comunidade.

**Gráfico 3-** Tipo de domicílio.



**Fonte:** O autor (2025).

### 6.6.5 Situação de moradia

De Segundo o Relatório de Cadastro Domiciliar e Territorial do e-SUS, a situação de moradia dos domicílios da área apresenta algumas lacunas, já que parte dos moradores não informou essa condição no momento do cadastro. Dos 125 domicílios registrados, verificou-se que 67 são próprios, 46 estão alugados, 4 foram cedidos e em 8 não houve declaração sobre a forma de posse. Não foram identificados domicílios financiados, arrendados ou registros de pessoas em situação de rua.

Observa-se que apenas 53,6% das residências são próprias, um percentual abaixo do parâmetro ideal de 100%, o que pode refletir certa vulnerabilidade socioeconômica entre as famílias do território. Esse aspecto ganha relevância no planejamento em saúde, já que a predominância de imóveis alugados pode indicar maior rotatividade da população, dificultando a construção de vínculos sólidos entre equipe de saúde e comunidade, além de comprometer a continuidade do acompanhamento em casos de doenças crônicas e ações preventivas.

Por outro lado, em áreas onde prevalecem imóveis próprios, costuma haver maior estabilidade populacional, favorecendo a consolidação de laços e a efetividade das estratégias de cuidado. Assim, conhecer detalhadamente a situação de moradia da população é fundamental não apenas como indicador social, mas também como ferramenta para orientar políticas públicas e estratégias de atenção em saúde adequadas à realidade local.

**Tabela 7** - Situação de moradia/ Posse da terra

Condições de moradia - Situação de moradia / Posse da terra	
Descrição	Quantidade
Próprio	67
Financiado	0
Alugado	46
Arrendado	0
Cedido	4
Ocupação	0
Situação de rua	0

Condições de moradia - Situação de moradia / Posse da terra	
Descrição	Quantidade
Temporária	0
Outra	0
Não informado	8
Total:	125

**Fonte:** Relatório de cadastro domiciliar e territorial do e-SUS.

### 6.6.6 Material predominante na construção das paredes externas dos domicílios

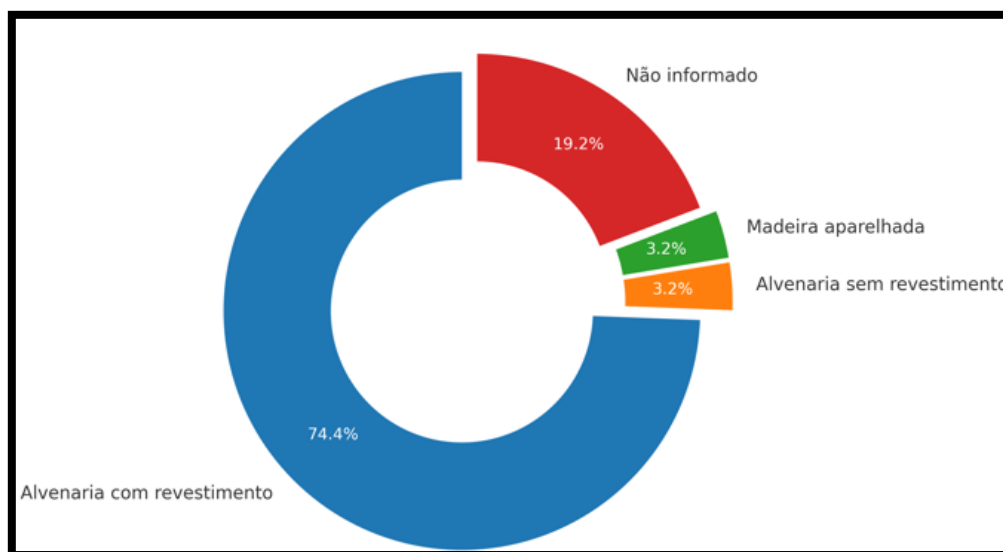
Segundo o Relatório de Cadastro Domiciliar e Territorial do e-SUS, foi levantado o tipo de material utilizado na construção das paredes das moradias da área analisada. Constatou-se uma lacuna relevante, já que 24 domicílios não tiveram essa informação registrada. Entre os dados disponíveis, observou-se que 93 residências foram construídas em alvenaria com revestimento, 4 em alvenaria sem revestimento e 4 em madeira aparelhada. Não foram registrados domicílios edificadas em taipa, palha, material reaproveitado ou outros tipos de estrutura mais frágeis.

Em entrevistas, a equipe de campo relatou a possibilidade de parte das informações estarem desatualizadas ou preenchidas de forma incorreta, o que levanta dúvidas sobre a confiabilidade do levantamento. Esse aspecto reforça a importância de manter a atualização contínua e criteriosa dos cadastros, uma vez que a qualidade do material de construção impacta diretamente na saúde e bem-estar dos moradores.

Moradias erguidas com materiais mais precários estão sujeitas a infiltrações, falhas de ventilação e maior vulnerabilidade a pragas, fatores que contribuem para o surgimento de doenças respiratórias, alérgicas e infecciosas. O parâmetro ideal seria que 100% dos domicílios fossem de alvenaria com revestimento, por ser a estrutura que oferece maior resistência, durabilidade e proteção contra intempéries.

Portanto, monitorar continuamente as condições habitacionais é fundamental não apenas para a qualidade de vida e segurança da população, mas também para a redução dos riscos ambientais que influenciam no processo saúde-doença, permitindo um planejamento mais eficaz das ações em saúde pública.

**Gráfico 4** - Tipo de material predominante na construção das paredes externas.



**Fonte:** O autor, (2025).

### 6.6.7 Abastecimento de água

Segundo o Relatório de Cadastro Domiciliar e Territorial do e-SUS, dos 125 domicílios cadastrados, a grande maioria (111) possui abastecimento de água por rede encanada, enquanto 1 domicílio utiliza o sistema próprio da aldeia (SESAI). Já em 13 registros não foi informada a forma de abastecimento, configurando uma lacuna que precisa ser corrigida.

Apesar de o índice de domicílios atendidos pela rede encanada se aproximar do parâmetro ideal de 100% de cobertura, a ausência de informações em parte dos cadastros limita uma avaliação precisa da realidade local. Esse dado é de grande relevância para a saúde pública, pois o acesso à água potável está diretamente relacionado à prevenção de doenças de veiculação hídrica.

Em situações de surtos ou contaminações, conhecer de forma detalhada a origem da água consumida pelas famílias é fundamental para adotar medidas rápidas e eficazes de contenção. Assim, a atualização sistemática e completa desses registros não apenas garante maior segurança à população, mas também fortalece a

capacidade da gestão em implementar políticas preventivas de forma mais direcionada e eficiente.

**Tabela 8-** Condições de moradia, abastecimento de água.

Condições de moradia - Abastecimento de água	
Descrição	Quantidade
Rede encanada até o domicílio - Sistema de abastecimento público (municipal ou estadual)	111
Poço / Nascente no domicílio	0
Cisterna - Água de chuva	0
Carro pipa	0
Rede encanada até o domicílio - Sistema de abastecimento próprio da aldeia (SESAI)	1
Captação direta de água do rio	0
Captação direta de poço coletivo	0
Ponto de abastecimento coletivo - chafariz	0
Outro	0
Não informado	13
<b>Total:</b>	<b>125</b>

**Fonte:** Relatório de cadastro domiciliar e territorial do e-SUS

#### **6.6.8 Domicílios segundo o tratamento da água no domicílio: filtração, fervura, cloração, sem tratamento.**

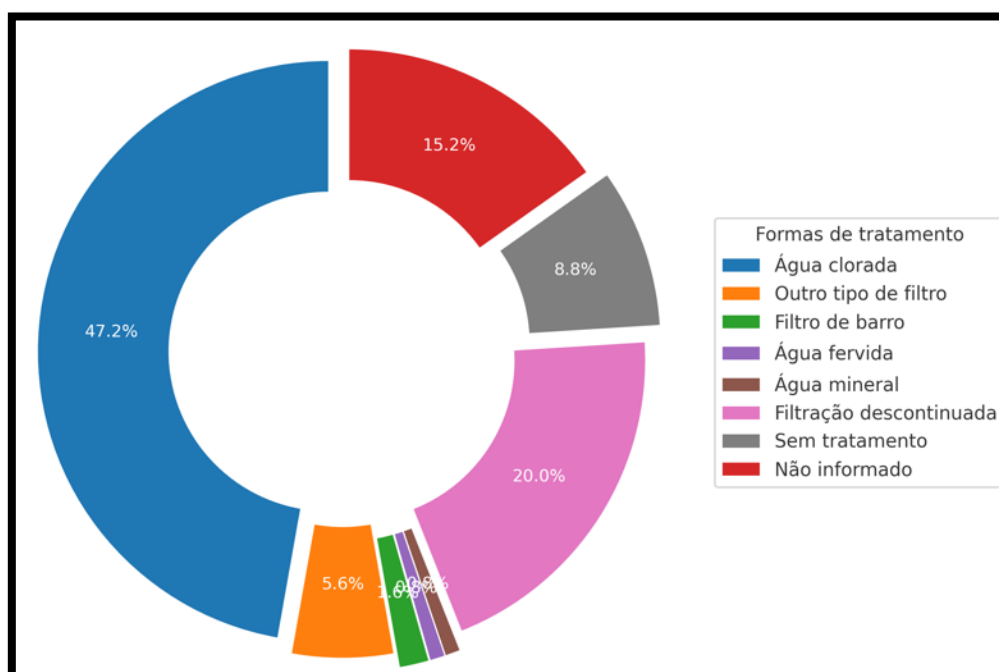
De acordo com o Relatório de Cadastro Domiciliar e Territorial do e-SUS, os domicílios da área em estudo apresentam diversas formas de tratamento da água. Entre os 125 registros, identificou-se que 59 utilizam água clorada, 7 recorrem a outros tipos de filtro, 2 fazem uso de filtro de barro, 1 declara ferver a água, 1 consome água mineral, 25 relataram filtração descontinuada e 11 não realizam nenhum tipo de tratamento. Além disso, em 19 domicílios não houve informação registrada.

Entretanto, uma análise crítica desses dados aponta possíveis inconsistências no preenchimento dos cadastros. Segundo relato de informante-chave da equipe de saúde, é comum que os profissionais considerem como “água clorada” a água que chega pela rede pública (Sanepar), sem tratamento adicional no domicílio. Esse entendimento é equivocado, já que a classificação correta de “água clorada” deveria se restringir aos casos em que há a adição de cloro diretamente no domicílio, prática mais frequente em locais sem abastecimento público regular.

Essa falha metodológica reforça a necessidade de capacitação contínua e orientação aos profissionais responsáveis pela coleta de dados, pois informações imprecisas podem comprometer análises epidemiológicas e dificultar a identificação de áreas vulneráveis a doenças de transmissão hídrica, como diarreias, hepatites virais e outras infecções gastrointestinais.

O tratamento adequado da água é um dos pilares da saúde pública, essencial para reduzir riscos de surtos e prevenir agravos relacionados à ingestão de água contaminada. Por isso, é imprescindível que os registros sobre práticas de tratamento sejam feitos de forma correta e detalhada, garantindo dados confiáveis para o planejamento de intervenções e políticas de prevenção em saúde.

**Gráfico 5-** Água para consumo no domicílio.



**Fonte:** O autor, (2025).

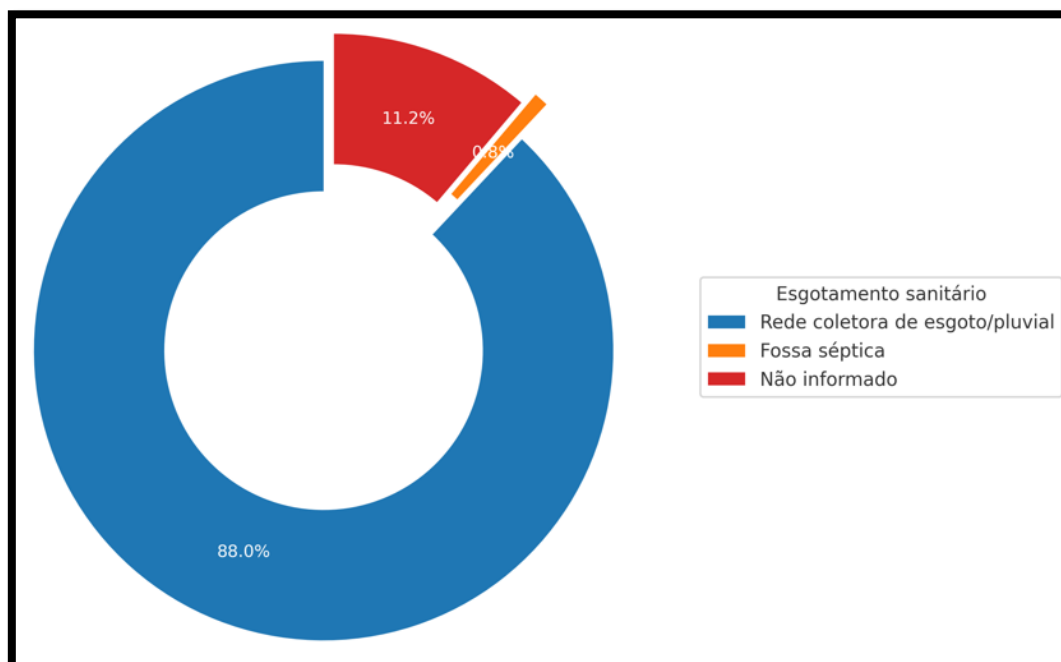
### **6.6.9 N° de domicílios segundo o destino de fezes e urina: sistema de esgoto (rede geral), fossa ou céu aberto.**

Conforme o Relatório de Cadastro Domiciliar e Territorial do e-SUS, na área analisada foram registrados 110 domicílios conectados à rede coletora de esgoto ou pluvial, 1 domicílio com fossa séptica e 14 sem informação preenchida.

A ausência desses dados em parte dos cadastros representa uma falha relevante do ponto de vista sanitário e epidemiológico, já que o destino inadequado de dejetos é um dos principais fatores de risco para a disseminação de doenças de veiculação hídrica. Quando não há rede coletora, é frequente o uso de fossas rudimentares ou até mesmo o despejo a céu aberto ou em cursos d'água, práticas que favorecem a contaminação ambiental e aumentam a exposição a agentes patogênicos.

Esse cenário acarreta maior risco de ocorrência de diarreias, leptospirose, hepatites virais e outras doenças infecciosas, comprometendo a saúde não apenas dos moradores diretamente expostos, mas também da comunidade como um todo.

O parâmetro ideal é que 100% das residências estejam conectadas a uma rede de esgotamento sanitário adequada, condição indispensável para assegurar higiene, prevenção de agravos e qualidade de vida. Dessa forma, a gestão pública deve atuar tanto na expansão da cobertura do sistema de esgoto quanto no aperfeiçoamento da coleta de informações, garantindo maior precisão para o planejamento das ações em saúde e infraestrutura.

**Gráfico 6-** Forma de escoamento do banheiro ou sanitário.

**Fonte:** O autor, (2025).

#### 6.6.10 Domicílios com energia elétrica

Conforme o Relatório de Cadastro Domiciliar e Territorial do e-SUS, entre os 125 domicílios da área, 102 dispõem de energia elétrica, enquanto 15 permanecem sem acesso a esse recurso essencial e 8 não tiveram sua situação informada. A discrepância em relação ao parâmetro ideal de cobertura total (100% das moradias) é preocupante, uma vez que a ausência de eletricidade compromete diretamente a qualidade de vida da população.

A inexistência de energia em 15 residências impõe limitações graves, como a impossibilidade de conservar alimentos e medicamentos, a restrição ao uso de equipamentos básicos de iluminação e a dificuldade de acesso a meios de comunicação. Tais condições, além de representarem um obstáculo à rotina diária, refletem situações de maior vulnerabilidade social, que devem ser alvo de atenção prioritária das equipes de saúde e da assistência social, pois podem potencializar problemas de saúde e ampliar o isolamento das famílias afetadas.

Outro ponto crítico é a falta de informação em 8 domicílios. A ausência desses dados dificulta a avaliação real das necessidades do território e pode mascarar a extensão das situações de risco. O registro incompleto compromete o planejamento adequado das intervenções, reforçando a importância de um preenchimento atualizado e fidedigno para que as equipes possam identificar corretamente os grupos mais vulneráveis.

O acesso à energia elétrica é um determinante fundamental de saúde, pois influencia desde a segurança alimentar até a manutenção de tratamentos domiciliares dependentes de aparelhos elétricos. Assim, garantir a universalização desse serviço, aliado à melhoria na qualidade da coleta de dados, é essencial para promover condições dignas de vida e para orientar ações de saúde pública mais eficazes e direcionadas.

**Tabela 9-** Disponibilidade de energia elétrica.

Condições de moradia - Disponibilidade de energia elétrica		
Descrição		Quantidade
Disponibilidade de energia elétrica?	Sim	102
	Não	15
	N.Inf	8
Concessionária		11

**Fonte:** Relatório de cadastro domiciliar e territorial do e-SUS

#### **6.6.11 Domicílios segundo o destino do lixo: coletado, queimado ou acumulado a céu aberto.**

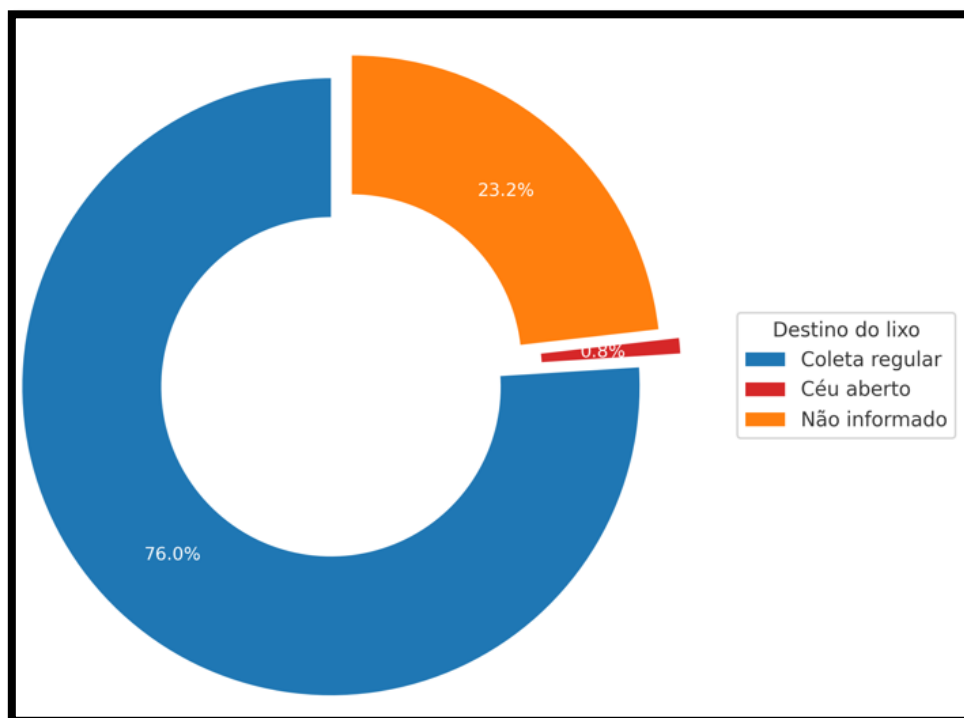
Conforme o Relatório de Cadastro Domiciliar e Territorial do e-SUS, na área estudada, 95 domicílios contam com coleta regular de lixo, enquanto 1 domicílio relatou realizar o descarte a céu aberto. Em 29 cadastros não houve registro sobre o destino dos resíduos, representando uma lacuna significativa de informação.

Essa ausência de dados compromete a análise situacional e a identificação de áreas de maior vulnerabilidade, já que o manejo inadequado de resíduos sólidos é um importante fator de risco sanitário. A exposição do lixo ao ambiente favorece a proliferação de vetores como moscas, ratos e mosquitos, responsáveis pela disseminação de doenças como dengue, leptospirose e outras infecções.

A situação do domicílio que declarou o descarte a céu aberto exige atenção imediata, pois além de prejudicar diretamente a saúde dos moradores, gera um risco ambiental e comunitário, contaminando solo e água, além de criar pontos de insalubridade que afetam toda a vizinhança.

Dessa forma, é fundamental que a equipe de saúde aprofunde a investigação sobre os métodos de descarte utilizados na área e adote ações educativas e preventivas para ampliar a adesão à coleta regular. O parâmetro ideal é que 100% dos domicílios tenham o lixo coletado de forma adequada, assegurando não apenas melhores condições de saúde para a população, mas também a preservação ambiental.

Para que isso seja viável, é necessário aprimorar o processo de coleta e registro das informações, garantindo dados mais completos e confiáveis que subsidiem políticas públicas eficazes de saneamento, controle de doenças e promoção da qualidade de vida.

**Gráfico 7-** Destino do lixo.

**Fonte:** O autor (2025)

## 7 PERFIL DEMOGRÁFICO.

### 7.1 DADOS CADASTRAIS: POPULAÇÃO TOTAL ADSCRITA À USF.

De acordo com o relatório consolidado do e-SUS referente a 2025, a área de abrangência da equipe 77 apresenta atualmente 1.217 cadastros registrados, dos quais 1.195 estão ativos e 22 correspondem a saídas do sistema (por mudança de território, óbito ou atualização cadastral).

Apesar do avanço em relação ao cenário observado em 2024, os números ainda demonstram subcobertura importante quando comparados ao que é indicado pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB, 2017), que recomenda a vinculação de 2.000 a 3.500 pessoas por equipe. Dessa forma, a população atualmente cadastrada representa pouco mais da metade do mínimo esperado, o que reforça a necessidade de intensificação das ações de busca ativa e atualização dos registros.

Ao correlacionar com os dados do IBGE (Censo 2022), que apontam média de

2,82 moradores por domicílio na área urbana de Foz do Iguaçu, estima-se que a população real da área adscrita seja maior do que a atualmente registrada no sistema, sugerindo a existência de moradores ainda não contemplados pelo cadastro nominal.

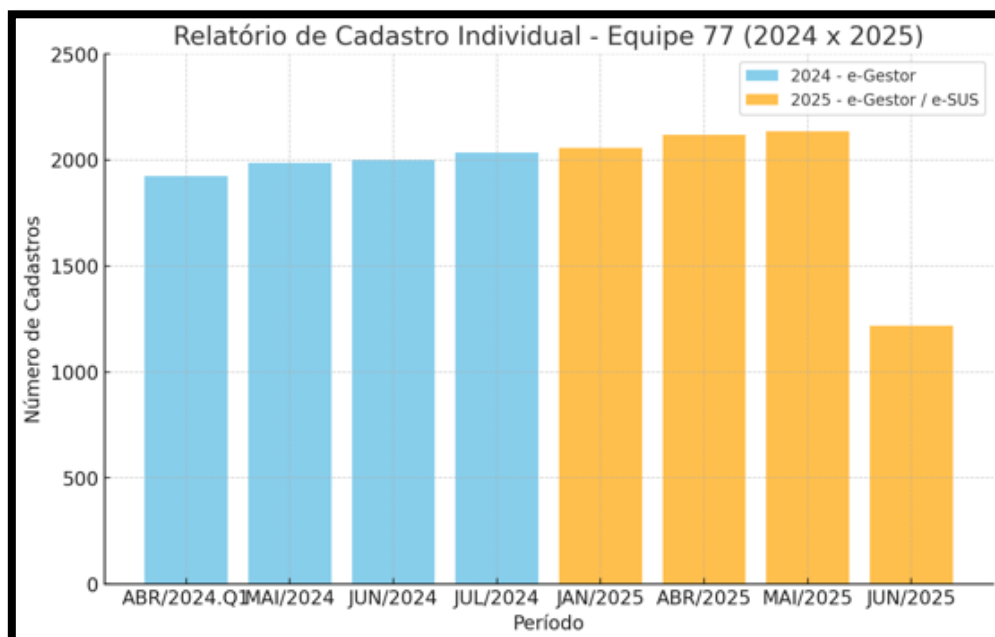
Essa discrepância entre a população real e os registros oficiais impacta diretamente o planejamento e a execução das ações em saúde. Usuários que não constam no sistema podem deixar de ser acompanhados adequadamente, o que compromete tanto os indicadores assistenciais quanto a equidade no acesso aos serviços da UBS.

**Tabela 10** - População cadastrada

Dados gerais	
Descrição	Quantidade
Cidadãos ativos	1195
Saída de cidadãos do cadastro	22
Total:	1217

**Fonte:** Relatório de Cadastro Individual do e-SUS.

### Gráfico 8- Cadastros Individuais



**Fonte:** Autor - Relatório cadastro individual do e-Gestor, 2025

A análise dos sistemas e-Gestor e e-SUS evidencia persistente subnotificação nos cadastros da área 77. O número de registros permanece abaixo do esperado para o território, o que sugere falhas no processo de cadastramento e atualização. Esse cenário pode estar diretamente relacionado à sobrecarga de trabalho, já que apenas uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) cobre três microáreas, dificultando a realização de visitas domiciliares e a atualização contínua das informações.

Essa discrepância compromete o retrato real da população adscrita, pois a quantidade de moradores cadastrados não reflete fielmente a dimensão demográfica do território. A incongruência entre os números do e-Gestor e do e-SUS reforça a hipótese de subnotificação, indicando lacunas significativas na coleta e monitoramento de dados.

Esse quadro gera impactos diretos sobre o planejamento e a gestão da Atenção Primária, já que a subestimação populacional pode levar à distribuição inadequada de recursos, ao subdimensionamento das necessidades de saúde e à limitação da cobertura assistencial. Em outras palavras, a ausência de dados completos fragiliza a capacidade da equipe de responder de forma efetiva às demandas da comunidade.

No que se refere à distribuição por sexo, segundo o relatório atualizado do e-

SUS (2025), estão cadastrados 1.195 indivíduos, dos quais 742 são do sexo feminino (64,29%) e 453 do sexo masculino (35,71%). Essa predominância feminina é mais acentuada do que a observada nos dados do Censo do IBGE (2022) para Foz do Iguaçu, que indica uma população composta por aproximadamente 52% de mulheres e 48% de homens.

Essa diferença pode refletir tanto a maior adesão das mulheres aos serviços de saúde, em especial em programas voltados à saúde da mulher (pré-natal, rastreamento de câncer de mama e colo uterino, planejamento reprodutivo), quanto a baixa procura dos homens pela Atenção Primária, fenômeno já documentado em diversas regiões do país.

Portanto, os dados reforçam a necessidade de ampliar as estratégias de busca ativa, com especial atenção à população masculina, visando reduzir as lacunas de cadastramento e garantir que a população total do território esteja corretamente registrada. Essa medida é essencial para o fortalecimento do planejamento em saúde, a alocação justa de recursos e a promoção de ações equitativas de cuidado.

**Tabela 11-** Identificação do usuário/Sexo

Identificação do usuário / cidadão - Sexo	
Descrição	Quantidade
Masculino	453
Feminino	742
Indeterminado	0
Não informado	0
<b>Total:</b>	<b>1195</b>

**Fonte:** Relatório de cadastro Individual do e-SUS.

## 7.2 POPULAÇÃO CADASTRO POR FAIXA ETÁRIA

Ao analisar a distribuição etária da população cadastrada na área de abrangência da UBS Vila Yolanda (área 77), observa-se que a estrutura demográfica

acompanha, em grande medida, o perfil do município de Foz do Iguaçu, com maior concentração entre adolescentes e adultos jovens. Tanto nos dados locais quanto nos municipais, destaca-se a faixa dos 10 a 29 anos como uma das mais representativas.

De forma mais detalhada, os números mostram que as maiores concentrações estão nas faixas de 25 a 29 anos (102 pessoas) e 30 a 34 anos (99 pessoas). Essa predominância de adultos jovens, em fase produtiva e reprodutiva, indica demandas relevantes em saúde, sobretudo em prevenção de doenças crônicas, saúde mental, saúde sexual e reprodutiva. Essa tendência reflete um território com forte presença de população economicamente ativa, algo coerente com o panorama demográfico mais amplo da cidade.

Outro ponto que merece destaque é o número expressivo de indivíduos nas faixas de 35 a 39 anos (95 pessoas) e 40 a 44 anos (92 pessoas), que reforçam a presença de um núcleo populacional em idade de estabilidade profissional e familiar. Esse grupo exige atenção voltada para ações preventivas, controle de doenças crônicas e saúde ocupacional, considerando seu vínculo ativo com o mercado de trabalho.

A população infantil e adolescente também está representada, com 49 indivíduos de 5 a 9 anos e 35 entre 10 e 14 anos, além dos 47 menores de 1 ano e 17 com 1 ano de idade. Embora em menor número, esses grupos demandam políticas consistentes em imunização, acompanhamento pediátrico e promoção da saúde escolar, fundamentais para garantir desenvolvimento saudável e prevenir agravos.

No extremo oposto da pirâmide etária, chama atenção o contingente de pessoas com 55 anos ou mais, especialmente nas faixas de 55 a 59 anos (64 indivíduos), 60 a 64 anos (79 indivíduos), 65 a 69 anos (73 indivíduos) e 70 a 74 anos (61 indivíduos). Esses dados evidenciam um processo de envelhecimento progressivo da população local, apontando para uma futura intensificação da demanda por cuidados geriátricos, acompanhamento de doenças crônicas e políticas de envelhecimento ativo.

A baixa representatividade dos grupos de menores de 1 ano e de 1 ano de idade sugere uma tendência de queda na natalidade, possivelmente relacionada a fatores socioeconômicos e culturais, como a redução do número de filhos por família.

Em síntese, a área 77 apresenta um perfil de transição demográfica, marcado pela predominância de adultos jovens e de meia-idade, mas com um envelhecimento populacional cada vez mais evidente. Ao comparar-se com a pirâmide etária municipal, nota-se que essa região pode estar antecipando a inversão etária esperada para o município como um todo, com maior presença de idosos.

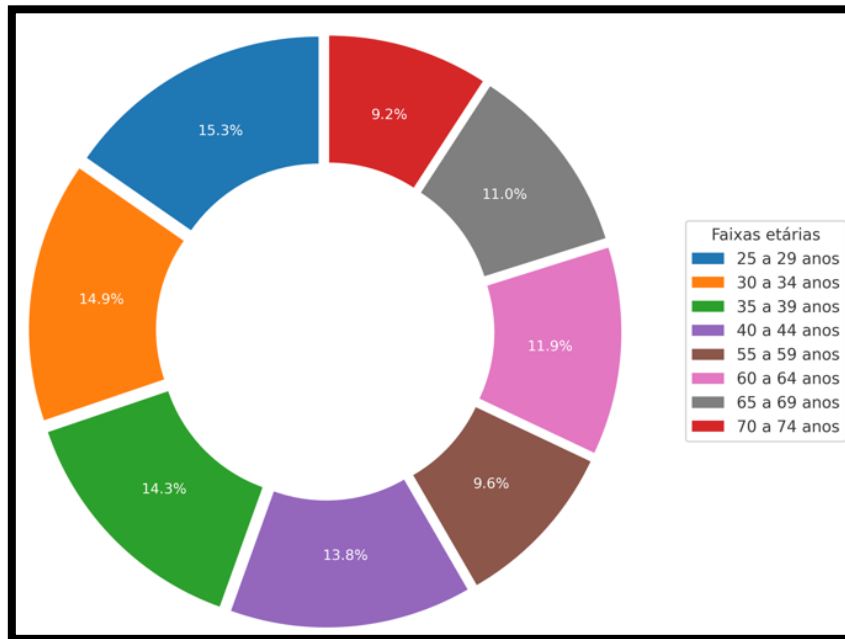
Esse cenário reforça a importância de um planejamento de saúde equilibrado, capaz de contemplar tanto a população em idade ativa — com ênfase em cuidados preventivos e manutenção da saúde — quanto a crescente população idosa, que demanda atenção especializada, suporte contínuo e estratégias voltadas à qualidade de vida no envelhecimento.

#### **Tabela 12**– Identificação do usuário/Faixa etária

Identificação do usuário / cidadão - Faixa etária					
Descrição	Masc.	Fem.	Indet.	N. Inf.	Total
Menos de 01 ano	27	20	0	0	47
01 ano	5	12	0	0	17
02 anos	5	4	0	0	9
03 anos	4	2	0	0	6
04 anos	6	7	0	0	13
05 a 09 anos	23	26	0	0	49
10 a 14 anos	13	22	0	0	35
15 a 19 anos	13	28	0	0	41
20 a 24 anos	28	64	0	0	92
25 a 29 anos	43	59	0	0	102
30 a 34 anos	26	73	0	0	99
35 a 39 anos	35	60	0	0	95
40 a 44 anos	34	58	0	0	92
45 a 49 anos	28	44	0	0	72
50 a 54 anos	23	50	0	0	73
55 a 59 anos	21	43	0	0	64
60 a 64 anos	36	43	0	0	79
65 a 69 anos	24	49	0	0	73
70 a 74 anos	27	34	0	0	61
75 a 79 anos	12	16	0	0	28
80 anos ou mais	20	28	0	0	48
Não informado	0	0	0	0	0
Total:	453	742	0	0	1195

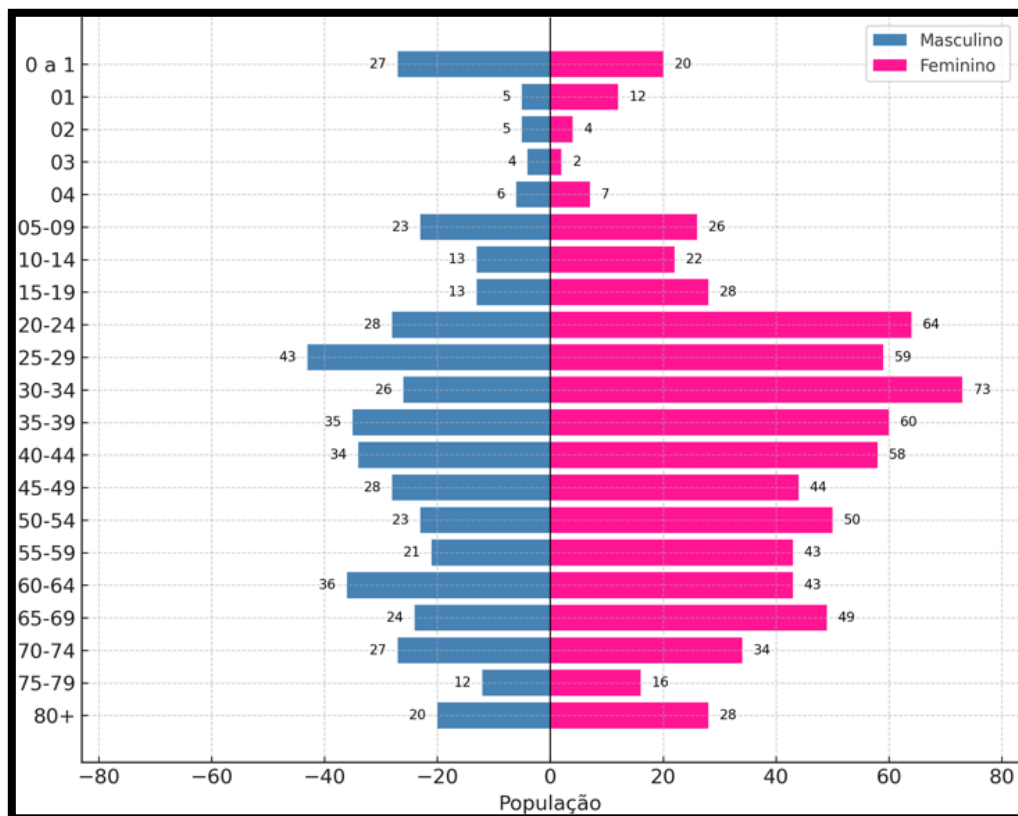
**Fonte:** Relatório de Cadastro Individual do e-SUS.

**Gráfico 9** - População por faixa etária adscrita à USF Vila Yolanda.

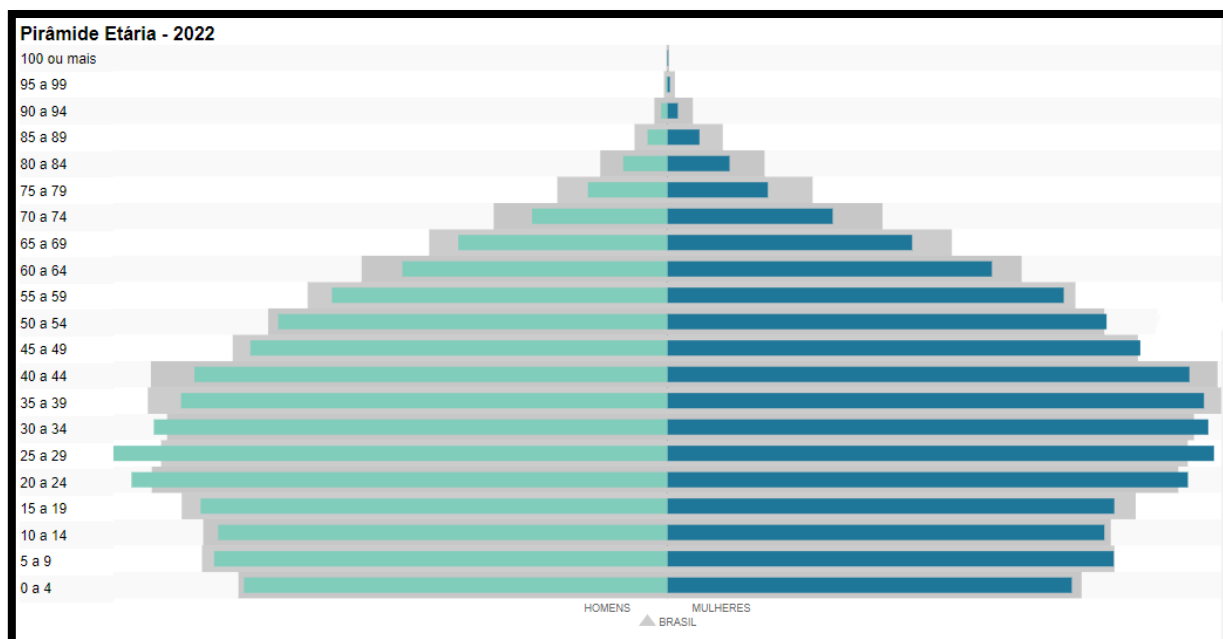


Fonte: O autor (2025).

**Gráfico 10** – Pirâmide etária adscrita à USF Vila Yolanda



Fonte: O autor (2025).

**Gráfico 11-** Pirâmide etária Foz do Iguaçu 2022

**Fonte:** IBGE, (2022)

### 7.3 RELATIVO À POPULAÇÃO PELA RAÇA/COR

Na população cadastrada sob responsabilidade da USF Vila Yolanda, verifica-se uma predominância de indivíduos que se autodeclararam brancos (760 pessoas), seguidos pelos pardos (389). Já a população que se identifica como preta soma 35 indivíduos, enquanto 10 se autodeclararam amarelos e 1 indígena foi registrado, conforme demonstrado na Tabela 17.

Ao comparar esses dados com a distribuição racial no cenário nacional, percebe-se que a área 77 acompanha, em linhas gerais, a tendência do país. Contudo, há aspectos que destoam, como o número de autodeclarados amarelos maior que o de pretos, algo que não é habitual nos dados nacionais, além da baixa representatividade indígena. Ressalta-se ainda que as informações do e-SUS podem não refletir integralmente a realidade local, já que parte dos cadastros pode estar incompleta ou desatualizada.

A análise da variável raça/cor é indispensável para diagnósticos situacionais de saúde, pois possibilita identificar desigualdades de acesso e vulnerabilidades

específicas. Grupos raciais diferentes podem apresentar perfis distintos de adoecimento, demandando estratégias de prevenção e promoção mais direcionadas e culturalmente sensíveis. Dessa forma, conhecer a composição racial da população contribui para a formulação de ações que respeitem suas particularidades e fortaleçam a equidade em saúde.

É fundamental que a coleta dessa informação seja realizada com rigor durante o cadastro individual, garantindo a confiabilidade dos dados epidemiológicos. A autodeclaração de raça e cor, estabelecida como obrigatória pela Portaria nº 344/2017, segue as categorias do IBGE (branca, preta, parda, amarela e indígena), e deve ser compreendida como elemento que envolve não apenas aspectos fenotípicos, mas também identidade, pertencimento cultural e trajetória social do indivíduo.

Esses dados são essenciais para a construção de indicadores que evidenciem desigualdades raciais em saúde, permitindo que políticas públicas sejam orientadas pelo princípio da equidade, de modo a reduzir os impactos dos determinantes sociais que afetam desproporcionalmente certos grupos. Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Portaria nº 992/2009) representa um marco ao buscar enfrentar o racismo institucional no SUS e assegurar os princípios de integralidade, universalidade e justiça social.

Portanto, mais do que uma formalidade, o registro adequado de raça/cor deve ser entendido como instrumento estratégico para o planejamento em saúde. Cabe aos profissionais lidar com esse tema com segurança, esclarecendo sua relevância sempre que necessário, para que a informação seja utilizada na redução das desigualdades e na construção de um sistema de saúde mais inclusivo e igualitário.

**Tabela 13-** Identificação do usuário/Raça e cor.

Identificação do usuário / cidadão - Raça / Cor	
Descrição	Quantidade
Branca	760
Preta	35
Amarela	10
Parda	389
Indígena	1
Não informado	0
<b>Total:</b>	<b>1195</b>

**Fonte:** Relatório de Cadastro Individual do e-SUS.

#### 7.4 RELATIVO À NACIONALIDADE

Com om base nos cadastros do e-SUS, observa-se que a população da área de abrangência da USF Vila Yolanda é composta por 1.009 brasileiros (84,44%), 185 estrangeiros (15,48%) e 1 indivíduo naturalizado (0,08%), conforme demonstrado na Tabela 16.

Esses números evidenciam uma predominância de brasileiros, mas também ressaltam a presença expressiva de pessoas de outras nacionalidades, o que traz implicações importantes para o planejamento em saúde, sobretudo no que se refere à diversidade cultural e às necessidades específicas desses grupos.

A localização na tríplice fronteira favorece uma intensa interação entre brasileiros, paraguaios, argentinos e cidadãos de diversas origens, incluindo migrantes em trânsito, solicitantes de refúgio e refugiados. Além disso, a instalação da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), em 2010, intensificou a chegada de estudantes estrangeiros, ampliando a diversidade sociocultural e gerando novas demandas em relação ao acesso e à assistência em saúde (FOZ DO IGUAÇU, 2018).

Esse cenário reforça a importância de estratégias de saúde inclusivas e culturalmente sensíveis, capazes de respeitar e acolher diferentes realidades. Para isso, é fundamental que as avaliações de risco à saúde sejam feitas de forma individualizada, levando em consideração fatores pessoais, familiares, comunitários

e sociais. Sempre que possível, deve-se realizar uma avaliação integral centrada no migrante, contemplando suas necessidades específicas, de modo a garantir igualdade no acesso aos serviços de saúde, promover o bem-estar e facilitar a integração social, respeitando as particularidades culturais e históricas desses grupos.

**Tabela 14-** Identificação do usuário/Nacionalidade.

Identificação do usuário / cidadão - Nacionalidade	
Descrição	Quantidade
Brasileira	1009
Naturalizado	1
Estrangeiro	185
Não informado	0
<b>Total:</b>	<b>1195</b>

**Fonte:** Relatório de Cadastro Individual do e-SUS.

## 7.5 RELATIVO AO ACESSO: SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE PRIVADA

Na área de abrangência analisada, 33 pessoas declararam possuir plano de saúde privado, o que corresponde a 2,76% da população. Já a grande maioria, 1.162 indivíduos (97,24%), depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS), recebendo acompanhamento integral por meio da equipe da área 77, conforme demonstrado na Tabela 18.

Vale destacar a importância de avaliar não apenas a proporção de usuários com planos privados, mas também a cobertura e a qualidade dos serviços ofertados por essas operadoras. Em muitos casos, os planos funcionam com coparticipação ou cobertura parcial, levando seus beneficiários a recorrer ao SUS para exames, atendimentos de urgência ou acompanhamento de longo prazo. Assim, o número de usuários efetivos do sistema público pode ser ainda maior do que o registrado.

No contexto de Foz do Iguaçu, a predominância de cidadãos dependentes

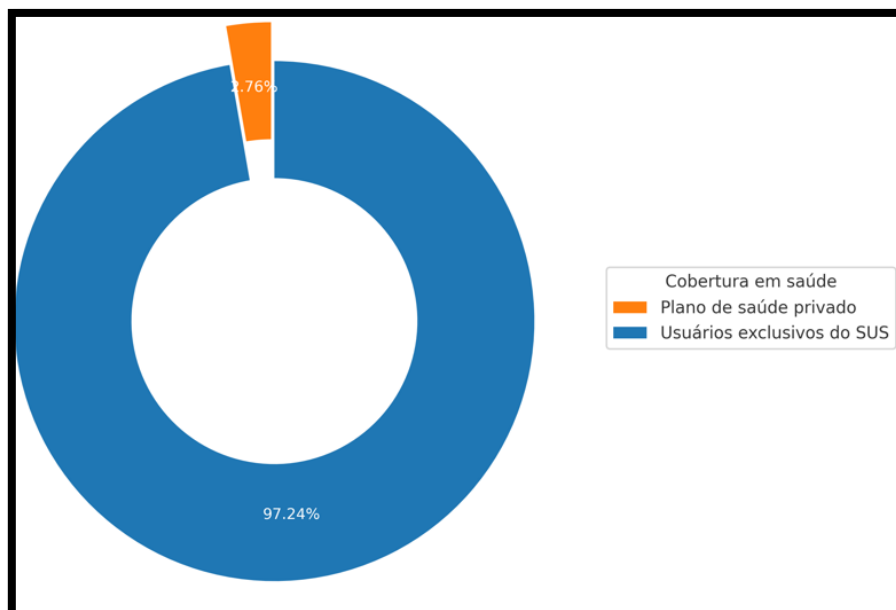
exclusivamente do SUS segue a tendência nacional, reforçando o papel central da Atenção Primária como porta de entrada e referência para o cuidado em saúde da população.

**Tabela 15** - Outras informações sociodemográficas.

Outras informações sociodemográficas			
Descrição	Sim	Não	Não Inf.
Frequenta cuidador tradicional?	5	1177	13
Frequenta escola ou creche	104	1080	11
Participa de algum grupo comunitário?	21	1162	12
Possui plano de saúde privado?	33	1153	9

**Fonte:** Relatório de Cadastro Individual do e-SUS.

**Gráfico 12-** Serviços públicos e serviços privados.



**Fonte:** O autor, (2025).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a proporção de brasileiros que dependem exclusivamente do SUS varia entre 70% e 80% da população, em comparação com aqueles que possuem planos de saúde privados. No caso da USF Vila Yolanda, observa-se que 97,24% dos moradores são usuários exclusivos do SUS, um percentual significativamente superior à média nacional, evidenciando uma dependência ainda maior do sistema público de saúde nessa região.

## 7.6 POPULAÇÃO ELEGÍVEL PARA AÇÕES ESPECÍFICAS DE ACORDO COM A FAIXA ETÁRIA

Os dados cadastrados na plataforma e-SUS referentes à população adscrita da USF Vila Yolanda apresentam limitações importantes quanto à sua precisão, refletindo uma realidade que, em alguns pontos, não condiz plenamente com a vivida no território. Essa imprecisão impacta diretamente a qualidade da análise situacional e, por consequência, a efetividade das ações planejadas pela unidade.

Apesar disso, é inegável a relevância da coleta e do registro adequado de informações, pois quanto mais consistentes forem os dados disponíveis, maior será a capacidade de direcionar programas e estratégias específicas para cada faixa etária. O desafio, entretanto, é prático e estrutural: há carência de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sobrecarga organizacional e um território extenso em comparação à estrutura de recursos humanos, técnicos e materiais atualmente disponíveis na unidade.

Considerando os dados existentes, observa-se que, com exceção das faixas etárias de menores de 1 ano e de 2 a 4 anos, há um predomínio da população feminina em relação à masculina. Se essa tendência de fato reflete a realidade do território, torna-se fundamental que ações voltadas à saúde da mulher sejam parte indissociável do planejamento estratégico da unidade.

Alguns grupos etários assumem destaque na perspectiva da Atenção Primária à Saúde (APS). Entre eles estão:

- Crianças menores de 5 anos, especialmente menores de 2 anos, que necessitam de acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e imunizações;

- Mulheres em idade de rastreamento para câncer de mama e colo do útero, cuja prevenção precoce é prioritária;
- Idosos com 60 anos ou mais, grupo para o qual se realiza a estratificação de risco e o monitoramento de doenças crônicas;
- Adultos a partir dos 20 anos, que entram no escopo do rastreamento de hipertensão arterial e outras doenças crônicas não transmissíveis;
- Adolescentes (10 a 19 anos), cuja vulnerabilidade social e de saúde demanda intervenções específicas.

Assim, mesmo diante de lacunas nos registros, os dados disponíveis constituem a base para o planejamento, execução e avaliação das ações em saúde na área adscrita, permitindo que a USF Vila Yolanda estruture respostas mais adequadas às necessidades da sua população.

## 7.7 POPULAÇÃO MENOR DE 2 ANOS

A Linha Guia Materno-Infantil do Paraná estabelece como prioridade a avaliação de risco em crianças de até dois anos de idade, com o objetivo de identificar precocemente aquelas mais suscetíveis a adoecer ou apresentar complicações (PARANÁ, 2022). Essa avaliação é realizada por meio de exames físicos logo após a alta hospitalar ou durante visitas domiciliares, utilizando-se estratégias de busca ativa para alcançar todos os recém-nascidos.

As crianças são classificadas conforme o grau de risco: aquelas de risco habitual são acompanhadas regularmente pela Atenção Primária à Saúde (APS); as de risco intermediário permanecem sob responsabilidade da APS, mas com consultas mensais de puericultura; e as de alto risco são monitoradas tanto pela APS quanto pela Atenção Ambulatorial Especializada (PARANÁ, 2022).

De acordo com o Cadastro Individual do e-SUS, a equipe 77 é responsável pelo acompanhamento de 73 crianças menores de dois anos, sendo 37 meninos e 36 meninas. Contudo, o Relatório Operacional de Crianças Menores de 5 anos apresenta números inferiores nessa mesma faixa etária, o que evidencia uma inconsistência entre os dois relatórios. Essa divergência provavelmente decorre do preenchimento

inadequado ou da ausência de atualização no campo referente ao responsável familiar, já que o relatório operacional só contabiliza crianças corretamente vinculadas a um responsável cadastrado no sistema.

Essa situação revela uma fragilidade importante na gestão das informações em saúde, que pode comprometer o planejamento de ações e dificultar o acompanhamento adequado das crianças em situação de risco. Para superar essas limitações, torna-se essencial aprimorar os processos de cadastro e atualização familiar, garantindo a confiabilidade dos registros. Apenas com dados consistentes será possível assegurar que todas as crianças, especialmente as mais vulneráveis, recebam acompanhamento integral e contínuo, conforme preconizado pelas políticas públicas de saúde infantil.

## 7.8 POPULAÇÃO MENOR DE 5 ANOS

A população de crianças menores de 5 anos vinculada à equipe 77 apresenta divergências significativas entre os relatórios do e-SUS. De acordo com o Relatório Operacional de Crianças Menores de 5 Anos, foram identificados apenas 13 pacientes (6 meninos e 7 meninas). Já no Relatório de Cadastro Individual, constam 92 crianças, distribuídas igualmente entre 46 meninos e 46 meninas. Essa discrepância evidencia inconsistências nos registros, em especial quanto à atualização dos dados do responsável familiar, visto que o relatório operacional considera apenas os cadastros completos e devidamente atualizados.

O acompanhamento desse grupo etário é essencial, uma vez que crianças menores de 5 anos demandam vigilância constante e integral na puericultura, garantindo crescimento e desenvolvimento adequados. Na prática, a organização das consultas é conduzida pela enfermeira da equipe, que realiza a triagem e encaminha prontamente às médicas quaisquer alterações detectadas durante o acompanhamento de rotina.

Segundo o Ministério da Saúde, o cronograma de puericultura para crianças de risco habitual prevê sete consultas no primeiro ano de vida, contemplando a primeira semana de vida e posteriormente os meses 1, 2, 4, 6, 9 e 12. Entre 1 e 2 anos, são

recomendadas consultas semestrais, e a partir dos 3 anos, consultas anuais. Nessas avaliações, devem ser monitorados o crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor, além do cumprimento do calendário vacinal. Soma-se a isso a obrigatoriedade da coleta semestral dos dados antropométricos até os 7 anos de idade, conforme exigência do Programa Bolsa Família (BRASIL, 2015).

A disparidade entre os relatórios reforça a necessidade urgente de aprimorar os processos de cadastro e atualização das informações, evitando que falhas burocráticas comprometam o cuidado de uma população tão vulnerável. A falta de precisão nesses registros afeta diretamente o planejamento das ações de saúde e coloca em risco o direito de acesso a um acompanhamento qualificado, indispensável nesta fase crítica do desenvolvimento infantil.

## 7.9 POPULAÇÃO FEMININA ENTRE 25 ANOS E 64 ANOS

A análise da distribuição etária da população vinculada à equipe evidencia que 366 mulheres encontram-se entre 25 e 64 anos, correspondendo a 49,32% do total de usuárias do sexo feminino e a 30,63% da população geral cadastrada. Essa concentração revela que praticamente metade das mulheres assistidas está na faixa etária considerada prioritária para o rastreamento do câncer de colo uterino. Dentro desse grupo, destaca-se a faixa de 30 a 34 anos, com 73 mulheres (19,94%), seguida pela de 25 a 29 anos, com 59 mulheres (16,12%).

O rastreamento do câncer de colo uterino deve ser realizado de forma sistemática na Atenção Primária à Saúde por meio do exame citopatológico, considerado a principal estratégia de prevenção secundária para redução da morbimortalidade (INCA, 2016). A recomendação é que o rastreamento inicie aos 25 anos em mulheres sexualmente ativas e seja mantido até os 64 anos, com os dois primeiros exames realizados anualmente. Quando ambos apresentarem resultados negativos, a periodicidade pode ser ampliada para intervalos de três anos (INCA, 2018).

Além disso, cabe ressaltar que não existem contraindicações para a realização do exame em gestantes e em mulheres na pós-menopausa, podendo-se adotar,

quando necessário, estrogenização prévia para melhor qualidade da amostra (INCA, 2018). Outro aspecto relevante é a inclusão de mulheres lésbicas e homens transgênero nas estratégias de rastreamento, já que ambos os grupos também apresentam risco para neoplasias cervicais (QUINN et al., 2015). Barreiras como discriminação, homofobia, dificuldades de acesso e a falsa percepção de baixo risco contribuem para a menor adesão nesses públicos (MATTHEWS et al., 2004).

Particularmente entre homens transgênero, muitos mantêm o colo uterino devido a cirurgias parciais de redesignação sexual, devendo, portanto, seguir os mesmos protocolos de rastreamento recomendados para mulheres cisgênero (ACOG; BITTENCOURT, D.D.; BITTENCOURT, F.D., 2020). Por outro lado, mulheres sem histórico de atividade sexual não necessitam realizar o exame (INCA, 2016).

Garantir cobertura adequada implica, portanto, em superar não apenas falhas nos cadastros e na organização da rede de atenção, mas também as barreiras culturais e sociais que afastam determinados grupos do rastreamento. Somente assim será possível assegurar o cuidado integral, equitativo e efetivo, reduzindo a incidência e mortalidade do câncer de colo uterino na população adscrita.

## 7.10 POPULAÇÃO FEMININA ENTRE 50 E 69 ANOS

A análise do perfil populacional da equipe mostra que 185 mulheres estão na faixa etária de 50 a 69 anos, o que corresponde a 24,93% do total de mulheres cadastradas e 15,48% da população geral adscrita. Esse dado é de grande relevância, uma vez que essa é a faixa etária prioritária para o rastreamento do câncer de mama.

A detecção precoce permanece como a principal estratégia de enfrentamento da doença, englobando ações de diagnóstico e rastreamento sistemático (INCA, 2015). Para mulheres entre 40 e 49 anos, a recomendação é a realização anual do exame clínico das mamas (ECM). Já para aquelas entre 50 e 69 anos, além do ECM anual, a mamografia deve ser feita a cada dois anos. Nas mulheres com 35 anos ou mais e risco elevado — como histórico familiar positivo para câncer de mama — tanto o ECM quanto a mamografia devem ser realizados anualmente (BRASIL, 2013b).

O Ministério da Saúde, entretanto, não recomenda a realização rotineira da mamografia em mulheres com menos de 50 anos sem fatores de risco, nem em

maiores de 70 anos (INCA, 2015).

Outro ponto importante é o rastreamento em pessoas transgênero, que enfrentam barreiras significativas no acesso aos serviços de saúde, tornando-se um grupo que merece atenção especial (BRAZZI, 2015). Embora ainda não existam diretrizes nacionais específicas para essa população, recomenda-se que homens e mulheres trans sejam acompanhados com base nos mesmos protocolos adotados para mulheres cisgênero, considerando-se ainda os fatores endócrinos, genéticos e comportamentais individuais, a fim de garantir um cuidado integral, inclusivo e personalizado (MEGGETTO et al., 2019).

#### 7.11 POPULAÇÃO COM IDADE MAIOR QUE 60 ANOS

No grupo populacional com idade igual ou superior a 60 anos, foram contabilizados 289 usuários, o que corresponde a 24,2% do total de pessoas cadastradas pela equipe 77. Desse contingente, 119 são homens e 170 mulheres, evidenciando uma maior representatividade do sexo feminino. A faixa etária com maior concentração é a de 65 a 69 anos, que reúne 73 indivíduos, representando 6,1% da população adscrita.

É importante ressaltar, contudo, que a avaliação da saúde do idoso não deve se restringir apenas à idade cronológica ou à presença de doenças crônicas. A saúde nessa fase da vida é mais bem compreendida como a capacidade de atender às necessidades biopsicossociais, ainda que existam condições clínicas associadas (MORAES et al., 2016).

Nesse sentido, destaca-se o uso do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF-20), instrumento validado no Brasil e amplamente empregado na Atenção Básica como ferramenta de triagem. Esse índice considera variáveis como idade, percepção subjetiva de saúde, desempenho em atividades de vida diária, cognição, humor, mobilidade, comunicação e presença de múltiplas comorbidades, permitindo uma avaliação mais abrangente do idoso.

A partir de um sistema de pontuação, o IVCF-20 possibilita classificar o idoso quanto ao risco de declínio funcional, identificando desde a ausência até a presença

de vulnerabilidade clínico-funcional. Além disso, durante o atendimento, recomenda-se a estratificação do risco de sarcopenia, utilizando medidas como a circunferência da panturrilha, com registro obrigatório no prontuário eletrônico (PARANÁ, 2018).

Essa abordagem interdisciplinar favorece a detecção precoce de necessidades específicas e contribui para o planejamento de intervenções direcionadas, garantindo melhor qualidade de vida à população idosa e otimizando o monitoramento de grupos com maior risco de hospitalização ou dependência dos serviços de saúde (MORAES et al., 2016).

## 7.12 POPULAÇÃO ACIMA DE 20 ANOS

A análise do perfil populacional evidencia que a maior parte dos usuários cadastrados pela equipe tem 20 anos ou mais, totalizando 978 pessoas, o que corresponde a 81,84% da população adscrita. Nesse grupo, observa-se predomínio do sexo feminino, com 621 mulheres (63,5%), em comparação a 357 homens (36,5%). A faixa etária de maior concentração é a de 25 a 29 anos, que reúne 102 indivíduos, representando 8,54% do total de usuários.

No que se refere ao rastreamento da hipertensão arterial, recomenda-se que todos os adultos a partir de 18 anos tenham sua pressão arterial (PA) aferida em qualquer atendimento na unidade de saúde, especialmente se não houver registro nos últimos dois anos. A primeira medição deve ser feita em ambos os braços e, diante de diferenças nos valores, deve-se considerar o maior resultado obtido. Para indivíduos com PA abaixo de 120/80 mmHg, a aferição pode ser repetida a cada dois anos; já aqueles com níveis entre 120–139 mmHg (sistólica) e 80–89 mmHg (diastólica) devem ser reavaliados anualmente (BRASIL, 2014c).

Embora o rastreamento deva iniciar a partir dos 18 anos, os dados fornecidos pelo e-SUS apresentam as faixas etárias a partir dos 20 anos, funcionando, portanto, como uma estimativa para o planejamento das ações. O diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) é confirmado quando a média de pelo menos três aferições em dias distintos, com intervalo mínimo de uma semana, atinge valores iguais ou superiores a 140/90 mmHg (BRASIL, 2014c).

Outro aspecto essencial é a escolha adequada do manguito, que deve ter

largura correspondente a 40% do comprimento do braço e comprimento total cobrindo 80% da circunferência, a fim de evitar erros que possam comprometer a precisão da medida (BRASIL, 2006).

O diagnóstico precoce e o acompanhamento contínuo da hipertensão são fundamentais para reduzir o risco de complicações cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) e doença renal crônica. O manejo adequado da pressão arterial, aliado à vigilância sistemática da equipe de saúde, contribui não apenas para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, mas também para a racionalização do uso dos serviços de saúde, evitando internações e intervenções de maior complexidade. Assim, a atenção primária desempenha papel estratégico no cuidado integral, fortalecendo o sistema de saúde e garantindo maior efetividade na prevenção e no tratamento da HAS.

### 7.13 POPULAÇÃO ENTRE 10 E 19 ANOS

De Conforme os dados do relatório operacional de cadastro individual, há 76 adolescentes com idades entre 10 e 19 anos registrados na área da equipe. Desse total, 26 são meninos e 50 meninas, mostrando um claro predomínio do sexo feminino, que corresponde a 65,8% desse grupo. Quando comparada à população adscrita geral, composta por 1195 usuários, essa faixa etária representa 6,36% do total.

A adolescência, definida pela OMS como o período entre os 10 e 19 anos, é uma fase marcada por intensas mudanças físicas, emocionais e sociais. Nesse contexto, a atenção básica assume papel essencial não apenas no acompanhamento clínico, mas também na integração dessa população à Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município.

O cuidado com adolescentes exige uma abordagem ampliada: vai desde o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento até ações voltadas à saúde mental, saúde bucal, saúde sexual e reprodutiva, além da prevenção do uso de álcool e outras drogas. Também se incluem estratégias de educação em saúde, promoção de direitos, fortalecimento da cultura de paz e enfrentamento das diversas formas de violência (BRASIL, 2017d).

Mais do que tratar agravos, a proposta é garantir um cuidado integral e contínuo, que considere as necessidades físicas e psicossociais desse público. Para isso, é necessário que a atenção básica disponha de equipes preparadas e sensíveis às especificidades da adolescência, favorecendo um ambiente acolhedor e educativo.

Essa etapa da vida é decisiva para a formação de hábitos e valores que impactarão a saúde na vida adulta. Assim, investir em políticas de prevenção, promoção e acompanhamento contínuo é fundamental para assegurar que os adolescentes cresçam com autonomia, consciência e saúde plena.

## 8 PERFIL SOCIOECONÔMICO

### 8.1 RENDA FAMILIAR

Na área de abrangência da equipe 77, encontram-se cadastradas 117 famílias, sendo que 109 (93,16%) não informaram sua renda mensal. Esse elevado índice de omissão expõe uma séria fragilidade na coleta de dados socioeconômicos, comprometendo a compreensão real do território. Entre as apenas 8 famílias que declararam renda, a distribuição foi a seguinte:

- 2 famílias (1,7%) sobrevivem com apenas  $\frac{1}{4}$  de um salário mínimo (R\$ 379,50 mensais);
- 1 família (0,85%) declarou renda inferior a meio salário mínimo (R\$ 759,00 mensais);
- 2 famílias (1,7%) vivem com um salário mínimo (R\$ 1.518,00 mensais);
- 2 famílias (1,7%) informaram renda de quatro salários mínimos (R\$ 6.072,00 mensais);
- 1 família (0,85%) declarou ausência total de renda.

Esse cenário revela que menos de 7% das famílias cadastradas possuem dados socioeconômicos disponíveis, enquanto a ampla maioria permanece invisível aos registros oficiais. A ausência de informações não apenas dificulta a análise da vulnerabilidade social, mas também enfraquece o planejamento das ações em saúde e assistência social, uma vez que decisões estratégicas dependem de dados concretos e confiáveis.

Trata-se de uma lacuna que ultrapassa a dimensão administrativa: sem informações completas, famílias em extrema pobreza podem permanecer negligenciadas, sem acesso a políticas públicas capazes de reduzir desigualdades e garantir condições mínimas de saúde e dignidade.

Assim, a falta de atualização e registro adequado constitui um entrave direto à missão da atenção básica, que é justamente conhecer a realidade local para intervir de forma integral, equitativa e resolutiva, promovendo saúde com justiça social.

**Tabela 16-** Renda familiar - Equipe 77

Famílias - Renda familiar	
Descrição	Quantidade
1/4 de salário mínimo	2
Meio salário mínimo	1
Um salário mínimo	2
Dois salários mínimos	0
Três salários mínimos	0
Quatro salários mínimos	2
Acima de quatro salários mínimos	0
Ausência de renda	1
Não informado	109
<b>Total:</b>	<b>117</b>

**Fonte:** Relatório consolidado de cadastro individual do e-SUS, 2025

Ao confrontar os dados coletados pela equipe 77 com as estimativas nacionais mais recentes do IBGE, percebe-se o quanto a situação local carece de precisão. Segundo a Síntese de Indicadores Sociais de 2024, a proporção de indivíduos em extrema pobreza no Brasil caiu de 5,9% em 2022 para 4,4% em 2023, enquanto aqueles em situação de pobreza recuaram de 31,6% para 27,4% da população

Embora essas porcentagens ainda representem milhões de pessoas, elas estão em trajetória de queda, o que contrasta com o quadro da equipe 77: menos de 7% das famílias cadastradas têm renda registrada. Essa subnotificação extrema impede qualquer diagnóstico confiável da realidade socioeconômica local.

Além da invisibilidade, essa falta de dados tem impactos práticos graves: famílias em situação de maior vulnerabilidade podem enfrentar dificuldades para acessar serviços de saúde, realizar tratamentos ou até se deslocar até unidades básicas. Isso cria um ciclo perverso de exclusão, que só aprofunda as desigualdades.

Dessa forma, a omissão não pode ser tratada como falha administrativa. É uma falha grave de atenção básica, cuja função é precisamente conhecer seu território para promover intervenções equitativas. Sem dados adequados, o planejamento de políticas públicas se torna incapaz de alcançar aqueles que mais precisam.

## 8.2 EDUCAÇÃO

A educação constitui um dos pilares fundamentais para a promoção da saúde e do bem-estar, uma vez que interfere diretamente na capacidade dos indivíduos de compreender informações, adotar práticas preventivas e interagir de forma adequada com os serviços de saúde. No território da área 77, vinculado à UBS Vila Yolanda, o conhecimento sobre o nível educacional da população representa um instrumento estratégico para o planejamento e a efetivação das ações de Atenção Primária.

Quanto maior o grau de instrução, maior tende a ser a participação da comunidade em ações preventivas, campanhas de vacinação e acompanhamento regular de sua própria saúde. Por outro lado, a baixa escolaridade costuma caminhar junto a situações de maior vulnerabilidade social, dificuldades de acesso a cuidados básicos e prevalência de agravos que poderiam ser evitados.

Assim, levantar e analisar o perfil educacional local não é apenas uma formalidade burocrática, mas uma etapa essencial para ajustar a linguagem, a abordagem e os métodos de comunicação da equipe de saúde. Dessa forma, é possível desenvolver ações educativas mais efetivas, alcançar diferentes grupos sociais e, sobretudo, reduzir desigualdades no cuidado, promovendo maior equidade e qualidade na atenção oferecida à comunidade.

### 8.2.1 Grau de escolaridade

Em O nível de escolaridade de uma comunidade é um dos fatores que mais influenciam sua qualidade de vida, refletindo diretamente no acesso à informação, na adoção de hábitos de prevenção e na utilização dos serviços de saúde. Na área 77, vinculada à UBS Vila Yolanda, estão cadastradas 1.195 pessoas, e os dados educacionais apontam para importantes desigualdades.

Do total, 966 indivíduos (80,8%) não informaram sua escolaridade, o que representa uma grave limitação para a análise da realidade local. Entre aqueles que declararam, observa-se que 25 pessoas (2,1%) têm apenas o ensino fundamental de 1ª a 4ª série, enquanto 37 (3,1%) estudaram até a 5ª a 8ª série. Apenas 7 pessoas (0,6%) concluíram o ensino fundamental, e 84 (7%) chegaram ao ensino médio, sem

distinção entre completo ou incompleto. Em relação ao ensino superior, incluindo especialização, mestrado ou doutorado, foram registrados 47 indivíduos (3,9%). Casos pontuais também aparecem, como 5 pessoas (0,4%) que frequentaram creche, 3 (0,25%) que relataram não ter estudado, além de registros em modalidades supletivas e alfabetização de adultos.

Esse panorama revela duas fragilidades principais: a expressiva ausência de informações, que inviabiliza o diagnóstico real do território, e a concentração de indivíduos com baixa escolaridade, o que pode estar diretamente relacionado a maiores índices de vulnerabilidade social e dificuldades de acesso a práticas de autocuidado em saúde. Para a equipe de Atenção Primária, compreender e qualificar esses dados é fundamental, pois permite ajustar a comunicação, elaborar ações educativas eficazes e reduzir desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

**Tabela 17-** Grau de escolaridade - Equipe 77

Informações sociodemográficas - Qual é o curso mais elevado que frequenta ou frequentou	
Descrição	Quantidade
Creche	5
Pré-escola (exceto CA)	3
Classe de alfabetização - CA	3
Ensino fundamental 1ª a 4ª séries	25
Ensino fundamental 5ª a 8ª séries	37
Ensino fundamental completo	7
Ensino fundamental especial	2
Ensino fundamental EJA - séries iniciais (supletivo 1ª a 4ª)	2
Ensino fundamental EJA - séries finais (supletivo 5ª a 8ª)	4
Ensino médio, médio 2º ciclo (científico, técnico e etc)	84
Ensino médio especial	2
Ensino médio EJA (supletivo)	4
Superior, aperfeiçoamento, especialização, mestrado, doutorado	47
Alfabetização para adultos (Mobral, etc)	1
Nenhum	3
Não informado	966

**Fonte:** Relatório consolidado de cadastro individual do e-SUS, 2025

A análise do nível de escolaridade da população atendida pela equipe 77 revela uma grave deficiência de informações: dos 1.195 cadastrados, 966 (80,8%) não informaram seu grau de instrução. Essa ausência compromete a qualidade do diagnóstico situacional e dificulta o planejamento de ações em saúde.

Entre os registros disponíveis, destaca-se que a maior parte da população estudada possui ensino médio (7,0%) e ensino superior (3,9%), enquanto as demais categorias apresentam proporções muito reduzidas. Isso evidencia que, embora exista uma parcela com maior acesso educacional, a falta de dados da ampla maioria da comunidade impede compreender o real perfil educacional do território.

Mais do que uma falha administrativa, essa lacuna representa um entrave para a Atenção Primária, pois a escolaridade é determinante no acesso à informação, na adesão aos tratamentos e na compreensão das orientações de saúde. Sem dados confiáveis, torna-se impossível direcionar intervenções educativas de forma eficaz, perpetuando desigualdades sociais e em saúde.

Portanto, é essencial aprimorar a coleta e a atualização dessas informações, garantindo que o nível educacional seja registrado de forma completa e precisa. Apenas com esse diagnóstico será possível desenvolver políticas públicas e ações de saúde que respondam de maneira equitativa às necessidades da população.

### **8.2.2 Pessoas que concluíram o ensino médio e superior**

A análise dos dados educacionais da população atendida pela equipe 77 evidencia uma grande lacuna: 966 dos 1.195 cadastrados (80,8%) não informaram seu nível de escolaridade. Essa falta de informação compromete seriamente o diagnóstico situacional e dificulta a formulação de políticas públicas direcionadas.

Entre os registros disponíveis, observa-se que 84 pessoas (7,0%) concluíram o ensino médio e 47 (3,9%) têm ensino superior, especialização, mestrado ou doutorado. Já o ensino fundamental aparece de forma reduzida, com 37 (3,1%) até a 8ª série, 25 (2,1%) até a 4ª série e apenas 7 (0,6%) concluíram essa etapa. Casos isolados também foram identificados: 5 (0,4%) passaram por creche, 3 (0,25%) nunca estudaram e apenas 1 (0,08%) frequentou alfabetização para adultos.

Quando esses dados são comparados com as médias do município de Foz do Iguaçu (Atlas do Desenvolvimento Humano, 2010), percebe-se uma discrepância relevante: a média municipal de conclusão do ensino médio é 24,7%, e do ensino superior, 13,4% — índices muito superiores aos encontrados na área de abrangência da equipe 77. Essa diferença reforça que a população local apresenta escolaridade mais baixa e dificuldades acentuadas de acesso à educação formal.

A baixa escolaridade é um fator crítico para a Atenção Primária à Saúde, pois interfere diretamente na compreensão das orientações médicas, na adesão a tratamentos e na autonomia para o autocuidado. Além disso, limita o acesso a melhores oportunidades de emprego e renda, perpetuando um ciclo de vulnerabilidade social e econômica.

Portanto, é urgente fortalecer a coleta de dados de escolaridade e articular ações intersetoriais que unam saúde, educação e assistência social. Só assim será possível reduzir desigualdades, ampliar o acesso à escolarização e melhorar os determinantes sociais que influenciam diretamente a qualidade de vida da população atendida pela equipe 77.

### **8.2.3 Analfabetismo**

Na área de abrangência da equipe 77, apenas 0,33% dos moradores (3 pessoas) declararam não ter qualquer nível de escolaridade, sendo assim considerados analfabetos. Esse número é bastante inferior à média do município de Foz do Iguaçu, que em maio de 2024 registrava uma taxa de 4,73% (IPARDES).

O panorama municipal mostra que o analfabetismo diminui entre os mais jovens — apenas 1,02% dos indivíduos de 15 a 19 anos — mas se eleva expressivamente entre os mais velhos, alcançando 15,44% nas faixas acima dos 50 anos. Nessa classificação incluem-se pessoas que não conseguem ler e escrever um bilhete simples ou que apenas assinam o nome, bem como aquelas que, apesar de alfabetizadas, perderam essa habilidade ao longo do tempo.

Esse cenário possui implicações diretas para a saúde. A dificuldade de compreender orientações médicas ou prescrições pode comprometer a adesão aos tratamentos e levar ao uso incorreto de medicamentos, aumentando riscos para a

segurança do paciente. Populações vulneráveis — como idosos e indivíduos de baixa renda e escolaridade — tendem a apresentar menor nível de alfabetização em saúde, o que se reflete em maior frequência de internações hospitalares, maior procura por atendimentos de urgência e risco elevado de desfechos desfavoráveis (BERKMAN et al., 2011).

Frente a isso, promover a alfabetização em saúde é estratégico, pois permite que a população compreenda melhor as informações recebidas, tome decisões mais seguras e exerça maior autonomia sobre seu cuidado (NUTBEAM, 2000). Para alcançar esse objetivo, os profissionais de saúde devem investir em comunicação acessível, adaptar materiais educativos e adotar ferramentas que simplifiquem o entendimento.

Entre essas ferramentas, destaca-se a prescrição pictográfica, que traduz orientações em imagens, símbolos e ícones, facilitando a compreensão de doses e horários de medicamentos. Essa prática contribui para reduzir erros, ampliar a adesão terapêutica e tornar o cuidado mais inclusivo, garantindo acesso seguro mesmo para aqueles com baixa escolaridade (RAJAH et al., 2018).

#### **8.2.4 Onde ficam crianças menores que 9 anos**

De acordo com os dados levantados, entre as 1.195 crianças de 0 a 9 anos cadastradas na área da equipe 77, apenas 36 (3,0%) tiveram a informação registrada sobre com quem permanecem durante o dia, todas sob os cuidados de um adulto responsável, o que demonstra que, nos casos informados, não há registro de crianças sozinhas, em creche ou sob responsabilidade de outras crianças ou adolescentes; contudo, chama atenção o fato de que 1.159 crianças (97,0%) não tiveram essa informação preenchida, evidenciando uma lacuna importante nos registros e limitando a avaliação das condições de cuidado infantil na comunidade.

**Tabela 18-** Com quem ficam as crianças de 0 a 9 anos - Equipe 77

Informações sociodemográficas - Crianças de 0 a 9 anos, com quem fica	
Descrição	Quantidade
Adulto responsável	36
Outra(s) criança(s)	0
Adolescente	0
Sozinha	0
Creche	0
Outro	0
Não informado	1159
<b>Total:</b>	<b>1195</b>

**Fonte:** Relatório consolidado de cadastro individual do e-SUS, 2025

Essa ausência de informações compromete a análise situacional e levanta o questionamento sobre a qualidade do registro realizado. Saber se as crianças frequentam creches, escolas ou permanecem em casa é essencial para compreender suas condições de cuidado e desenvolvimento, já que esses fatores impactam diretamente na socialização, no acesso à educação infantil e até na segurança alimentar. A omissão desses dados dificulta a elaboração de estratégias de apoio às famílias, prejudica a identificação de crianças em risco social e limita o direcionamento de recursos e ações de saúde voltadas à primeira infância.

Portanto, é fundamental que a equipe de saúde intensifique a atualização cadastral, garantindo que informações tão relevantes sejam coletadas de forma sistemática. Apenas com registros completos será possível planejar intervenções mais efetivas e equitativas, assegurando que todas as crianças tenham acesso a condições adequadas para um desenvolvimento saudável e seguro.

### 8.3 OCUPAÇÃO

A análise da ocupação é um aspecto central para compreender o perfil socioeconômico de uma comunidade, já que o trabalho está diretamente relacionado às condições de vida, ao acesso a direitos sociais e até à exposição a riscos ocupacionais. Esse dado é essencial para o planejamento das ações de saúde e para a identificação de grupos mais vulneráveis.

Na área da equipe 77, entretanto, observa-se uma fragilidade importante no registro: dos 1.195 indivíduos cadastrados, apenas 1 (0,08%) teve sua ocupação informada — registrada como cabeleireiro — enquanto 1.194 (99,9%) não tiveram esse campo preenchido.

Essa lacuna compromete a compreensão da realidade local e limita a formulação de estratégias voltadas às necessidades da população. Sem essas informações, torna-se impossível identificar perfis de risco ocupacional, planejar ações de promoção e prevenção em saúde relacionadas ao trabalho ou mesmo articular políticas intersetoriais de apoio social.

Portanto, é fundamental que o processo de cadastramento seja qualificado e atualizado, garantindo a completude desse dado. Só assim será possível subsidiar um planejamento em saúde mais eficaz, equitativo e alinhado à realidade da comunidade atendida.

#### 8.3.1 Situação no mercado de trabalho

A situação do mercado de trabalho na área de abrangência da USF Vila Yolanda é um fator essencial para compreender as condições socioeconômicas e os desafios de saúde da comunidade. De acordo com a PNAB (2017), cabe à UBS também desenvolver ações de promoção e vigilância em saúde dos trabalhadores, o que exige informações confiáveis sobre a ocupação e vínculos laborais da população. Entretanto, observa-se uma expressiva lacuna nos registros: dos 1.195 indivíduos cadastrados, 1.103 (92,3%) não tiveram sua situação de trabalho informada. Esse dado evidencia uma fragilidade no processo de cadastramento que limita a análise

real do perfil socioeconômico da comunidade.

Entre os 92 registros preenchidos, identifica-se diversidade nos vínculos: 29 (2,4%) são aposentados ou pensionistas, 22 (1,8%) declararam não trabalhar, 9 (0,7%) são assalariados com carteira assinada, 3 (0,25%) sem carteira assinada, 11 (0,9%) são autônomos (7 sem e 4 com previdência social), 5 (0,4%) estão desempregados, 2 (0,16%) atuam como empregadores, 2 (0,16%) são servidores públicos ou militares e 9 (0,7%) foram classificados em “outros”.

Essa falta de dados compromete a capacidade da equipe de saúde em identificar grupos vulneráveis, como trabalhadores informais, desempregados e famílias sem renda fixa, que estão mais suscetíveis a riscos sociais e de saúde. Além disso, limita o planejamento de ações intersectoriais que poderiam fortalecer o acesso a direitos, reduzir desigualdades e promover melhores condições de vida para a população.

**Tabela 19-** Situação no mercado de trabalho- Equipe 77

Informações sociodemográficas - Situação no mercado de trabalho	
Descrição	Quantidade
Empregador	2
Assalariado com carteira de trabalho	9
Assalariado sem carteira de trabalho	3
Autônomo com previdência social	4
Autônomo sem previdência social	7
Aposentado / Pensionista	29
Desempregado	5
Não trabalha	22
Servidor público / Militar	2
Outro	9
Não informado	1103
<b>Total:</b>	<b>1195</b>

**Fonte:** Relatório consolidado de cadastro individual do e-SUS, 2025

As condições de trabalho exercem influência direta sobre a saúde, podendo

não apenas agravar doenças já existentes, mas também desencadear distúrbios crônicos, acidentes ocupacionais e até incapacidade funcional. Nesse contexto, torna-se fundamental reconhecer os usuários expostos a maiores riscos ocupacionais, de modo a desenvolver estratégias interdisciplinares que contemplem prevenção, promoção e recuperação da saúde no ambiente laboral (MENDES, 1988).

Entretanto, a ausência de registros consistentes sobre a situação laboral da população dificulta a identificação desses grupos e compromete a adoção de medidas específicas. Para superar essa fragilidade, é indispensável que o processo de cadastramento seja aprimorado, garantindo dados completos e confiáveis. Apenas assim será possível planejar intervenções efetivas que considerem simultaneamente as condições de trabalho e as necessidades de saúde, favorecendo uma assistência mais resolutiva e sensível às vulnerabilidades locais.

#### 8.4 POPULAÇÃO COM DEFICIÊNCIAS

Entre os 1.195 pacientes cadastrados na área da equipe 77, 35 indivíduos (2,9%) declararam possuir algum tipo de deficiência, enquanto 1.160 (97,1%) informaram não apresentar limitações dessa natureza.

Dentre os casos registrados, a deficiência física foi a mais frequente, com 16 ocorrências (45,7%), seguida pelas categorias intelectual/cognitiva com 9 casos (25,7%), outras deficiências também com 16 registros (45,7%), visual com 3 casos (8,6%) e auditiva com apenas 1 caso (2,9%). Não foram identificados pacientes com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA).

**Tabela 20** - Tipo de deficiências - Equipe 77

Informações sociodemográficas - Deficiência		
Descrição		Quantidade
Tem alguma deficiência?	Sim	35
	Não	1160
Auditiva		1
Física		16
Intelectual / Cognitiva		9
Visual		3
Outra		16
TEA		0

**Fonte:** Relatório consolidado de cadastro individual do e-SUS, 2025

O Decreto nº 3.298/99, em seu artigo 3º, regulamentando a Lei Federal nº 7.853/89, conceitua deficiência como a perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que comprometa a realização de atividades consideradas normais ao ser humano (BRASIL, 1999). Entretanto, essa definição vem sendo questionada, uma vez que reduz a compreensão da deficiência a um aspecto predominantemente biológico, deixando de contemplar fatores sociais e ambientais que também impactam diretamente a vida das pessoas com deficiência.

Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe uma visão mais abrangente, entendendo a deficiência como resultado da interação entre a condição de saúde do indivíduo e as barreiras impostas pelo meio em que vive, sem que isso represente necessariamente uma doença ou incapacidade total (OMS, 2004). Essa abordagem reforça a importância de enxergar a deficiência de forma multifatorial, considerando tanto as limitações individuais quanto os obstáculos sociais e estruturais que dificultam a participação plena dessas pessoas.

No âmbito da Atenção à Saúde, torna-se indispensável que os profissionais adotem práticas que respeitem as particularidades de cada paciente, favorecendo a autonomia, a comunicação acessível e a adaptação das condutas clínicas às necessidades específicas de cada caso. O cuidado inclusivo depende não apenas de recursos terapêuticos, mas também da sensibilidade em reconhecer o impacto das

condições de vida e do ambiente sobre o bem-estar dessas pessoas.

Além disso, a estrutura dos serviços de saúde deve estar preparada para acolher essa população, garantindo acessibilidade física, recursos de apoio adequados e capacitação contínua dos profissionais. Dessa forma, o atendimento às pessoas com deficiência deixa de ser restrito ao olhar biomédico e passa a ser orientado por uma perspectiva integral, que valoriza a dignidade, a equidade e o direito à plena participação social.

## 8.5 POPULAÇÃO LGBTQIA+

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) possui papel fundamental na garantia da equidade em saúde, conforme orienta a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT) (BRASIL, 2013). Entretanto, entre os 1195 indivíduos cadastrados, nenhum declarou identidade de gênero, enquanto 1192 optaram por não informar e 3 não tiveram essa informação registrada.

Esse cenário evidencia uma lacuna importante na coleta de dados, pois a ausência de registros sobre identidade de gênero dificulta a compreensão real das necessidades da população LGBT atendida. Embora essa informação não seja obrigatória, é essencial que os profissionais da equipe compreendam sua relevância, conduzindo a coleta de forma acolhedora, ética e sensível, de modo a estimular a confiança dos usuários em compartilhar tais informações.

O registro adequado desse dado possibilita traçar um perfil mais fidedigno da comunidade, o que orienta o planejamento de ações voltadas à promoção da equidade no acesso aos serviços de saúde. Isso inclui desde a adequação do atendimento às demandas específicas da população LGBT até a garantia do uso do nome social e do respeito à diversidade.

Para que isso se concretize, é necessário que a equipe esteja continuamente capacitada, a fim de oferecer um cuidado humanizado e livre de preconceitos, que considere não apenas as necessidades clínicas, mas também os aspectos sociais e emocionais que impactam a saúde dessas pessoas. Criar um ambiente de confiança e acolhimento é um passo essencial para assegurar que todos, independentemente

de sua identidade de gênero, recebam cuidados de saúde de forma digna e igualitária.

## 8.6 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Segundo a Secretaria Nacional de Assistência Social, a população em situação de rua é formada por pessoas com trajetórias diversas, mas que apresentam em comum a pobreza extrema, a fragilidade ou ruptura dos vínculos familiares e a ausência de moradia regular. Nessa condição, as ruas tornam-se espaço de moradia e também de sobrevivência, seja de forma transitória ou permanente.

Entretanto, observa-se que não há registros adequados sobre essa população no território, o que configura uma lacuna importante no diagnóstico local. A falta desses dados dificulta a compreensão da realidade vivida por esse grupo e compromete a elaboração de estratégias de cuidado voltadas às suas necessidades específicas. Sem informações consistentes, tanto a formulação de políticas públicas quanto a implementação de ações de saúde e assistência social permanecem limitadas, reforçando a vulnerabilidade e a exclusão dessas pessoas.

## 9. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

O perfil epidemiológico desempenha papel essencial no processo de territorialização e no planejamento das ações em saúde, servindo de base para a formulação de políticas públicas mais efetivas. A análise dos registros revela discrepâncias importantes entre os sistemas de informação, além de índices que permanecem abaixo dos padrões esperados em nível estadual e nacional. A expressiva subnotificação de agravos aponta para a necessidade de estratégias específicas, como mutirões diagnósticos, que possam identificar de forma mais precisa as reais condições de saúde da população e, assim, subsidiar intervenções adequadas.

### 9.1 CRIANÇAS

**Tabela 21** - Variáveis de interesse quanto às crianças menores de 2 anos da Vila Yolanda área 77

Variável Analisada	Número de crianças	Faixa etária analisada	Total de crianças	Porcentagem
Consulta na primeira semana de vida	7	0 a 2 anos	17	41,2 %
Acompanhamento médico ou enfermeiro (puericultura)	9	0 a 2 anos	17	52,9 %
Acompanhamento pelo ACS no último ano	8	0 a 2 anos	17	47,1 %
Dados antropométricos registrados	10	0 a 2 anos	17	58,8 %
Vacinação em dia	11	0 a 2 anos	17	64,7 %
Crianças que farão 1 ano no segundo quadrimestre de 2025	2	-	17	11,8 %
Crianças que farão 1 ano no terceiro quadrimestre de 2025	1	-	17	5,9 %

**Fonte:** Relatório Operacional de Crianças menores de 5 anos da equipe 77, e-SUS, 2025

Ao analisarmos o quadro das crianças menores de 2 anos na área de abrangência da equipe 77, observa-se uma situação preocupante em relação à consistência e à confiabilidade dos dados. De acordo com o Relatório Operacional do e-SUS (2025), existem 17 crianças menores de 2 anos cadastradas, sendo que:

- 41,2% realizaram consulta na primeira semana de vida;
- 52,9% tiveram acompanhamento médico ou de enfermagem (puericultura);
- 47,1% receberam acompanhamento pelo ACS no último ano;
- 58,8% possuem dados antropométricos registrados;
- 64,7% estão com a vacinação em dia.

Embora esses percentuais aparentem uma cobertura razoável, eles não refletem a realidade do território. Isso porque o Cadastro Individual do e-SUS aponta 44 crianças menores de 2 anos, e o e-Gestor identifica 69 crianças menores de 5 anos, evidenciando uma discrepância significativa entre os sistemas. Ou seja, a cobertura apresentada no relatório é inflada pela subnotificação e pelo baixo número de crianças consideradas na base operacional.

Essa divergência entre os bancos de dados revela falhas importantes no processo de atualização cadastral, na notificação de nascimentos e na integração das informações. O fato de o relatório operacional considerar apenas 17 crianças, quando os registros apontam um número muito maior, compromete o diagnóstico situacional e gera indicadores artificiais, que não correspondem à realidade epidemiológica da área.

Portanto, a porcentagem de cobertura apresentada não pode ser interpretada como satisfatória. Trata-se, na verdade, de um reflexo da ineficiência na coleta e no processamento das informações, reforçando a necessidade de melhorar o fluxo de atualização dos cadastros, garantir a vinculação correta das crianças às famílias e fortalecer o monitoramento intersistemas. Só assim será possível elaborar estratégias efetivas de acompanhamento e prevenção, assegurando uma atenção integral à saúde da primeira infância.

### **9.1.1 Crianças menores de 2 anos cadastradas na área**

Ao avaliarmos o quadro das crianças menores de 2 anos acompanhadas pela equipe 77, observamos avanços em alguns indicadores, mas também lacunas importantes a serem enfrentadas. O relatório operacional do e-SUS (2025) mostra que, do total de 17 crianças cadastradas nessa faixa etária, apenas 41,2% realizaram consulta na primeira semana de vida, o que indica fragilidade no acompanhamento neonatal precoce.

No que diz respeito à puericultura, 52,9% receberam acompanhamento médico ou de enfermagem, enquanto 47,1% foram acompanhadas pelo ACS no último ano. Em relação ao monitoramento do crescimento, 58,8% tiveram dados antropométricos registrados. Já a vacinação em dia aparece como o indicador mais bem-sucedido, atingindo 64,7% das crianças.

O relatório também destaca que 2 crianças completarão 1 ano no segundo quadrimestre de 2025 e 1 criança no terceiro quadrimestre do mesmo ano, informação essencial para o planejamento das ações preventivas e de acompanhamento da saúde infantil.

Apesar de percentuais relativamente positivos em algumas variáveis, os dados evidenciam que uma parcela significativa das crianças ainda não recebe acompanhamento adequado em áreas essenciais como puericultura e visitas do ACS. Essa lacuna reforça a necessidade de maior integração entre os cadastros, intensificação da busca ativa e fortalecimento das ações de vigilância em saúde, garantindo que todas as crianças tenham acesso a cuidados completos e contínuos nos primeiros anos de vida.

### **9.1.2 Crianças com consulta na primeira semana de vida**

A análise da Tabela 21 evidencia fragilidades significativas no acompanhamento de crianças menores de 2 anos na área da equipe 77. Do total de 17 crianças cadastradas, apenas 41,2% receberam consulta na primeira semana de vida, percentual muito abaixo do recomendado. Quanto ao acompanhamento médico ou de enfermagem (puericultura), 52,9% foram atendidas, e 47,1% tiveram acompanhamento registrado por agentes comunitários de saúde (ACS) no último ano.

Em relação ao monitoramento do crescimento e desenvolvimento, 58,8% das crianças tiveram dados antropométricos registrados, e 64,7% estão com a vacinação em dia, indicador que apresentou o melhor desempenho. Entretanto, a cobertura ainda está distante do ideal de universalidade preconizado pelo Ministério da Saúde. O relatório também mostra que 2 crianças farão 1 ano no segundo quadrimestre de 2025 e 1 criança no terceiro quadrimestre do mesmo ano, informações fundamentais para organizar a puericultura e os reforços vacinais.

Segundo as diretrizes da Atenção à Saúde da Criança (BRASIL, 2012; PARANÁ, 2018), é indispensável que os recém-nascidos recebam visitas domiciliares até o quinto dia de vida, incluindo avaliação do bebê e da puérpera, cadastro imediato, agendamento de consultas e orientações sobre vacinação e triagem neonatal. A baixa cobertura observada demonstra falhas no cumprimento dessas normas, revelando fragilidades na busca ativa e na integração entre os sistemas de informação.

Essa discrepância não deve ser interpretada apenas como uma deficiência administrativa, mas sim como um risco concreto à saúde materno-infantil. O não acompanhamento adequado pode atrasar diagnósticos precoces e comprometer intervenções essenciais no início da vida. É urgente fortalecer a coleta e atualização dos dados, intensificar a atuação dos ACS e assegurar a estratificação de risco das crianças, de modo a garantir uma atenção preventiva, equitativa e resolutiva.

### **9.1.3 Crianças acompanhadas pelo médico/enfermeira**

Do Entre as 17 crianças menores de 2 anos cadastradas na área da equipe 77, apenas 41,2% passaram por consulta na primeira semana de vida e 52,9% receberam acompanhamento médico ou de enfermagem (puericultura). Já o acompanhamento realizado pelos agentes comunitários de saúde (ACS) no último ano foi registrado em 47,1% dos casos.

Em relação ao crescimento e desenvolvimento, 58,8% tiveram dados antropométricos registrados, enquanto a cobertura vacinal atingiu 64,7%. Embora esse seja o indicador mais alto, o resultado ainda está muito distante da meta do Programa Nacional de Imunização (90 a 100%), expondo a população infantil a riscos epidemiológicos significativos.

O relatório ainda evidencia que duas crianças completarão um ano no segundo quadrimestre de 2025 e uma no terceiro, dados que precisam ser incorporados ao planejamento da puericultura e à organização da vacinação.

Conforme o Ministério da Saúde, o acompanhamento deve seguir cronogramas previamente definidos (3º a 5º dia, 1, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses), o que não se confirma pelos registros atuais, indicando falhas no cumprimento das recomendações oficiais.

Diante desse cenário, é essencial que a equipe reforce as ações de busca ativa e estimule a adesão das famílias às consultas e imunizações. Somente assim será possível garantir a prevenção de agravos, o desenvolvimento saudável das crianças e a proteção da saúde coletiva no território.

#### **9.1.4 Crianças acompanhadas pelo ACS**

De acordo com o relatório operacional, apenas 8 das 17 crianças menores de 2 anos cadastradas (47,1%) receberam acompanhamento por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no último ano. Embora esse índice seja superior ao observado em levantamentos anteriores, ele ainda está muito abaixo do ideal, principalmente quando se considera que o acompanhamento domiciliar é uma das principais atribuições dos ACS e representa um elo fundamental entre a comunidade e a equipe de saúde.

A baixa cobertura desse acompanhamento compromete a continuidade do cuidado, reduz a capacidade de detecção precoce de situações de risco e limita a efetividade das ações preventivas voltadas à saúde infantil. Os ACS têm papel estratégico não apenas na vigilância em saúde, mas também na orientação às famílias sobre vacinação, nutrição, crescimento e desenvolvimento infantil, além do encaminhamento oportuno aos serviços da Atenção Primária.

Dessa forma, os dados evidenciam a necessidade de fortalecer a atuação dos ACS, garantindo maior cobertura de visitas domiciliares e aprimorando os registros no sistema. A ampliação desse acompanhamento é essencial para assegurar o cuidado integral às crianças e reduzir vulnerabilidades sociais e de saúde no território.

### **9.1.5 Crianças com registro antropométrico adequado e estado nutricional registrado**

De acordo com os dados apresentados, apenas 10 das 17 crianças menores de 2 anos da área possuem registros antropométricos, o que representa 58,8% do total. Embora esse percentual seja superior ao identificado em levantamentos anteriores, ainda está muito aquém do ideal, considerando que todas as crianças deveriam ter seus dados de peso, estatura e perímetro cefálico registrados de forma sistemática.

A ausência de acompanhamento antropométrico em 41,2% das crianças revela uma falha importante no monitoramento do crescimento e do estado nutricional infantil, comprometendo a identificação precoce de condições como desnutrição, sobrepeso, obesidade e atrasos no desenvolvimento.

Esse déficit de registros demonstra fragilidades no processo de acompanhamento rotineiro das consultas, nas quais as medições deveriam ser realizadas obrigatoriamente. Ressalta-se que, desde a implantação da nova caderneta de saúde pela Secretaria Estadual de Saúde do Paraná em 2023, há suporte técnico para que famílias e profissionais acompanhem de forma mais completa e precisa o crescimento e desenvolvimento infantil. No entanto, para que esse recurso cumpra sua função, é necessário que os profissionais de saúde assegurem o registro atualizado e abrangente em todos os atendimentos.

A situação observada na área 77 reforça a urgência de maior organização da equipe de saúde, bem como a integração entre os sistemas de informação (e-SUS e e-Gestor). A subnotificação ou o registro incompleto de dados gera uma percepção distorcida da realidade, mascarando vulnerabilidades importantes da população infantil. Sem a correção dessas falhas, há risco significativo de perpetuação de agravos à saúde, incluindo baixa cobertura vacinal, falta de acompanhamento adequado e fragilidade nas ações preventivas.

Portanto, garantir que 100% das crianças tenham registros antropométricos completos e atualizados deve ser prioridade imediata da equipe, não apenas para atender parâmetros técnicos, mas principalmente para assegurar condições

adequadas de crescimento, desenvolvimento saudável e qualidade de vida às crianças do território.

## 9.2 DADOS REFERENTES A GESTANTES E PUÉRPERAS - ÁREA 77

Ao analisarmos o cenário das gestantes vinculadas à área 77, verificamos que, de acordo com o e-SUS, não tem registradas. No entanto, um relatório operacional específico para gestantes e puérperas não foi gerado no sistema e-SUS. Esse problema pode ser explicado por diversos fatores, como falhas na atualização dos cadastros, inconsistências no preenchimento das informações pelas equipes de saúde, erros técnicos no sistema, ou a falta de vinculação correta das gestantes ao sistema e-SUS. A ausência de um relatório operacional é uma limitação crítica, pois impossibilita o monitoramento adequado das gestantes e compromete o planejamento de ações de saúde pública fundamentais, como o acompanhamento pré-natal e a avaliação pós-parto.

Por outro lado, o relatório operacional do RP, que deveria oferecer um panorama claro das gestantes acompanhadas pela equipe, também apresenta inconsistências graves. Embora o sistema RP apresente dados sobre algumas gestantes, ele não abrange todas as gestantes registradas no e-SUS, o que revela uma desconexão entre os sistemas e a subnotificação de dados. Isso é extremamente problemático, pois há gestantes que estão realizando o pré-natal regularmente, mas que não aparecem no relatório do RP, o que afeta a coordenação dos cuidados e o planejamento de estratégias de saúde adequadas.

**Tabela 22-** Variáveis de interesse quanto às gestantes da UBS Vila Yolanda.

Variável Analisada	Microárea 19	Microárea 20	Microárea 22	Microárea 38
Total de gestantes/puérperas	0	6	1	1
Gestantes/puérperas na microárea	Nenhum	6	1	1
Gestantes/puérperas fora do território	Nenhum	Nenhum	Nenhum	Nenhum
Gestações em andamento (IG)	Nenhum	7, 11, 16, 22, 30, 40 semanas	18 semanas	6 semanas
Gestantes com IG > 50 semanas	Nenhum	2 (101 e 114 sem.)	Nenhum	Nenhum
Visita domiciliar pelo ACS	Nenhum	Registrado em 2 gestantes	Registrado	Registrado
Consulta odontológica	Nenhum	Sem registros	Sem registros	Sem registros
Vacinação em dia	Nenhum	Poucos registros	Não registrada	Não registrada
DPP estimada (2º Quadrimestre/2025)	Nenhum	1 gestante (junho)	Nenhum	Nenhum
DPP estimada (3º Quadrimestre/2025)	Nenhum	2 gestantes (julho e setembro)	1 gestante (setembro)	1 gestante (agosto)

Fonte: Relatório Operacional Gestantes da equipe 77 RP e relatório e-SUS, 2025

### 9.2.1 Microárea 19

Na microárea 19, não foram identificadas gestantes ou puérperas no relatório operacional do RP, resultando em ausência total de registros nas variáveis analisadas. Essa lacuna pode estar relacionada a falhas na atualização dos sistemas de informação, cadastros incompletos ou até mesmo à ausência de acompanhamento adequado das famílias pela equipe de saúde.

A inexistência de dados compromete diretamente o planejamento das ações em saúde materno-infantil, já que não é possível monitorar indicadores fundamentais,

como idade gestacional, visitas domiciliares, vacinação ou consultas odontológicas. Além disso, essa falta de informações impossibilita avaliar se eventuais gestantes residentes na área estão recebendo o acompanhamento pré-natal de forma oportuna e adequada.

Portanto, torna-se essencial que a equipe de saúde reforce o processo de busca ativa e atualização cadastral na microárea, garantindo registros confiáveis nos sistemas (e-SUS, e-Gestor) e assegurando que todas as gestantes sejam identificadas, acompanhadas e tenham acesso às ações de cuidado previstas na Atenção Primária à Saúde.

### **9.2.2 Microárea 20**

Na microárea 20, o relatório operacional do RP identifica 6 gestantes/puérperas, todas residentes no território de abrangência. As idades gestacionais (IG) registradas variam entre 7, 11, 16, 22, 30 e 40 semanas, o que corresponde a gestações em diferentes estágios de acompanhamento. Entretanto, chama a atenção a presença de 2 gestantes com IG acima de 100 semanas (101 e 114), o que evidencia inconsistências graves nos registros e possivelmente falhas no encerramento de pré-natais no sistema ou na atualização do prontuário eletrônico.

Quanto ao acompanhamento, apenas 2 gestantes tiveram visitas registradas pelo ACS, o que corresponde a menos da metade das gestantes, ficando abaixo do parâmetro esperado de 100% de cobertura. Além disso, não há registro de consultas odontológicas durante a gestação, e a situação vacinal aparece como incompleta, sem gestantes com imunização em dia, o que representa uma falha importante na proteção materno-infantil.

No que diz respeito à previsão de partos, há o registro de 1 DPP estimada para o 2º quadrimestre de 2025 (junho) e 2 DPPs para o 3º quadrimestre (julho e setembro), reforçando a necessidade de acompanhamento contínuo e atualizado para garantir a qualidade do pré-natal.

Outro ponto crítico é a ausência de informações sobre classificação de risco gestacional. Sem esse dado, torna-se inviável diferenciar gestantes de risco habitual

das de alto risco, o que compromete a definição de condutas e encaminhamentos adequados. A classificação de risco é fundamental para assegurar que gestantes com condições mais complexas recebam atenção especializada e acompanhamento mais frequente, prevenindo complicações na gestação e no parto.

### **9.2.3 Microárea 22**

Na microárea 22, o relatório operacional registra 1 gestante/puérpera em acompanhamento, com idade gestacional de 18 semanas. Foi identificado o registro de visita domiciliar realizada pelo ACS, o que demonstra acompanhamento ativo pela equipe.

Entretanto, permanecem falhas importantes nos demais indicadores: não há registro de consulta odontológica durante a gestação, e também não consta vacinação em dia, o que representa risco potencial tanto para a saúde materna quanto para a proteção do bebê.

Outro dado de destaque é a estimativa da DPP para o 3º quadrimestre de 2025 (setembro), reforçando a necessidade de um seguimento mais sistemático para garantir a continuidade do pré-natal até o parto.

Assim como observado em outras microáreas, a ausência de informações sobre classificação de risco gestacional é um ponto crítico. Sem essa categorização, torna-se inviável diferenciar gestantes de risco habitual das de alto risco, o que compromete o planejamento das condutas e pode resultar em falhas no encaminhamento oportuno para serviços especializados.

Portanto, a microárea 22 evidencia uma gestante em acompanhamento ativo, mas ainda apresenta lacunas significativas em registros essenciais, como vacinação, odontologia e classificação de risco, que precisam ser corrigidas para garantir um pré-natal seguro e integral.

#### 9.2.4 Microárea 38

O relatório operacional identificou 1 gestante/puérpera na microárea 38, ainda que esta não esteja sob a cobertura direta da Equipe 77, o que sugere inconsistência nos registros do sistema. Essa gestante encontra-se com idade gestacional de 6 semanas, e consta o registro de visita domiciliar pelo ACS, evidenciando algum nível de acompanhamento ativo.

No entanto, persistem falhas importantes nos demais indicadores: não há registro de consulta odontológica, tampouco de vacinação em dia, ambos fatores essenciais para a proteção da gestante e do bebê. Outro ponto relevante é a previsão da DPP para o 3º quadrimestre de 2025 (agosto), o que reforça a necessidade de monitoramento contínuo para assegurar o adequado seguimento do pré-natal.

Assim como em outras microáreas, a ausência de informações sobre a classificação de risco gestacional constitui uma limitação crítica. Sem esse dado, não é possível diferenciar gestantes de risco habitual daquelas que necessitam de acompanhamento especializado, comprometendo a definição de condutas e o encaminhamento oportuno.

Portanto, ainda que o registro da gestante na microárea 38 não corresponda diretamente ao território da Equipe 77, ele revela lacunas significativas no processo de coleta e gestão de informações. A correção desses dados e o alinhamento das responsabilidades territoriais são fundamentais para assegurar um pré-natal seguro, integral e coerente com as diretrizes da Atenção Primária à Saúde.

### 9.2.5 Adolescentes grávidas

De acordo com os registros do e-SUS, não há gestantes adolescentes cadastradas atualmente na área 77. Mas segundo informações do site da saudedigital.pr.gov.br, a equipe 77 da UBS Vila Yolanda possui em sua área de abrangência 3 adolescentes entre 10 e 14 anos e 11 adolescentes entre 15 e 19 anos. Apesar dessa presença significativa de adolescentes em idade reprodutiva, não há gestantes cadastradas nessa faixa etária no sistema.

A ausência de registros de gestantes adolescentes pode indicar, por um lado, um reflexo positivo de políticas preventivas já existentes; por outro, pode também estar associada à subnotificação ou à falta de atualização dos relatórios operacionais, o que compromete a avaliação precisa da realidade local. Sem dados fidedignos, torna-se difícil organizar ações específicas para essa população e garantir acompanhamento adequado em casos de gravidez na adolescência.

O Ministério da Saúde (2019) ressalta que a gestação na adolescência é um problema relevante de saúde pública, visto que aumenta o risco de complicações clínicas durante o pré-natal, parto e puerpério, além de impactar diretamente no desenvolvimento infantil e no contexto socioeconômico da jovem mãe.

Esse cenário geralmente está relacionado à falta de acesso a métodos contraceptivos, barreiras no sistema de saúde e deficiências na educação sexual. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reforça que a desinformação sobre sexualidade e direitos reprodutivos é um dos fatores que contribui para a ocorrência de gestações indesejadas entre adolescentes (BVS, 2019).

Diante desse panorama, ainda que os dados atuais não apontem para gestantes adolescentes na Equipe 77, é essencial fortalecer ações preventivas, como:

- Educação em saúde e sexualidade nas escolas e na comunidade;
- Ampliar o acesso a métodos contraceptivos de forma acolhedora e sigilosa;
- Capacitar a equipe de saúde para identificar precocemente situações de vulnerabilidade;

- Estimular o vínculo com os adolescentes para que tenham confiança em buscar os serviços de saúde.

Essas medidas são fundamentais para reduzir riscos de gravidez precoce e assegurar que os adolescentes possam exercer seus direitos reprodutivos de maneira consciente e segura.

### **9.2.6 Desatualização do e-SUS e à Falta de Relatório Operacional**

A inexistência de um relatório operacional atualizado no e-SUS referente às gestantes e puérperas da área 77 representa uma fragilidade estrutural que compromete diretamente a qualidade do cuidado oferecido. Sem esses dados, torna-se inviável mensurar indicadores fundamentais, como a proporção de gestantes acompanhadas pelo ACS, a realização de consultas odontológicas ou a situação vacinal. Essa lacuna de informações tem impacto direto na saúde materno-infantil, pois impede que a equipe planeje ações assertivas, realize intervenções oportunas e assegure o acompanhamento integral das gestantes.

Outro ponto crítico é a ausência de encerramento adequado em vários pré-natais, o que resulta em registros de idades gestacionais superiores a 100 semanas. Esse cenário aponta para falhas administrativas e operacionais na gestão de prontuários, distorcendo os dados e comprometendo a segurança das pacientes. Além de prejudicar a análise dos indicadores, a falta de finalização do pré-natal dificulta a transição para o acompanhamento adequado no puerpério.

Diante desse contexto, é urgente que as equipes intensifiquem a atualização dos cadastros e assegurem a emissão regular dos relatórios operacionais. Apenas com informações completas e fidedignas será possível realizar o monitoramento contínuo das gestantes e puérperas, garantindo um cuidado mais seguro, eficaz e integrado.

### 9.3 HIPERTENSÃO

De acordo com o Relatório Consolidado de Cadastro Individual do e-SUS, extraído em agosto de 2025, a UBS Vila Yolanda possui 1.195 usuários cadastrados, dos quais 56 (6,88%) apresentam diagnóstico de hipertensão arterial. Já o site da Saúde Digital registra um número consideravelmente maior, com 274 hipertensos vinculados à equipe.

No entanto, ao analisar o Relatório Operacional de Risco Cardiovascular do e-SUS, observa-se uma discrepância ainda mais preocupante: entre os 609 indivíduos listados para estratificação de risco, nenhum consta formalmente registrado como hipertenso.

Essas divergências entre as diferentes fontes de informação expõem uma inconsistência grave nos registros, que compromete diretamente a identificação e o acompanhamento adequado dos pacientes hipertensos. Na prática, o número real de usuários com a condição está sendo subestimado, o que repercute de forma negativa no planejamento das ações de prevenção, no monitoramento clínico e no controle efetivo da hipertensão na população adscrita.

#### 9.3.1 Maiores de 20 anos com HA cadastrados por área

De acordo com o Relatório Consolidado de Cadastro Individual do e-SUS, extraído em agosto de 2025, a UBS Vila Yolanda possui 1.195 usuários cadastrados, dos quais 56 (6,88%) apresentam diagnóstico de hipertensão arterial. Já o site da Saúde Digital registra um número significativamente maior, com 274 hipertensos vinculados à equipe.

No entanto, ao analisar o Relatório Operacional de Risco Cardiovascular do e-SUS, observa-se uma discrepância ainda mais preocupante: entre os 609 indivíduos listados para estratificação de risco, nenhum consta formalmente registrado como hipertenso.

As divergências entre os diferentes relatórios são evidentes. Enquanto o e-SUS aponta 51 hipertensos, o Relatório Operacional contabiliza apenas 16, e o e-Gestor indica 109 indivíduos com a doença. Essa fragmentação de dados evidencia um problema grave de cadastro, registro e acompanhamento clínico, que compromete

diretamente a fidedignidade das informações e, conseqüentemente, o planejamento em saúde.

A falta de atualização ou o preenchimento inadequado dos cadastros cria vazios críticos de informação, que dificultam a real compreensão da prevalência da hipertensão na área de abrangência da equipe 77. Na prática, isso significa que parte da população hipertensa permanece subnotificada ou invisibilizada, impossibilitando o monitoramento contínuo e o cuidado adequado.

Quando comparados aos dados do VIGITEL 2023, que indicam uma prevalência média de 25,40% de hipertensos em Curitiba, o percentual encontrado na área 77 se mostra muito inferior, reforçando a hipótese de subnotificação e inconsistência nos registros.

Essa situação não apenas prejudica a identificação dos usuários hipertensos, mas também gera obstáculos concretos para a Atenção Primária à Saúde, uma vez que compromete a estratificação de risco, a prevenção de complicações e o acompanhamento clínico eficaz de uma das condições crônicas mais prevalentes no país.

### **9.3.2 Hipertensos com a última consulta médica/enfermeiro, há menos de 6 meses**

De acordo com os dados analisados, dos 274 hipertensos diagnosticados na área da equipe 77, apenas 131 (47,8%) realizaram uma consulta médica ou de enfermagem nos últimos seis meses. Isso significa que 143 pacientes (52,2%) não tiveram acompanhamento regular no período, o que representa um achado preocupante para a Atenção Primária à Saúde.

A ausência de monitoramento contínuo expõe esses usuários a maior risco de complicações cardiovasculares graves, como acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca e infarto agudo do miocárdio. As diretrizes do Caderno da Atenção Básica (BRASIL, 2014c) ressaltam que o acompanhamento deve ser estratificado conforme o risco cardiovascular, utilizando parâmetros como o escore de Framingham:

- Baixo risco → consulta anual;
- Risco moderado → consulta a cada seis meses;
- Alto risco → consulta a cada quatro meses.

Além disso, o programa Previne Brasil (BRASIL, 2019) estabelece que todos os hipertensos acompanhados pela equipe de saúde devem realizar, no mínimo, uma consulta médica ou de enfermagem com aferição da pressão arterial a cada semestre.

Portanto, a cobertura de apenas 47,8% no período avaliado indica uma deficiência significativa no processo de acompanhamento clínico, reforçando a necessidade de ações de busca ativa e organização do processo de trabalho da equipe, para garantir que os hipertensos recebam o cuidado adequado de forma contínua e alinhada às recomendações nacionais de saúde pública.

### **9.3.3 Pessoas que têm a condição autorreferida de HA sem registro de atendimento médico/enfermeiro**

Dos 274 hipertensos apenas 31 hipertensos listados no relatório consta como hipertenso por autorreferência, o que sugere um possível subdiagnóstico ou falhas no registro clínico adequado dessas condições. A falta de identificação de hipertensos autorizados pode indicar que os pacientes estão subestimando seus próprios sintomas, ou que a equipe de saúde não está capturando todas as informações durante as consultas e visitas domiciliares. Essa falta de registro pode levar a uma omissão de cuidados a uma parcela significativa da população, uma vez que pacientes hipertensos sem acompanhamento são mais suscetíveis a complicações graves que poderiam ser evitadas com intervenção precoce.

### **9.3.4 Hipertensos com rastreamento de RCV há menos de 1 ano**

Segundo dados do site da Saúde Digital, 274 hipertensos diagnosticado da área 77, 44 apenas realizou ou registrou o rastreamento de risco cardiovascular (RCV) no último ano, conforme os dados. Essa ausência de rastreamento é preocupante, uma vez que o monitoramento anual é essencial para identificar e prevenir complicações graves associadas à hipertensão, como insuficiência cardíaca, doença renal crônica e eventos vasculares. Exames complementares, como eletrocardiogramas, dosagem de creatinina, colesterol, glicose, e outros marcadores importantes, devem ser realizados regularmente para garantir o controle da saúde

cardiovascular desses pacientes e permitir ajustes nos tratamentos quando necessário (BRASIL, 2014).

A falta de realização e registro desses exames pode refletir problemas na infraestrutura da unidade de saúde ou falhas no processo de atendimento. Além disso, a ausência de registros pode ser atribuída à falta de contabilidade correta das ações nos sistemas de informação, como o não preenchimento do CID (Z13.6) ou CIAP (K22) , que indica a realização do rastreamento cardiovascular por médicos ou enfermeiros . Esses fatores evidenciam a necessidade de melhorar o registro e a execução das práticas de rastreamento, garantindo que a equipe de saúde priorize a realização desses exames e que eles sejam devidamente registrados para monitoramento e acompanhamento.

### **9.3.5 Hipertensos com última visita do ACS não menos de 6 meses**

De acordo com os dados disponíveis no portal da Saúde Digital, referentes à equipe 77, apenas 23 pacientes hipertensos receberam visita do ACS nos últimos seis meses (Tabela 24). Esse número evidencia uma falha significativa no acompanhamento domiciliar, considerado um dos eixos centrais da Atenção Básica à Saúde.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) possui papel estratégico no acompanhamento contínuo de pacientes com doenças crônicas, como a hipertensão, sendo responsável não apenas pelo monitoramento clínico, mas também pela orientação preventiva e pelo fortalecimento do vínculo entre comunidade e unidade de saúde. A baixa cobertura de visitas compromete o controle adequado da doença, aumentando o risco de descompensações e hospitalizações que poderiam ser evitadas.

Diante disso, torna-se imprescindível que a equipe intensifique e organize melhor a atuação dos ACS, assegurando que todos os hipertensos sejam acompanhados regularmente, recebendo orientações e suporte adequados para a promoção da saúde e prevenção de complicações.

## 9.4 TABAGISMO

Entre os 1195 indivíduos maiores de 20 anos na área da UBS Vila Yolanda, 19 (2,56%) afirmaram ser tabagistas. Comparado aos dados de Curitiba fornecidos pelo VIGITEL 2023, onde a prevalência de tabagistas entre maiores de 18 anos é de 13,7%, os números da UBS parecem baixos. No entanto, essa diferença pode ser explicada por uma possível subnotificação. Muitas vezes, os pacientes não relatam o uso de tabaco por vergonha ou recebimento de julgamento, o que leva a uma subestimação do número real de consumidores. A equipe de saúde deve intensificar suas ações para identificar e tratar o tabagismo de maneira mais eficiente. Grupos de apoio à cessação do tabaco e campanhas educativas são fundamentais para incentivar os pacientes a abandonar o vício. Além disso, o tabagismo é um dos principais fatores de risco para doenças crônicas, incluindo hipertensão e doenças cardiovasculares, e deve ser abordado de forma prioritária pelas equipes de saúde.

## 9.5 DIABETES

O diabetes mellitus é uma doença crônica de alta prevalência e representa um dos principais desafios de saúde pública no Brasil e no mundo. No perfil epidemiológico da área 77 da UBS Vila Yolanda, o monitoramento dos casos de diabetes é fundamental para avaliar o impacto dessa doença na população e orientar políticas de prevenção e controle.

A gestão adequada da diabetes envolve tanto a detecção precoce quanto o acompanhamento contínuo dos pacientes, com foco na prevenção de complicações e na promoção da qualidade de vida. A análise do perfil epidemiológico da diabetes nessa comunidade permite identificar os grupos mais afetados, os fatores de risco prevalentes e as possíveis lacunas no atendimento, oferecendo subsídios para intervenções de saúde mais efetivas e direcionadas.

### 9.5.1 Maiores de 20 anos portadores de diabetes cadastrados por área

Segundo o cadastro individual do 1195 pelo E-sus 28 tem diabetes. Ao analisar os dados consolidados de cadastro individual do e-SUS e compará-los com o relatório do site da Saude Digital num total de registro de 175, 145 diabéticos diagnosticado enquanto autorreferidos 16, Enquanto o relatório operacional aponta apenas 0 casos de diabetes.

Além disso, o e-Gestor revela a existência de 67 pacientes diabéticos vinculados à equipe 77, sendo que apenas 5 estão sendo acompanhados. Essa inconsistência indica uma falha no registro e no acompanhamento de pacientes com diabetes, o que pode comprometer a efetividade das clínicas e a gestão de saúde da equipe.

Para esta análise, utilizamos o relatório operacional, que abrange tanto os cadastros realizados pelos agentes comunitários de saúde (ACSs) quanto os pacientes que, embora atendidos, não possuem cadastro completo como diabéticos. Dos 741 indivíduos maiores de 20 anos cadastrados na área 77, apenas 0,67% (5 indivíduos) são identificados no relatório operacional como portadores de diabetes, o que representa uma subnotificação específica em relação à realidade assistencial, onde sabemos que existem muito mais casos não registrados especificamente.

**Tabela 23** - Variáveis de interesse em indivíduos diabéticos com dados baseados no Relatório Operacional de Risco Cardiovascular do e-SUS em julho de 2024

Variável Analisada	Número de pacientes	Total	Porcentagem
Diabéticos entre a população com mais de 20 anos	5	741	0,67%
Hipertensos e diabéticos	3	5	60%
Diabéticos com consulta nos últimos 4 meses	0	5	0%
Exames de RCV feitos no último ano	0	5	0%
Consulta com dentista no último ano	2	5	40%
Visita do ACS nos últimos dois meses	1	5	20%

**Fonte:** Relatório Operacional de Risco cardiovascular do e-SUS da equipe 77, julho. 2025

Uma análise comparativa entre a USF Vila Yolanda e Curitiba, segundo dados do VIGITEL 2023, revela que a área da equipe 77 apresenta uma prevalência de diabetes consideravelmente inferior à média da capital, com 0,67% contra 9,8% em Curitiba. Essa discrepância pode ser atribuída à subnotificação no sistema e ao acompanhamento insuficiente dos pacientes na área 77. O relatório do e-Gestor, que considera tanto os pacientes cadastrados quanto os atendidos pela equipe, revela um número mais realista de 67 pacientes com diabetes, destacando a importância de melhorias nos cadastros e no acompanhamento dos pacientes.

#### **9.5.2 Diabéticos com a última consulta com médico/enfermeiro não menos de 4 meses**

Entre os 5 indivíduos identificados no relatório operacional como portadores de diabetes, nenhum teve consulta médica ou de enfermagem nos últimos 4 meses. Isso aponta para uma falha grave no monitoramento regular desses pacientes, o que pode levar a complicações como hiperglicemia descontrolada e lesões em órgãos-alvo. De acordo com as diretrizes da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS, 2016), a frequência das consultas deve variar conforme o tipo de medicamento utilizado e a presença de lesões em órgãos-alvo. Pacientes que usam antidiabéticos orais e insulina devem passar por consultas periódicas para ajustar o tratamento e evitar complicações. É sugerido realizar três consultas médicas e duas consultas de enfermagem por ano para pacientes diabéticos que apresentam lesões em órgãos alvo e/ou que realizam múltiplas aplicações de insulina ao dia

Segundo o Programa Previne Brasil (2021), todos os diabéticos sob responsabilidade da equipe devem realizar consultas de monitoramento, incluindo exames como hemoglobina glicada, pelo menos duas vezes ao ano. No entanto, a ausência de consultas nos últimos meses evidencia uma falha no cumprimento dessas diretrizes, o que requer uma busca ativa por parte da equipe de saúde para garantir que todos os diabéticos sejam acompanhados e monitorados. A abordagem prevista

visa prevenir complicações relacionadas ao descontrole da doença, promover a continuidade do cuidado, fortalecer a relação médico-paciente e facilitar a adesão ao tratamento.

### **9.5.3 Diabéticos com rastreamento de RCV há menos de 1 ano**

Nenhum dos pacientes diabéticos na área 77 realizou exames de risco cardiovascular (RCV) no último ano, o que é alarmante, considerando a importância desses exames para o controle e prevenção de complicações relacionadas ao diabetes. O Caderno de Atenção Básica (2013d) recomenda que todos os pacientes diabéticos realizem exames laboratoriais mínimos, incluindo glicemia de jejum, hemoglobina glicada, colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL, triglicérides, parcial de urina, creatinina (com cálculo de clearance de creatinina) e fundoscopia. no mínimo duas vezes ao ano e três vezes ao ano para pacientes diabéticos com níveis glicêmicos descontrolados.

A falta de rastreamento pode ser atribuída a falhas no registro adequado dos procedimentos realizados, especialmente no que se refere ao uso dos códigos CID Z13.6 (exame especial de rastreamento de doenças cardiovasculares) ou CIAP K22 (fator de risco de doença cardiovascular) que identificam o rastreamento de doenças cardiovasculares. Essa omissão prejudica o acompanhamento dos pacientes e a obtenção de indicadores adequados para o financiamento da atenção primária à saúde. Recomenda-se uma ação corretiva imediata para garantir que todos os pacientes diabéticos realizem seus exames regulares e que esses exames sejam devidamente registrados.

### **9.5.4 Diabéticos com última consulta ao dentista há menos de 1 ano**

Dos 5 diabéticos registrados no relatório operacional, apenas 2 foram realizadas uma consulta odontológica no último ano, representando 40% dos pacientes. Essa baixa adesão ao acompanhamento odontológico é preocupante, pois as complicações periodontais podem agravar a condição dos diabéticos e aumentar o

risco de eventos cardiovasculares. O acompanhamento odontológico regular é crucial para garantir a saúde integral dos pacientes, prevenindo complicações que possam comprometer o controle glicêmico e a saúde bucal, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013d)

### 9.5.5 Diabéticos com última visita do ACS não menos de 2 meses

Apenas 1 dos 5 diabéticos identificados no relatório operacional recebeu uma visita domiciliar do ACS nos últimos dois meses, o que representa 20% do total. Os ACSs desempenham um papel essencial no monitoramento contínuo dos pacientes, identificando agravos, garantindo a adesão ao tratamento e realizando a busca ativa daqueles que não aparecem às consultas regulares. A baixa cobertura de visitas domiciliares sugere que há necessidade de envolvimento maior de agentes comunitários de saúde no acompanhamento de pacientes diabéticos, a fim de garantir uma assistência adequada e contínua.

Essas falhas no acompanhamento evidenciam a necessidade de uma abordagem mais rigorosa e sistemática por parte da equipe de saúde, que deve priorizar tanto o rastreamento quanto o registro adequado dos atendimentos, garantindo que todos os pacientes diabéticos recebam o cuidado integral necessário para prevenir complicações graves.

## 9.6 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)

**Tabela 24** - Variáveis de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) com dados baseados no Relatório consolidado de Cadastro Individual do e-SUS de julho de 2024

Variável Analisada	Número de pacientes	Total	Porcentagem
Indivíduos com mais de 20 anos que tiveram infarto	0	899	0%
Indivíduos com mais de 20 anos portadores de doença cardíaca	6	899	0,67%
Indivíduos com mais de 20 anos que tiveram AVC/derrame	3	899	0,33%
Indivíduos com mais de 20 anos com histórico de câncer	9	899	1%

Indivíduos com mais de 20 anos com insuficiência renal	2	899	0,22%
Indivíduos com asma	4	899	0,44%
Indivíduos acima do peso	32	899	3,56%

**Fonte:** Relatório consolidado de cadastros individuais do e-SUS, 2024

### 9.6.1 Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)

O relatório do e-SUS indica que nenhum caso de infarto agudo do miocárdio foi registrado na área 77, e apenas 6 pessoas foram identificadas como portadoras de doenças cardíacas, incluindo insuficiência cardíaca e outros problemas cardíacos.

Esses números são preocupantes, especialmente considerando os dados do Cardiômetro da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2023), que registrou mais de 356.828 óbitos por doenças isquêmicas do coração até novembro de 2023, com uma taxa de mortalidade de 172,8 por 100.000 habitantes em 2018. Esses números destacam a importância da vigilância e gestão adequada das doenças cardíacas, que carregam um peso significativo em termos de morbidade e mortalidade.

Uma subnotificação evidente nos relatórios é um problema grave que precisa ser corrigido. A falta de uso adequado de CIDs (I20-I25) relacionados a doenças cardíacas impede o correto monitoramento da prevalência dessas condições. Sem a contabilização exata dos casos, torna-se impossível planejar estratégias de prevenção e tratamento. Recomenda-se que a equipe de saúde da área 77 intensifique a busca ativa de pacientes com doenças cardíacas e assegure que o diagnóstico e o acompanhamento estejam devidamente registrados nos sistemas de informação, para garantir intervenções preventivas adequadas.

### 9.6.2 Acidente Vascular Encefálico (AVE)

O relatório de cadastro individual do e-SUS indica a existência de 3 casos de acidente vascular cerebral (AVC) na área, o que representa apenas 0,33% da população com mais de 20 anos. Este número é inferior à média nacional, com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022) diminuindo uma taxa de

mortalidade de 48,3 mortes por doenças cerebrovasculares por 100.000 habitantes em 2018. Além disso, dados do Instituto Nacional de Pesquisas em Saúde mostram que, em 2019, 1,8% dos residentes da região Sul do Brasil tinham diagnóstico de AVC. Dados de outras regiões do Brasil mostram uma prevalência maior de AVC, indicando que, assim como em casos de doenças cardíacas, há subnotificação e falhas no registro adequado de AVCs no e-SUS.

Comorbidades como hipertensão e diabetes, principais fatores de risco para AVC, precisam ser controladas de maneira eficiente, e os diagnósticos devem ser inseridos corretamente nos prontuários com os CIDs adequados, como CID I64 para AVC. A falta de registro impede que ações preventivas sejam tomadas de maneira eficaz, aumentando o risco de complicações graves.

### **9.6.3 Diagnóstico de câncer**

Segundo o relatório de cadastro individual, há 9 pessoas com histórico de câncer na área 77 de 1195 cadastros, representando 1% da população com mais de 20 anos. Isso é significativamente inferior à prevalência observada em outras áreas do Brasil, conforme mostrado pela Pesquisa Nacional de Saúde (2019), que estima uma prevalência de 3,5% de adultos com câncer na Região Sul. Essa disparidade sugere uma subnotificação no e-SUS, refletindo o fato de que muitos casos de câncer podem não estar sendo registrados corretamente.

Segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2021), a incidência de câncer em 2020 no Paraná foi de 205,4 casos por 100 mil habitantes entre homens e 132,11 casos por 100 mil entre mulheres. No entanto, é relevante destacar que o relatório de cadastro individual da área 77 abrange todos os indivíduos que já tiveram diagnóstico de câncer, refletindo a prevalência da doença, e não se limita apenas aos casos novos. Isso dificulta uma comparação direta com os dados do INCA, que se referem exclusivamente à incidência de novos casos.

A atualização dos cadastros por parte dos ACSs é fundamental para garantir que todos os pacientes com histórico ou diagnóstico atual de câncer sejam devidamente acompanhados. A falta de atualização dos prontuários com os CIDs pode prejudicar a continuidade do tratamento e o suporte ao paciente oncológico,

necessitando de uma integração mais robusta entre a oncologia e a atenção primária à saúde.

#### **9.6.4 Doença Renal Crônica (RDC)**

A Doença Renal Crônica (DRC) afeta aproximadamente 1,5% da população brasileira acima de 18 anos, segundo estimativas do IBGE (2022). Na área de abrangência da equipe 77, entretanto, os registros mostram uma prevalência bem inferior: entre os 1.195 cadastros individuais, apenas 6 pessoas (0,5%) foram identificadas com algum problema renal — sendo 3 com diagnóstico de insuficiência renal e 3 com outro tipo de alteração renal. Além disso, 1.172 indivíduos não apresentaram histórico de doença renal e 17 não tiveram essa informação registrada.

Esse percentual local está muito abaixo da média nacional, o que sugere a presença de subnotificação significativa, especialmente nos casos de DRC em estágios iniciais, que muitas vezes evoluem de forma silenciosa. Esse cenário é preocupante, pois a DRC está fortemente associada a condições de alta prevalência, como diabetes mellitus e hipertensão arterial, e quando não diagnosticada e acompanhada precocemente, tende a progredir para estágios mais graves, elevando o risco de complicações cardiovasculares e necessidade de terapia renal substitutiva.

Um dos fatores que pode contribuir para a subnotificação é a não utilização do CID N18 nos registros clínicos. A correta inserção desse código nos prontuários eletrônicos é essencial para o monitoramento epidemiológico, além de possibilitar o planejamento de estratégias de cuidado integrado, com foco na prevenção da progressão da doença e na redução dos impactos individuais e coletivos da DRC.

#### **9.6.5 Asma**

De acordo com o Relatório de Cadastro Individual do e-SUS, na área da equipe 77 foram identificados apenas 5 indivíduos com diagnóstico de asma (0,42%), em um total de 1.195 cadastros. Além disso, o relatório registra 14 pessoas com outras

doenças respiratórias ou pulmonares (1,17%), 8 em “outros” (0,67%), 1 em não sabe (0,08%), 1.164 sem doenças respiratórias (97,4%) e 17 sem informação registrada (1,42%).

Esse percentual de asmáticos é muito inferior à média nacional de 6,2%, conforme a Pesquisa Nacional de Saúde (2019). Estima-se que a asma atinja cerca de 20 milhões de brasileiros, o que reforça a hipótese de subnotificação dos casos na área 77, especialmente considerando que a doença frequentemente é subdiagnosticada e mal registrada nos sistemas de informação em saúde.

Um dos principais fatores para essa discrepância pode ser a ausência do uso sistemático do CID J45 nos prontuários eletrônicos, o que compromete a visibilidade real da prevalência de asma na região e dificulta o planejamento de ações efetivas de controle.

Diante desse cenário, recomenda-se a qualificação do registro clínico no e-SUS, com a correta inserção dos diagnósticos e elaboração de relatórios mais completos sobre condições respiratórias. Essa medida permitirá identificar com precisão os pacientes asmáticos, ampliar o acompanhamento na Atenção Primária à Saúde e viabilizar um planejamento mais eficaz das ações de prevenção, tratamento e monitoramento contínuo, reduzindo complicações e melhorando a qualidade de vida da população afetada.

### **9.6.6 Excesso de peso**

Segundo o Relatório de Cadastro Individual do e-SUS, a área da equipe 77 conta com 1.195 usuários cadastrados, dos quais apenas 33 (3,56%) foram classificados com excesso de peso, 9 (0,75%) abaixo do peso, 184 (15,4%) com peso adequado, enquanto 969 (81,1%) não possuem informações registradas e outros pequenos grupos aparecem em categorias diversas. Esse percentual de excesso de peso é muito inferior ao verificado pelo VIGITEL 2020, que apontou 53,7% da população de Curitiba com sobrepeso ou obesidade, revelando forte indício de subnotificação nos registros do e-SUS. Essa discrepância pode ser explicada tanto pela não utilização do CID E66 nos prontuários quanto pela ausência de aferições antropométricas regulares, o que compromete a avaliação real da prevalência local.

A obesidade, frequentemente associada a hipertensão e diabetes, constitui um dos mais importantes fatores de risco cardiovascular e deve ser monitorada de forma sistemática. Para isso, é imprescindível que a equipe de saúde realize de maneira rotineira a coleta e o registro de peso, altura e circunferência abdominal no prontuário eletrônico, possibilitando o cálculo automático do IMC no sistema RP Saúde e a correta codificação no CIAP/CID. Esses dados são fundamentais não apenas para mapear casos de sobrepeso e obesidade, mas também para subsidiar ações de promoção da saúde, como orientação nutricional, incentivo à prática de atividade física e intervenções terapêuticas multiprofissionais, voltadas à prevenção de complicações metabólicas e cardiovasculares.

No caso dos idosos, a interpretação deve ser diferenciada, visto que o IMC isolado tende a subestimar a adiposidade devido à sarcopenia e às mudanças corporais do envelhecimento, como perda de estatura por cifose ou alterações ósseas (FREITAS, 2017). Para essa população, parâmetros como a circunferência da cintura (CC) e a presença de síndrome metabólica são considerados mais confiáveis para a estratificação de risco. Evidências demonstram que, mais do que o valor do IMC, a distinção entre “obesos metabolicamente saudáveis” e aqueles com síndrome metabólica é determinante para avaliar o risco cardiovascular (FEITOSA FILHO, 2019).

Os critérios diagnósticos também variam conforme a literatura. Enquanto o Tratado de Geriatria e Gerontologia utiliza faixas tradicionais de IMC e circunferência abdominal, o Departamento de Cardiogeriatrics da Sociedade Brasileira de Cardiologia (DECAGE/SBC) propõe parâmetros específicos para idosos: IMC normal entre 18,5 e 27 kg/m<sup>2</sup>; sobrepeso entre 27 e 29,9 kg/m<sup>2</sup>; obesidade  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>; circunferência abdominal de risco  $\geq$  102 cm em homens e  $\geq$  88 cm em mulheres; relação cintura/quadril  $>$  0,99 para homens e  $\geq$  0,97 para mulheres.

Observa-se, portanto, que o prontuário eletrônico municipal (RP Saúde) em Foz do Iguaçu apresenta inconsistências na classificação nutricional, pois adota exclusivamente a estratificação de IMC para adultos, sem considerar crianças, idosos e gestantes, que demandam curvas e referências específicas, como as da OMS e outras classificações validadas (CARAM, 2009; BVS, 2023; BASTOS, 2017). Essa limitação reforça a necessidade de padronizar e qualificar os registros

antropométricos, de forma a assegurar uma avaliação mais precisa do estado nutricional e alinhar a prática local às boas diretrizes de saúde pública.

## 9.7 DOENÇAS CONTAGIOSAS / NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

A notificação compulsória corresponde ao registro obrigatório de determinadas doenças ou agravos que apresentam potencial de disseminação e risco à saúde coletiva, exigindo resposta rápida e integrada dos serviços de saúde. Entre essas condições, estão incluídas enfermidades como Covid-19, rubéola, febre amarela e poliomielite, todas listadas na Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020, do Ministério da Saúde.

No presente relatório, será apresentada a análise da situação da UBS Vila Yolanda no que diz respeito a duas patologias de relevância epidemiológica e impacto social: tuberculose e hanseníase, ambas de notificação obrigatória e que demandam atenção contínua da Atenção Primária para o diagnóstico precoce, acompanhamento e controle.

**Tabela 25** - Incidência de Tuberculose e Hanseníase encontrada no território sob responsabilidade da equipe 77 da USF Vila Yolanda

Variável	Pacientes acometidos no último ano	Número total de indivíduos	Porcentagem
Tuberculose	2	1195	0,17%
Hanseníase	0	1195	0%

**Fonte:** Relatório consolidado de cadastro individual do e-SUS, 2025

### 9.7.1 Tuberculose

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa provocada pelo *Mycobacterium tuberculosis* (bacilo de Koch), transmitida principalmente pela inalação de gotículas eliminadas na fala, tosse ou espirro de pessoas infectadas. Embora tenha predileção pelo pulmão, também pode acometer outros órgãos e sistemas, como a pleura,

linfonodos, ossos e articulações, trato geniturinário, intestinos, sistema nervoso central, pericárdio e peritônio. O tratamento é padronizado e disponibilizado de forma universal pelo SUS, sendo papel da Atenção Primária manter o acompanhamento sistemático dos pacientes em tratamento, garantindo a adesão terapêutica e a busca ativa dos contatos.

Na área da USF Vila Yolanda (equipe 77), o Relatório Consolidado do e-SUS registrou 2 casos no último ano, o que corresponde a uma incidência de 222,5 casos por 100 mil habitantes. Esse índice é muito superior à média nacional de 35,1 casos por 100 mil habitantes em 2019, revelando um cenário preocupante de maior carga da doença no território.

É importante considerar que, durante a pandemia de Covid-19 (2020-2021), houve uma queda nas notificações no Brasil, chegando a 32 casos por 100 mil habitantes, mas os números voltaram a crescer, reforçando que a tuberculose permanece como um grave problema de saúde pública.

Diante desse contexto, a equipe de saúde deve intensificar a vigilância epidemiológica, com ênfase em:

- busca ativa de contatos e investigação de sintomáticos respiratórios;
- ações de educação em saúde para conscientizar a população;
- reforço das estratégias de prevenção e adesão ao tratamento supervisionado.

Somente com medidas consistentes e contínuas será possível reduzir a transmissão e controlar a expansão da tuberculose na comunidade atendida pela unidade.

### **9.7.2 Hanseníase**

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*, que afeta principalmente a pele e os nervos periféricos. Apesar de apresentar alto poder de infectividade, sua patogenicidade é baixa, o que significa que nem todas as pessoas expostas desenvolvem a doença. Quando não diagnosticada precocemente, pode evoluir para comprometimento motor e sensitivo, gerando

incapacidades permanentes e aumentando o risco de transmissão, reforçando a importância da vigilância ativa pela Atenção Primária à Saúde.

Na área 77 da USF Vila Yolanda, o Relatório Consolidado do e-SUS não registrou casos de hanseníase no último ano. Contudo, a ausência de notificações não deve ser interpretada como inexistência da doença, mas sim como possível subdiagnóstico ou subnotificação, já que a hanseníase possui evolução lenta e manifestações clínicas que podem ser confundidas com outras condições dermatológicas ou neurológicas.

A Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2022) aponta que mais de 1,9 milhão de brasileiros relataram, em 2022, manchas na pele acompanhadas de dormência — sinais que podem estar associados à hanseníase. Isso demonstra que a magnitude da doença no país ainda é relevante e exige atenção constante.

Portanto, cabe à equipe da área 77 intensificar as ações de busca ativa e rastreamento, priorizando grupos vulneráveis e garantindo a realização de testes de sensibilidade, avaliação de lesões e acompanhamento de contatos próximos. Iniciativas de conscientização, como a campanha “Janeiro Roxo”, devem ser incorporadas de forma permanente, favorecendo a detecção precoce, a redução de estigmas sociais e a prevenção de incapacidades físicas, assegurando uma resposta mais efetiva da saúde pública frente à hanseníase.

## 9.8 OUTRAS CONDIÇÕES DE INTERESSE MÉDICO ok

**Tabela 26** -Outras condições de interesse médico com dados baseados no Relatório consolidado de Cadastro Individual do e-SUS da equipe 77

Variável	Pacientes com a condição	Total de indivíduos	Porcentagem
Pacientes Acamados/domiciliados	20	1195	1,67%
Internação nos últimos 12 meses	7	1195	0,59%
Problema de saúde mental diagnosticado	11	1195	0,92%
Uso de substâncias ilícitas nos últimos 12 meses	3	1195	0,25%

**Fonte:** Relatório consolidado de cadastro individual do e-SUS, 2025

### **9.8.1 Acamados**

De acordo com o Relatório de Cadastro Individual do e-SUS, na área de abrangência da USF Vila Yolanda (equipe 77) foram identificados 6 indivíduos acamados (0,50%), em um total de 1.195 cadastros. Além disso, 1.171 (97,9%) declararam não estar acamados, enquanto 18 (1,5%) não tiveram essa informação registrada.

A atenção domiciliar para esses pacientes deve ser considerada uma prioridade, garantindo os princípios de equidade e integralidade do cuidado, conforme orienta o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020). A estratificação de risco clínico e social desses indivíduos é essencial para que a equipe de Atenção Primária, em articulação com o serviço de Atenção Domiciliar, possa atuar de maneira eficaz, reduzindo complicações, aliviando o sofrimento dos pacientes e minimizando a sobrecarga dos familiares e cuidadores.

Entretanto, a existência de subnotificação e falhas na atualização dos cadastros pode mascarar a real dimensão dessa população vulnerável, comprometendo o planejamento adequado das ações de saúde. A identificação ativa, o registro fidedigno e o acompanhamento contínuo são fundamentais para melhorar a qualidade de vida desses usuários e assegurar a efetividade das políticas de atenção domiciliar.

### **9.8.2 Internações no último ano**

Na área da equipe 77, foram registradas 7 internações no último ano, o que corresponde a 0,59% dos 1.195 cadastros. Do total, 1.169 usuários (97,8%) declararam não ter sido internados e 19 (1,6%) não tiveram essa informação registrada. Embora o percentual de internações pareça baixo, é importante considerar que o número real pode estar subestimado, já que muitas internações deixam de ser

notificadas devido à fragilidade na comunicação entre os diferentes níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária).

A falta de uma coordenação efetiva entre os serviços hospitalares e a Atenção Primária à Saúde (APS) prejudica a obtenção de informações sobre o cuidado no período pós-alta, dificultando o planejamento de ações preventivas e favorecendo a ocorrência de reinternações evitáveis.

Nesse cenário, torna-se essencial fortalecer a integração entre a APS e a rede hospitalar, garantindo fluxos de informação mais ágeis e completos. Essa articulação é fundamental para assegurar a continuidade do cuidado, reduzir internações desnecessárias e promover a melhoria da qualidade de vida da população assistida.

### **9.8.3 Transtorno mental**

Na área da equipe 77, dos 1.195 cadastros existentes, apenas 11 pessoas (0,92%) possuem diagnóstico de transtornos relacionados à saúde mental. Outros 1.165 (97,5%) não apresentam registros dessa condição, enquanto 17 (1,4%) não tiveram a informação declarada. Embora os números oficiais sejam baixos, é provável que não traduzam a realidade local, já que os transtornos mentais são frequentemente subnotificados e muitos casos não chegam a ser formalmente diagnosticados, seja pela baixa procura por atendimento especializado, seja por falhas no processo de registro no sistema.

Embora o relatório não detalhe os tipos de transtornos identificados, a vivência na prática clínica aponta que ansiedade e depressão são as condições mais recorrentes, o que se confirma pela demanda constante de renovação de receitas de ansiolíticos e antidepressivos. Isso sugere que a prevalência real pode ser bem superior ao que os cadastros revelam, indicando uma carga de sofrimento psíquico subestimada na comunidade.

A situação é agravada pelo fato de que os transtornos ansiosos e depressivos são historicamente subdiagnosticados e, somados à escassez de profissionais de saúde mental, dificultam o acesso da população a um cuidado contínuo e resolutivo. Nesse sentido, torna-se fundamental intensificar o rastreamento ativo, a estratificação

de risco e a identificação precoce, além de articular o trabalho da Atenção Primária com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para dar suporte aos casos de maior gravidade.

A alta demanda reprimida por atendimento psicológico e psiquiátrico, somada à carência de recursos humanos especializados, exige estratégias mais efetivas, como o aumento da oferta de consultas, o fortalecimento do matriciamento em saúde mental e a implementação de ações coletivas, como grupos terapêuticos e práticas de autocuidado comunitário. Tais medidas podem ampliar o acesso, reduzir complicações e garantir uma atenção mais integral, promovendo melhor qualidade de vida à população atendida.

#### **9.8.4 Uso de substâncias ilícitas nos últimos 12 meses**

Na área da equipe 77, apenas 3 indivíduos (0,25%) relataram o uso de substâncias ilícitas, em um total de 1.195 cadastros. Outros 1.174 usuários (98,2%) declararam não fazer uso e 18 (1,5%) não tiveram essa informação registrada. Apesar do baixo percentual, é altamente provável que esses números estejam subestimados, uma vez que pessoas que fazem uso de drogas frequentemente evitam procurar a Atenção Primária à Saúde (APS) por medo de estigmatização, julgamentos ou dificuldades de acesso.

Um aspecto relevante é que a área abriga uma clínica de recuperação para usuários de drogas, cujos pacientes são regularmente atendidos pela APS, geralmente a cada um ou dois meses, para renovação de receitas de medicamentos controlados ou em situações de episódios agudos. A presença dessa instituição no território reforça a hipótese de que o consumo de substâncias ilícitas na região é muito maior do que os cadastros oficiais apontam, evidenciando um cenário de subnotificação importante.

Esse contexto exige uma abordagem mais ativa e integrada por parte da equipe de saúde, com estratégias voltadas à identificação precoce, monitoramento contínuo e encaminhamento adequado dos usuários para serviços especializados em dependência química, como os CAPS-AD (Centros de Atenção Psicossocial Álcool e

Drogas). Além disso, torna-se fundamental fortalecer práticas de redução de danos, promoção de saúde mental e integração intersetorial, de forma a reduzir riscos, ampliar o acesso ao cuidado e enfrentar de maneira mais efetiva os impactos do uso de drogas ilícitas na comunidade.

## 9.9 DEFICIÊNCIAS

Na equipe 77 da USF Vila Yolanda, foram registrados 35 indivíduos com algum tipo de deficiência, o que representa 2,93% do total de 1.195 cadastros. Esse percentual é bastante inferior à média nacional de 23,9% apontada pelo IBGE (2022), o que indica possível subnotificação ou falhas no processo de identificação e registro dessas pessoas no e-SUS.

Essa diferença expressiva evidencia a necessidade de ampliar as estratégias de busca ativa por parte dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e da equipe multiprofissional, garantindo registros mais consistentes e condizentes com a realidade local. Dados precisos são fundamentais para quantificar corretamente a demanda, organizar os fluxos de atendimento e direcionar políticas de saúde que assegurem integralidade e equidade no cuidado.

Também é imprescindível reforçar a aplicação das políticas públicas destinadas às pessoas com deficiência, em especial aquelas previstas no Decreto nº 6.949/2009, que incorporou ao ordenamento jurídico brasileiro a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Esse marco legal assegura o direito à dignidade, à acessibilidade e a cuidados de saúde de qualidade, devendo orientar as práticas na Atenção Primária.

A manutenção de cadastros incompletos ou desatualizados compromete o planejamento e a execução das ações de saúde, podendo restringir o acesso dos usuários a serviços adequados. Nesse sentido, torna-se urgente investir na capacitação permanente das equipes, no aperfeiçoamento dos registros clínicos e na integração intersetorial, para que as pessoas com deficiência recebam uma atenção digna, contínua e resolutiva.

**Tabela 27-** Variáveis de interesse quanto aos indivíduos com deficiência com dados baseados no Relatório consolidado de Cadastro Individual do e-SUS da equipe 77 agosto 2025

Variável Analisada	Pacientes com a condição	Total da população	Porcentagem
Portador de alguma deficiência	35	1195	2,93%
Portador de deficiência auditiva	1	1195	0,08%
Portador de deficiência visual	3	1195	0,25%
Portador de deficiência física/motora	16	1195	1,34%
Portador de deficiência intelectual / cognitiva	9	1195	0,75%

**Fonte:** Relatório consolidado de cadastros individuais do e-SUS, 2025

### 9.9.1 Deficiência Auditiva

Na área de abrangência da equipe 77, o cadastro individual do e-SUS registra apenas 1 pessoa com deficiência auditiva, o que representa 0,08% da população cadastrada (1.195 indivíduos). Esse valor é bastante inferior à média nacional de 0,8%, conforme levantamento do IBGE (2022), sugerindo subnotificação ou falhas no processo de identificação dessa condição.

Essa discrepância pode estar relacionada à ausência de protocolos padronizados para rastreamento, à subnotificação pelos ACS durante as visitas domiciliares ou mesmo à dificuldade da população em relatar ou reconhecer perdas auditivas. A deficiência auditiva, sobretudo em estágios iniciais, muitas vezes passa despercebida, o que reforça a necessidade de uma avaliação mais criteriosa e sistemática.

Diante disso, torna-se essencial que a equipe de saúde adote estratégias de busca ativa mais consistentes, associadas à capacitação contínua dos ACS e à implementação de instrumentos de triagem auditiva simples e acessíveis. Além do diagnóstico, é necessário garantir que os indivíduos identificados tenham acesso a serviços de saúde auditiva, reabilitação e inclusão social, assegurando uma atenção básica que seja de fato integral, equitativa e promotora da dignidade humana.

### **9.9.2 Deficiência Visual**

Na área de abrangência da equipe 77, o relatório de cadastro individual do e-SUS aponta a presença de apenas 3 pessoas com deficiência visual, o que equivale a 0,25% dos 1.195 cadastros. Esse percentual é muito inferior à média nacional de 3,45%, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2019), revelando um possível cenário de subnotificação ou falhas no processo de identificação desses usuários.

Apesar de não estar entre as deficiências mais prevalentes, a deficiência visual exige atenção qualificada, tanto para o acompanhamento clínico contínuo quanto para a promoção da acessibilidade e inclusão social. A discrepância entre os dados locais e os nacionais pode refletir desde a falta de capacitação da equipe de saúde até a ausência de protocolos claros de rastreamento.

Para corrigir essas distorções, é necessário investir em formação contínua dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), intensificar a busca ativa e assegurar a atualização periódica dos cadastros. Somente assim será possível conhecer a real magnitude dessa condição na população atendida e garantir que as necessidades das pessoas com deficiência visual sejam plenamente contempladas na Atenção Primária à Saúde.

### **9.9.3 Deficiência Física/Motora**

Na área de abrangência da equipe 77, dos 1.195 indivíduos cadastrados, 16 (1,34%) foram registrados como portadores de deficiência física ou motora. Esse índice é inferior à média nacional de 3,4% para limitações em membros inferiores e 2,7% em membros superiores, conforme dados do IBGE (2019), sugerindo possível subnotificação ou falhas na identificação adequada desses casos.

Essa discrepância pode refletir tanto a falta de capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para reconhecer sinais e limitações funcionais quanto

a ênfase insuficiente nas visitas domiciliares voltadas à avaliação detalhada das condições físicas dos moradores.

Para superar essa lacuna, é fundamental investir em treinamento específico para os profissionais da Atenção Primária à Saúde, de modo que sejam capazes de identificar precocemente e registrar corretamente as deficiências físicas e motoras. Além do diagnóstico, deve-se garantir que as ações de saúde estejam alinhadas a políticas públicas inclusivas, como as diretrizes estabelecidas pela Portaria MS/GM nº 1.060/2002, que orienta a assistência integral às pessoas com deficiência física, assegurando igualdade no acesso aos serviços de saúde.

Essas diretrizes preveem não apenas a prevenção e reabilitação, mas também medidas que favoreçam a autonomia e a inclusão social, como adaptação de ambientes, fornecimento de dispositivos de apoio, orientação e suporte contínuo. Dessa forma, a atenção à pessoa com deficiência física deve estar voltada não apenas à condição clínica, mas também à sua plena participação na sociedade e qualidade de vida.

Portanto, cabe à equipe de saúde da área 77 atuar de forma proativa e qualificada, garantindo que o cuidado seja abrangente, inclusivo e humanizado, contribuindo para a redução das barreiras enfrentadas por esses indivíduos e para a construção de um sistema de saúde mais justo e equitativo.

#### **9.9.4 Deficiência Intelectual/Cognitiva**

Na área de abrangência da equipe 77, foram registrados 9 indivíduos com deficiência intelectual ou cognitiva, o que corresponde a 0,75% da população cadastrada (1.195 pessoas). Esse valor está abaixo da média nacional de 1,2%, apontada pela Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2019), indicando possível subnotificação ou falhas na identificação adequada desses casos durante o processo de cadastro.

A deficiência intelectual ou cognitiva impacta diferentes dimensões da vida cotidiana, incluindo habilidades de interação social, comunicação, aprendizado e segurança, como descrito na Portaria MS/GM nº 1.060/2002, que estabelece diretrizes

para a assistência às pessoas com deficiência. Diante disso, é fundamental que a equipe de Atenção Primária esteja preparada para oferecer atendimento inclusivo e integral, assegurando não apenas o acesso aos cuidados de saúde, mas também a promoção da autonomia e da participação social dessas pessoas.

Para corrigir a discrepância entre os dados locais e a prevalência nacional, torna-se necessário adotar uma abordagem mais precisa na coleta de informações, aliada à capacitação contínua dos profissionais de saúde e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Essas medidas possibilitam a identificação correta, a atualização dos registros e o planejamento de ações de saúde personalizadas, garantindo que as necessidades dessa população sejam reconhecidas e efetivamente atendidas.

## **10 INDICADORES DE FINANCIAMENTO DA APS**

O Previne Brasil constitui um marco estratégico para a Atenção Primária à Saúde (APS), pois redefine a forma de financiamento das equipes, vinculando repasses a indicadores de desempenho que refletem diretamente a qualidade do cuidado ofertado à população. Entre os principais parâmetros avaliados, destaca-se a cobertura vacinal, essencial para manter a imunização em diferentes fases da vida e reduzir a incidência de doenças infecciosas, protegendo não apenas o indivíduo, mas toda a coletividade.

Outro indicador de grande relevância é o exame citopatológico, que permite a detecção precoce de alterações no colo do útero e atua como ferramenta central na prevenção do câncer, contribuindo para reduzir casos em estágios avançados. No campo da saúde materno-infantil, o acompanhamento pré-natal com, no mínimo, seis consultas representa uma prática obrigatória para assegurar gestações mais seguras, complementada pela realização de testes de sífilis e HIV, fundamentais para o diagnóstico oportuno e a redução de complicações. A consulta odontológica durante a gestação também integra o rol de indicadores, reforçando a visão de cuidado integral

ao considerar a influência da saúde bucal na evolução da gravidez e no desenvolvimento fetal.

No manejo das doenças crônicas, o monitoramento regular de hipertensos e diabéticos reflete a capacidade das equipes em acompanhar pacientes de maior risco, promovendo hábitos de vida saudáveis, prevenindo descompensações e reduzindo hospitalizações evitáveis.

Assim, os indicadores do Previne Brasil não se limitam a mensurar resultados, mas funcionam como norteadores da qualidade assistencial, influenciando diretamente o financiamento das unidades de saúde e consolidando práticas de prevenção, promoção e cuidado integral em saúde pública.

## 10.1 SÉRIE HISTÓRICA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU

A análise da série histórica dos indicadores da UBS Vila Yolanda entre 2023 e o primeiro quadrimestre de 2025 revela um cenário de avanços pontuais, mas também de oscilações que comprometem a consistência dos resultados. A cobertura vacinal, por exemplo, manteve-se em níveis elevados no início de 2023, atingindo 85% no segundo quadrimestre, mas sofreu queda significativa para 69% no terceiro. No primeiro quadrimestre de 2024 houve recuperação para 86%, indicando esforços de intensificação das campanhas, entretanto em 2025 o índice voltou a cair para 73%, o que evidencia dificuldades em sustentar a regularidade da imunização em níveis ideais e alinhados às metas nacionais.

A aferição da pressão arterial em pacientes hipertensos apresentou avanços discretos, passando de 15% no primeiro e segundo quadrimestres de 2023 para 22% no terceiro, mas voltou a cair para 21% em 2024 e manteve-se nesse mesmo nível em 2025. Esse quadro reforça a fragilidade no acompanhamento dos crônicos e a necessidade de estratégias mais efetivas de busca ativa e adesão ao seguimento clínico.

Em relação à saúde bucal de gestantes, os dados mostram forte instabilidade. No início de 2023 o indicador era de 48%, subiu para 59% no segundo quadrimestre, mas caiu para 44% no terceiro. Houve recuperação expressiva em 2024, quando

alcançou 62%, porém em 2025 voltou a recuar para 42%, revelando dificuldade em manter políticas de cuidado integral materno-infantil. O mesmo padrão é observado no acompanhamento de seis consultas de pré-natal: após alcançar 52% e 62% nos dois primeiros quadrimestres de 2023, caiu para 45% no terceiro; em 2024 houve elevação significativa para 66%, mas em 2025 o indicador desceu novamente para 53%.

No rastreamento de sífilis e HIV em gestantes, a variação também foi marcante. Em 2023 os resultados cresceram de 68% no primeiro quadrimestre para 85% no segundo, mas caíram para 59% no terceiro. Em 2024 houve novo avanço, com 88%, mas em 2025 o percentual caiu para 72%, mantendo-se ainda acima dos primeiros registros da série, mas demonstrando instabilidade nas estratégias de triagem.

O monitoramento de pacientes diabéticos, por meio da realização do exame de hemoglobina glicada, apresentou evolução gradual, mas consistente. Em 2023 os índices foram de 15% no segundo quadrimestre e 22% no terceiro, passando a 21% no primeiro quadrimestre de 2024 e alcançando 30% em 2025, o que representa um progresso importante, embora ainda distante das metas estabelecidas para o acompanhamento da doença.

Por fim, a cobertura do exame citopatológico mostrou-se praticamente estagnada ao longo do período. Em 2023 o indicador ficou em 30% no terceiro quadrimestre, passando para 29% em 2024 e 28% em 2025, valores que permanecem muito abaixo das metas nacionais e que apontam para baixa adesão ao rastreamento do câncer de colo uterino.

De forma geral, observa-se que, apesar de alguns avanços, como no acompanhamento dos diabéticos e na recuperação vacinal em 2024, os resultados da UBS Vila Yolanda apresentam instabilidade e baixa regularidade. As quedas significativas em saúde bucal de gestantes, consultas de pré-natal, rastreamento de sífilis e HIV e citopatológico indicam fragilidades no planejamento e execução das ações. A sustentação de resultados mais consistentes depende de estratégias permanentes de busca ativa, fortalecimento da educação em saúde e maior integração multiprofissional, de forma a garantir a adesão da população ao cuidado contínuo, a sustentabilidade do financiamento da Atenção Primária pelo Previne Brasil e a efetiva melhoria da qualidade dos serviços de saúde ofertados à comunidade.

**Tabela 28-** Série histórica dos indicadores de desempenho municipais relacionados ao Previne Brasil

Ano	2019			2020			2021			2022			2023			2024			2025
	Q 1	Q 2	Q 3	Q 1	Q 2	Q 3	Q 1	Q 2	Q 3	Q 1	Q 2	Q 3	Q 1	Q 2	Q 3	Q 1	Q 2	Q 3	Q1
Vacinação	94	85	43	67	72	89	68	26	19	66	79	67	88	85	69	86	84	68	73
Hipertensão (PA aferida)	11	12	12	9	6	7	8	8	10	11	17	18	15	15	22	21	18	15	21
Gestante (saúde bucal)	21	22	25	24	19	11	24	31	39	43	45	39	48	59	44	62	55	37	42
Gestante (seis consultas de pré natal)	21	32	35	39	51	56	72	57	59	40	47	42	52	62	45	66	64	40	53
Gestante (sífilis/HIV)	20	30	38	52	61	66	83	68	72	64	72	63	68	85	59	88	90	64	72
Diabetes (hemoglobina glicada)	5	5	6	6	6	11	14	19	28	12	18	20	14	15	22	21	18	22	30
Cobertura do citopatológico	13	13	15	14	14	20	21	21	21	23	24	26	27	29	30	29	28	28	28

Fonte: Relatórios do SISAB/e-Gestor AB, 2025

## 10.2 SÉRIE HISTÓRICA DA EQUIPE 77 - UBS VILA YOLANDA

Conforme explicitado, a tabela31 mostra cronologicamente os quadrimestres (Q1, Q2, Q3) desde 2022 até o primeiro quadrimestre de 2025. É necessário ressaltar que existe a impossibilidade da contabilização dos dados de anos anteriores, visto que o sistema não fornece essas informações.

**Tabela 29** - Série histórica dos Sete indicadores - Equipe 77 Previne Brasil

Ano	2022			2023			2024			2025
	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1
Vacinação	50	67	100	100	50	100	67	86	75	93
Hipertensão (PA aferida)	12	26	20	16	16	23	29	24	22	38
Gestante (saúde bucal)	36	55	41	44	42	71	71	36	50	55
Gestante (seis consultas de pré natal)	68	59	73	50	100	71	79	64	50	45
Gestante (sífilis/HIV)	91	82	71	48	75	86	86	79	70	91
Diabetes (hemoglobina glicada)	8	21	17	10	14	21	20	24	35	41
Cobertura do citopatológico	14	15	16	21	21	22	20	22	20	20

**Fonte:** Relatórios do SISAB/e-Gestor AB, 2025

A análise da série histórica dos sete indicadores de desempenho da equipe 77 da USF Vila Yolanda entre 2022 e o primeiro quadrimestre de 2025 evidencia avanços relevantes em algumas áreas, mas também revela oscilações que comprometem a regularidade e a consolidação dos resultados.

A cobertura vacinal mostrou crescimento consistente ao longo do período. Em 2022, os valores estavam entre 50% e 67%, subindo expressivamente em 2023 para

patamares de até 100% no segundo quadrimestre. Em 2024, manteve índices elevados, alcançando 86% no primeiro quadrimestre, e em 2025 iniciou o ano com 93%, resultado bastante satisfatório e acima da média histórica.

A aferição da pressão arterial em pacientes hipertensos apresentou evolução progressiva. Em 2022, o indicador variou de 12% a 16%, saltando para 23% no final de 2023. Em 2024 houve nova elevação, com 24% no primeiro quadrimestre, chegando a 35% no final do ano. O avanço mais expressivo ocorreu em 2025, quando atingiu 38%, o melhor resultado da série, refletindo esforços da equipe na vigilância e acompanhamento dos pacientes crônicos.

Em relação à saúde bucal de gestantes, os números mostraram forte oscilação. Em 2022, os índices variaram entre 36% e 50%, avançando para resultados mais altos em 2023, quando chegaram a 71% no segundo quadrimestre. Apesar disso, em 2024 houve queda para 56%, e em 2025 Q1 o valor despencou para 37%, revelando dificuldades em manter a continuidade da atenção odontológica no pré-natal.

O acompanhamento de seis consultas de pré-natal se manteve como um dos indicadores mais consistentes. Em 2022, os valores estavam entre 59% e 73%, crescendo em 2023 e atingindo 100% no primeiro quadrimestre. Após uma leve queda para 79% no final de 2023, os índices estabilizaram em torno de 71% a 66% em 2024. Já em 2025 houve nova queda significativa para 45%, o que representa um retrocesso importante em relação ao desempenho anterior.

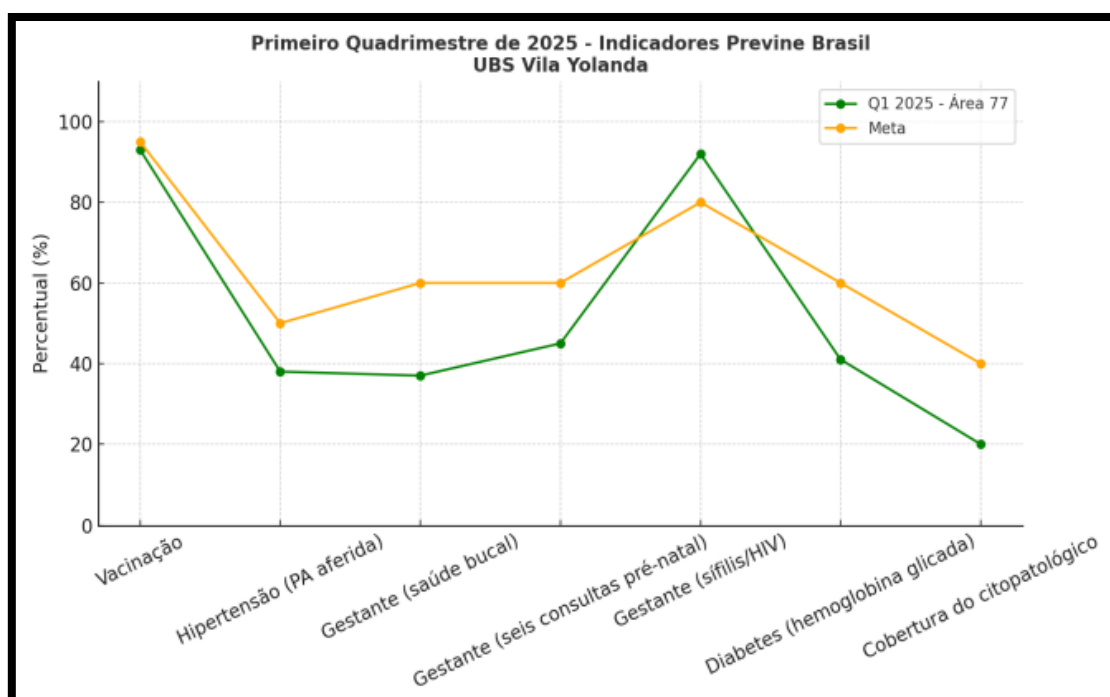
A triagem de sífilis e HIV em gestantes apresentou-se como o indicador mais consolidado ao longo da série. Os percentuais iniciaram em 91% no primeiro quadrimestre de 2022, mantiveram-se sempre acima de 70% nos anos seguintes e chegaram a 92% em 2025 Q1, evidenciando eficiência na prevenção e diagnóstico precoce de infecções sexualmente transmissíveis no pré-natal.

O acompanhamento de pacientes diabéticos por meio da hemoglobina glicada apresentou evolução gradual. Em 2022, os índices variaram entre 8% e 17%, passando para 20% em 2023 e alcançando 35% no final de 2024. O início de 2025 trouxe um salto significativo, chegando a 41%, o que representa o melhor desempenho da série e demonstra fortalecimento da vigilância em saúde para doenças crônicas.

Por fim, a cobertura citopatológica mostrou avanços discretos, mas sem atingir patamares satisfatórios. Em 2022, os valores estavam entre 14% e 21%, crescendo para 24% em 2023. Em 2024, estabilizou em torno de 22%, mas em 2025 caiu novamente para 20%, permanecendo bem abaixo das metas nacionais para rastreamento do câncer de colo uterino.

Em síntese, a equipe 77 da USF Vila Yolanda obteve resultados expressivos em vacinação, rastreamento de sífilis e HIV e acompanhamento de diabetes, com evolução significativa até 2025. Entretanto, alguns indicadores-chave, como consultas de pré-natal, saúde bucal de gestantes e citopatológico, apresentaram queda ou estagnação preocupante, o que aponta para a necessidade de maior regularidade nas ações, fortalecimento da busca ativa e integração multiprofissional para garantir a continuidade do cuidado e a sustentabilidade dos avanços obtidos.

**Gráfico 13** - Sete indicadores de desempenho – Primeiro Quadrimestre de 2025 UBS Vila Yolanda – Área 77.



**Fonte:** Elaborado pelo autor. Relatórios do SISAB/e-Gestor AB, 2025

### 10.3 DISTÂNCIA DA META DA EQUIPE 77 NO 1º QUADRIMESTRE DE 2025

A gestão da Atenção Primária à Saúde (APS) exige uma análise criteriosa dos indicadores de desempenho, visto que estes impactam diretamente tanto a qualidade da assistência prestada quanto o financiamento das equipes. O Programa Previne Brasil, instituído em 2019, representa a principal ferramenta para este monitoramento, utilizando metas e indicadores como base para o pagamento por desempenho. Nos primeiros anos de sua implementação (2020 e 2021), muitas equipes enfrentaram dificuldades, uma vez que as metas foram calculadas a partir de denominadores elevados derivados de registros como SINASC e IBGE, o que resultava em parâmetros descolados da realidade local. A partir de 2023, no entanto, as metas foram melhor ajustadas, tornando-se mais factíveis e permitindo avaliações mais condizentes com a prática da APS.

No primeiro quadrimestre de 2025, a equipe 77 da UBS Vila Yolanda apresentou resultados heterogêneos, com avanços importantes em alguns indicadores e distanciamento significativo em outros. A cobertura vacinal atingiu 93%, muito próxima da meta nacional de 95%, consolidando-se como um dos pontos fortes da equipe. O rastreamento de sífilis e HIV em gestantes também se destacou, com 92%, superando a meta de 80% e evidenciando eficiência nas estratégias de diagnóstico precoce e prevenção.

Entretanto, outros indicadores continuam distantes das metas estabelecidas. Apenas 38% dos hipertensos tiveram a pressão arterial aferida (meta  $\geq 50\%$ ) e 41% dos diabéticos realizaram hemoglobina glicada (meta  $\geq 60\%$ ), revelando fragilidades no acompanhamento sistemático das condições crônicas. No cuidado materno-infantil, apenas 45% das gestantes completaram as seis consultas de pré-natal recomendadas (meta  $\geq 60\%$ ) e 37% receberam atendimento odontológico (meta  $\geq 60\%$ ), refletindo a necessidade de maior integração multiprofissional e busca ativa das gestantes faltosas. A cobertura citopatológica, por sua vez, permanece como o maior desafio: apenas 20% de realização, distante da meta de 40%, indicando baixa adesão ao rastreamento do câncer de colo de útero.

Esses resultados, ainda que demonstrem avanços pontuais, evidenciam um quadro de distância significativa em relação a indicadores-chave, especialmente no

controle de crônicos, pré-natal e rastreamento oncológico. Esse desempenho impacta diretamente o cálculo do Indicador Sintético Final (ISF), que representa a nota da equipe e serve de base para a definição dos repasses financeiros. Apesar da expectativa em torno da publicação oficial dos dados consolidados e da aplicação da Portaria nº 4.371/2024, que regulamentou o incentivo financeiro, a equipe permanece diante do desafio de consolidar ações contínuas, reduzir a oscilação dos resultados entre quadrimestres e aproximar-se de forma mais consistente das metas nacionais.

Em síntese, a equipe 77 demonstra capacidade de alcançar bons resultados em áreas específicas, mas ainda enfrenta lacunas estruturais que exigem fortalecimento da busca ativa, ampliação da cobertura de exames e consultas e maior engajamento comunitário. A superação dessas fragilidades será determinante não apenas para a melhoria dos indicadores de saúde da população, mas também para a sustentabilidade financeira da APS no município.

**Tabela 30** - Distância de meta da equipe 77 no 1º quadrimestre de 2025

Indicador 2023 Q3	Resultado do indicador	Meta	Pontuação do indicador	Peso ponderado	Resultado ponderado	ISF
Vacinação	93	95	9,8	2	19,6	7,65
Hipertensão (PA aferida)	38	50	7,6	2	15,2	
Gestante (saúde bucal)	37	60	6,2	2	12,4	
Gestante (6 consultas de pré-natal)	45	45	7,5	1	7,5	
Gestante (sífilis/HIV)	92	60	10,0	1	10,0	
Diabetes (HbA1c)	41	50	6,8	1	6,8	
Cobertura do citopatológico	20	40	5,0	1	5,0	

**Fonte:** Relatório do SISAB/e-Gestor AB, 2025

No indicador de vacinação, a equipe obteve 93%, desempenho muito próximo da meta nacional de 95%. Esse resultado corresponde a uma pontuação de 9,8 e resultado ponderado de 19,6 (peso 2). O dado mostra que as estratégias de ampliação

da cobertura vacinal foram efetivas, porém ainda é necessário reforçar a busca ativa, principalmente em crianças e adolescentes, para consolidar a meta e evitar novas quedas em períodos subsequentes.

No acompanhamento da hipertensão arterial, a aferição de pressão alcançou 38%, abaixo da meta de 50%. Com pontuação de 7,6 e resultado ponderado de 15,2 (peso 2), o desempenho, embora melhor do que em anos anteriores, ainda demonstra fragilidades, sobretudo no monitoramento contínuo e na adesão dos usuários ao acompanhamento regular. Esse indicador exige maior organização dos fluxos assistenciais e intensificação das ações educativas.

Em relação à saúde bucal das gestantes, o resultado foi de 37%, distante da meta de 60%. Isso representa uma pontuação de 6,2 e um resultado ponderado de 12,4. Esse desempenho insatisfatório sugere baixa integração entre saúde bucal e pré-natal, apontando para a necessidade de retomar estratégias de sensibilização, já que o cuidado odontológico durante a gestação é essencial para reduzir complicações maternas e obstétricas.

O acompanhamento de seis consultas de pré-natal apresentou resultado de 45%, quando a meta é 60%. Esse valor gerou pontuação de 7,5 e resultado ponderado de 7,5. Apesar de representar algum avanço, o indicador mostra que muitas gestantes ainda não conseguem completar o ciclo recomendado de consultas, comprometendo a vigilância materno-infantil.

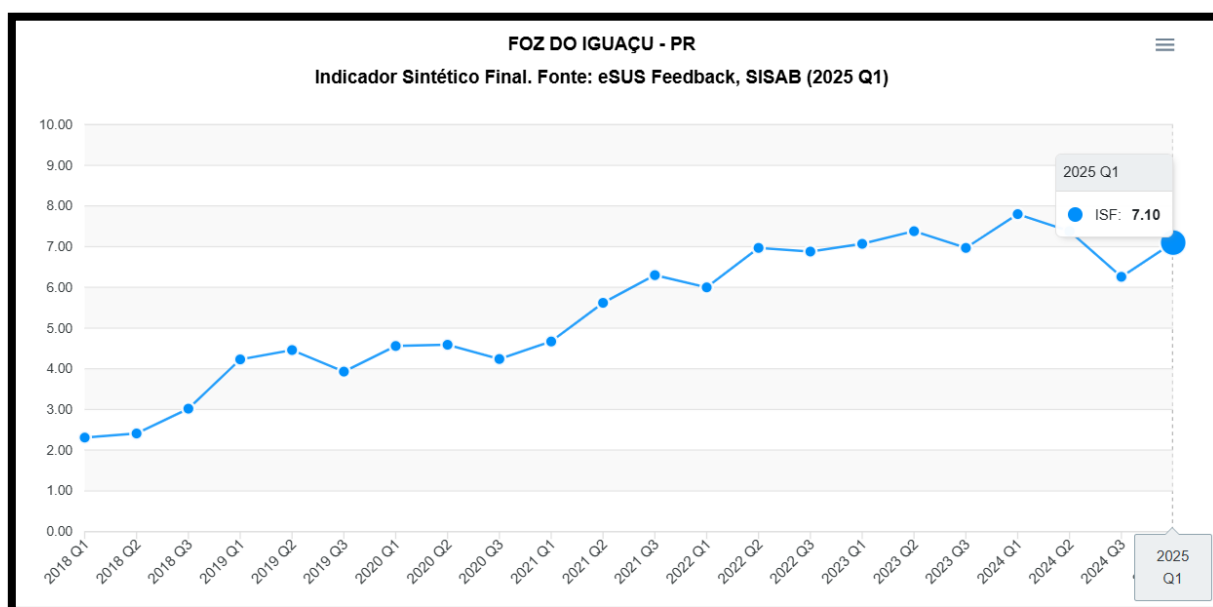
Por outro lado, o rastreamento de sífilis e HIV em gestantes foi o ponto mais positivo: 92%, ultrapassando a meta de 80%, com pontuação máxima de 10 e resultado ponderado de 10. Esse resultado reafirma a efetividade das ações de triagem e o compromisso da equipe em prevenir agravos que podem impactar gravemente a saúde materna e neonatal.

O indicador de diabetes mellitus (hemoglobina glicada) apresentou 41%, abaixo da meta de 60%. Isso corresponde a uma pontuação de 6,8 e resultado ponderado de 6,8. Embora haja melhora em relação a quadrimestres anteriores, o índice ainda é baixo e reflete as dificuldades em garantir que os pacientes realizem o exame regularmente, etapa fundamental para o controle glicêmico de longo prazo e prevenção de complicações como nefropatia e retinopatia diabética.

Já a cobertura citopatológica foi o indicador mais crítico, com apenas 20%, frente à meta de 40%. A pontuação foi de 5,0 e o resultado ponderado também de 5,0. Esse baixo desempenho aponta para falhas na busca ativa de mulheres em idade fértil e revela entraves na adesão ao exame preventivo, o que compromete as estratégias de rastreamento precoce do câncer de colo do útero.

De forma geral, a equipe 77 alcançou um ISF de 7,65 no primeiro quadrimestre de 2025, levemente inferior ao resultado do ano anterior (7,91). Embora os bons índices em vacinação e rastreamento de sífilis/HIV demonstrem avanços, persistem desafios significativos em relação ao pré-natal, saúde bucal, acompanhamento de hipertensos e diabéticos e, sobretudo, no exame citopatológico, que segue como o ponto mais distante da meta estabelecida.

**Gráfico 14** - Indicador sintético final, Foz do Iguaçu – PR, 1º quadrimestre de 2025



**Fonte:** eSUS Feedback, SISAB (2025 Q5)

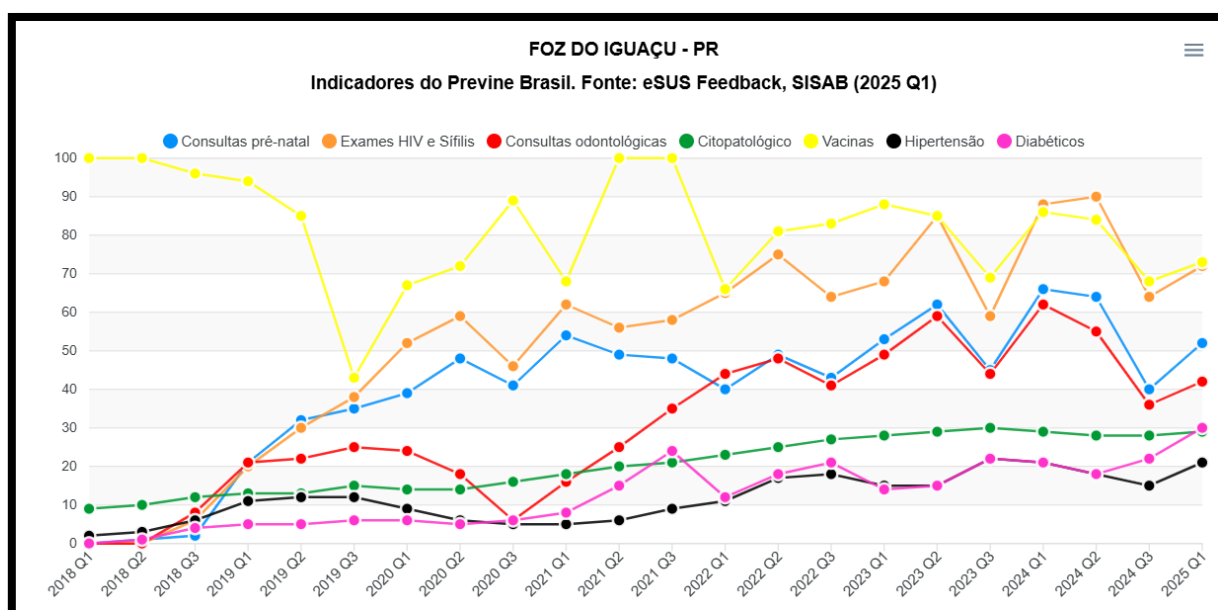
No entanto, O atraso na publicação oficial dos dados referentes ao primeiro quadrimestre de 2024 pelo Ministério da Saúde teve repercussões diretas no planejamento financeiro das equipes, dificultando a adequação das estratégias de acordo com o desempenho registrado. A demora comprometeu não apenas a redistribuição de recursos e incentivos financeiros, mas também a motivação das

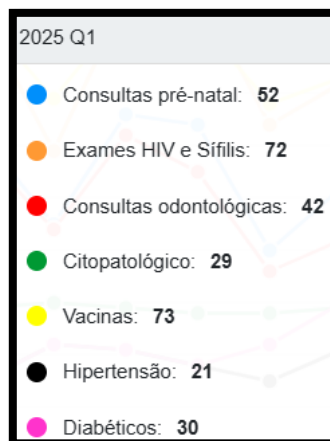
equipes, que ficaram sem parâmetros claros para organizar suas ações no tempo oportuno.

No primeiro quadrimestre de 2025, Foz do Iguaçu alcançou um ISF de 7,10, resultado que, embora positivo frente à evolução histórica, ainda reflete oscilações e pontos frágeis. A equipe 77 da UBS Vila Yolanda manteve desempenho acima da média municipal em alguns indicadores, especialmente no acompanhamento pré-natal e na testagem para sífilis e HIV em gestantes, demonstrando capacidade de resposta às demandas da saúde materno-infantil.

Entretanto, permanecem desafios expressivos no controle das doenças crônicas — hipertensão e diabetes — e na ampliação da cobertura de exames preventivos, como o citopatológico, que segue abaixo da meta estipulada. Esse cenário reforça a necessidade de revisão estratégica na Atenção Primária à Saúde (APS), com foco na busca ativa de pacientes, fortalecimento do vínculo comunitário e maior integração multiprofissional, de modo a reduzir desigualdades entre indicadores e aproximar os resultados das metas estabelecidas pelo Previne Brasil.

**Gráfico 15-** Indicadores previne Brasil 2025 Q1





**Fonte:** eSUS Feedback, SISAB (2025 Q5)

Embora o modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde tenha passado por mudanças recentes, deixando de se basear exclusivamente no Previner Brasil, a análise dos indicadores segue sendo fundamental para compreender o desempenho da equipe e sua relação com os recursos financeiros. Por esse motivo, a inclusão da série histórica de resultados, como apresentado nos gráficos, é relevante para avaliar tendências e identificar áreas prioritárias de intervenção.

No primeiro quadrimestre de 2025, observa-se que alguns indicadores mantiveram bom desempenho, enquanto outros permanecem como pontos críticos. A cobertura vacinal atingiu 73%, resultado positivo, mas ainda aquém da meta nacional de 95%, o que reforça a necessidade de intensificação da busca ativa, sobretudo entre crianças e adolescentes. O rastreamento de sífilis e HIV em gestantes alcançou 72%, consolidando-se como um dos melhores indicadores, próximo à meta estabelecida de 80% e superior ao observado em alguns quadrimestres de 2024, demonstrando a efetividade das ações na saúde materno-infantil.

Já o indicador de consultas odontológicas em gestantes apresentou 42%, refletindo leve melhora em relação a períodos anteriores, mas ainda distante da meta de 60%. Da mesma forma, o acompanhamento de consultas de pré-natal registrou 52%, resultado intermediário que mostra avanços, mas ainda evidencia desafios para assegurar que todas as gestantes completem o ciclo de seis consultas recomendado. Por outro lado, os indicadores relacionados às doenças crônicas continuam entre os mais frágeis. Apenas 21% dos hipertensos tiveram a pressão arterial aferida e 30% dos diabéticos realizaram hemoglobina glicada, ambos resultados que permanecem

muito abaixo das metas estipuladas ( $\geq 50\%$  e  $\geq 60\%$ , respectivamente). Esses números revelam lacunas importantes na linha de cuidado das condições crônicas, que comprometem tanto a qualidade do acompanhamento quanto o alcance das metas de desempenho. Além disso, a cobertura do exame citopatológico ficou em 29%, longe da meta de 40%, o que reforça a baixa adesão das mulheres ao rastreamento do câncer do colo do útero, sendo este um dos pontos mais críticos do conjunto de indicadores.

De modo geral, a análise comparativa entre os quadrimestres de 2024 e 2025 mostra que, embora haja avanços pontuais, como no rastreamento de sífilis/HIV e no pré-natal, ainda persistem deficiências relevantes nos indicadores de hipertensão, diabetes e citopatológico, que permanecem como os principais entraves para o alcance pleno das metas. Portanto, mesmo com a transição para o novo modelo de financiamento, a leitura desses dados continua essencial para orientar o planejamento e subsidiar decisões estratégicas, garantindo a eficiência da APS e o uso adequado dos recursos financeiros destinados à saúde da população.

#### 10.4 PROPORÇÃO DE DADOS VALIDADOS - EQUIPE 77 - USF VILA YOLANDA

Compreender as razões que levam à invalidação de dados dos indicadores de desempenho da equipe 77 é crucial para ajustar as estratégias e melhorar os resultados em futuras avaliações. A análise dos indicadores revela uma série de desafios enfrentados pela equipe, que afetam diretamente os resultados validados.

**Tabela 31** -Validação de dados (pessoas e critérios atendidos e não atendidos) no 1º quadrimestre de 2025 equipe 77

Indicador	Validados (pessoas e critérios atendidos)	Não validados (pessoas ou critérios não atendidos)	Total	Resultado
Vacinação	14	7	21	66,67%
Hipertensão (PA aferida)	38	62	100	38,00%

<b>Gestante (saúde bucal)</b>	37	15	52	71,15%
<b>Gestante (seis consultas de pré natal)</b>	45	7	52	85,71%
<b>Gestante (sífilis/HIV)</b>	72	12	84	85,71%
<b>Diabetes (hemoglobina glicada)</b>	30	61	91	19,78%
<b>Cobertura do citopatológico</b>	136	533	669	20,32%

**Fonte:** Relatórios do SISAB/e-Gestor AB, 2025

A análise da validação dos dados da equipe 77 no primeiro quadrimestre de 2025 evidencia avanços em alguns indicadores, mas também revela fragilidades importantes que comprometem o desempenho global da unidade. A vacinação alcançou 66,67%, um resultado que, embora positivo, ainda está distante da meta nacional de 95%, refletindo a necessidade de intensificar ações de busca ativa e ampliar a adesão às campanhas. No acompanhamento de hipertensos, apenas 38% tiveram aferição de pressão arterial registrada, um dado preocupante diante da magnitude das doenças cardiovasculares, indicando falhas no seguimento clínico e na regularidade das consultas.

Em contrapartida, os indicadores relacionados às gestantes demonstram melhor desempenho: 71,15% realizaram consulta odontológica no pré-natal e 85,71% alcançaram as seis consultas preconizadas, além de igual percentual (85,71%) de realização dos testes de sífilis e HIV. Esses resultados evidenciam maior adesão às rotinas de cuidado materno-infantil, reflexo de esforços da equipe na promoção da saúde da gestante e na prevenção de complicações durante a gravidez.

Por outro lado, o controle do diabetes mellitus permanece crítico: apenas 19,78% dos pacientes tiveram solicitação e registro da hemoglobina glicada, indicador fundamental para avaliar o controle glicêmico a longo prazo e prevenir complicações crônicas. Situação semelhante ocorre na cobertura do exame citopatológico, que atingiu somente 20,32% das mulheres entre 25 e 59 anos, revelando uma baixa adesão ao rastreamento do câncer do colo do útero e fragilidades nas estratégias de captação ativa.

Em síntese, os resultados da equipe 77 em 2025 reforçam a necessidade de maior investimento em ações de monitoramento contínuo de hipertensos e diabéticos, bem como na ampliação da cobertura de exames preventivos, sem descuidar da manutenção dos bons índices obtidos no acompanhamento das gestantes.

**Tabela 32**– Dados invalidados referentes às pessoas vinculadas à equipe 77, no 1º quadrimestre de 2025

<b>População alvo</b>	<b>Motivo da invalidação</b>	<b>Número de pacientes</b>
<b>Gestantes</b>	<b>Menos de 6 consultas realizadas</b>	<b>5</b>
	<b>Primeira consulta após 12 semanas</b>	<b>4</b>
	<b>Sem teste de HIV</b>	<b>3</b>
	<b>Sem teste de sífilis</b>	<b>2</b>
	<b>Sem consulta odontológica</b>	<b>6</b>
<b>Crianças menores de 1 ano</b>	<b>Sem vacina pentavalente</b>	<b>3</b>
	<b>Sem vacina de poliomielite</b>	<b>3</b>
<b>Hipertensos</b>	<b>Sem consulta e aferição de PA</b>	<b>95</b>
	<b>Apenas sem consulta</b>	<b>38</b>
	<b>Apenas sem aferição de PA</b>	<b>6</b>
<b>Diabéticos</b>	<b>Sem consulta e sem solicitação de glicosilada</b>	<b>62</b>
	<b>Apenas sem consulta</b>	<b>12</b>
	<b>Apenas sem solicitação de glicosilada</b>	<b>10</b>
<b>Mulheres entre 25 e 59 anos</b>	<b>Não coletaram exame citopatológico</b>	<b>547</b>

**Fonte:** Relatórios do SISAB/e-Gestor AB, 2025

Ao analisar os indicadores não alcançados, observa-se que o exame citopatológico continua sendo um dos principais pontos críticos: 547 mulheres entre 25 e 59 anos (79,83%) não realizaram o exame preventivo. Esse resultado insatisfatório reflete um conjunto de fatores, como a baixa percepção sobre a importância da prevenção do câncer do colo do útero, barreiras culturais associadas

ao exame ginecológico e dificuldades práticas de acesso, seja pela limitação de horários ou pela conciliação com as atividades diárias. A pandemia de Covid-19 também contribuiu para a queda desses índices, interrompendo temporariamente os fluxos de rastreamento em várias localidades. Para reverter esse quadro, é necessário ampliar estratégias de conscientização, flexibilizar a oferta de horários, descentralizar os pontos de coleta e criar um sistema de monitoramento ativo das mulheres com exames pendentes ou alterados.

No grupo de crianças menores de um ano, foram identificados 3 casos sem vacina de poliomielite e 3 sem a pentavalente, apontando falhas pontuais que exigem ação imediata da equipe de saúde por meio da busca ativa, de forma a identificar as causas da não vacinação e garantir a proteção contra doenças imunopreveníveis, evitando retrocessos nos avanços da imunização infantil.

Entre as gestantes, verificou-se que parte delas não atingiu os critérios preconizados: 5 não completaram as seis consultas mínimas, 4 iniciaram o pré-natal tardiamente (após 12 semanas), 3 não realizaram o teste de HIV, 2 não fizeram o teste de sífilis e 6 não compareceram à consulta odontológica. Esse cenário é agravado, em parte, pela mobilidade de gestantes estrangeiras e por dificuldades de acesso aos serviços, o que impacta diretamente o acompanhamento contínuo da gestação. O reforço na captação precoce das gestantes e a integração multiprofissional, sobretudo com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), são fundamentais para corrigir essas lacunas.

O acompanhamento de hipertensos segue desafiador. Dos pacientes monitorados, 95 não realizaram consulta nem aferição de pressão arterial, 38 compareceram apenas para aferição sem consulta e 6 apenas realizaram consulta sem aferição de PA. Esse cenário aponta para falhas no vínculo e na rotina de acompanhamento. Para melhorar o indicador, é imprescindível que a equipe estabeleça fluxos regulares de monitoramento, com registros consistentes no prontuário eletrônico e incentivo à adesão contínua ao acompanhamento clínico.

No caso dos diabéticos, a situação também merece atenção: 62 pacientes não tiveram consulta nem solicitação de hemoglobina glicada, 12 compareceram sem consulta válida e 10 não tiveram o exame solicitado, apesar da consulta. O não cumprimento desse acompanhamento compromete a prevenção de complicações

crônicas, como nefropatia e retinopatia diabética. Nesse contexto, ações de educação em saúde, visitas domiciliares mais sistemáticas pelos ACS e maior integração entre médico e enfermagem são estratégias fundamentais para garantir o controle efetivo da doença.

De forma geral, os dados de 2025 revelam avanços pontuais, mas reforçam que ainda há lacunas importantes na linha de cuidado de mulheres, crianças e portadores de doenças crônicas. O fortalecimento da busca ativa, a qualificação dos registros em prontuário eletrônico e a ampliação do acesso aos serviços de saúde são medidas prioritárias para elevar o desempenho da equipe e assegurar maior resolutividade na Atenção Primária à Saúde.

## 10.5 SÉRIE HISTÓRICA DO INDICADOR SINTÉTICO FINAL (ISF) DO MUNICÍPIO

A Série Histórica do Indicador Sintético Final (ISF) do município de Foz do Iguaçu revela uma evolução gradual, mas com flutuações ao longo dos últimos anos. O ISF é uma medida agregada que combina diferentes indicadores e variáveis de saúde, permitindo avaliar o progresso e o desempenho da Atenção Primária à Saúde (APS) em uma localidade específica. No caso de Foz do Iguaçu, o desempenho do município oscilou significativamente desde 2021, quando o ISF começou abaixo de 6 no segundo quadrimestre.

A partir de 2022, houve uma melhora consistente, com a nota se aproximando de 7, sendo este um indicador de avanço nas ações de saúde preventiva e no cumprimento dos indicadores de desempenho da APS. No entanto, no terceiro quadrimestre de 2023, a pontuação do município sofreu uma leve queda, estabilizando-se em 6,97, demonstrando que, apesar do progresso, ainda existem desafios a serem superados.

A tabela 35 evidencia essa trajetória, mostrando um crescimento contínuo até o segundo quadrimestre de 2023, com uma ligeira queda no terceiro quadrimestre. A comparação com outros municípios do Paraná revela que Foz do Iguaçu, com um ISF de 6,97% no terceiro quadrimestre de 2023, estava relativamente bem posicionada no ranking estadual e nacional.

Para contextualizar, em 2022, Foz estava entre as cidades paranaenses com mais de 100 mil habitantes com melhor desempenho, ocupando a 11ª posição no estado e a 234ª no Brasil. No entanto, sua posição oscilou nos períodos subsequentes, refletindo tanto avanços quanto desafios no cumprimento dos indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil.

**Tabela 33-** Série histórica do Indicador Sintético Final (ISF) do município

ANO	2021			2022			2023			2024		2025
Quadrimestres	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q1
ISF	4,67	5,62	6,36	6,04	6,97	6,89	7,07	7,38	6,97	7,80	7,38	7,10

**Fonte:** Relatório do SISAB/e-Gestor AB, 2025

O primeiro quadrimestre de 2024 apresentou um crescimento expressivo no Indicador Sintético Final (ISF), alcançando 7,80. Esse resultado reflete os esforços da gestão municipal na qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS), principalmente por meio da ampliação da cobertura de consultas pré-natais, do fortalecimento do acompanhamento de condições crônicas como hipertensão e diabetes e da maior adesão às metas de desempenho. No entanto, já no segundo quadrimestre do mesmo ano, observa-se uma queda para 7,38, sugerindo fragilidades na manutenção contínua dessas melhorias e indicando a necessidade de maior regularidade no monitoramento das ações.

Em 2025, o primeiro quadrimestre manteve o ISF em patamar semelhante ao do período anterior, com 7,10 pontos, evidenciando uma estabilidade relativa, mas também uma leve tendência de declínio. Isso demonstra que, apesar dos avanços, ainda existem desafios importantes a serem enfrentados, especialmente na ampliação da cobertura de exames preventivos, como o citopatológico, e no controle efetivo de doenças crônicas em grupos populacionais mais vulneráveis.

Essas oscilações revelam tanto os avanços obtidos na qualidade da APS quanto as dificuldades estruturais que ainda limitam o desempenho do município,

como barreiras de acesso e necessidade de maior integração das equipes. Dessa forma, embora o aumento de 2024 deva ser reconhecido como um marco positivo, é fundamental intensificar estratégias de acompanhamento contínuo e correção das fragilidades, de modo a consolidar um crescimento sustentável e uniforme do ISF nos próximos períodos.

#### 10.6 TRANSIÇÃO DO PREVINE BRASIL PARA O COFINANCIAMENTO FEDERAL: NOVOS DESAFIOS E OPORTUNIDADES PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, PORTARIA GM/MS Nº 3.493, DE 10 DE ABRIL DE 2024

A publicação da Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024, marca uma transição significativa no financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), substituindo a lógica do Previne Brasil, instituído em 2019, por um modelo de cofinanciamento federal do Piso da APS (PAPS). Mais do que uma alteração técnica de repasse, essa mudança representa uma redefinição estratégica na forma como a União investe na APS, com foco na estruturação das equipes, na qualidade dos serviços e na promoção da equidade no acesso.

No modelo anterior, os repasses estavam centrados na captação ponderada, no pagamento por desempenho e em incentivos estratégicos. Já o novo cofinanciamento amplia os eixos de financiamento, incluindo: componente fixo para manutenção de equipes de Saúde da Família (eSF), de Atenção Primária (eAP) e de Saúde Bucal; componente de vínculo e acompanhamento territorial, que valoriza cadastros ativos, a interação com o território e a satisfação do usuário; componente de qualidade, baseado em metas e indicadores, com estratificação do desempenho em quatro níveis (ótimo, bom, suficiente e regular); além de programas e ações específicas que ampliam o escopo das iniciativas contempladas.

A grande inovação está na criação do Indicador de Equidade e Dimensionamento (IED), que leva em conta o porte populacional e o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS). Dessa forma, municípios mais vulneráveis passam a receber valores maiores por equipe, com repasses que podem variar de R\$ 12.000,00 a R\$ 18.000,00 mensais, promovendo maior justiça na distribuição de recursos e buscando reduzir desigualdades históricas no acesso à APS.

Outro avanço é a valorização da territorialização e do vínculo com a população: o financiamento não se limita ao número de cadastros, mas também considera a qualidade da relação entre equipes e comunidade, dando atenção especial a grupos prioritários como beneficiários do Bolsa Família, crianças e idosos. A inclusão da satisfação do usuário como parte da avaliação também representa um marco em relação ao modelo anterior.

Apesar de seus avanços, o novo financiamento traz desafios expressivos. A necessidade de alimentar regularmente o SISAB com dados completos e consistentes impõe maior responsabilidade às gestões municipais, sob risco de suspensão de repasses em caso de irregularidades (art. 12-K). Municípios pequenos ou com menor estrutura técnica podem enfrentar mais dificuldades na atualização de cadastros, no monitoramento de indicadores e na adequação às novas exigências de qualidade. Soma-se a isso a implementação gradual dos novos indicadores de desempenho, iniciada em 2024, que gera incertezas no curto prazo quanto ao planejamento financeiro das secretarias municipais.

Em 2025, já se observa que muitos municípios iniciaram adaptações para atender aos novos critérios, com investimentos em capacitação de equipes, digitalização de processos e integração dos sistemas de informação. A sustentabilidade do modelo dependerá da capacidade de alinhar os repasses federais a resultados concretos em saúde, de forma que os avanços nos indicadores, como o ISF, se traduzam em maior acesso, cuidado integral e satisfação dos usuários.

Assim, a Portaria GM/MS nº 3.493/2024 sinaliza o esforço do governo federal em promover maior equidade e fortalecer a Estratégia Saúde da Família, mas sua efetiva consolidação dependerá de cooperação entre os entes federados, melhorias na infraestrutura de dados e planejamento estratégico contínuo. Quando bem implementado, o novo cofinanciamento tem potencial para transformar a APS, reduzindo desigualdades regionais, ampliando a resolutividade das equipes, prevenindo agravos e garantindo à população um serviço mais justo, qualificado e próximo de suas necessidades reais.

## 11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico situacional da área 77 da UBS Vila Yolanda evidencia um panorama complexo da Atenção Primária à Saúde no território, revelando avanços pontuais, mas também fragilidades estruturais, organizacionais e assistenciais que comprometem a efetividade dos serviços prestados. A análise baseada em dados socioeconômicos, demográficos e epidemiológicos demonstrou que, embora haja empenho da equipe em algumas frentes, persistem lacunas significativas que impactam diretamente a qualidade da assistência e o bem-estar da população.

Um dos pontos mais críticos identificados refere-se à comunicação e integração comunitária. A ausência de canais estruturados de diálogo com os usuários compromete o alcance das ações de promoção e prevenção em saúde, refletindo-se na baixa adesão às campanhas de vacinação, exames preventivos e acompanhamento de doenças crônicas. A adoção de ferramentas simples, como grupos em aplicativos de mensagens e redes comunitárias de apoio, pode ser uma estratégia eficaz para ampliar a proximidade com a população e fortalecer o vínculo entre a UBS e os moradores.

Outro aspecto central é a fragilidade na coleta e gestão de dados. A incompletude dos cadastros e a baixa qualidade das informações inseridas no e-SUS dificultam o planejamento, reduzem a precisão dos indicadores e prejudicam a implementação de estratégias voltadas a grupos vulneráveis. Investimentos em capacitação dos profissionais, aliados à implantação de auditorias internas periódicas, são fundamentais para garantir maior confiabilidade das informações e, conseqüentemente, melhor direcionamento das ações de saúde.

No campo da infraestrutura e condições de vida, o diagnóstico revelou desafios importantes, como a precariedade do saneamento básico, a presença de fossas rudimentares e a falta de iluminação pública e vias pavimentadas. Essas condições aumentam os riscos sanitários, dificultam o acesso à unidade e ampliam a vulnerabilidade da população. Para superar esses entraves, a UBS deve articular-se com a gestão municipal, estabelecendo parcerias intersetoriais que integrem saúde, saneamento, urbanismo e educação, promovendo uma abordagem mais integral e equitativa.

Em relação à atenção preventiva e acompanhamento de doenças crônicas, os dados mostram baixa cobertura do exame citopatológico e deficiências no controle da hipertensão e do diabetes, com número expressivo de pacientes sem consultas regulares ou exames de monitoramento. A criação de grupos educativos, a intensificação da busca ativa e o fortalecimento do vínculo com a comunidade são medidas urgentes para ampliar a adesão ao cuidado contínuo e reduzir complicações.

O desempenho insatisfatório nos indicadores do Previnde Brasil, especialmente nos relacionados a doenças crônicas e vacinação, compromete o repasse de recursos e fragiliza a sustentabilidade financeira da UBS. Uma gestão mais ativa, com monitoramento sistemático de metas, responsabilização da equipe e incentivos ao bom desempenho, é essencial para reverter esse quadro.

Outro ponto crítico refere-se à liderança e gestão interna. A falta de clareza nos processos de coordenação, associada à escassez de feedbacks e metas objetivas, contribui para a desorganização e baixa eficiência da equipe. A adoção de um modelo de gestão participativa, com reuniões periódicas, definição de responsabilidades e acompanhamento do desempenho, pode fortalecer a cultura organizacional e aumentar a resolutividade da unidade.

A situação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) merece destaque: o número insuficiente de profissionais e a sobrecarga de trabalho comprometem a cobertura territorial, deixando microáreas descobertas e enfraquecendo o vínculo com a população. Considerando que a PNAB 2017 recomenda um ACS para cada 750 habitantes, é urgente a ampliação do quadro desses profissionais, bem como a sua capacitação contínua, a fim de assegurar maior eficiência na coleta de dados, visitas domiciliares regulares e fortalecimento da prevenção em saúde.

Apesar dos inúmeros desafios, o diagnóstico também identificou potenciais positivos, como a dedicação da equipe no acompanhamento de gestantes e na melhora progressiva da cobertura vacinal. Essas experiências bem-sucedidas demonstram que, com apoio adequado em termos de recursos, liderança e planejamento, é possível replicar boas práticas para outras áreas críticas, como o controle de doenças crônicas.

Em síntese, o diagnóstico da UBS Vila Yolanda revela um cenário desafiador, mas também repleto de oportunidades de transformação. A superação das fragilidades apontadas exige liderança ativa, gestão estratégica e integração

intersetorial, além do fortalecimento da equipe multiprofissional com ênfase no papel dos ACS. Valorizar as conquistas já alcançadas e utilizá-las como base para expandir resultados é um caminho promissor para consolidar avanços.

Este diagnóstico, portanto, constitui uma ferramenta estratégica para o planejamento em saúde, fornecendo subsídios para a elaboração de intervenções mais eficazes e contextualizadas. Com a implementação de ações estruturadas, acompanhamento contínuo de indicadores e engajamento da equipe, a UBS Vila Yolanda tem potencial para transformar suas fragilidades em oportunidades e consolidar-se como referência em cuidado integral, equitativo e resolutivo para a comunidade.

## 12 - REFERÊNCIAS

- AVEZUM, Álvaro et al . **III Diretriz sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio**. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo , v. 83, supl. 4, p. 1-86, Sept. 2004 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2004002200001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2004002200001) &lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Mar. 2022. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2004002200001>
- BARROS, D. M; SÁ, M. C. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2473-82. ago. 2010.
- BASTOS, F. I. P. M.; VASCONCELLOS, M. T. L. de; DE BONI, R. B.; DOS REIS, N. B.; COUTINHO, C. F. de S.; NIQUINI, R. P.; et al. **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>. Acesso em: 03 de abril de 2023
- BERKMAN, N. D.; SHERIDAN, S. L.; DONAHUE, K. E.; HALPERN, D. J.; CROTTY, K. **Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review**. Annals of Internal Medicine, v. 155, n. 2, p. 97-107, jul. 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21768583/>. Acesso em: 18 de março de 2023
- BITTENCOURT, D.D; BITTENCOURT, F.D. **Citologia oncótica cervicovaginal na população lésbica e transgêneros**. **Femina**.v. 48, n. 8, p. 504-8. ago. 2020.
- BOUSQUAT, A.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, E. M. S.; ALMEIDA, P. F. de; MARTINS, C. L.; MOTA, P. H. dos S.; et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1141-54, abr. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XWGqmwQ6H4CGcfZFytqkwtS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 março 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de **Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis**. Vigitel Brasil 2020: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 8.142 de 29 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade de gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989**, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Brasília, 1999.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. **Lei Nº 9.605 de 12 de fevereiro de 1998**. Dispõe sobre as sanções penais e administrativas derivadas de condutas e atividades lesivas ao meio ambiente. Brasília, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução-RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2006. 58 p.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Decreto Nº 6.949, de 25 de agosto de 2009 – **Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo facultativo**, assinado em Nova York, em 30 de março de 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil: índice de Desenvolvimento Humano Municipal**. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Cuidados com água para consumo humano**. Brasília, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Orientações para a coleta de dados antropométricos em serviços de saúde**. Brasília. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento / Cadernos de Atenção Básica**, nº 33. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 340 de 4 de março de 2013**. Redefine o Componente Construção do Programa de Requalificação de UBS. Brasília, 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2 ed. Brasília, 2013b. 124 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, 2013c. 32 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Caderno de Atenção Básica. Brasília, 2013d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de Cloração de Água em Pequenas Comunidades Utilizando o Clorador Simplificado desenvolvido pela Funasa**. Brasília, 2014a. 36 p.

\_\_\_\_\_. Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. **Como montar e usar a fossa séptica modelo Embrapa: cartilhas adaptadas ao letramento do produtor**. Brasília, 2014b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, 2014c. 128 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Como uma equipe de Estratégia de Saúde da Família pode organizar um fluxo para puericultura na UBS**. Sergipe, 2015. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/como-uma-equipe-deestrategia-de-saude-da-familia-pode-organizar-um-fluxo-para-puericultura-na-ubs/>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção primária à saúde. **Guia para Qualificação dos indicadores da APS - Prontuário eletrônico do Cidadão (PEC)**. Brasília, DF, 2022b

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Cuidar bem da saúde de cada um: Atenção integral à saúde da população Trans**. Brasília, 2016. 28 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **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, 2017a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 3 ed. Brasília, 2017b. 44 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 344, de 1 de fevereiro de 2017**. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Brasília, 2017c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Brasília, 2017d. 234 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia prático sobre a hanseníase**. Brasília, 2017e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Sistema Nacional de Cadastro e Registro de Estrangeiros (SINCRES)**. Brasília, 2018.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro, 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações: Calendário Nacional de Vacinação/2020/PNI/MS**. Brasília, 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023**. Brasília, 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual instrutivo do financiamento da Atenção Primária à Saúde**. Brasília, 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Como a equipe de saúde da família pode melhorar os indicadores de desempenho**. Brasília, 2022. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento/materiaisapoio/>. Acesso em: 19out. 2024.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Coordenação de Atenção Primária à Saúde. **Guia de Territorialização e Diagnóstico de Área da APS/DF/Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal**. Brasília, 2018.45 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde de A a Z. Raiva Humana**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/ptbr/assuntos/saude-de-a-a-z/r/raiva/raiva-humana>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. PORTARIA GM/MS Nº 3.493, DE 10 DE ABRIL DE 2024, disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493\\_11\\_04\\_2024.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html). Acesso em: 20 de out. 2024

BRAZZI, A. R.; WHORMS, D. S.; KING, D. S.; POTTER, J.; BAZZI, D. L. Adherence to Mammography Screening Guidelines Among Transgender Persons and Sexual Minority Women. **American Journal of Public Health**, v. 55, n. 11, p. 2356-8, nov. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26378843/>. Acesso em: 19out. 2024.

**BVS. Os Cuidados Primários de Saúde.** Como deve ser o seguimento dos pacientes diabéticos pela Equipe de Saúde da Família? Núcleo de Telessaúde Santa Catarina. Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/aps/como-deve-ser-o-seguimento-dos-pacientes-diabeticos-pela-equipe-de-saude-dafamilia/#:~:text=A%20equipe%20de%20Saúde%20da,fragilidades%20e%20individua%20o%20seguimento>. Acesso em: 17 março 2023.

CARAM, Laura Miranda de Oliveira et al . **Perfil de fumantes atendidos em serviço público para tratamento do tabagismo.** J. bras. pneumol., São Paulo , v. 35, n. 10, p. 980-985, Oct. 2009 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132009001000006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009001000006&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 05 mar. 2022. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132009001000006>.

CONASS, 2004. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, Brasil. p. 7. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/geral/conass\\_documenta2.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/conass_documenta2.pdf) Acesso em: 11 mar. 2022

DIAB. Diretoria de Atenção Básica. **Identificação das áreas de atuação das equipes do DIAB.** 2024. Disponível em: <https://www.google.com/maps/d/u/0/viewer?mid=1hcf345ZWJfg4dwtBuew0En1xVnIWkZm7&ll=-25.55664813308941%2C-54.53362350000001&z=14>. Acesso em: 18 out. 2024.

FEITOSA FILHO, G.S.; PEIXOTO, J.M.; PINHEIRO, J.E.S.; AFIUNE, A.; ALBUQUERQUE, A.L.T.D.; CATTANI, Á.C.; *et al.* Atualização das Diretrizes em Cardiogeriatría da Sociedade Brasileira de Cardiologia–2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 112, n. 5, p. 649-705, 2019.

FOZ DO IGUAÇU. Organização Internacional para as Migrações (OIM). **Protocolo de assistência a migrantes em situação de vulnerabilidade.** Foz do Iguaçu, 2018. 82 p.

FREITAS, E.V. **Tratado de geriatria e gerontologia** / Elizabete Viana de Freitas, Ligia Py. 4. ed. [Reimpr.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

IBGE, 2010. **Sete em cada dez pessoas que procuram o mesmo serviço de saúde vão à rede pública.** Agência IBGE Notícias. 04 set. 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28793-pns-2019-sete-em-cada-dez-pessoas-que-procuram-o-mesmo-s-ervico-de-saude-vao-a-rede-publica> . Acesso em 05 mar. 2022.

IBGE, 2014 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013.** Parcerias: Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. FIOCRUZ. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Rio de Janeiro.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico**. Rio de Janeiro, 2022.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro, 2013.

\_\_\_\_\_. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro, 2016.

\_\_\_\_\_. **Condições de vida, desigualdade e pobreza**. Rio de Janeiro, 2017.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro, 2019.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro, 2015.

\_\_\_\_\_. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro, 2016. 114 p.

\_\_\_\_\_. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Sumário Executivo para a Atenção Básica**. 2 ed. Rio de Janeiro, 2018.

IPARDES. **Caderno Estatístico Município de Foz Do Iguaçu**. Maio, 2024. Disponível

em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=85850&btOk=ok>>.

JESUS, J. G. **Guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgêneros, para formadores de opinião**. Brasília: v. 2, p. 42, 2012.

MATTHEWS, A. K.; BRANDENBURG, D. L.; JOHNSON, T. P.; HUGHES, T. L. Correlates of underutilization of gynecological cancer screening among lesbian and heterosexual women. **Preventive Medicine**, v. 38, n. 1, p. 105-13, jan. 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14672647>. Acesso em: 08 março 2023.

MEGGETTO, O.; PEIRSON, L.; YAKUBU, M.; FARID-KAPADIA, M.; COSTA-FAGBEMI, M.; BAIDOOBONSO, S.; MOFFATT, J.; CHUN, L.; CHIARELLI, A. M.; MURADALI, D.; [autores adicionais não fornecidos]. Breast cancer risk and breast screening for trans people: an integration of 3 systematic reviews. **CMAJ Open**, v. 7, n. 3, p. 598-609, jul./set. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6773550/>. Acesso em: 01 maio de 2023

MENDES R. O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde de trabalhadores. I. Morbidade. **Rev. Saúde pública**, v. 22, n. 4, p. 311-26. ago. 1988. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89101988000400007>>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012. **Brasil**. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee#:~:text=Trata%2Dse%20da%20principal%20porta,da%20humaniza%C3%A7%C3%A3o%20e%20da%20equidade>. Acesso em: 05 mar. 2022

MORAES, E. N et al. Clinical-Functional Vulnerability Index-20 (IVCF-20): rapid recognition of frail older adults. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 81, p. 327-45.nov. 2016.

NUTBEAM, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health PromotionInternational**, v. 15, n. 3, p. 259-67. set. 2000.

OLIVEIRA, A. I. C. de, & Silveira, K. R. M. da. (2011). **Utilização da CIF em pacientes com sequelas de AVC**. Revista Neurociências, 19(4), 653–662. Disponível em: <https://doi.org/10.34024/rnc.2011.v19.8336>. Acesso em: 03 mar. 2022

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade**. Organização Mundial da Saúde. Lisboa, 2004.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE CONSCIENCIOTERAPIA. Foz do Iguaçu, Paraná, 2022. Disponível em: <https://www.oic.org.br/sobre-a-oic>. Acesso em: 15 dez. 2022.

PAIVA, I. K.; LIRA, C. D. G.; REBOUÇAS, J. M.; MIRANDA, J. M. G. de O.; SARAIVA, A. K. de M.; Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2595-2606, ago. 2016.  
Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/knWgXfP7fKXpsW84f6gxM8r/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 de abril de 2023

PALMIERE, J. A. Desemprego e saúde pública: articulações entre psicologia e saúde do trabalhador. **Rev. Três pontos**, v. 16, n. 1, p. 51-61. jan./jun. 2019.

PNAB, 2017. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 11 mar. 2022

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha Guia da Rede Mãe Paranaense**. Paraná: SESA, 2022. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense\\_2018.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense_2018.pdf).

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Avaliação multidimensional do idoso**. Curitiba, 2018. 113 p.

RABETTI, Aparecida de Cássia; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de. **Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica**. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 45, n. 2, p. 258-268, Apr. 2011 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000200004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 mar. 2022.

RAJAH, R.; HASSALI, M. A. A.; JOU, L. C.; MURUGIAH, M. K. The perspective of healthcare providers and patients on health literacy: a systematic review of the quantitative and qualitative studies. **Perspectives in Public Health**, v. 138, n. 2, p. 122-32, mar. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28980881/>. Acesso em: 18 março de 2023.

SANT'ANNA, C. F.; CEZAR-VAZ, M. R.; CARDOSO, L. S.; BONOW, C. A.; SILVA, M. R. S. Comunidade: objeto coletivo do trabalho das enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Acta Paul. Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 341-47, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/prgBbkGjxQCt4rrfpSprVwq/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 29 abril de 2023.

SBC. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, **V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose**. Rio de Janeiro, 2013.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. (Série Políticas de Saúde). Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>

QUINN, G. P.; SANCHEZ, J. A.; SUTTON, S. K.; VADAPARAMPIL, S. T.; NGUYEN, G. T.; GREEN, B. L.; et al. Cancer and lesbian, gay, bisexual, transgender/transsexual, and queer/questioning (LGBTQ) populations. CA: **A Cancer Journal for Clinicians**, v. 65, n. 5, p. 384-400, set./out. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26186412/>. Acesso em: 16 março de 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (UFMA). UNA-SUS/UFMA. Redes de Atenção à Saúde: Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência. São Luís, 2017. 97 p.

VASCONCELOS, J. **Democracia Pura: história e atualidade, reforma política, teoria e prática sobre governo sem políticos profissionais**. 8. ed., São Paulo: Exterior Editora, 2017.