



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA
(ILACVN)
CURSO DE MEDICINA**

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM
MUNICÍPIO DE TRÍPLICE FRONTEIRA**

JHULE MICHELE LOPES NASCIMENTO

Foz do Iguaçu

2025

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM
MUNICÍPIO DE TRÍPLICE FRONTEIRA**

JHULE MICHELE LOPES NASCIMENTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Profa. Dr^a Anália Rosário Lopes

Foz do Iguaçu

2025

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Jhule Michele Lopes Nascimento

Curso: Medicina

graduação

especialização

mestrado

Tipo de Documento

artigo

trabalho de conclusão de curso

monografia

doutorado

dissertação

tese

CD/DVD – obras audiovisuais

Título do trabalho acadêmico: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIO DE TRÍPLICE FRONTEIRA

Nome do orientador(a): Dra. Anália Rosário Lopes

Data da Defesa: ____/____/____

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública Creative Commons Licença 3.0 Unported.

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável

JHULE MICHELE LOPES NASCIMENTO

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM
MUNICÍPIO DE TRÍPLICE FRONTEIRA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Profa. Dr^a Anália Rosário Lopes
UNILA

Profa. Dr^a Maria Claudia Gross
(UNILA)

Profa. Dr^a. Monica Augusta Mombelli
(UNILA)

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de _____.

Dedico este trabalho à minha família, base e alicerce de toda a minha trajetória. Aos meus pais, por todo amor, apoio incondicional e pelos valores que me ensinaram e me tornaram quem sou. Aos meus irmãos, marido, avó e demais familiares, pela compreensão nos momentos de ausência e pelas palavras de incentivo que me motivaram a seguir em frente. Sem o carinho, a paciência e a força de vocês, este sonho não seria possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela vida, pela saúde, pela família, pelos amigos e por me guiar sempre pelos caminhos do bem.

À minha família e aos meus irmãos, pelo amor, incentivo e presença constante em todas as fases da minha vida.

À minha querida avó, Maria Lopes Bezerra, e à minha mãe, Marlene Lopes Bezerra do Nascimento, mulheres fortes, sábias e inspiradoras, que me ensinaram com seus exemplos o verdadeiro significado de coragem e amor incondicional.

Ao meu marido, pelo amor, paciência e dedicação de sempre, por estar ao meu lado em todos os desafios e comemorar comigo cada conquista.

Aos meus queridos amigos do curso de Medicina, que conquistei ao longo dessa jornada, e que levo comigo para além dos muros da universidade.

Aos meus professores e professoras, pela generosidade em compartilhar seus conhecimentos e experiências, contribuindo de forma essencial para a minha formação. Em especial, à Professora Dra. Anália, minha orientadora, pela orientação atenciosa e dedicada, pelo apoio constante e pela contribuição fundamental não apenas neste trabalho, mas em toda a minha trajetória acadêmica.

Por fim, agradeço a todos os familiares, professores, amigos, irmãos, marido, avó, que, de alguma forma, estiveram presentes nesta caminhada e tornaram minha vida e esta conquista ainda mais significativas.

RESUMO

O diagnóstico situacional é essencial para identificar necessidades e direcionar ações de saúde eficazes com base nas condições locais. O presente estudo tem por objetivo realizar o diagnóstico situacional da área de uma Unidade de Saúde da Família (USF) em município de fronteira analisando a dinâmica de saúde e as necessidades da comunidade local. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem quantitativa, que incluiu entrevistas, observações *in loco* e consultas a bases de dados do Sistema Único de Saúde. Após a coleta de dados, foi realizada uma análise dos perfis institucional, demográfico, socioeconômico, território-ambiental e epidemiológico para compreender a situação da área estudada. Nos resultados, destacam-se pontos positivos como boa ambiência, equipe multiprofissional e acesso eficiente, com horário estendido das 7h às 22h, promovendo inclusão e equidade. No entanto, surgem desafios, como uma grande área de ocupação irregular, onde os usuários dos serviços da USF não estão cadastrados. Do ponto de vista demográfico e epidemiológico, predominou uma população jovem e adulta, do sexo feminino, com taxas moderadas de doenças crônicas e transtornos mentais, fatores de risco, como sobrepeso, tabagismo e uso de drogas, indicando a necessidade de estratégias preventivas e educativas. Conclui-se que o diagnóstico situacional é essencial para compreender a realidade local, formular estratégias de cuidado efetivas e enfrentar os desafios; e que a inconsistência de dados é um problema que impacta negativamente no resultado do diagnóstico situacional.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Territorialização, Diagnóstico Situacional, Indicadores de Saúde.

RESUMEN

El diagnóstico situacional es esencial para identificar necesidades y dirigir acciones de salud efectivas en función de las condiciones locales. El presente estudio tiene como objetivo realizar un diagnóstico situacional del área de una Unidad de Salud Familiar (USF) en un municipio fronterizo, analizando la dinámica y necesidades de salud de la comunidad local. Se trata de una investigación descriptiva y exploratoria con enfoque cuantitativo, que incluyó entrevistas, observaciones in situ y consultas a bases de datos del Sistema Único de Salud, luego de la recolección de datos, se realizó un análisis de los aspectos institucionales, demográficos, socioeconómicos, territoriales-ambientales y epidemiológicos a comprender la situación en la zona estudiada. En los resultados destacan puntos positivos como buen ambiente, equipo multidisciplinario y acceso eficiente, con horario ampliado de 7 a 22 horas, promoviendo la inclusión y la equidad. Sin embargo, surgen desafíos, como una gran zona de ocupación irregular, donde los usuarios de los servicios del USF no están registrados. Desde el punto de vista demográfico y epidemiológico predominó una población femenina joven y adulta, con índices moderados de enfermedades crónicas y trastornos mentales, factores de riesgo como sobrepeso, tabaquismo y consumo de drogas, lo que indica la necesidad de estrategias preventivas y educativas. Se concluye que el diagnóstico situacional es fundamental para comprender la realidad local, formular estrategias de atención efectivas y enfrentar desafíos; y que la inconsistencia de los datos es un problema que impacta negativamente en el resultado del diagnóstico situacional.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Territorialización, Diagnóstico Situacional, Indicadores de Salud.

ABSTRACT

Situational diagnosis is essential to identify needs and direct effective health actions based on local conditions. The present study aims to perform a situational diagnosis of the area of a Family Health Unit (USF) in a border municipality, analyzing the health dynamics and needs of the local community. This is a descriptive and exploratory study with a quantitative approach, which included interviews, on-site observations, and consultations of databases of the Unified Health System. After data collection, an analysis of the institutional, demographic, socioeconomic, territorial-environmental, and epidemiological profiles was performed to understand the situation of the studied area. The results highlight positive points such as a good ambiance, a multidisciplinary team, and efficient access, with extended hours from 7 a.m. to 10 p.m., promoting inclusion and equity. However, challenges arise, such as a large area of irregular occupation, where users of USF services are not registered. From a demographic and epidemiological point of view, a young and adult female population predominated, with moderate rates of chronic diseases and mental disorders, and risk factors such as overweight, smoking, and drug use, indicating the need for preventive and educational strategies. It is concluded that situational diagnosis is essential to understand the local reality, formulate effective care strategies, and face challenges; and that data inconsistency is a problem that negatively impacts the outcome of the situational diagnosis.

Keywords: Primary Health Care, Territorialization, Situational Diagnosis, Health Indicators.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa inteligente. Área 21 da USF, Foz do Iguaçu, PR	16
Figura 2 – A área demarcada em amarelo demonstra uma ocupação ilegal na área 21.....	16
Figura 3 – Pirâmide etária da população adscrita da equipe 21 da USF.....	17

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil Socioeconômico da população adscrita da eSF da área 21, Foz do Iguaçu, PR	19
Tabela 2 – Perfil Epidemiológico da população da área 21, Foz do Iguaçu, PR	21

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CLS – Conselho Local de Saúde

DCNTs – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

eSF – Equipe Saúde da Família

e-SUS – e-Saúde do SUS

ESF – Estratégia de Saúde da Família

eMulti – Equipe Multiprofissional

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 MÉTODO	13
3 RESULTADOS.....	14
3.2 PERFIL TERRITORIAL-AMBIENTAL	14
3.3 PERFIL DEMOGRÁFICO.....	17
3.4 PERFIL SOCIOECONÔMICO.....	18
3.5 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.....	20
4 DISCUSSÃO	21
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
REFERÊNCIAS	26
APÊNDICE A – ARTIGO PUBLICADO NA REVISTA CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES	28

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é amplamente reconhecida como a base organizacional dos sistemas de saúde globalmente, desempenhando um papel essencial na promoção da saúde, prevenção de doenças e coordenação do cuidado. Dentro deste contexto, as Unidades de Saúde da Família (USF) são fundamentais para promover a saúde, prevenir enfermidades e fornecer cuidados integrados e humanizados à população (Starfield, 2002).

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), implantada em 2006 como uma prioridade na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), busca fortalecer a APS com uma abordagem mais humanizada e preventiva, concretizando seus princípios e estruturando-se a partir das USFs. Essas unidades desempenham um papel crucial na oferta de serviços de saúde de qualidade, realizado por equipes multidisciplinares focadas nas pessoas e famílias, com o objetivo de melhorar a saúde das comunidades, através do cuidado e análise dos determinantes sociais de saúde específicos de cada localidade (Macinko; Mendonça, 2018).

O diagnóstico situacional é uma ferramenta essencial para entender as necessidades de saúde de uma comunidade, identificar os principais problemas e direcionar ações e políticas de saúde de maneira eficaz. Este diagnóstico envolve a coleta e análise de dados em várias dimensões, proporcionando uma visão abrangente e detalhada das condições de vida e saúde da população local (Colussi; Pereira, 2016). A APS é mais eficaz quando orientada por um diagnóstico preciso e contextualizado, permitindo intervenções mais direcionadas e adequadas às realidades locais (Starfield, 2002).

A importância do diagnóstico situacional se reflete na capacidade de identificar desigualdades sociais e lacunas no acesso aos serviços de saúde, promovendo a equidade no cuidado. Por meio da análise de indicadores demográficos, socioeconômicos, ambientais e epidemiológicos, é possível compreender a realidade de cada território e adaptar as intervenções às particularidades da população atendida. Além disso, o diagnóstico permite uma atuação mais eficiente das equipes de saúde, garantindo que os recursos disponíveis sejam utilizados de maneira otimizada e direcionada para as áreas de maior necessidade (Silva; Mendes; Medeiros, 2019).

Dessa forma, o processo de territorialização e o envolvimento das equipes multiprofissionais nas USFs são fundamentais para promover uma APS centrada nas pessoas e orientada para os determinantes sociais de saúde. A participação ativa da comunidade nesse processo fortalece a relação entre os serviços de saúde e os usuários, contribuindo para uma

gestão mais participativa e inclusiva. Assim, a ESF torna-se um elemento chave na construção de um sistema de saúde mais acessível, equitativo e eficiente, alinhado aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil (Paim, 2013).

Este artigo tem como objetivo realizar o diagnóstico situacional em saúde de uma área de responsabilidade de uma equipe em uma Unidade de Saúde da Família, com o propósito de analisar a dinâmica de saúde e as necessidades específicas da comunidade local, indispensável para o desenvolvimento de um planejamento estratégico em saúde.

2 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem quantitativa, que incluiu entrevistas, observações *in loco* e consultas a bases de dados do Sistema Único de Saúde (e-SUS). O local de estudo foi a área de responsabilidade de uma equipe Saúde da Família (eSF) de uma USF localizada no distrito norte do município de Foz do Iguaçu, estado do Paraná, fronteira com a Argentina e o Paraguai.

A coleta de dados foi realizada de quatro maneiras: entrevista com o gerente da USF; entrevista com informantes-chave da comunidade; observação *in loco* e consulta à base de dados eletrônica do Sistema Único de Saúde (e-SUS) a partir dos relatórios consolidados da equipe: a) Relatório de Cadastro Domiciliar e Territorial; b) Relatório de Cadastro Individual; e c) Relatório Consolidado da Situação do Território.

A entrevista com o gerente da USF teve como objetivo obter dados referentes ao perfil institucional da unidade. A entrevista com os informantes-chave envolveu três usuários e moradores da área estudada, por meio do auxílio da Agente Comunitária de Saúde (ACS) que também oportunizou algumas visitas domiciliares, as quais foram relevantes para levantamento dos dados sobre o território e problemas reais da comunidade, além da observação *in loco*, que auxiliou na territorialização junto ao mapa da área fornecido pela ACS.

Os dados obtidos na base de dados do e-SUS são armazenados e coletados utilizando os sistemas de Coleta de Dados Simplificada (CDS) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), além de um sistema contratado pela própria prefeitura, o RPSmart.

Após a coleta de dados, foi realizada uma análise dos perfis: institucional, demográfico, socioeconômico, território-ambiental e epidemiológico. Esses dados foram transformados em informações que auxiliaram no desenvolvimento e análise do diagnóstico situacional da área estudada.

3 RESULTADOS

3.1 PERFIL INSTITUCIONAL

A Unidade de Saúde da Família em estudo, situada no município de Foz do Iguaçu - PR, faz parte do distrito norte. Disponibiliza atendimento de segunda a sexta-feira, no período das 7 horas da manhã até às 22 horas da noite, sendo que cada categoria de profissionais trabalha em horários distintos.

A unidade conta com profissionais com uma carga horária semanal de 30 horas mais 10 horas de capacitação. É composta por 6 médicos da família e comunidade, 12 auxiliares de enfermagem, 6 enfermeiras, 25 agentes comunitários de saúde, 1 farmacêutico, 3 técnicos/atendentes de farmácia, 3 auxiliares de limpeza, 4 recepcionistas e 1 gerente de serviço de saúde. Além disso, a USF conta com equipes de saúde bucal compostas por 4 dentistas e 3 auxiliares de saúde bucal.

A USF tem o apoio da equipe Multiprofissional (eMulti) antigo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), os profissionais envolvidos nesse modo de trabalho são: uma nutricionista que visita a unidade uma vez por semana, e uma assistente social que frequenta a unidade três vezes por semana.

No tocante aos médicos, 5 são disponibilizados pelo programa médicos pelo Brasil e 1 servidor público. Ademais, é importante destacar que a USF utiliza o WhatsApp como principal meio de comunicação com a comunidade, principalmente por intermédio dos ACSs, facilitando o acesso dos pacientes e a disseminação de informações relevantes. Porém, a unidade não conta com Conselho Local de Saúde (CLS), o que pode dificultar o elo entre comunidade e a USF. Além disso, devido ao território ser extenso e altamente dinâmico, existem áreas e microáreas parcialmente coberta pela USF.

3.2 PERFIL TERRITORIAL-AMBIENTAL

A Unidade de Saúde da Família está localizada na zona urbana do município de Foz do Iguaçu, no estado do Paraná, a uma distância de 12,8 km do centro da cidade. Esta USF conta com um total de seis equipes de saúde da família, sendo o foco deste estudo a equipe 5, que atua na área 21.

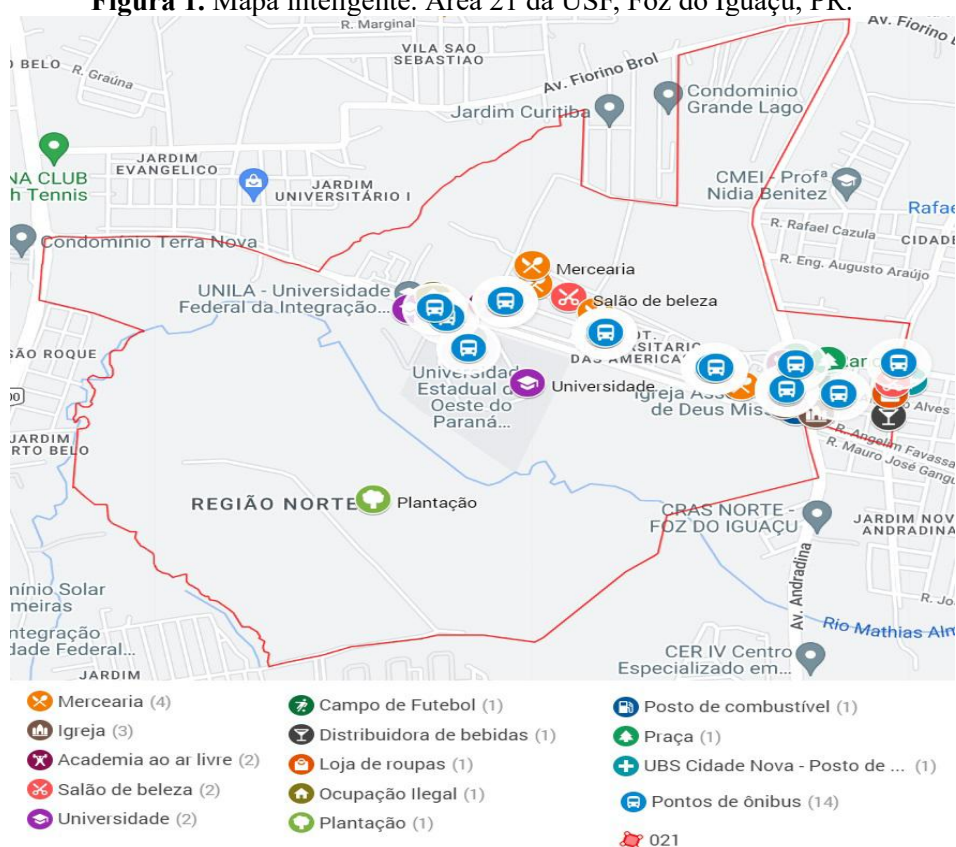
De acordo com os dados disponíveis nos relatórios do e-SUS, o território da equipe em estudo contém 2.064 usuários cadastrados, distribuídos em 674 domicílio. Além disso, o relatório indica um terreno baldio e a ausência de estabelecimentos comerciais e religiosos

cadastrados. No entanto, durante as visitas técnicas realizadas pelo grupo de trabalho, foi possível observar que o território contém vários terrenos baldios, pequenos comércios e quatro igrejas.

O território estudado possui barreiras geográficas, contendo um rio e duas bacias fluviais. Ele cobre uma grande área da região norte de Foz do Iguaçu, mas parte significativa é uma mata intacta, sem infraestrutura ou atividade humana. Não há entidades beneficentes, centros de apoio, casas de repouso ou escolas especializadas, o que obriga os moradores a buscarem esses recursos em outras localidades.

A área 21 não possui escolas básicas ou creches municipais, mas conta com duas instituições de ensino superior públicas: a Universidade Estadual do Oeste do Paraná e a Universidade Federal da Integração Latino-Americana. Durante visitas técnicas, foi constatado a ausência de supermercado e farmácia, mas há salões de beleza, comércios pequenos, um posto de gasolina, um campo de futebol, e duas praças com academia ao ar livre (Figura 1). Não foram encontradas áreas de risco ambiental, exceto uma grande área de ocupação ilegal (Figura 2) perto das universidades, com instalações de energia elétrica e casas de alvenaria, porém sem confirmação de água encanada e esgoto. De acordo com a ACS, na ocupação residem cerca de 400 pessoas. Devido à irregularidade na comprovação de residência, essa população utiliza os serviços da unidade de saúde, mas não possui cadastro e, portanto, não aparece nos relatórios do e-SUS. Esta área é considerada de risco para a USF devido à falta de acesso direto e informações detalhadas.

Figura 1. Mapa inteligente. Área 21 da USF, Foz do Iguaçu, PR.



Fonte: Elaborado pelos autores a partir do Google Maps, 2024.

Figura 2: A área demarcada em amarelo demonstra uma ocupação ilegal na área 21.



Fonte: Elaborado pelos autores a partir do Google Earth, 2024.

O território em estudo possui 659 casas na área urbana (96,90%), 15 na área rural (2,20%) e 6 não informaram (0,9%). Dos 680 domicílios, 93,70% têm ruas pavimentadas e

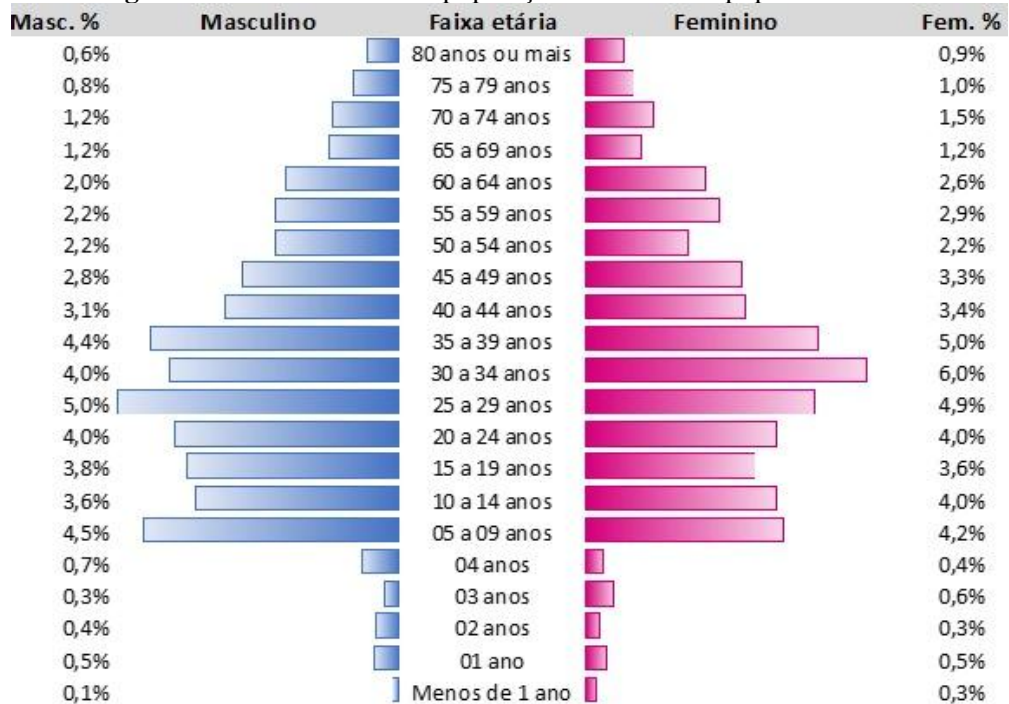
algumas linhas de ônibus. A região é bem arborizada, com vegetação e árvores frutíferas. Das casas, 426 são próprias, 54 financiadas, 168 alugadas, 21 cedidas, 1 ocupada, 6 não informaram e 4 estão em outra situação. A maioria das casas é de alvenaria (612), algumas sem revestimento (22), outras de madeira (17), material reaproveitado (2), taipa com revestimento (1), outro tipo de material (1) e 25 domicílios não possuem informação sobre o material de construção.

Sobre o abastecimento de água, 655 casas têm rede encanada (96,32%), 5 usam poço/nascente e 20 não informaram. Quanto a água para consumo, 129 usam água filtrada, 2 fervida, 359 clorada, 1 mineral, 166 sem tratamento e 23 não informaram. Em termos de esgoto, 567 domicílios têm rede coletora, 72 fossas séptica, 11 fossa rudimentar e 30 outro tipo. O lixo é coletado em 648 domicílios, 3 queimam ou enterram e 29 não informaram. Há energia elétrica em 631 casas (92,80%), 9 não têm (1,32%) e 40 não informaram (5,88%). A presença de animais de estimação inclui 317, sendo 71 gatos, 292 cães, 18 pássaros e 15 outros tipos.

3.3 PERFIL DEMOGRÁFICO

A população adscrita e cadastrada no sistema e-SUS representa um total de 2.064 indivíduos. Conforme ilustrado na pirâmide etária (Figura 3), 47,18% dessa população é composta pelo sexo masculino, totalizando 974 homens, e 52,81% pelo sexo feminino, com 1.090 mulheres.

Figura 3: Pirâmide etária da população adscrita da equipe 21 da USF.



Fonte: Elaborado pelos autores a partir do Relatório e-SUS, 2024.

A população cadastrada na faixa etária infantil (0 a 9 anos) corresponde a 12,79%, ou seja, 264 crianças, sendo 134 do sexo masculino e 130 do sexo feminino. A faixa etária de pré-adolescentes e adolescentes (10 a 19 anos) representa 15,16% da população, totalizando 313 indivíduos, dos quais 152 são do sexo masculino e 161 do sexo feminino.

Os jovens, com idades de 15 a 29 anos, representam 25,19% do total de pessoas cadastradas, somando 520 indivíduos, com 262 do sexo masculino e 258 do sexo feminino. A população adulta (30 a 59 anos) compreende 41,37% dos cadastrados, totalizando 854 pessoas, sendo 385 do sexo masculino e 469 do sexo feminino. A faixa etária idosa (60 anos ou mais) é composta por 200 idosos, representando 9,68% do total de cadastrados, dos quais 92 são do sexo masculino e 108 do sexo feminino (Figura 3).

Em relação à cor/etnia, 46,85% da população é branca (967 cadastrados), 3,29% pretas (68 pessoas), 49,12% parda (1.014 indivíduos), 0,67% amarela (14 indivíduos) e 1 pessoa se identifica como indígena. Do total de 2.064 pessoas cadastradas, 94,52% são de nacionalidade brasileira, totalizando 1.951 indivíduos. Além disso, 1,06% são naturalizados brasileiros, somando 22 pessoas, e 4,40% são estrangeiros, totalizando 91 indivíduos.

3.4 PERFIL SOCIOECONÔMICO

Ao analisar os aspectos socioeconômicos da área, observa-se que os dados dos relatórios estavam bastante inconsistentes e com pouca informação sobre os usuários dos serviços da USF, visto que 46,34% não informaram a renda, 15,84% não informaram o grau de escolaridade e 84,40 % não informaram sua situação no mercado de trabalho (Tabela 1).

A população da USF estudada, com renda declarada em cadastro é de 53,66%, dentre estes, a maior frequência de renda é a de 1 salário-mínimo (36,88%). A situação de pobreza pode ser delimitada em famílias com renda de até meio salário-mínimo e a situação de extrema pobreza pode ser considerada como famílias com renda de até 1/4 de salário. Portanto, dentre as famílias usuárias da USF, cerca de 1,33% estão em situação de pobreza, e 1,00% está em situação de extrema pobreza.

Tabela 1. Perfil Socioeconômico da população adscrita da eSF da área 21, Foz do Iguaçu, PR.

Variáveis descritivas	n (%)
Pessoas em pobreza e extrema pobreza	
Pobreza	08 (1,33)
Extrema Pobreza	06 (1,00)
Educação- Curso mais elevado que frequenta ou frequentou	
Creche	86 (4,17)
Alfabetização	14 (0,68)
Ensino Fundamental	795 (38,51)
Ensino Médio	476 (23,06)
Ensino Superior	295 (14,30)
Nenhum	71 (3,44)
Não Informado	327 (15,84)
Plano de Saúde	
Plano Privado de Saúde	67 (3,25)
Ocupação	
Agente Comunitário de Saúde	10 (0,48)
Assistente Administrativo	06 (0,29)
Empregado Doméstico	19 (0,92)
Motorista	17(0,82)
Professor	20 (0,96)
Vendedor	20 (0,96)
Outros	135 (6,54)
Situação de Rua	
Cidadão em Situação de Rua	02
População LGBT	
Pessoas LGBT no território	07

Fonte: Elaborado pelos autores. Nota: n = Número Absoluto. % = Percentual

No que diz respeito à educação, 84,16% da população tem sua escolaridade registrada, sendo 795 pessoas (38,51%) com ensino fundamental, 476 pessoas (23,06%) completaram o ensino médio, 295 pessoas (14,30%) ensino superior e 71 pessoas (3,44%) não possuem nenhum nível de instrução (tabela 1).

Apenas 3,25% da população tem plano de saúde, 86,06% não tem, e 10,7% não informaram. A situação no mercado de trabalho no território é diversa, com 279 assalariados com carteira de trabalho, 64 autônomos, 36 empresários, 129 aposentados/pensionistas, e 86 desempregados. Um número significativo de 239 pessoas não trabalha, e 1048 não informaram sua ocupação. Além disso, há 18 trabalhadores rurais, 35 empregados domésticos, e 60 estudantes. Outros 70 indivíduos identificaram-se com diversas outras profissões.

Em relação às ocupações mais frequentes na unidade, a profissão de professor e a de vendedor são as mais comuns, com 20 pessoas exercendo cada uma delas. Outras ocupações

notáveis incluem empregado doméstico, com 19 indivíduos, e motorista com 17. Apenas 227 indivíduos informaram sua profissão, o que corresponderia a aproximadamente 11% da população ativa. No que tange à população LGBT, foi informado um total de 7 pessoas na área estudada, incluindo uma mulher transgênero.

Ademais, o relatório e-SUS identificou 2 cidadãos em situação de rua (0,10%), sendo que apenas um deles recebe assistência de outra instituição. Nenhum dos dois possui referência familiar ou recebe qualquer tipo de benefício.

3.5 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

A construção do perfil epidemiológico é crucial para realizar um diagnóstico situacional preciso da saúde pública local. Conforme se observa, o perfil epidemiológico oferece uma visão abrangente das condições de saúde prevalentes e dos fatores de risco específicos, fundamentando a tomada de decisões baseadas em evidências para promover a saúde e prevenir doenças.

Os dados coletados revelam que aproximadamente 16,8% desses indivíduos apresentam Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), como diabetes e hipertensão arterial. A maioria, correspondendo a 83,2%, não relata qualquer doença crônica identificada (Tabela 2).

Entre as condições de saúde mais prevalentes na população assistida, a hipertensão arterial afeta 11,5%, seguida por diabetes com 5,3% e transtorno mental com 2,4%. Os principais fatores de risco identificados incluem sobrepeso, afetando 9,7% da população, tabagismo com 5,3% e uso de substâncias ilícitas com 1,4%.

Por fim, percebe-se a ausência de dados referentes ao risco das gestantes, que são cadastradas e acompanhadas pela eSF da área estudada (n= 22), o que dificulta a identificação precisa de condições de saúde (Tabela 2).

Tabela 2. Perfil Epidemiológico da população da área 21, Foz do Iguaçu, PR.

Variáveis descritivas	n (%)
Gestantes	
Risco habitual	Sem dados
Alto Risco	Sem dados
Cadastradas e acompanhadas	22 (1,1)
Adultos	
Hipertensão Arterial	238 (11,5)
Tabagistas	109 (5,3)
Diabetes	110 (5,3)
Tiveram Infarto	16 (0,8)
Tiveram AVE/Derrame	16 (0,8)
Tuberculose	00 (0,0)
Câncer	26 (1,3)
Hanseníase	01 (0,05)
Doença Renal Crônica	05 (0,2)
Asma	31 (1,5)
Excesso de Peso	201 (9,7)
Acamados	05 (0,2)
Internadas no último ano	84 (4,1)
Transtorno mental	49 (2,4)
Deficiência Auditiva	02 (0,1)
Deficiência Visual	11 (0,5)
Deficiência Física/Motora	09 (0,4)
Deficiência Intelectual/Cognitiva	27 (1,3)
Algum tipo de deficiência	3 (0,1)
Usaram substâncias ilícitas no último ano	28 (1,4)

Fonte: Elaborado pelos autores. Nota: n = Número Absoluto. % = Percentual

4 DISCUSSÃO

Com relação ao perfil institucional observado na USF, foram constatados boa ambiência e o cumprimento do atributo de acesso ao primeiro contato. A unidade oferece um extenso horário de funcionamento, das 7h às 22h, o que possibilita atender a população que não pode ser assistida durante o horário comercial. Este fato reflete diretamente as diretrizes da PNAB, que enfatizam a necessidade de acessibilidade e acolhimento nos serviços de saúde, garantindo que a população tenha um ponto de contato inicial eficiente e abrangente com o sistema de saúde (Brasil, 2017). A ampliação do horário de atendimento é uma prática que promove a inclusão e a equidade, princípios fundamentais da APS, ao facilitar o acesso aos serviços para trabalhadores em horário integral e outras pessoas com compromissos diurnos (Starfield, 2002).

Ao analisar o perfil território-ambiental, constatou-se que o território da equipe

possui 2.064 usuários cadastrados ativos e abrange uma extensa área na região norte do município de Foz do Iguaçu. Este dado é significativo, pois a densidade populacional e a abrangência territorial são fatores cruciais na organização e planejamento das ações de saúde. De acordo com a PNAB, a definição de áreas de abrangência e o cadastramento dos usuários são fundamentais para garantir a equidade no acesso aos serviços de saúde e para a organização do trabalho das equipes de saúde da família (Brasil, 2017). Além disso, a extensão territorial influencia diretamente a capacidade de resposta da equipe de saúde, uma vez que áreas maiores demandam estratégias diferenciadas de mobilidade e logística para garantir a cobertura e a continuidade do cuidado. Estudos demonstram que a extensão e características do território impactam na efetividade dos serviços de saúde, especialmente em regiões com características geográficas e sociais diversas (Silva; Mendes; Medeiros, 2019 e Souza; Menezes; Araújo, 2020).

Entretanto, grande parte dessa área permanece desabitada, com vastas áreas de mata intacta. A carência de entidades beneficentes, escolas especializadas e estabelecimentos comerciais constitui um ponto crítico a ser considerado. Conforme apontado por Arretche (2003) esse cenário limita o acesso a serviços essenciais, impactando negativamente na qualidade de vida e na saúde da população. Por outro lado, a presença de árvores frutíferas, ruas pavimentadas e acesso ao transporte público contribuem para a mobilidade dos moradores, promovendo um ambiente mais saudável e acessível. Como discutido por Moraes (2010), essas características são importantes, pois a mobilidade urbana é um fator determinante para o acesso aos serviços de saúde e outros recursos essenciais.

Na área de cobertura da equipe 21, há uma ocupação ilegal com estimativa de 400 pessoas vivendo em condições precárias. Essas pessoas utilizam os serviços da USF, porém sem o cadastro adequado, devido à falta de Código de Endereçamento Postal (CEP), há ausência do atributo longitudinalidade, o que agrava sua vulnerabilidade no acesso a serviços públicos essenciais. Mediante tal situação, Almeida, Peres, Fonseca, (2019) afirmam que a precariedade habitacional e a insegurança territorial nessas áreas são associadas a diversos problemas de saúde, incluindo doenças infecciosas e problemas de saúde mental. A ausência de infraestrutura básica e a exposição constante à violência urbana contribuem para a deterioração da saúde e qualidade de vida dos residentes.

A análise da pirâmide etária revela que a maior parte dos usuários é composta por adultos, representando 41,37% do total, com uma predominância do sexo feminino. Este perfil se destaca quando comparado ao demográfico do Paraná, onde a população adulta é de 36,33%, e 51,26% são mulheres (IBGE, 2022). Estudos sugerem que as mulheres tendem a procurar

mais os serviços de saúde devido ao seu papel social como cuidadoras e suas necessidades específicas, como saúde reprodutiva e pré-natal (Mendes, 2012). A população jovem corresponde a 25,19% dos cadastrados, um número superior aos 21,81% observados no Paraná (IBGE, 2022), o que sugere uma demanda significativa por serviços relacionados à educação sexual e combate ao uso de drogas e álcool.

As crianças de 0 a 9 anos representam 12,79% dos usuários, percentual próximo aos 12,74% do Paraná (IBGE, 2022), destacando a importância dos cuidados pediátricos e programas de imunização infantil, conforme recomendado pela PNAB (Brasil, 2017). Em contraste, os idosos constituem 9,68% da população cadastrada, valor inferior ao de 16,53% registrado no Paraná (IBGE, 2022). Esses dados, alinhados com as estatísticas do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), ressaltam a necessidade de adequar os serviços oferecidos pela USF para atender de forma eficaz às necessidades de cada faixa etária (Brasil, 2013).

No perfil socioeconômico, a análise revelou uma maior complexidade devido à inconsistência e escassez de dados nos relatórios disponíveis. Aproximadamente 46,34% dos usuários não informaram sua renda, 15,84% não detalharam seu grau de escolaridade e 84,40% não especificaram sua situação no mercado de trabalho. Observa-se que 1,33% dos usuários da USF estudada estão em situação de pobreza e 1,00% enfrentam extrema pobreza, enquanto no Paraná, 5,5% da população está em situação de pobreza e 1,6% em extrema pobreza (IPARDES, 2022). Em termos de renda, 36,88% dos usuários da USF ganham até 1 salário-mínimo, comparado a aproximadamente 30% no Paraná (IPARDES, 2022).

A taxa de analfabetismo na USF investigada é de 3,44%, ligeiramente acima dos 3,0% registrados no Paraná (IBGE, 2022). Quanto à cobertura de planos de saúde, apenas 3,25% dos usuários da USF possuem plano privado, em contraste com 23% da população do Paraná (ANS, 2022).

Uma parte significativa da população da região enfrenta a precarização das condições de trabalho, com muitos indivíduos sem registro formal de emprego. Estudos apontam que a falta de formalização do emprego limita o acesso a direitos trabalhistas e benefícios sociais, perpetuando ciclos de pobreza e exclusão social (Morisini, 2016). A presença de cidadãos em situação de rua também é uma questão alarmante. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), pessoas em situação de rua enfrentam maiores riscos de saúde e vulnerabilidade social, necessitando de políticas públicas que garantam acesso a serviços de saúde, habitação e assistência social (OMS, 2020).

A análise do perfil epidemiológico revelou que 16,8% dos indivíduos

apresentam DCNTs, com as seguintes prevalências: hipertensão arterial (11,5%), diabetes mellitus (5,3%), câncer (1,3%) e asma (1,5%). Em comparação, o Vigitel (Brasil, 2023) reporta uma prevalência de hipertensão arterial de 27,9% e de diabetes mellitus de 10,2% entre adultos nas 27 capitais brasileiras, indicando que os índices observados na USF em estudo são significativamente menores. Esses dados são particularmente relevantes, uma vez que, conforme o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), as DCNTs são as principais causas de morbidade e mortalidade no Brasil (Brasil, 2022a; Brasil, 2022b).

Os principais fatores de risco identificados incluem sobrepeso, presente em 9,7% da população, tabagismo (5,3%) e consumo de álcool (1,4%). De acordo com a OMS (2005), esses fatores são determinantes críticos para o desenvolvimento de DCNTs. Embora os índices encontrados sejam inferiores aos dados do Vigitel (Brasil, 2023), que relatam 24,3% de obesidade, 9,3% de tabagismo e 20,8% de consumo de álcool nas 27 capitais brasileiras, é essencial destacar a importância de intervenções direcionadas para o controle desses fatores de risco, mesmo com as prevalências locais sendo menores.

A maioria dos indivíduos, representando 83,2%, não relata a presença de doenças crônicas, o que ressalta a necessidade de melhorar a detecção precoce e o monitoramento dessas condições, pois deve-se considerar uma possível subnotificação. Conforme destacado por Brownson; Fielding; Maylahn (2019), a análise epidemiológica é fundamental para a priorização de recursos, o desenvolvimento de políticas de saúde pública e a avaliação da eficácia das intervenções. Assim, a coleta sistemática e a análise contínua de dados epidemiológicos na USF são essenciais para a formulação de políticas de saúde pública que atendam de forma eficaz às necessidades específicas da comunidade local.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo destaca que o diagnóstico situacional na APS é crucial para identificar e compreender as capacidades e limitações dos pacientes no contexto de suas atividades diárias e participação social nos serviços de saúde. A análise dos perfis do diagnóstico da USF revela pontos positivos, como infraestrutura adequada e equipe multidisciplinar, mas também desafios como a ausência de conselho local de saúde e áreas parcialmente cobertas pelas equipes. Também vale destacar a presença de uma grande área de ocupação irregular onde os indivíduos utilizam os serviços da USF quando necessário, porém não são acompanhados pela equipe

devido à falta de cadastro. Em razão da dificuldade de acesso a essa área, os atributos da APS não são plenamente contemplados para essa população da ocupação, sugerindo a necessidade de intervenções políticas e intersetoriais para melhorar as condições de vida e o acesso aos serviços de saúde.

Do ponto de vista demográfico e epidemiológico, a predominância de uma população jovem e adulta, com um maior público feminino, taxa moderada de DCNTs e transtorno mental, os fatores de risco, como sobrepeso, tabagismo e uso de drogas ilícitas, servem de alerta para reforçar a indispensabilidade de intervenções preventivas e educativas. É crucial promover estratégias voltadas para a saúde mental, controle de peso, combate ao tabagismo e uso de drogas, bem como a implementação de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças.

Por fim, conclui-se, que o processo do diagnóstico situacional em saúde é essencial para compreender detalhadamente a realidade local, permitindo o próximo passo que é o planejamento estratégico situacional. Essas ferramentas de processo de trabalho são fundamentais na formulação de estratégias de cuidado e no enfrentamento dos desafios, visando promover melhorias tanto para os indivíduos quanto para a comunidade como um todo. Vale ressaltar que a inconsistência de dados é um problema e que impacta diretamente nos resultados desse diagnóstico situacional.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. F.; PERES, M. F. T.; FONSECA, T. L. **O território e as implicações da violência urbana no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde em uma unidade básica.** Saúde e Sociedade. v 28, n. 1, p. 207-221, 2019.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Relatório de beneficiários de planos de saúde.** Brasília, DF. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/setor-fecha-2022-com-50-5-milhoes-de-beneficiarios-em-planos-de-assistencia-medica>

ARRETCHE, M. **Políticas sociais no Brasil: descentralização, desenho institucional e desigualdades regionais.** São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v. 17, n. 3-4, p. 65-78, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 02 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://sisab.saude.gov.br>. Acesso em: 02 jul. 2024.

BROWNSON, R. C. FIELDING, J. E., MAYLAHN, C. M. **Evidence-Based Public Health: a fundamental concept for public health practice.** 3rd edition. New York: Oxford University Press, v. 30, 175-201, 2019.

COLUSSI, C. F.; PEREIRA, K. G. **Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica.** Florianópolis: UFSC, 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores sociais do estado Paraná.** Paraná, PR: IBGE, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/panorama>. Acesso em: 02 jul. 2024.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Perfil socioeconômico do estado do Paraná.** 2022. Disponível em: <https://www.ipardes.pr.gov.br/Pagina/Informacoes-Municipais-e-Regionais>. Acesso em 01 ago. 2024.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. **Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados**. Saúde em Debate, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>. Acesso em: 01 ago. 2024.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 02 jul. 2024.

MORAES, M. Mobilidade urbana sustentável: análise e planejamento. **Revista Brasileira de Gestão Urbana**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 47-61, 2010.

MOROSINI, M. V. G. C. Precarização do trabalho: particularidades no setor saúde brasileiro. **Trabalho, Educação E Saúde**, v. 14, p. 5–7, 2016.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial da Saúde: A prevenção das doenças crônicas – um investimento vital**. Genebra: OMS, 2005. Disponível em: Acesso em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43328/9241593598_por.pdf. 01 de ago. 2024.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório sobre saúde e situação de rua**. Genebra: OMS, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/pt/publications/m> Acesso em: 01 de ago. 2024.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

SILVA, R. S.; MENDES, A. C. G.; MEDEIROS, P. F. S. A influência da extensão territorial na Atenção Primária à Saúde: um estudo de caso. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, v. 10, n. 2, p. 45-58, 2019.

SOUZA, L. E. P. F.; MENEZES, R. A.; ARAÚJO, T. S. Desafios territoriais na implementação da APS em regiões urbanas. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 125, p. 97-108, 2020.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF. UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso: 10. mar. 2024.

APÊNDICE A – ARTIGO PUBLICADO NA REVISTA CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES



Diagnóstico situacional de uma equipe de saúde da família em município de triplíce fronteira

Situational diagnosis of a family health team in a triple border municipality

Diagnóstico situacional de un equipo de salud familiar en un municipio de la triple frontera

DOI: 10.55905/revconv.18n.1-171

Originals received: 12/2/2024

Acceptance for publication: 12/25/2024

Jhule Michele Lopes Nascimento

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Federal da Integração Latino-Americana

Endereço: Foz do Iguaçu – Paraná, Brasil

E-mail: jhulemichele@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2018-3516>

Agatha da Silva Britto de Araújo

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Federal da Integração Latino-Americana

Endereço: Foz do Iguaçu – Paraná, Brasil

E-mail: asb.araujo.2021@aluno.unila.edu.br

Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-7071-6621>

Beatriz Fernandes dos Santos

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Federal da Integração Latino-Americana

Endereço: Foz do Iguaçu – Paraná, Brasil

E-mail: beatrizfernandes175@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-3586-4030>

Julia Burocco dos Santos Pinto

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Federal da Integração Latino-Americana

Endereço: Foz do Iguaçu – Paraná, Brasil

E-mail: juliaburokp@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-7741-7129>



Leticia Cristina Santos do Nascimento

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Federal da Integração Latino-Americana

Endereço: Foz do Iguaçu – Paraná, Brasil

E-mail: lcs.nascimento.2021@aluno.unila.edu.br

Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-7873-7575>

Viviane Navarro dos Santos

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Federal da Integração Latino-Americana

Endereço: Foz do Iguaçu – Paraná, Brasil

E-mail: vn.santos.2023@aluno.unila.edu.br

Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-6541-8130>

Anália Rosário Lopes

Doutora em Saúde Pública

Endereço: Foz do Iguaçu – Paraná, Brasil

E-mail: analua.lobes@unila.edu.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3822-6107>

RESUMO

O diagnóstico situacional é essencial para identificar necessidades e direcionar ações de saúde eficazes com base nas condições locais. O presente estudo tem por objetivo realizar o diagnóstico situacional da área de uma Unidade de Saúde da Família (USF) em município de fronteira analisando a dinâmica de saúde e as necessidades da comunidade local. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem quantitativa, que incluiu entrevistas, observações *in loco* e consultas a bases de dados do Sistema Único de Saúde. Após a coleta de dados, foi realizada uma análise dos perfis institucional, demográfico, socioeconômico, território-ambiental e epidemiológico para compreender a situação da área estudada. Nos resultados, destacam-se pontos positivos como boa ambiência, equipe multiprofissional e acesso eficiente, com horário estendido das 7h às 22h, promovendo inclusão e equidade. No entanto, surgem desafios, como uma grande área de ocupação irregular, onde os usuários dos serviços da USF não estão cadastrados. Do ponto de vista demográfico e epidemiológico, predominou uma população jovem e adulta, do sexo feminino, com taxas moderadas de doenças crônicas e transtornos mentais, fatores de risco, como sobrepeso, tabagismo e uso de drogas, indicando a necessidade de estratégias preventivas e educativas. Conclui-se que o diagnóstico situacional é essencial para compreender a realidade local, formular estratégias de cuidado efetivas e enfrentar os desafios; e que a inconsistência de dados é um problema que impacta negativamente no resultado do diagnóstico situacional.

Palavras-chave: atenção primária à saúde, territorialização, diagnóstico situacional, indicadores de saúde.

ABSTRACT

Situational diagnosis is essential to identify needs and direct effective health actions based on local conditions. The present study aims to perform a situational diagnosis of the area of a Family Health Unit (USF) in a border municipality, analyzing the health dynamics and needs of the local



community. This is a descriptive and exploratory study with a quantitative approach, which included interviews, on-site observations, and consultations of databases of the Unified Health System. After data collection, an analysis of the institutional, demographic, socioeconomic, territorial-environmental, and epidemiological profiles was performed to understand the situation of the studied area. The results highlight positive points such as a good ambiance, a multidisciplinary team, and efficient access, with extended hours from 7 a.m. to 10 p.m., promoting inclusion and equity. However, challenges arise, such as a large area of irregular occupation, where users of USF services are not registered. From a demographic and epidemiological point of view, a young and adult female population predominated, with moderate rates of chronic diseases and mental disorders, and risk factors such as overweight, smoking, and drug use, indicating the need for preventive and educational strategies. It is concluded that situational diagnosis is essential to understand the local reality, formulate effective care strategies, and face challenges; and that data inconsistency is a problem that negatively impacts the outcome of the situational diagnosis.

Keywords: primary health care, territorialization, situational diagnosis, health indicators.

RESUMEN

El diagnóstico situacional es esencial para identificar necesidades y dirigir acciones de salud efectivas en función de las condiciones locales. El presente estudio tiene como objetivo realizar un diagnóstico situacional del área de una Unidad de Salud Familiar (USF) en un municipio fronterizo, analizando la dinámica y necesidades de salud de la comunidad local. Se trata de una investigación descriptiva y exploratoria con enfoque cuantitativo, que incluyó entrevistas, observaciones in situ y consultas a bases de datos del Sistema Único de Salud, luego de la recolección de datos, se realizó un análisis de los aspectos institucionales, demográficos, socioeconómicos, territoriales-ambientales y epidemiológicos a comprender la situación en la zona estudiada. En los resultados destacan puntos positivos como buen ambiente, equipo multidisciplinario y acceso eficiente, con horario ampliado de 7 a 22 horas, promoviendo la inclusión y la equidad. Sin embargo, surgen desafíos, como una gran zona de ocupación irregular, donde los usuarios de los servicios del USF no están registrados. Desde el punto de vista demográfico y epidemiológico predominó una población femenina joven y adulta, con índices moderados de enfermedades crónicas y trastornos mentales, factores de riesgo como sobrepeso, tabaquismo y consumo de drogas, lo que indica la necesidad de estrategias preventivas y educativas. Se concluye que el diagnóstico situacional es fundamental para comprender la realidad local, formular estrategias de atención efectivas y enfrentar desafíos; y que la inconsistencia de los datos es un problema que impacta negativamente en el resultado del diagnóstico situacional.

Palabras clave: atención primaria de salud, territorialización, diagnóstico situacional, indicadores de salud.



1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é amplamente reconhecida como a base organizacional dos sistemas de saúde globalmente, desempenhando um papel essencial na promoção da saúde, prevenção de doenças e coordenação do cuidado. Dentro deste contexto, as Unidades de Saúde da Família (USF) são fundamentais para promover a saúde, prevenir enfermidades e fornecer cuidados integrados e humanizados à população (Starfield, 2002).

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), implantada em 2006 como uma prioridade na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), busca fortalecer a APS com uma abordagem mais humanizada e preventiva, concretizando seus princípios e estruturando-se a partir das USFs. Essas unidades desempenham um papel crucial na oferta de serviços de saúde de qualidade, realizado por equipes multidisciplinares focadas nas pessoas e famílias, com o objetivo de melhorar a saúde das comunidades, através do cuidado e análise dos determinantes sociais de saúde específicos de cada localidade (Macinko; Mendonça, 2018).

O diagnóstico situacional é uma ferramenta essencial para entender as necessidades de saúde de uma comunidade, identificar os principais problemas e direcionar ações e políticas de saúde de maneira eficaz. Este diagnóstico envolve a coleta e análise de dados em várias dimensões, proporcionando uma visão abrangente e detalhada das condições de vida e saúde da população local (Colussi; Pereira, 2016). A APS é mais eficaz quando orientada por um diagnóstico preciso e contextualizado, permitindo intervenções mais direcionadas e adequadas às realidades locais (Starfield, 2002).

A importância do diagnóstico situacional se reflete na capacidade de identificar desigualdades sociais e lacunas no acesso aos serviços de saúde, promovendo a equidade no cuidado. Por meio da análise de indicadores demográficos, socioeconômicos, ambientais e epidemiológicos, é possível compreender a realidade de cada território e adaptar as intervenções às particularidades da população atendida. Além disso, o diagnóstico permite uma atuação mais eficiente das equipes de saúde, garantindo que os recursos disponíveis sejam utilizados de maneira otimizada e direcionada para as áreas de maior necessidade (Silva; Mendes; Medeiros, 2019).

Dessa forma, o processo de territorialização e o envolvimento das equipes multiprofissionais nas USFs são fundamentais para promover uma APS centrada nas pessoas e



orientada para os determinantes sociais de saúde. A participação ativa da comunidade nesse processo fortalece a relação entre os serviços de saúde e os usuários, contribuindo para uma gestão mais participativa e inclusiva. Assim, a ESF torna-se um elemento chave na construção de um sistema de saúde mais acessível, equitativo e eficiente, alinhado aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil (Paim, 2013).

Este artigo tem como objetivo realizar o diagnóstico situacional em saúde de uma área de responsabilidade de uma equipe em uma Unidade de Saúde da Família, com o propósito de analisar a dinâmica de saúde e as necessidades específicas da comunidade local, indispensável para o desenvolvimento de um planejamento estratégico em saúde.

2 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem quantitativa, que incluiu entrevistas, observações *in loco* e consultas a bases de dados do Sistema Único de Saúde (e-SUS). O local de estudo foi a área de responsabilidade de uma equipe Saúde da Família (eSF) de uma USF localizada no distrito norte do município de Foz do Iguaçu, estado do Paraná, fronteira com a Argentina e o Paraguai.

A coleta de dados foi realizada de quatro maneiras: entrevista com o gerente da USF; entrevista com informantes-chave da comunidade; observação *in loco* e consulta à base de dados eletrônica do Sistema Único de Saúde (e-SUS) a partir dos relatórios consolidados da equipe: a) Relatório de Cadastro Domiciliar e Territorial; b) Relatório de Cadastro Individual; e c) Relatório Consolidado da Situação do Território.

A entrevista com o gerente da USF teve como objetivo obter dados referentes ao perfil institucional da unidade. A entrevista com os informantes-chave envolveu três usuários e moradores da área estudada, por meio do auxílio da Agente Comunitária de Saúde (ACS) que também oportunizou algumas visitas domiciliares, as quais foram relevantes para levantamento dos dados sobre o território e problemas reais da comunidade, além da observação *in loco*, que auxiliou na territorialização junto ao mapa da área fornecido pela ACS.

Os dados obtidos na base de dados do e-SUS são armazenados e coletados utilizando os sistemas de Coleta de Dados Simplificada (CDS) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), além de um sistema contratado pela própria prefeitura, o RPSmart.



Após a coleta de dados, foi realizada uma análise dos perfis: institucional, demográfico, socioeconômico, território-ambiental e epidemiológico. Esses dados foram transformados em informações que auxiliaram no desenvolvimento e análise do diagnóstico situacional da área estudada.

3 RESULTADOS

3.1 PERFIL INSTITUCIONAL

A Unidade de Saúde da Família em estudo, situada no município de Foz do Iguaçu - PR, faz parte do distrito norte. Disponibiliza atendimento de segunda a sexta-feira, no período das 7 horas da manhã até às 22 horas da noite, sendo que cada categoria de profissionais trabalha em horários distintos.

A unidade conta com profissionais com uma carga horária semanal de 30 horas mais 10 horas de capacitação. É composta por 6 médicos da família e comunidade, 12 auxiliares de enfermagem, 6 enfermeiras, 25 agentes comunitários de saúde, 1 farmacêutico, 3 técnicos/atendentes de farmácia, 3 auxiliares de limpeza, 4 recepcionistas e 1 gerente de serviço de saúde. Além disso, a USF conta com equipes de saúde bucal compostas por 4 dentistas e 3 auxiliares de saúde bucal.

A USF tem o apoio da equipe Multiprofissional (eMulti) antigo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), os profissionais envolvidos nesse modo de trabalho são: uma nutricionista que visita a unidade uma vez por semana, e uma assistente social que frequenta a unidade três vezes por semana.

No tocante aos médicos, 5 são disponibilizados pelo programa médicos pelo Brasil e 1 servidor público. Ademais, é importante destacar que a USF utiliza o WhatsApp como principal meio de comunicação com a comunidade, principalmente por intermédio dos ACSs, facilitando o acesso dos pacientes e a disseminação de informações relevantes. Porém, a unidade não conta com Conselho Local de Saúde (CLS), o que pode dificultar o elo entre comunidade e a USF. Além disso, devido ao território ser extenso e altamente dinâmico, existem áreas e microáreas parcialmente coberta pela USF.



3.2 PERFIL TERRITORIAL-AMBIENTAL

A Unidade de Saúde da Família está localizada na zona urbana do município de Foz do Iguaçu, no estado do Paraná, a uma distância de 12,8 km do centro da cidade. Esta USF conta com um total de seis equipes de saúde da família, sendo o foco deste estudo a equipe 5, que atua na área 21.

De acordo com os dados disponíveis nos relatórios do e-SUS, o território da equipe em estudo contém 2.064 usuários cadastrados, distribuídos em 674 domicílio. Além disso, o relatório indica um terreno baldio e a ausência de estabelecimentos comerciais e religiosos cadastrados. No entanto, durante as visitas técnicas realizadas pelo grupo de trabalho, foi possível observar que o território contém vários terrenos baldios, pequenos comércios e quatro igrejas.

O território estudado possui barreiras geográficas, contendo um rio e duas bacias fluviais. Ele cobre uma grande área da região norte de Foz do Iguaçu, mas parte significativa é uma mata intacta, sem infraestrutura ou atividade humana. Não há entidades beneficentes, centros de apoio, casas de repouso ou escolas especializadas, o que obriga os moradores a buscarem esses recursos em outras localidades.

A área 21 não possui escolas básicas ou creches municipais, mas conta com duas instituições de ensino superior públicas: a Universidade Estadual do Oeste do Paraná e a Universidade Federal da Integração Latino-Americana. Durante visitas técnicas, foi constatado a ausência de supermercado e farmácia, mas há salões de beleza, comércios pequenos, um posto de gasolina, um campo de futebol, e duas praças com academia ao ar livre (Figura 1). Não foram encontradas áreas de risco ambiental, exceto uma grande área de ocupação ilegal (Figura 2) perto das universidades, com instalações de energia elétrica e casas de alvenaria, porém sem confirmação de água encanada e esgoto. De acordo com a ACS, na ocupação residem cerca de 400 pessoas. Devido à irregularidade na comprovação de residência, essa população utiliza os serviços da unidade de saúde, mas não possui cadastro e, portanto, não aparece nos relatórios do e-SUS. Esta área é considerada de risco para a USF devido à falta de acesso direto e informações detalhadas.



Figura 1. Mapa inteligente. Área 21 da USF, Foz do Iguaçu, PR.



Fonte: Elaborado pelos autores a partir do Google Maps, 2024.

Figura 2: A área demarcada em amarelo demonstra uma ocupação ilegal na área 21.



Fonte: Elaborado pelos autores a partir do Google Earth, 2024.

território em estudo possui 659 casas na área urbana (96,90%), 15 na área rural (2,20%) e 6 não informaram (0,9%). Dos 680 domicílios, 93,70% têm ruas pavimentadas e algumas linhas de ônibus. A região é bem arborizada, com vegetação e árvores frutíferas. Das casas, 426 são

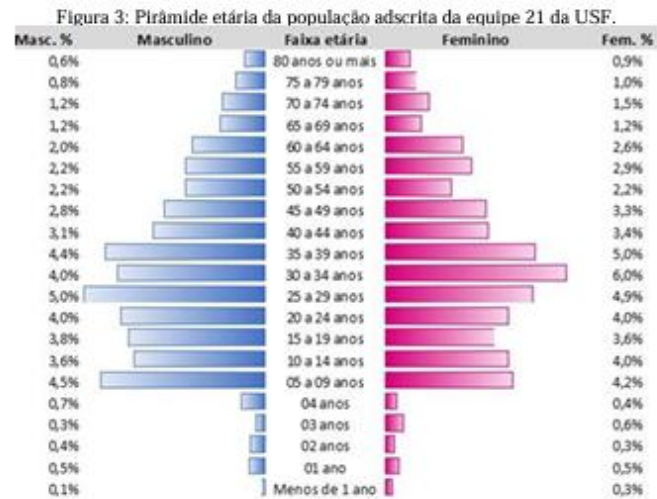


próprias, 54 financiadas, 168 alugadas, 21 cedidas, 1 ocupada, 6 não informaram e 4 estão em outra situação. A maioria das casas é de alvenaria (612), algumas sem revestimento (22), outras de madeira (17), material reaproveitado (2), taipa com revestimento (1), outro tipo de material (1) e 25 domicílios não possuem informação sobre o material de construção.

Sobre o abastecimento de água, 655 casas têm rede encanada (96,32%), 5 usam poço/nascente e 20 não informaram. Quanto a água para consumo, 129 usam água filtrada, 2 fervida, 359 clorada, 1 mineral, 166 sem tratamento e 23 não informaram. Em termos de esgoto, 567 domicílios têm rede coletora, 72 fossas séptica, 11 fossa rudimentar e 30 outro tipo. O lixo é coletado em 648 domicílios, 3 queimam ou enterram e 29 não informaram. Há energia elétrica em 631 casas (92,80%), 9 não têm (1,32%) e 40 não informaram (5,88%). A presença de animais de estimação inclui 317, sendo 71 gatos, 292 cães, 18 pássaros e 15 outros tipos.

3.3 PERFIL DEMOGRÁFICO

A população adscrita e cadastrada no sistema e-SUS representa um total de 2.064 indivíduos. Conforme ilustrado na pirâmide etária (Figura 3), 47,18% dessa população é composta pelo sexo masculino, totalizando 974 homens, e 52,81% pelo sexo feminino, com 1.090 mulheres.



Fonte: Elaborado pelos autores a partir do Relatório e-SUS, 2024.



A população cadastrada na faixa etária infantil (0 a 9 anos) corresponde a 12,79%, ou seja, 264 crianças, sendo 134 do sexo masculino e 130 do sexo feminino. A faixa etária de pré-adolescentes e adolescentes (10 a 19 anos) representa 15,16% da população, totalizando 313 indivíduos, dos quais 152 são do sexo masculino e 161 do sexo feminino.

Os jovens, com idades de 15 a 29 anos, representam 25,19% do total de pessoas cadastradas, somando 520 indivíduos, com 262 do sexo masculino e 258 do sexo feminino. A população adulta (30 a 59 anos) compreende 41,37% dos cadastrados, totalizando 854 pessoas, sendo 385 do sexo masculino e 469 do sexo feminino. A faixa etária idosa (60 anos ou mais) é composta por 200 idosos, representando 9,68% do total de cadastrados, dos quais 92 são do sexo masculino e 108 do sexo feminino (Figura 3).

Em relação à cor/etnia, 46,85% da população é branca (967 cadastrados), 3,29% pretas (68 pessoas), 49,12% parda (1.014 indivíduos), 0,67% amarela (14 indivíduos) e 1 pessoa se identifica como indígena. Do total de 2.064 pessoas cadastradas, 94,52% são de nacionalidade brasileira, totalizando 1.951 indivíduos. Além disso, 1,06% são naturalizados brasileiros, somando 22 pessoas, e 4,40% são estrangeiros, totalizando 91 indivíduos.

3.4 PERFIL SOCIOECONÔMICO

Ao analisar os aspectos socioeconômicos da área, observa-se que os dados dos relatórios estavam bastante inconsistentes e com pouca informação sobre os usuários dos serviços da USF, visto que 46,34% não informaram a renda, 15,84% não informaram o grau de escolaridade e 84,40% não informaram sua situação no mercado de trabalho (Tabela 1).

A população da USF estudada, com renda declarada em cadastro é de 53,66%, dentre estes, a maior frequência de renda é a de 1 salário-mínimo (36,88%). A situação de pobreza pode ser delimitada em famílias com renda de até meio salário-mínimo e a situação de extrema pobreza pode ser considerada como famílias com renda de até 1/4 de salário. Portanto, dentre as famílias usuárias da USF, cerca de 1,33% estão em situação de pobreza, e 1,00% está em situação de extrema pobreza.

Tabela 1. Perfil Socioeconômico da população adscrita da eSF da área 21, Foz do Iguaçu, PR.

Variáveis descritivas	n (%)
Pessoas em pobreza e extrema pobreza	



Pobreza	08 (1,33)
Extrema Pobreza	06 (1,00)
Educação- Curso mais elevado que frequenta ou frequentou	
Creche	86 (4,17)
Alfabetização	14 (0,68)
Ensino Fundamental	795 (38,51)
Ensino Médio	476 (23,06)
Ensino Superior	295 (14,30)
Nenhum	71 (3,44)
Não Informado	327 (15,84)
Plano de Saúde	
Plano Privado de Saúde	67 (3,25)
Ocupação	
Agente Comunitário de Saúde	10 (0,48)
Assistente Administrativo	06 (0,29)
Empregado Doméstico	19 (0,92)
Motorista	17(0,82)
Professor	20 (0,96)
Vendedor	20 (0,96)
Outros	135 (6,54)
Situação de Rua	
Cidadão em Situação de Rua	02
População LGBT	
Pessoas LGBT no território	07

Fonte: Elaborado pelos autores. Nota: n = Número Absoluto. % = Percentual

No que diz respeito à educação, 84,16% da população tem sua escolaridade registrada, sendo 795 pessoas (38,51%) com ensino fundamental, 476 pessoas (23,06%) completaram o ensino médio, 295 pessoas (14,30%) ensino superior e 71 pessoas (3,44%) não possuem nenhum nível de instrução (tabela 1).

Apenas 3,25% da população tem plano de saúde, 86,06% não tem, e 10,7% não informaram. A situação no mercado de trabalho no território é diversa, com 279 assalariados com carteira de trabalho, 64 autônomos, 36 empresários, 129 aposentados/pensionistas, e 86 desempregados. Um número significativo de 239 pessoas não trabalha, e 1048 não informaram sua ocupação. Além disso, há 18 trabalhadores rurais, 35 empregados domésticos, e 60 estudantes. Outros 70 indivíduos identificaram-se com diversas outras profissões.

Em relação às ocupações mais frequentes na unidade, a profissão de professor e a de vendedor são as mais comuns, com 20 pessoas exercendo cada uma delas. Outras ocupações notáveis incluem empregado doméstico, com 19 indivíduos, e motorista com 17. Apenas 227 indivíduos informaram sua profissão, o que corresponderia a aproximadamente 11% da



população ativa. No que tange à população LGBT, foi informado um total de 7 pessoas na área estudada, incluindo uma mulher transgênero.

Ademais, o relatório e-SUS identificou 2 cidadãos em situação de rua (0,10%), sendo que apenas um deles recebe assistência de outra instituição. Nenhum dos dois possui referência familiar ou recebe qualquer tipo de benefício.

3.5 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

A construção do perfil epidemiológico é crucial para realizar um diagnóstico situacional preciso da saúde pública local. Conforme se observa, o perfil epidemiológico oferece uma visão abrangente das condições de saúde prevalentes e dos fatores de risco específicos, fundamentando a tomada de decisões baseadas em evidências para promover a saúde e prevenir doenças.

Os dados coletados revelam que aproximadamente 16,8% desses indivíduos apresentam Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), como diabetes e hipertensão arterial. A maioria, correspondendo a 83,2%, não relata qualquer doença crônica identificada (Tabela 2).

Entre as condições de saúde mais prevalentes na população assistida, a hipertensão arterial afeta 11,5%, seguida por diabetes com 5,3% e transtorno mental com 2,4%. Os principais fatores de risco identificados incluem sobrepeso, afetando 9,7% da população, tabagismo com 5,3% e uso de substâncias ilícitas com 1,4%.

Por fim, percebe-se a ausência de dados referentes ao risco das gestantes, que são cadastradas e acompanhadas pela eSF da área estudada (n= 22), o que dificulta a identificação precisa de condições de saúde (Tabela 2).



Tabela 2. Perfil Epidemiológico da população da área 21, Foz do Iguaçu, PR.

Variáveis descritivas	n (%)
Gestantes	
Risco habitual	Sem dados
Alto Risco	Sem dados
Cadastradas e acompanhadas	22 (1,1)
Adultos	
Hipertensão Arterial	238 (11,5)
Tabagistas	109 (5,3)
Diabetes	110 (5,3)
Tiveram Infarto	16 (0,8)
Tiveram AVE/Derrame	16 (0,8)
Tuberculose	00 (0,0)
Câncer	26 (1,3)
Hanseníase	01 (0,05)
Doença Renal Crônica	05 (0,2)
Asma	31 (1,5)
Excesso de Peso	201 (9,7)
Acamados	05 (0,2)
Internadas no último ano	84 (4,1)
Transtorno mental	49 (2,4)
Deficiência Auditiva	02 (0,1)
Deficiência Visual	11 (0,5)
Deficiência Física/Motora	09 (0,4)
Deficiência Intelectual/Cognitiva	27 (1,3)
Algum tipo de deficiência	3 (0,1)
Usaram substâncias ilícitas no último ano	28 (1,4)

Fonte: Elaborado pelos autores. Nota: n = Número Absoluto. % = Percentual

4 DISCUSSÃO

Com relação ao perfil institucional observado na USF, foram constatados boa ambiência e o cumprimento do atributo de acesso ao primeiro contato. A unidade oferece um extenso horário de funcionamento, das 7h às 22h, o que possibilita atender a população que não pode ser assistida durante o horário comercial. Este fato reflete diretamente as diretrizes da PNAB, que enfatizam a necessidade de acessibilidade e acolhimento nos serviços de saúde, garantindo que a população tenha um ponto de contato inicial eficiente e abrangente com o sistema de saúde (Brasil, 2017). A ampliação do horário de atendimento é uma prática que promove a inclusão e a equidade, princípios fundamentais da APS, ao facilitar o acesso aos serviços para trabalhadores em horário integral e outras pessoas com compromissos diurnos (Starfield, 2002).



Ao analisar o perfil território-ambiental, constatou-se que o território da equipe possui 2.064 usuários cadastrados ativos e abrange uma extensa área na região norte do município de Foz do Iguaçu. Este dado é significativo, pois a densidade populacional e a abrangência territorial são fatores cruciais na organização e planejamento das ações de saúde. De acordo com a PNAB, a definição de áreas de abrangência e o cadastramento dos usuários são fundamentais para garantir a equidade no acesso aos serviços de saúde e para a organização do trabalho das equipes de saúde da família (Brasil, 2017). Além disso, a extensão territorial influencia diretamente a capacidade de resposta da equipe de saúde, uma vez que áreas maiores demandam estratégias diferenciadas de mobilidade e logística para garantir a cobertura e a continuidade do cuidado. Estudos demonstram que a extensão e características do território impactam na efetividade dos serviços de saúde, especialmente em regiões com características geográficas e sociais diversas (Silva; Mendes; Medeiros, 2019 e Souza; Menezes; Araújo, 2020).

Entretanto, grande parte dessa área permanece desabitada, com vastas áreas de mata intacta. A carência de entidades beneficentes, escolas especializadas e estabelecimentos comerciais constitui um ponto crítico a ser considerado. Conforme apontado por Arretche (2003) esse cenário limita o acesso a serviços essenciais, impactando negativamente na qualidade de vida e na saúde da população. Por outro lado, a presença de árvores frutíferas, ruas pavimentadas e acesso ao transporte público contribuem para a mobilidade dos moradores, promovendo um ambiente mais saudável e acessível. Como discutido por Moraes (2010), essas características são importantes, pois a mobilidade urbana é um fator determinante para o acesso aos serviços de saúde e outros recursos essenciais.

Na área de cobertura da equipe 21, há uma ocupação ilegal com estimativa de 400 pessoas vivendo em condições precárias. Essas pessoas utilizam os serviços da USF, porém sem o cadastro adequado, devido à falta de Código de Endereçamento Postal (CEP), há ausência do atributo longitudinalidade, o que agrava sua vulnerabilidade no acesso a serviços públicos essenciais. Mediante tal situação, Almeida, Peres, Fonseca, (2019) afirmam que a precariedade habitacional e a insegurança territorial nessas áreas são associadas a diversos problemas de saúde, incluindo doenças infecciosas e problemas de saúde mental. A ausência de infraestrutura básica e a exposição constante à violência urbana contribuem para a deterioração da saúde e qualidade de vida dos residentes.



A análise da pirâmide etária revela que a maior parte dos usuários é composta por adultos, representando 41,37% do total, com uma predominância do sexo feminino. Este perfil se destaca quando comparado ao demográfico do Paraná, onde a população adulta é de 36,33%, e 51,26% são mulheres (IBGE, 2022). Estudos sugerem que as mulheres tendem a procurar mais os serviços de saúde devido ao seu papel social como cuidadoras e suas necessidades específicas, como saúde reprodutiva e pré-natal (Mendes, 2012). A população jovem corresponde a 25,19% dos cadastrados, um número superior aos 21,81% observados no Paraná (IBGE, 2022), o que sugere uma demanda significativa por serviços relacionados à educação sexual e combate ao uso de drogas e álcool.

As crianças de 0 a 9 anos representam 12,79% dos usuários, percentual próximo aos 12,74% do Paraná (IBGE, 2022), destacando a importância dos cuidados pediátricos e programas de imunização infantil, conforme recomendado pela PNAB (Brasil, 2017). Em contraste, os idosos constituem 9,68% da população cadastrada, valor inferior ao de 16,53% registrado no Paraná (IBGE, 2022). Esses dados, alinhados com as estatísticas do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), ressaltam a necessidade de adequar os serviços oferecidos pela USF para atender de forma eficaz às necessidades de cada faixa etária (Brasil, 2013).

No perfil socioeconômico, a análise revelou uma maior complexidade devido à inconsistência e escassez de dados nos relatórios disponíveis. Aproximadamente 46,34% dos usuários não informaram sua renda, 15,84% não detalharam seu grau de escolaridade e 84,40% não especificaram sua situação no mercado de trabalho. Observa-se que 1,33% dos usuários da USF estudada estão em situação de pobreza e 1,00% enfrentam extrema pobreza, enquanto no Paraná, 5,5% da população está em situação de pobreza e 1,6% em extrema pobreza (IPARDES, 2022). Em termos de renda, 36,88% dos usuários da USF ganham até 1 salário-mínimo, comparado a aproximadamente 30% no Paraná (IPARDES, 2022).

A taxa de analfabetismo na USF investigada é de 3,44%, ligeiramente acima dos 3,0% registrados no Paraná (IBGE, 2022). Quanto à cobertura de planos de saúde, apenas 3,25% dos usuários da USF possuem plano privado, em contraste com 23% da população do Paraná (ANS, 2022).

Uma parte significativa da população da região enfrenta a precarização das condições de trabalho, com muitos indivíduos sem registro formal de emprego. Estudos apontam que a falta de formalização do emprego limita o acesso a direitos trabalhistas e benefícios sociais,



perpetuando ciclos de pobreza e exclusão social (Morisini, 2016). A presença de cidadãos em situação de rua também é uma questão alarmante. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), pessoas em situação de rua enfrentam maiores riscos de saúde e vulnerabilidade social, necessitando de políticas públicas que garantam acesso a serviços de saúde, habitação e assistência social (OMS, 2020).

A análise do perfil epidemiológico revelou que 16,8% dos indivíduos apresentam DCNTs, com as seguintes prevalências: hipertensão arterial (11,5%), diabetes mellitus (5,3%), câncer (1,3%) e asma (1,5%). Em comparação, o Vigitel (Brasil, 2023) reporta uma prevalência de hipertensão arterial de 27,9% e de diabetes mellitus de 10,2% entre adultos nas 27 capitais brasileiras, indicando que os índices observados na USF em estudo são significativamente menores. Esses dados são particularmente relevantes, uma vez que, conforme o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), as DCNTs são as principais causas de morbidade e mortalidade no Brasil (Brasil, 2022a; Brasil, 2022b).

Os principais fatores de risco identificados incluem sobrepeso, presente em 9,7% da população, tabagismo (5,3%) e consumo de álcool (1,4%). De acordo com a OMS (2005), esses fatores são determinantes críticos para o desenvolvimento de DCNTs. Embora os índices encontrados sejam inferiores aos dados do Vigitel (Brasil, 2023), que relatam 24,3% de obesidade, 9,3% de tabagismo e 20,8% de consumo de álcool nas 27 capitais brasileiras, é essencial destacar a importância de intervenções direcionadas para o controle desses fatores de risco, mesmo com as prevalências locais sendo menores.

A maioria dos indivíduos, representando 83,2%, não relata a presença de doenças crônicas, o que ressalta a necessidade de melhorar a detecção precoce e o monitoramento dessas condições, pois deve-se considerar uma possível subnotificação. Conforme destacado por Brownson; Fielding; Maylahn (2019), a análise epidemiológica é fundamental para a priorização de recursos, o desenvolvimento de políticas de saúde pública e a avaliação da eficácia das intervenções. Assim, a coleta sistemática e a análise contínua de dados epidemiológicos na USF são essenciais para a formulação de políticas de saúde pública que atendam de forma eficaz às necessidades específicas da comunidade local.



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo destaca que o diagnóstico situacional na APS é crucial para identificar e compreender as capacidades e limitações dos pacientes no contexto de suas atividades diárias e participação social nos serviços de saúde. A análise dos perfis do diagnóstico da USF revela pontos positivos, como infraestrutura adequada e equipe multidisciplinar, mas também desafios como a ausência de conselho local de saúde e áreas parcialmente cobertas pelas equipes. Também vale destacar a presença de uma grande área de ocupação irregular onde os indivíduos utilizam os serviços da USF quando necessário, porém não são acompanhados pela equipe devido à falta de cadastro. Em razão da dificuldade de acesso a essa área, os atributos da APS não são plenamente contemplados para essa população da ocupação, sugerindo a necessidade de intervenções políticas e intersetoriais para melhorar as condições de vida e o acesso aos serviços de saúde.

Do ponto de vista demográfico e epidemiológico, a predominância de uma população jovem e adulta, com um maior público feminino, taxa moderada de DCNTs e transtorno mental, os fatores de risco, como sobrepeso, tabagismo e uso de drogas ilícitas, servem de alerta para reforçar a indispensabilidade de intervenções preventivas e educativas. É crucial promover estratégias voltadas para a saúde mental, controle de peso, combate ao tabagismo e uso de drogas, bem como a implementação de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças.

Por fim, conclui-se, que o processo do diagnóstico situacional em saúde é essencial para compreender detalhadamente a realidade local, permitindo o próximo passo que é o planejamento estratégico situacional. Essas ferramentas de processo de trabalho são fundamentais na formulação de estratégias de cuidado e no enfrentamento dos desafios, visando promover melhorias tanto para os indivíduos quanto para a comunidade como um todo. Vale ressaltar que a inconsistência de dados é um problema e que impacta diretamente nos resultados desse diagnóstico situacional.



REVISTA
CONTRIBUCIONES
A LAS CIENCIAS
SOCIALES

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J. F.; PERES, M. F. T.; FONSECA, T. L. **O território e as implicações da violência urbana no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde em uma unidade básica**. Saúde e Sociedade. v 28, n. 1, p. 207-221, 2019.
- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Relatório de beneficiários de planos de saúde**. Brasília, DF. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/setor-fecha-2022-com-50-5-milhoes-de-beneficiarios-em-planos-de-assistencia-medica>. Acesso em: 02 jul. 2024.
- ARRETCHE, M. **Políticas sociais no Brasil: descentralização, desenho institucional e desigualdades regionais**. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v. 17, n. 3-4, p. 65-78, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 02 jul. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://sisab.saude.gov.br>. Acesso em: 02 jul. 2024.
- BROWNSON, R. C.; FIELDING, J. E.; MAYLAHN, C. M. **Evidence-Based Public Health: a fundamental concept for public health practice**. 3rd edition. New York: Oxford University Press, v. 30, 175-201, 2019.
- COLUSSI, C. F.; PEREIRA, K. G. **Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica**. Florianópolis: UFSC, 2016.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores sociais do estado Paraná**. Paraná, PR: IBGE, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/panorama>. Acesso em: 02 jul. 2024.
- IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Perfil socioeconômico do estado do Paraná**. 2022. Disponível em: <https://www.ipardes.pr.gov.br/Pagina/Informacoes-Municipais-e-Regionais>. Acesso em 01 ago. 2024.



MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. **Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados.** Saúde em Debate, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>. Acesso em: 01 ago. 2024.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 02 jul. 2024.

MORAES, M. Mobilidade urbana sustentável: análise e planejamento. **Revista Brasileira de Gestão Urbana**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 47-61, 2010.

MOROSINI, M. V. G. C. Precarização do trabalho: particularidades no setor saúde brasileiro. **Trabalho, Educação E Saúde**, v. 14, p. 5-7, 2016.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial da Saúde: A prevenção das doenças crônicas – um investimento vital.** Genebra: OMS, 2005. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43328/9241593598_por.pdf. Acesso em: 01 de ago. 2024.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório sobre saúde e situação de rua.** Genebra: OMS, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/pt/publications/m>. Acesso em: 01 de ago. 2024.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

SILVA, R. S.; MENDES, A. C. G.; MEDEIROS, P. F. S. A influência da extensão territorial na Atenção Primária à Saúde: um estudo de caso. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, v 10, n. 2, p. 45-58, 2019.

SOUZA, L. E. P. F.; MENEZES, R. A.; ARAÚJO, T. S. Desafios territoriais na implementação da APS em regiões urbanas. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 125, p. 97-108, 2020.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília, DF. UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso: 10 mar. 2024.