



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

**MEDICINA**

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:  
ANÁLISE DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM UBIRATÃ-PR**

**CAMILA BEGUI DO NASCIMENTO PETECK**

**FOZ DO IGUAÇU  
2026**



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

**MEDICINA**

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:  
ANÁLISE DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM UBIRATÃ-PR**

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: Prof. Dr. Jean Franciesco Vettorazzi

FOZ DO IGUAÇU  
2026

CAMILA BEGUI DO NASCIMENTO PETECK

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:  
ANÁLISE DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM UBIRATÃ-PR**

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: Prof. Dr. Jean Franciesco Vettorazzi  
UNILA

---

Prof. Dr. Fernando Cezar dos Santos  
UNILA

---

Profa. Dra. Fabiana Aidar Firmino  
UNILA

Foz do Iguaçu, 30 de março de 2026.

“Ame o Senhor, o seu Deus, de todo o seu coração, de toda a sua alma e de todo o seu entendimento. Este é o primeiro e maior mandamento. E o segundo é semelhante a ele: Ame o seu próximo como a si mesmo”.

Mateus 22, 37-39.

## RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa uma posição estratégica para interpretar os problemas do paciente dentro de seu contexto histórico e social. Para garantir uma atenção integral, acompanhamento contínuo e coordenação eficiente entre os diferentes níveis de atenção, é fundamental o uso de ferramentas como o Diagnóstico Situacional. Esta permite identificar forças e fraquezas do sistema, compreender as necessidades de saúde da população e direcionar o planejamento e a implementação de instruções específicas. Nesse sentido, foi realizado o Diagnóstico Situacional da Unidade de Saúde Josefina com o objetivo analisar e avaliar seu estado operacional, localizada em Uiratã-PR. O estudo foi realizado durante o primeiro semestre letivo de 2024 como parte do estágio obrigatório do internato do curso de medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), fornecendo uma análise detalhada dos serviços de saúde, infraestrutura e capacidade operacional da unidade. A avaliação abrangeu vários aspectos dos serviços primários de saúde, incluindo recursos humanos, acesso ao atendimento e sua estrutura física. O relatório enfatizou a importância da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e da integração entre a equipe e a comunidade. Os principais desafios identificados incluíram dificuldades em atingir certas métricas de saúde, como o gerenciamento da hipertensão e problemas com o acompanhamento de pacientes com doenças crônicas. No entanto, a unidade mostrou conquistas significativas no atendimento pré-natal, onde superou as metas nacionais em vários aspectos, como testes de HIV e sífilis. O estudo também destacou o impacto positivo da integração acadêmica entre a unidade de saúde e estudantes de medicina da UNILA, promovendo a inovação na prestação de serviços e contribuindo para o desenvolvimento de políticas de saúde locais. No geral, o processo de diagnóstico provou ser uma ferramenta essencial para melhorar a qualidade do serviço da unidade, beneficiando tanto os provedores de saúde quanto a população local.

**Palavras-chave:** Atenção Primária em Saúde; Unidades Básicas de Saúde; SUS; Internato em Medicina.

## RESUMEN

La Atención Primaria de Salud (APS) ocupa una posición estratégica para interpretar los problemas del paciente dentro de su contexto histórico y social. Para garantizar una atención integral, un seguimiento continuo y una coordinación eficiente entre los diferentes niveles de atención, es fundamental el uso de herramientas como el Diagnóstico Situacional. Esta herramienta permite identificar las fortalezas y debilidades del sistema, comprender las necesidades de salud de la población y orientar la planificación e implementación de intervenciones específicas.

En este sentido, se realizó un Diagnóstico Situacional de la Unidad de Salud Josefina con el objetivo de analizar y evaluar su estado operativo, ubicada en Ubiratã, Paraná, Brasil. El estudio se llevó a cabo durante el primer semestre académico de 2024 como parte de la pasantía obligatoria del internado del curso de medicina de la Universidad Federal de Integración Latinoamericana (UNILA), proporcionando un análisis detallado de los servicios de salud, la infraestructura y la capacidad operativa de la unidad.

La evaluación abarcó diversos aspectos de los servicios de atención primaria, incluyendo recursos humanos, acceso a la atención y estructura física. El informe destacó la importancia de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) y la integración entre el equipo de salud y la comunidad. Entre los principales desafíos identificados se encontraron las dificultades para alcanzar ciertos indicadores de salud, como el manejo de la hipertensión y el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas. Sin embargo, la unidad presentó logros significativos en la atención prenatal, superando las metas nacionales en varios aspectos, como la realización de pruebas de VIH y sífilis. El estudio también destacó el impacto positivo de la integración académica entre la unidad de salud y los estudiantes de medicina de la UNILA, promoviendo la innovación en la prestación de servicios y contribuyendo al desarrollo de políticas de salud locales.

En general, el proceso de diagnóstico demostró ser una herramienta esencial para mejorar la calidad de los servicios de la unidad, beneficiando tanto a los profesionales de la salud como a la población local.

**Palabras clave:** Atención Primaria de Salud; Unidades Básicas de Salud; Sistema Único de Salud; Internado de Medicina.

## ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) occupies a strategic position in interpreting patients' problems within their historical and social context. To ensure comprehensive care, continuous follow-up, and efficient coordination among different levels of healthcare, the use of tools such as Situational Diagnosis is essential. This tool makes it possible to identify the strengths and weaknesses of the system, understand the health needs of the population, and guide the planning and implementation of specific interventions.

In this context, a Situational Diagnosis of the Josefina Health Unit was carried out with the aim of analyzing and evaluating its operational status, located in Ubiratã, Paraná, Brazil. The study was conducted during the first academic semester of 2024 as part of the mandatory internship of the medical course at the Federal University for Latin American Integration (UNILA), providing a detailed analysis of the unit's health services, infrastructure, and operational capacity.

The evaluation covered several aspects of primary health services, including human resources, access to care, and the physical structure of the unit. The report emphasized the importance of the Family Health Strategy (FHS) and the integration between the healthcare team and the community. The main challenges identified included difficulties in achieving certain health indicators, such as hypertension management and the follow-up of patients with chronic diseases.

However, the unit demonstrated significant achievements in prenatal care, surpassing national targets in several aspects, such as HIV and syphilis testing. The study also highlighted the positive impact of academic integration between the health unit and UNILA medical students, promoting innovation in service delivery and contributing to the development of local health policies. Overall, the diagnostic process proved to be an essential tool for improving the quality of the unit's services, benefiting both healthcare providers and the local population.

**Keywords:** Primary Health Care; Basic Health Units; Unified Health System (SUS); Medical Internship.

**LISTA DE FIGURAS**

<b>Figura 1</b> - Cidade de Ubiratã-PR	19
<b>Figura 2</b> - Recepção	23
<b>Figura 3</b> - Acolhimento/Pré-consulta	24
<b>Figura 4</b> - Consultório Odontológico	24
<b>Figura 5</b> - Sala de Espera	24
<b>Figura 6</b> - Consultório Médico	25
<b>Figura 7</b> - Consultório de Enfermagem com banheiro	25
<b>Figura 8</b> - Sala das ACSs	25
<b>Figura 9</b> - Sala de Curativo	26
<b>Figura 10</b> - Sala de Medicação	26
<b>Figura 11</b> - Sala de Esterilização – área suja	26
<b>Figura 12</b> - Sala de Esterilização – área limpa	27
<b>Figura 13</b> - Sala de Vacina	27
<b>Figura 14</b> - Sala de Inalação	27
<b>Figura 15</b> - Copa	28
<b>Figura 16</b> - Banheiro de Funcionários Masculino	28
<b>Figura 17</b> - Banheiro de Funcionários Feminino	28
<b>Figura 18</b> - Consultório Multiprofissional	29
<b>Figura 19</b> - Farmácia	29
<b>Figura 20</b> - Entrada com rampa de acesso	30
<b>Figura 21</b> - Divisão de Microáreas da Área 01	31
<b>Figura 22</b> - Distância entre a UBS e o centro da cidade	32
<b>Figura 23</b> - Passarela sobre o Córrego Portuguesa	33
<b>Figura 24</b> - Área 01 abrangência da UBS Josefina	34
<b>Figura 25</b> - CMEI Lugar de Gente Feliz	35
<b>Figura 26</b> - Escola Municipal Professor Furusato Tomio	35
<b>Figura 27</b> - Escola Estadual Cecília Meireles	36
<b>Figura 28</b> - Mapa com os estabelecimentos presentes na área 01	36
<b>Figura 29</b> - Praça da Maia	37

**Figura 30** - Igreja Nossa Senhora das Graças 37

**Figura 31** - Dados de Vacinação de crianças de 0 a 1 ano na UBS Josefina 65

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Pirâmide Etária População Equipe 01 UBS Josefina de acordo com idade e sexo	46
<b>Gráfico 2</b> - Pirâmide Etária do Município de Ubatã-PR de acordo com idade e sexo	47
<b>Gráfico 3</b> - Adultos acima de 20 anos com diagnóstico médico de HAS em Curitiba e UBS Josefina	71
<b>Gráfico 4</b> - Tabagistas em Curitiba e UBS Josefina	73
<b>Gráfico 5</b> - Diabetes Mellitus em Curitiba e UBS Josefina	74
<b>Gráfico 6</b> - Série histórica de todos os 7 indicadores desde 2018 do Município de Ubatã-PR	90
<b>Gráfico 7</b> – Indicador Sintético Final Ubatã - PR	95

**LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 1</b> - Identificação da UBS Josefina	18
<b>Quadro 2</b> - Equipe da UBS Josefina	20
<b>Quadro 3</b> - Equipe de Saúde Bucal	20
<b>Quadro 4</b> - Funcionário da farmácia	21
<b>Quadro 5</b> - Equipe Multiprofissional	21
<b>Quadro 6</b> - Critérios da estratificação de risco ao nascer	51
<b>Quadro 7</b> - Série histórica de todos os 7 indicadores do município de Ubiratã –PR desde 2018	92

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Ambientes presentes na USF em comparação com os requisitados pela Portaria nº 340 do Ministério da Saúde	22
<b>Tabela 2</b> - Tipos de acesso ao domicílio	38
<b>Tabela 3</b> - Formas de abastecimento de água nos domicílios	39
<b>Tabela 4</b> - Animais no domicílio	40
<b>Tabela 5</b> - Tipos de domicílio	41
<b>Tabela 6</b> - Situação de moradia	42
<b>Tabela 7</b> - Material das paredes dos domicílios	42
<b>Tabela 8</b> - Tratamento de água para consumo	43
<b>Tabela 9</b> - Forma de escoamento do sanitário	44
<b>Tabela 10</b> - Disponibilidade de energia elétrica	44
<b>Tabela 11</b> - Destino do lixo	45
<b>Tabela 12</b> - População vinculada à equipe 01 segundo a raça/cor	47
<b>Tabela 13</b> - População vinculada à equipe 01 segundo a nacionalidade	48
<b>Tabela 14</b> - População menor de 5 anos de idade	52
<b>Tabela 15</b> - População com deficiências adscritas à equipe 01	57
<b>Tabela 16</b> - População e grau de escolaridade	58
<b>Tabela 17</b> - Onde ficam as crianças de 0 a 9 anos?	60
<b>Tabela 18</b> - População com plano de saúde privado	61
<b>Tabela 19</b> - Identidade de gênero da população adscrita	63
<b>Tabela 20</b> - Crianças menores de 1 ano com vacinação em dia	66
<b>Tabela 21</b> - Crianças menores de 5 anos cadastradas e acompanhadas pelo ACS	66
<b>Tabela 22</b> - Gestantes cadastradas e acompanhadas na unidade	67
<b>Tabela 23</b> - Gestantes cadastradas e acompanhadas pelos ACS	68
<b>Tabela 24</b> - Gestantes acompanhadas pela odontologia	68
<b>Tabela 25</b> - Gestantes com Risco Habitual	69
<b>Tabela 26</b> - Gestantes de Risco Intermediário e Alto Risco	69
<b>Tabela 27</b> - Adolescentes grávidas	70
<b>Tabela 28</b> - Hipertensos com consulta nos últimos 6 meses	72
<b>Tabela 29</b> - Registros de visitas de ACS há menos de 4 meses a usuários com	73

## HAS

<b>Tabela 30</b> - Registro de consultas de pessoas com DM há menos 4 meses	75
<b>Tabela 31</b> - Rastreamento de RCV há menos de 1 ano em usuários com DM	75
<b>Tabela 32</b> - Consultas com dentista há menos de 1 ano de usuários com DM	76
<b>Tabela 33</b> - Registro de visita de ACS há menos de 4 meses a usuários com DM	77
<b>Tabela 34</b> - Usuários que sofreram IAM	77
<b>Tabela 35</b> - Usuários que sofreram AVC	78
<b>Tabela 36</b> - Usuários com Tuberculose	79
<b>Tabela 37</b> - Registro de pessoas diagnosticadas com câncer	79
<b>Tabela 38</b> - Usuários com Hanseníase	80
<b>Tabela 39</b> - Usuários portadores de Asma	81
<b>Tabela 40</b> - Usuários com excesso de peso na área	81
<b>Tabela 41</b> - Usuários em condição de acamado/domiciliado	82
<b>Tabela 42</b> - Usuários internados no último ano	82
<b>Tabela 43</b> - Usuários com algum transtorno mental diagnosticado	83
<b>Tabela 44</b> - Usuários que usaram substâncias ilícitas nos últimos 12 meses	84
<b>Tabela 45</b> - Pessoas com deficiência auditiva	85
<b>Tabela 46</b> - Pessoas com deficiência visual	85
<b>Tabela 47</b> - Pessoas com deficiência física/motora	86
<b>Tabela 48</b> - Pessoas com deficiência intelectual/cognitiva	87
<b>Tabela 49</b> - Pessoas com algum tipo de deficiência	88
<b>Tabela 50</b> – Metas Previne Brasil Validadas e Não Validadas	92

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
ACOG	Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CCI	Centro de Convivência do Idoso
CEP	Código de Endereçamento Postal
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CID	Código Internacional de Doenças
CNES	Código Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CMEI	Centro Municipal de Educação Infantil
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DPP	Data Provável de Parto
DRC	Doença Renal Crônica
ECM	Exame Clínico das Mamas
EMBRAPA	Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INE	Identificador Nacional de Equipe
IVCF-20	Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20
MS	Ministério da Saúde
OIC	Organização Nacional de Consciencioterapia
OMS	Organização Mundial da Saúde

PA	Pressão Arterial
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSI-LGBT	Política Nacional de Saúde Integral da população LGBT
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RN	Recém nascido
SANEPAR	Companhia de Saneamento do Paraná
SHP	Sistema de Habilitação e Pontuação SUS Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana UPA Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	20
<b>2</b>	<b>PERFIS</b> .....	21
2.1	PERFIL INSTITUCIONAL.....	21
2.1.1	História da UBS.....	22
2.1.2	A UBS Josefina hoje.....	22
2.1.3	Estrutura física.....	24
2.1.4	Acesso à Unidade de Atenção Primária à Saúde: topografia e transporte urbano.....	32
2.1.5	Comunicação com a população.....	33
2.1.6	Divisão das microáreas.....	33
2.1.7	Integração Ensino-Serviço-Comunidade.....	34
2.2	PERFIL TERRITORIAL/AMBIENTAL.....	34
2.2.1	Território.....	34
2.2.2	Geografia e ambiente.....	36
2.2.3	Delimitação do território da UAPS no mapa.....	37
2.2.4	Urbanização e acesso.....	41
2.2.5	Características dos domicílios/Condições de moradia.....	41
2.2.5.1	<i>Tipos de acesso ao domicílio</i> .....	41
2.2.5.2	<i>Abastecimento de água</i> .....	42
2.2.5.3	<i>Animais no domicílio</i> .....	43
2.2.5.4	<i>Tipos de domicílios</i> .....	44
2.2.5.5	<i>Situação de moradia/Posse da terra</i> .....	44
2.2.5.6	<i>Material predominante na construção das paredes externas dos domicílios</i> .....	45
2.2.5.7	<i>Tratamento de água para consumo no domicílio</i> .....	46
2.2.5.8	<i>Forma de escoamento do banheiro sanitário</i> .....	46
2.2.5.9	<i>Disponibilidade de energia elétrica</i> .....	47
2.2.5.10	<i>Destino do lixo</i> .....	48
2.3	PERFIL DEMOGRÁFICO.....	48
2.3.1	População total sob responsabilidade da equipe.....	49

2.3.2	População segundo faixa etária e sexo .....	49
2.3.3	Percentual de pessoas segundo a raça/cor .....	50
2.3.4	Nacionalidade brasileira, estrangeira e naturalizados.....	51
2.3.5	População que tem plano de saúde privado .....	52
2.3.6	População menor de 2 anos de idade para priorização das VD/ACS e estratificação de risco .....	53
2.3.7	População menor de 5 anos de idade elegível para Puericultura de acordo com as faixas etárias .....	54
2.3.8	População feminina entre 25 anos e 64 anos de idade elegível para rastreamento do câncer do colo uterino .....	56
2.3.9	População feminina entre 50 e 69 anos de idade, elegível para rastreamento de câncer de mama .....	56
2.3.10	População com idade maior que 60 anos elegível para estratificação de risco do idoso.....	57
2.3.11	População acima de 18 anos de idade para realizar o rastreamento de Hipertensão arterial.....	58
2.3.12	População entre 10 e 19 anos de idade elegível para o cuidado e Educação Popular em Saúde ao adolescente .....	59
2.3.13	População com deficiências .....	60
2.4	PERFIL SOCIOECONÔMICO .....	61
2.4.1	Pessoas pobres e extremamente pobres .....	61
2.4.2	Educação: Curso mais elevado que frequenta ou frequentou .....	61
2.4.3	Educação: Percentual de pessoas que concluíram o ensino médio e superior.....	62
2.4.4	Educação: Analfabetismo .....	62
2.4.5	Educação: Onde ficam as crianças de 0 a 9 anos .....	63
2.4.6	Plano de saúde privado .....	64
2.4.7	Ocupação: Ocupações mais frequentes no território .....	64
2.4.8	Situação no mercado de trabalho .....	64
2.4.9	Cidadãos em situação de rua .....	65
2.4.10	População LGBTQIA+ .....	66
2.5	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO .....	66
2.5.1	Crianças menores de 5 anos cadastradas na área.....	67
2.5.2	Nº de crianças menores de 5 anos cadastradas na área e percentual destas crianças acompanhadas pelo	

	médico/enfermeira .....	67
2.5.3	Nº de crianças menores de 1 ano com vacinação em dia .....	68
2.5.4	Nº de crianças menores de 5 anos cadastradas na área e percentual destas crianças acompanhadas pelo ACS.....	69
2.5.5	Nº total de crianças menores de 5 anos e percentual destas crianças com registro antropométrico adequado e estado nutricional registrado.....	69
2.5.6	Nº total de gestantes e proporção de gestantes cadastradas no e-sus e acompanhadas pelo médico/enfermeira .....	70
2.5.7	Proporção de gestantes cadastradas no e-SUS e acompanhadas pelo ACS.....	70
2.5.8	Proporção de gestantes cadastradas no e-SUS e acompanhadas pela odontologia.....	71
2.5.9	Proporção de gestantes cadastradas no e-SUS com Data Provável de Parto (DPP) vencida e puerpério registrado .....	71
2.5.10	Proporção de gestantes cadastradas no e-SUS com a condição de risco habitual.....	71
2.5.11	Proporção de gestantes cadastradas no e-sus com a condição de alto risco .....	72
2.5.12	Nº de adolescentes grávidas cadastradas no e-SUS .....	72
2.5.13	Nº total de pessoas acima de 20 anos com hipertensão arterial (HA) cadastrados por área (autorreferido e clínico).....	73
2.5.14	Nº absoluto e proporção de pessoas que têm a condição autorreferida de hipertensão, mas não há nenhum registro de atendimento médico/enfermeiro.....	74
2.5.15	Proporção de hipertensos com a última consulta com médico/enfermeiro há menos de 6 meses .....	74
2.5.16	Proporção de hipertensos com rastreamento de Risco Cardiovascular (RCV) há menos de 1 ano .....	75
2.5.17	Proporção de hipertensos com última visita do ACS há menos de 4 meses .....	76
2.5.18	Nº de tabagistas cadastrados na área .....	76
2.5.19	Nº de pessoas com mais de 20 anos portadoras de diabetes cadastrados por área .....	77
2.5.20	Proporção de diabéticos com a última consulta com médico/enfermeiro há menos de 4 meses .....	77
2.5.21	Proporção de diabéticos com rastreamento de RCV há menos de 1 ano.....	78

2.5.22	Proporção de diabéticos com última consulta ao dentista há menos de 1 ano .....	79
2.5.23	Proporção de diabéticos com última visita do ACS há menos de 4 meses .....	79
2.5.24	Nº absoluto e proporção de pessoas que tiveram Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).....	80
2.5.26	Incidências de caso de tuberculose na área .....	81
2.5.27	Proporção de pessoas com diagnóstico de câncer na área .....	82
2.5.28	Nº de usuários com hanseníase cadastrados por área (casos novos do último ano).....	82
2.5.29	Proporção de pessoas com Doença Renal Crônica (DRC) na área .....	83
2.5.30	Proporção de pessoas com asma na área .....	83
2.5.32	Nº absoluto e proporção de pessoas que estão na condição de acamado/domiciliado na área .....	84
2.5.33	Nº absoluto e proporção de pessoas que foram internadas no último ano .....	85
2.5.34	Nº de pessoas que tiveram algum problema de transtorno mental diagnosticado.....	86
2.5.35	Nº de pessoas que usaram substâncias ilícitas nos últimos 12 meses .....	87
2.5.36	Proporção de pessoas com deficiência auditiva .....	87
2.5.37	Proporção de pessoas com deficiência visual .....	88
2.5.38	Proporção de pessoas com deficiência física/motora .....	88
2.5.39	Proporção de pessoas com deficiência Intelectual/cognitiva .....	90
2.5.40	Proporção de pessoas com algum tipo de deficiência .....	90
<b>3</b>	<b>INDICADORES DE FINANCIAMENTO DA APS .....</b>	<b>91</b>
3.1	Série Histórica dos 7 indicadores do Município de Ubiratã-PR desde o ano de 2018.....	92
3.2	Série Histórica dos 7 Indicadores da UBS de lotação do aluno desde 2018.....	94
3.3	Distância da meta do Município em 2024 Q1 e não validados ....	95
3.4	Série Histórica do Indicador Sintético Final (ISF) domunicípio.....	97
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>97</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>98</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS) desempenha um papel crucial como integradora dos diversos fatores que influenciam a saúde da população, oferecendo cuidados personalizados e acessíveis. A existência de um sistema de atenção primária robusto está fortemente associada à redução das taxas de mortalidade prematura. Um exemplo disso é um estudo realizado na Inglaterra, que demonstrou que uma maior disponibilidade de médicos de atenção primária e a detecção precoce de hipertensão estão diretamente ligadas à diminuição da mortalidade. Pacientes com acesso adequado à atenção primária recebem cuidados de alto valor, como rastreamento de câncer, e relatam uma melhor experiência e acesso ao sistema de saúde. Além disso, a atenção primária é fundamental para promover a saúde da população, reduzir desigualdades e aumentar a eficiência do sistema de saúde como um todo (BAKER, 2016).

Para tanto, para que haja um sistema de saúde de qualidade, são necessárias ferramentas de diagnóstico e avaliação que permitam a identificação precisa de doenças, planejamento de políticas e alocação otimizada de recursos (Silva, 2020).

Nesse sentido, o diagnóstico situacional é uma análise detalhada e sistemática das condições de saúde, infraestrutura, recursos humanos, práticas de atendimento, acessibilidade e custos dentro de um sistema de saúde. Essa ferramenta é usada para identificar as forças e fraquezas do sistema, entender as necessidades de saúde da população e orientar o planejamento e a implementação de intervenções específicas (DUGGAN, *et al.*, 2020).

A partir do seu relevante papel na Atenção APS, bem como de sua importância acadêmica no aprimoramento da formação, objetivou-se a construção do Diagnóstico Situacional da Unidade de Saúde Josefina, situada na cidade de Ubitatã-PR, realizado como parte essencial do Estágio Obrigatório em Atenção Primária em Saúde I, baseado nas vivências da interna de Medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), junto à equipe da unidade, no primeiro semestre letivo do ano de 2024. Essa atividade não apenas proporcionou uma análise detalhada e sistemática das condições de saúde, infraestrutura, recursos humanos e práticas de atendimento da UBS, mas também permitiu identificar suas forças e fragilidades, promovendo sugestões de intervenções mais eficientes e planejadas. A partir dessa vivência prática, junto à equipe da unidade, o

diagnóstico contribui para a qualificação dos serviços prestados, além de gerar conhecimento acadêmico valioso para o desenvolvimento de políticas de saúde locais. Assim, o Diagnóstico Situacional torna-se uma ferramenta indispensável para o planejamento estratégico da UBS Josefina, otimizando o atendimento à população e fortalecendo a integração entre ensino, serviço e comunidade.

## 2 PERFIS

### 2.1 PERFIL INSTITUCIONAL

A Unidade de Saúde Josefina fica localizada na Rua Recife, n. 60, Jardim Primavera, na cidade de Ubatã-PR, CEP 85440-000. Possui horário de funcionamento de segunda à sexta-feira, das 08 às 17 horas. O programa utilizado tanto para o prontuário eletrônico, quanto para a base de dados do e-SUS, é o IDS Saúde - 5.24.6.53. Além disso, a unidade conta com apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), ao qual oferece atendimento multiprofissional, como: fonoaudiologia; fisioterapia; nutricionista; psicóloga; assistente social; educador físico, entre outros. O quadro 1 mostra informações gerais sobre a UBS Josefina.

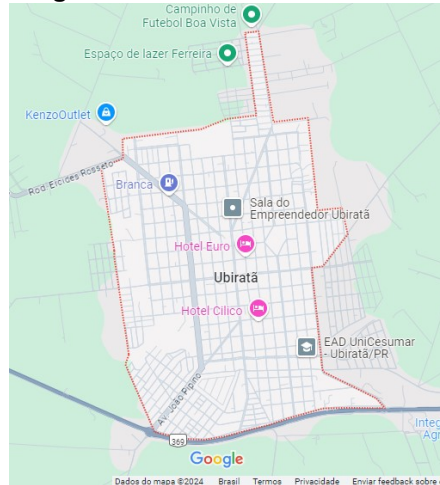
**Quadro 1 - Identificação da UBS Josefina**

Informações sobre a Unidade de Saúde Josefina
<p><b>Nome da Unidade de Saúde:</b> Unidade de Saúde Josefina</p> <p><b>Gerente da UBS:</b> Mayara Cristina da Silva Capana</p> <p><b>CNES da USF:</b> 9174214 <b>Nº da equipe no CNES:</b></p> <p><b>Áreas:</b> 01</p> <p><b>INE área 01:</b> 1627619</p> <p><b>Tipo de equipe:</b> EFS</p> <p><b>Horário das equipes:</b> a equipe 01 tem horário de trabalho das 8:00 às 17:00, de segunda a sexta-feira.</p> <p><b>E-mail:</b> ubirata.jardimjosefina@gmail.com</p> <p><b>Telefones:</b> (44) 3543-1970</p> <p><b>Tipologia das equipes:</b> Equipe Saúde da Família</p>

Fonte: Elaborado pelos autores (2024)

### 2.1.1 História da UBS

**Figura 1 – Cidade de Ubitatã-PR**



Fonte: Google Maps (2024)

A Unidade de Saúde Josefina, fica localizada na cidade de Ubitatã, região Norte do Estado do Paraná (Figura 01). Foi inaugurada no ano de 2017, de acordo com o aumento da demanda por atendimento em saúde da população local. Antes de sua criação, os pacientes tinham que se deslocar até a Unidade de Saúde Panorama, para seus atendimentos.

A escolha do nome da USF remete ao bairro local, em qua a maioria da população da área fica localizado no Bairro Josefina I e II.

### 2.1.2 A UBS Josefina hoje

A unidade possui uma área construída de 357 m<sup>2</sup>, da qual os usuários têm à disposição um consultório médico, um consultório odontológico, um consultório de enfermagem, um consultório multiprofissional, farmácia, salas de esterilização, curativo, aplicação de medicamentos, inalação, imunização, reunião e recepção, sanitários e copa. A gerência da Unidade de Saúde é feita pela enfermeira Mayara Cristina da Silva Capana.

A USF Josefina conta com uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família, denominada pela Secretaria de Saúde como Área 01, composta por um médico, uma

enfermeira, 2 técnicas de enfermagem e 6 ACSs (Quadro 2).

O médico da equipe 01, Leandro Alves Gigante, é médico da Estratégia de Saúde da Família, possuindo vínculo com a Prefeitura Municipal por meio de concurso público. Atua na unidade desde sua inauguração, no ano de 2017, tendo formação em Bacharelado em Medicina pelo Centro Universitário Ingá - Uningá (2015).

No último semestre, a equipe também conta com o apoio de uma interna do curso de Medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana - UNILA, na qual realiza estágio curricular obrigatório em Atenção Primária em Saúde (Quadro 02).

**Quadro 2 - Equipe da UBS Josefina**

<b>Composição da Equipe de Saúde da Família da área 01</b>
Ana Marina De Souza (Agente De Combate Às Endemias)
Daiane Kelly De Souza Amaral Moura (Agente Comunitario De Saude)
Leandro Alves Gigante (Medico Da Estrategia De Saude Da Família)
Luana Santos Santana (Técnica De Enfermagem Da Estrategia De Saude Da Família)
Mayara Cristina Da Silva Capana (Enfermeiro Da Estrategia De Saude da Família)
Sandra Florentino Dos Santos (Agente Comunitario De Saude)
Selma De Souza (Agente De Combate Às Endemias)
Suzana Tomaz Dos Santos (Agente Comunitario De Saude)
Camila Begui do Nascimento Peteck (Interna do curso de Medicina)

Fonte: Elaborado pelos autores (2024)

Além disso, a unidade conta com uma Equipe de Saúde Bucal composta por um dentista e uma técnica em saúde bucal (Quadro 3), além de uma recepcionista e uma auxiliar de limpeza (Quadro 2).

**Quadro 3 - Equipe de Saúde Bucal**

<b>Composição da Equipe de Saúde Bucal</b>
--

Rodrigo Tressoldi Freze (Cirurgião Dentista Da Estratégia De Saude da Família)
Maria Das Gracas De Oliveira (Tecnico Em Saude Bucal Da Estratégia De Saude Da Família)

Fonte: Elaborado pelos autores (2024)

Além das equipes e profissionais já citados, a USF Josefina conta ainda com uma farmácia (Quadro 4), que é responsável pela distribuição das medicações tanto para os pacientes dessa área, quanto de outras. Como não são todas as unidades de saúde que possuem farmácia própria, pacientes de toda a cidade podem retirar medicações na farmácia do Josefina. O horário de funcionamento é das 13h às 17h.

**Quadro 4 - Funcionário da farmácia**

Composição da farmácia
Marcos Roberto De Campos (Farmacêutico)

Fonte: Elaborado pelos autores (2024)

Para completar a assistência prestada pela USF, o atendimento multiprofissional da Unidade conta com uma psicóloga, na qual presta serviço tanto para a equipe do Josefina, quanto para mais 2 outras equipes pertencentes a outras 2 unidades de saúde (Quadro 5).

**Quadro 5 - Equipe Multiprofissional**

Composição da Equipe Multiprofissional
Vanessa Lopes Leal (Psicóloga)

Fonte: Elaborado pelos autores (2024)

### 2.1.3 Estrutura física

A Unidade de Saúde Josefina é classificada como uma UBS com Saúde da Família de Porte I, o que significa que possui 1 equipe de Saúde da Família (ESF), com atendimento voltado para uma população de até 4.000 pessoas, estrutura simples e com capacidade para realizar ações básicas de saúde (Brasil, 2017; Brasil,

2015). Nesse sentido, segue as diretrizes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e possui uma estrutura focada no atendimento integral à saúde da comunidade, com uma equipe básica de profissionais atuando no território de referência.

Todos os seus espaços estão de acordo com o padrão mínimo previsto pela Resolução RDC 50 da ANVISA de 2002 (BRASIL, 2002) e com a Portaria nº 340, de março de 2013 (BRASIL, 2013a).

**Tabela 1** - Ambientes presentes na USF em comparação com os requisitados pela Portaria nº 340 do Ministério da Saúde

Ambientes	Quantidade e Área Prevista na	Atende o requisito mínimo?
	Portaria nº 340	
Sala de espera/recepção	1 com 45 m <sup>2</sup>	SIM
Sanitário para pessoas com deficiência	1 com 2,55 m <sup>2</sup>	SIM
Sala de Imunização	1 com 9 m <sup>2</sup>	SIM
Farmácia	1 com 14 m <sup>2</sup>	SIM
Consultório indiferenciado/Acolhimento	2 com 9m <sup>2</sup>	SIM
Consultório com sanitário anexo	1 com 9m <sup>2</sup>	SIM
Sanitário do consultório (habilitado para PCD)	1 com 2,55m <sup>2</sup>	SIM
Consultório odontológico para 1 equipes	1 com 20 m <sup>2</sup>	SIM
Sala de inalação	1 com 6m <sup>2</sup>	SIM
Sala de curativos	1 com 9m <sup>2</sup>	SIM
Sala de procedimentos/coleta	1 com 10m <sup>2</sup>	SIM
Banheiro	1 com 4,8 m <sup>2</sup>	SIM
Expurgo	1 com 5m <sup>2</sup>	SIM
Sala de esterilização/estocagem de material esterilizado	1 com 5m <sup>2</sup>	SIM
Sala de gerência	-	NÃO
Sala de atividades coletivas/Sala de ACS	1 com 20m <sup>2</sup>	SIM
Almoxarifado	1 com 3m <sup>2</sup>	SIM

Copa	1 com 4,5m <sup>2</sup>	SIM
Banheiro para funcionários	2 com 3,5m <sup>2</sup> cada	SIM
Depósito de material de limpeza	1 com 2m <sup>2</sup>	SIM
Depósito de Resíduos Comuns	1 com 1,4 m <sup>2</sup>	SIM
Depósito de Resíduos Contaminados	1 com 1,2 m <sup>2</sup>	SIM
Depósito de Resíduos Recicláveis	1 com 1,2 m <sup>2</sup>	SIM
Área externa para embarque e desembarque de ambulância	1 com 21m <sup>2</sup>	SIM

Fonte: Elaborado pelos autores (2024)

Como visto na Tabela 1, a UBS Josefina atende aos requisitos preconizados pela Portaria nº 340 do Ministério da Saúde, a não ser por não haver uma sala específica para gerência. Seu ambiente possibilita aos usuários um atendimento satisfatório e aos profissionais de saúde a execução dos seus serviços de forma completa. Algumas das instalações da USF são mostradas na Figura 2 até a Figura 19.

**Figura 2 - Recepção**



Fonte: Arquivo pessoal dos autores (2024)

**Figura 3 – Acolhimento/Pré-consulta**

Fonte: Arquivo pessoal dos autores (2024)

**Figura 4 – Consultório Odontológico**

Fonte: Arquivo pessoal dos autores (2024)

**Figura 5 – Sala de Espera**

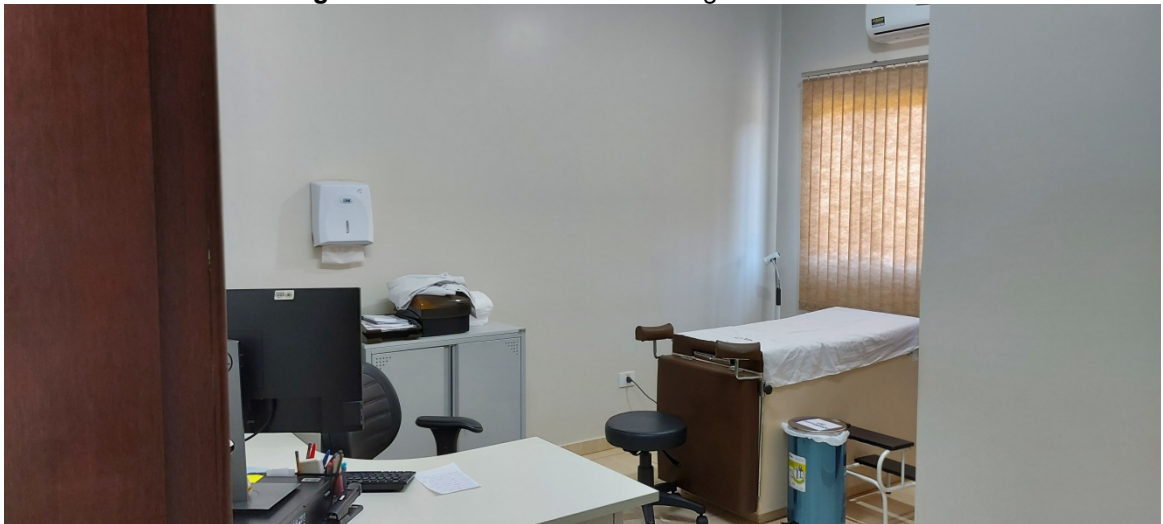
Fonte: Arquivo pessoal dos autores (2024)

**Figura 6 – Consultório Médico**



Fonte: Arquivo pessoal dos autores (2024)

**Figura 7 – Consultório de Enfermagem com banheiro**



Fonte: Arquivo pessoal dos autores (2024)

**Figura 8 – Sala das ACSs**



Fonte: Arquivo pessoal dos autores (2024)

**Figura 9 – Sala de Curativo**

Fonte: Arquivo pessoal dos autores (2024)

**Figura 10 – Sala de Medicação**

Fonte: Arquivo pessoal dos autores (2024)

**Figura 11 – Sala de Esterilização – área suja**

Fonte: Arquivo pessoal dos autores (2024)

**Figura 12 – Sala de Esterilização – área limpa**



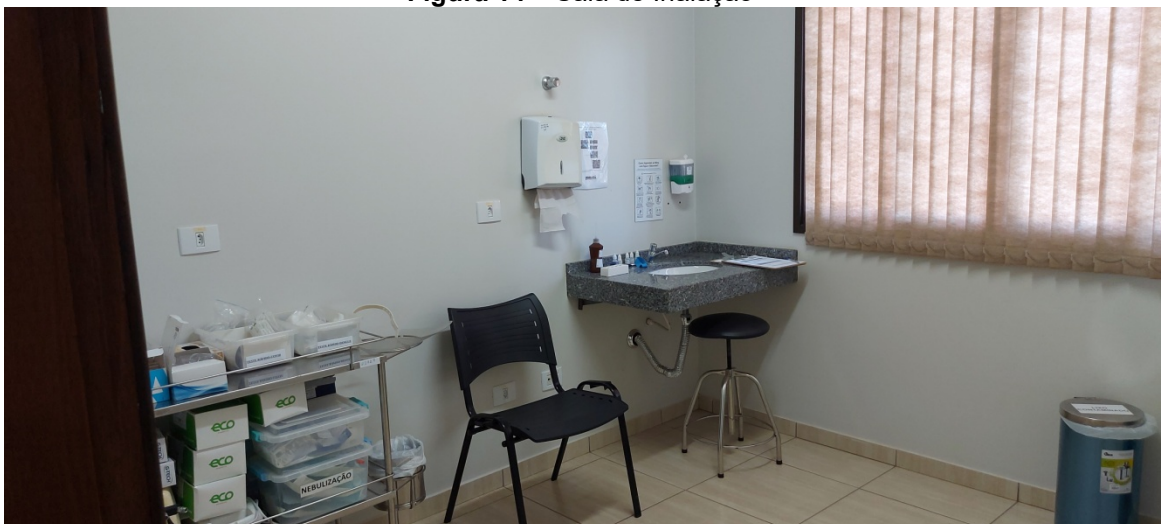
Fonte: Arquivo pessoal dos autores (2024)

**Figura 13 – Sala de Vacina**



Fonte: Arquivo pessoal dos autores (2024)

**Figura 14 – Sala de Inalação**



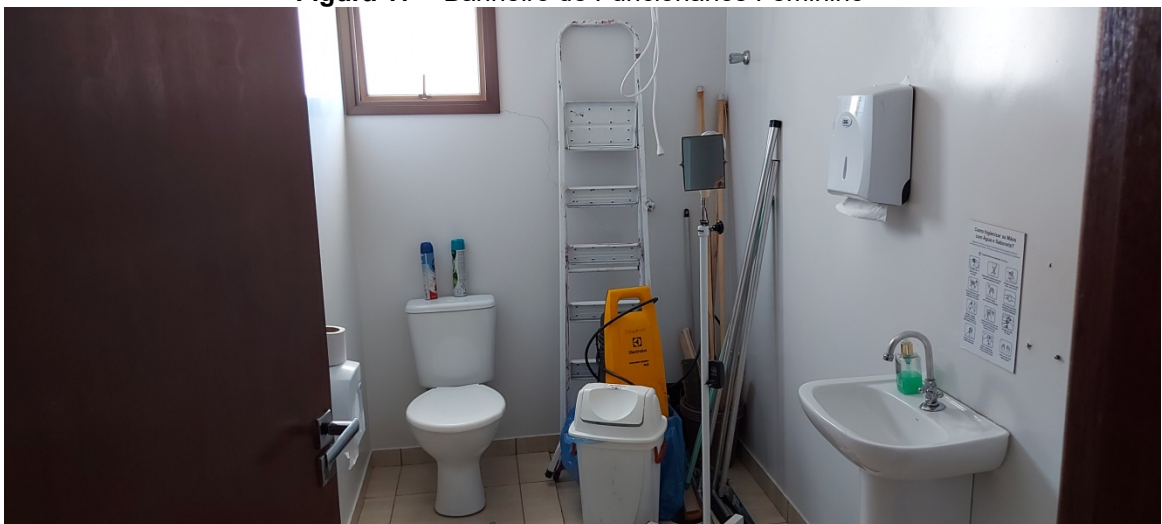
Fonte: Arquivo pessoal dos autores (2024)

**Figura 15 – Copa**

Fonte: Arquivo pessoal dos autores (2024)

**Figura 16 – Banheiro de Funcionários Masculino**

Fonte: Arquivo pessoal dos autores (2024)

**Figura 17 – Banheiro de Funcionários Feminino**

Fonte: Arquivo pessoal dos autores (2024)

**Figura 18 – Consultório Multiprofissional**

Fonte: Arquivo pessoal dos autores (2024)

**Figura 19 – Farmácia**

Fonte: Arquivo pessoal dos autores (2024)

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

O acesso à UBS é por rua asfaltada e com rampa de acesso, apresentando boa acessibilidade aos moradores. A cidade não possui transporte coletivo urbano, no entanto, quando o paciente possui alguma restrição ou dificuldade de locomoção, existe o transporte da saúde que pode ser acionado para a translocação do paciente até a unidade.

**Figura 20** - Entrada com rampa de acesso



Fonte: Acervo pessoal (2024)

### 2.1.5 Comunicação com a população

Para garantir o contato com a população e transmitir informações importantes, a Equipe de Saúde Josefina conta diariamente com o apoio de seis ACSs e da recepção para desempenhar essa função. Em casos que exigem contato imediato, a equipe utiliza o telefone para ligações. O aplicativo WhatsApp® também é amplamente utilizado para manter um contato próximo e diário com os usuários, complementando as visitas domiciliares realizadas pelas ACSs.

### 2.1.6 Divisão das microáreas

Em Junho de 2024, a área 01 era dividida em 5 microáreas, conforme a Figura 21. Recentemente, hoje a contratação de mais uma ACS, via concurso público, ocorrendo um remanejamento dessas microáreas para um total de 6 microáreas. Cada uma está sob responsabilidade de uma ACS, na qual nenhuma delas fica descoberta.

**Figura 21 - Divisão de Microáreas da Área 01**



Fonte: Google Maps modificada pelos autores (2024)

### 2.1.7 Integração Ensino-Serviço-Comunidade

O processo de integração entre Ensino e Serviço é uma novidade no município. De forma muito acolhedora, o sistema de saúde da cidade, mantém uma política de portas abertas aos estudantes que têm interesse em atuar no município, por meio de estágios, possibilitando conhecer os fluxos assistenciais, bem como a rotina no dia a dia da profissão. Assim, a UBS Josefina, conta com uma interna do curso de Medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, na qual realiza as atividades propostas pelo estágio em Atenção Primária em Saúde.

## 2.2 PERFIL TERRITORIAL/AMBIENTAL

### 2.2.1 Território

O Território em Saúde define os limites de atuação das Áreas (que correspondem ao local onde uma Equipe de Saúde da Família trabalha) e das microáreas (onde um Agente de Saúde atua). Normalmente, os municípios do país



### 2.2.2 Geografia e ambiente

A área de abrangência da UBS Josefina está inserida em uma região de relevo levemente ondulado, característica comum da região. Sua porção noroeste está delimitada pelo Córrego Portuguesa, que possui um pequeno curso d'água em leito natural, sem grandes intervenções de canalização.

Recentemente, foi construída uma passarela em estrutura metálica (Figura 23), interligando os bairros Residencial Parque das Flores e Jardim Josefina 2, importante via de acesso aos pedestres, que antes tinham que se deslocar alguns quilômetros para ter acesso aos bairros.

**Figura 23** – Passarela sobre o Córrego Portuguesa



Fonte: Acervo pessoal (2024)

Logo, a existência de fontes de água naturais na área é limitada, sendo que o abastecimento de água da população local depende, majoritariamente, do sistema de distribuição pública. As barreiras geográficas do Jardim Josefina são sutis, sem grandes obstáculos naturais que dificultem o acesso ou a circulação. Contudo, a organização do bairro e o uso do solo são moldados pelo relevo suave, levemente íngreme em alguns pontos de acesso, integrando-se ao planejamento urbano da cidade.



do território, para a melhoria da infraestrutura.

**Figura 25** – Área 01 abrangência da UBS Josefina



Fonte: Acervo pessoal (2024)

**Figura 26** – Escola Municipal Professor Furusato Tomio



Fonte: Acervo pessoal (2024)

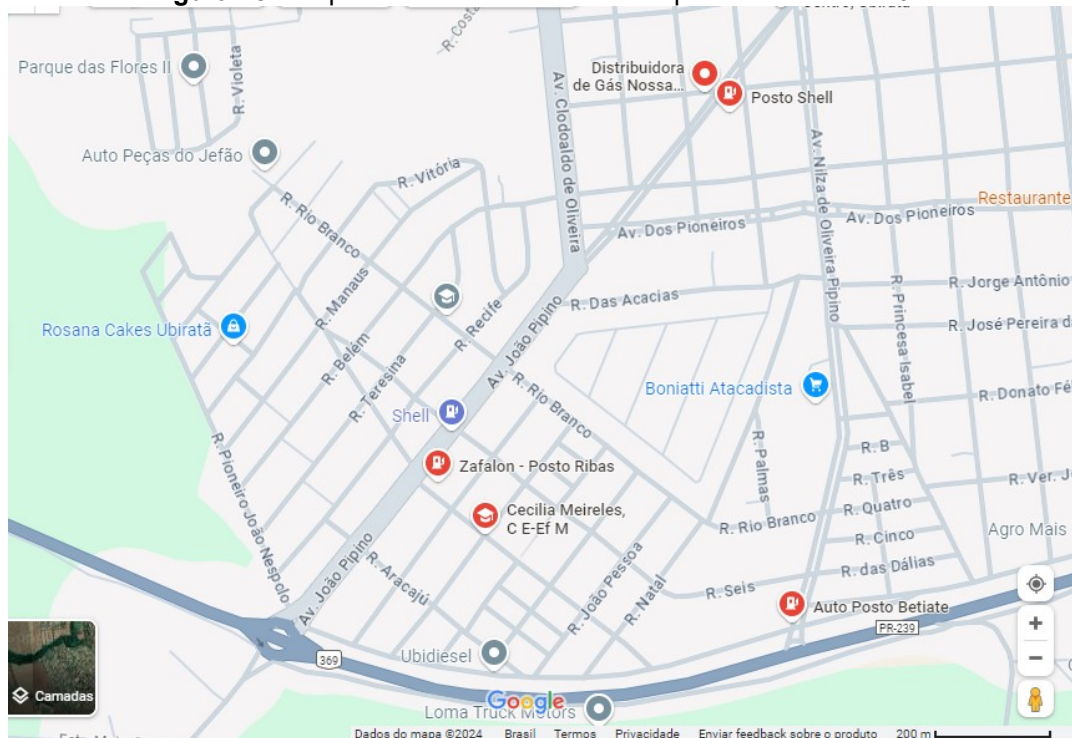
**Figura 27 – Escola Estadual Cecília Meireles**



Fonte: Acervo pessoal (2024)

Em relação ao comércio da região, percebe-se a presença de diversas empresas, pequenos mercados, posto de gasolina, panificadora e salão de beleza (Figura 26).

**Figura 28 - Mapa com os estabelecimentos presentes na área 01**



Fonte: Google Maps (2024)

Quanto ao lazer, a comunidade possui uma praça, frequentada diariamente, principalmente por idosos, na qual possui uma quadra de maia e as pessoas se

reunem para jogar no fim da tarde (Figura 27).

**Figura 29 – Praça da Maia**



Fonte: Acervo pessoal (2024)

Por fim, a área também apresenta 4 igrejas, importantes instrumentos de fé e religião para a população: Igreja Nossa Senhora das Graças (Figura 28), Igreja Assembléia de Deus de Anápolis, Igreja Adventista do Sétimo dia e Igreja Assembléia de Deus Ministério de Perus.

**Figura 30 – Igreja Nossa Senhora das Graças**



Fonte: Acervo pessoal (2024)

## 2.2.4 Urbanização e acesso

Durante a visita ao território, observou-se que em todos os bairros o padrão de pavimentação é misto, ou seja, há ruas com revestimento de asfalto e outras com pavimento de pedras irregulares. Em algumas chácaras, o acesso ao domicílio é feito por meio de estradas de chão batido.

Como se trata de uma cidade de pequeno porte, não possui transporte urbano. Assim, os pacientes devem buscar a unidade por meio de locomoção própria. Para os casos em que o paciente apresenta dificuldades físicas, ou alta vulnerabilidade, o transporte da saúde pode ser acionado, na qual a prefeitura fornece carros para a locomoção desses pacientes, seja até o posto de saúde, seja a transferência do posto ao hospital, por exemplo.

## 2.2.5 Características dos domicílios/Condições de moradia

### 2.2.5.1 Tipos de acesso ao domicílio

De acordo com Tabela 2, que descreve os tipos de acesso ao domicílio, revela algumas preocupações e áreas para possíveis melhorias no sistema de saúde. 1.461 domicílios têm acesso por ruas pavimentadas, indicando que a maioria dos locais conta com boa infraestrutura, o que facilita o acesso dos serviços de saúde e de emergência. 19 domicílios têm acesso por estradas de terra, sugerindo dificuldades em épocas de chuvas, por exemplo. 174 domicílios se enquadram em “Outro”, o que precisa ser mais especificado, pois pode incluir terrenos irregulares ou outras formas de acesso que impactam a mobilidade. 679 domicílios não tiveram a forma de acesso especificada, o que corresponde a uma alta porcentagem do total (aproximadamente 50%). Essa lacuna de dados compromete o planejamento adequado das intervenções e alocação de recursos para os indivíduos moradores da área correspondente ao Josefina.

**Tabela 2 - Tipos de acesso ao domicílio**

<b>Descrição</b>	<b>Quantidade</b>
------------------	-------------------

Pavimento	1.461
Chão batido	19
Fluvial	1
Outro	174
Não informado	679
<b>Total</b>	<b>1373</b>

Fonte: Adaptado do relatório de cadastro domiciliar e territorial do e-SUS via IDS (2024)

Apesar do relatório apresentar um acesso ao domicílio tipo fluvial, visto que a área não possui moradia com acesso principal via fluvial, consideramos erro de classificação para esse domicílio.

Conhecer essas informações é de extrema importância para verificar a acessibilidade dos moradores tanto aos seus próprios domicílios, quanto para sair deles. O ideal seria que 100% dos domicílios possuíssem pavimento, facilitando a locomoção das famílias e, também, da Equipe de Saúde nos dias de visitas domiciliares, por exemplo.

#### 2.2.5.2 Abastecimento de água

Os relatórios do e-SUS apresentam que a principal forma de abastecimento de água nos domicílios da área 01 é por via de rede encanada (1032), enquanto que diretamente do poço ou nascente é a forma de abastecimento de 63 domicílios (Tabela 3).

**Tabela 3** - Formas de abastecimento de água nos domicílios

<b>Descrição</b>	<b>Quantidade</b>
Rede encanada até o domicílio	1.682
Poço/Nascente no domicílio	9
Outro	8
Não informado	635

Fonte: Adaptado do relatório de cadastro domiciliar e territorial do e-SUS via IDS (2024)

O fornecimento de água em Ubiratã é realizado pela Sanepar (Companhia de Saneamento do Paraná) e deveria oferecer cobertura para toda a cidade. Entretanto, em conversa com os ACS, principalmente a região do Bairro Cognópolis, não é

atendida com o serviço de água encanada e, por isso, os moradores utilizam poço ou nascente.

A qualidade da água potável tem um impacto direto na saúde pública, sendo essencial para prevenir doenças. Portanto, a garantia de acesso à água encanada de boa qualidade é uma prioridade. No entanto, nos domicílios que dependem de poços ou nascentes para abastecimento, é crucial que sejam realizadas análises regulares da água antes de seu consumo. Isso deve abranger tanto o uso humano quanto animal, pois essas fontes estão mais suscetíveis à contaminação por poluentes.

Uma medida importante para superar os desafios do abastecimento de água seria implementar programas de monitoramento periódico da qualidade da água e campanhas de conscientização para que os proprietários de poços ou nascentes realizem a devida manutenção e testes de qualidade. O suporte de laboratórios locais e ações de agentes comunitários de saúde podem facilitar esse acompanhamento.

#### 2.2.5.3 Animais no domicílio

A Tabela 4, referente à quantidade de animais na Área 01, aponta uma distribuição significativa de cachorros (318), o que pode aumentar o risco de transmissão de zoonoses, como raiva e leishmaniose, destacando a necessidade de intervenções em saúde pública; seguidos por gatos (23); pássaros (16) e outros tipos de animais (7). Estes números refletem um cenário de alta convivência com animais domésticos, principalmente cães, na qual fazem um alerta à APS e à Vigilância Sanitária para campanhas de vacinação, controle populacional, ampliação do monitoramento de outras espécies e educação continuada para a convivência segura com os animais.

<b>Descrição</b>	<b>Quantidade</b>
Gato	23
Cachorro	318
Pássaro	16

Outros

7

Fonte: Adaptado do relatório de cadastro domiciliar e territorial do e-SUS via IDS (2024)

#### 2.2.5.4 Tipos de domicílios

A Tabela 5 descreve os tipos de domicílios na Área 01, revelando uma predominância de casas (1.633 unidades), seguidas por apartamentos (41), cômodos (20) e outros tipos de habitação (8). Um ponto crítico é o elevado número de registros "não informados" (632), que corresponde a uma quantidade significativa de domicílios sem dados específicos. Essa lacuna representa aproximadamente 27% do total de cadastros, o que prejudica a análise completa e eficiente do território pela equipe de APS. A falta de informações detalhadas pode dificultar o planejamento de ações adequadas às características de cada tipo de moradia, como campanhas de saneamento básico, controle de vetores e intervenções em saúde pública.

**Tabela 5 - Tipos de domicílio**

<b>Descrição</b>	<b>Quantidade</b>
Casa	1.633
Apartamento	41
Cômodo	20
Outro	8
Não informado	632
<b>Total</b>	<b>2.334</b>

Fonte: Adaptado do relatório de cadastro domiciliar e territorial do e-SUS via IDS (2024)

#### 2.2.5.5 Situação de moradia/Posse da terra

A tabela 6 mostra a situação de moradia da população adscrita. Das 2.334, 1.038 são moradias próprias, enquanto que as alugadas são 600. Novamente a categoria "Outra" e "Não informado" possuem números muito altos, atrapalhando a adequada informação.

**Tabela 6 - Situação de moradia**

<b>Descrição</b>	<b>Quantidade</b>
Próprio	1.038
Financiado	30
Alugado	600
Arrendado	3
Cedido	41
Situação de rua	1
Outra	102
Não informado	519
<b>Total</b>	<b>2.334</b>

Fonte: Adaptado do relatório de cadastro domiciliar e territorial do e-SUS via IDS (2024)

Durante conversas com os ACS, uma queixa relevante que eles relataram sobre a região em que eles trabalham foi a rotatividade dos domicílios que estão em situação de aluguel, pois quando os profissionais vão realizar a visita após o cadastro, muitas vezes já não moram mais as mesmas pessoas naquele domicílio. Portanto, o vínculo com a equipe e a longitudinalidade do cuidado ficam comprometidas.

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

Quanto ao material de revestimento das paredes externas das casas da região, foram encontrados 1.536 domicílios possuindo alvenaria como revestimento principal. Apenas 50 eram de alvenaria sem revestimento, 98 de madeira aparelhada e 17 de taipa com revestimento (Tabela 7).

**Tabela 7 - Material das paredes dos domicílios**

<b>Descrição</b>	<b>Quantidade</b>
Alvenaria com revestimento	1.536
Alvenaria sem revestimento	50
Taipa com revestimento	17
Madeira aparelhada	98
Não informado	633

**Total****1373**

Fonte: Adaptado do relatório de cadastro domiciliar e territorial do e-SUS (2022)

### 2.2.5.7 Tratamento de água para consumo no domicílio

A Tabela 8 descreve os tipos de tratamento de água para consumo na área estudada, revelando um cenário preocupante. O dado mais alarmante é que 1.334 domicílios consomem água sem tratamento, o que corresponde a aproximadamente 57% do total de 2.334 domicílios cadastrados. Apenas 181 domicílios utilizam a água filtrada, 1 fervida e 174 clorada. Além disso, 644 domicílios não forneceram informações sobre o tratamento da água.

**Tabela 8 - Tratamento de água para consumo**

<b>Descrição</b>	<b>Quantidade</b>
Filtrada	181
Fervida	1
Clorada	174
Sem tratamento	1.334
Não informado	644
<b>Total</b>	<b>2.334</b>

Fonte: Adaptado do relatório de cadastro domiciliar e territorial do e-SUS via IDS (2024)

### 2.2.5.8 Forma de escoamento do banheiro sanitário

Em relação ao escoamento dos banheiros e destino de urina e fezes, a Tabela 9 revela dados preocupantes sobre as formas de escoamento de sanitários nos domicílios da área estudada, evidenciando desigualdades importantes no saneamento básico. A análise dos dados revela que apenas 180 domicílios (7,7%) estão conectados à rede coletora de esgoto ou pluvial, enquanto uma maioria expressiva depende de fossas, sejam sépticas (773 domicílios, ou 33%) ou rudimentares (723 domicílios, ou 31%). Há ainda um caso de escoamento a céu aberto e 656 registros (28%) "não informados", o que dificulta uma compreensão

completa da situação.

**Tabela 9 - Forma de escoamento do sanitário**

Descrição	Quantidade
Rede coletora de esgoto ou pluvial	180
Fossa séptica	773
Fossa rudimentar	723
Céu aberto	1
Outra forma	1
Não informado	656
<b>Total</b>	<b>2.334</b>

Fonte: Adaptado do relatório de cadastro domiciliar e territorial do e-SUS via IDS (2024)

Nesse sentido, apenas 7,7% das residências estão conectadas à rede de esgoto ou pluvial. Este dado revela um déficit significativo de saneamento básico, que é um fator essencial para a promoção da saúde e a prevenção de doenças. A falta de esgoto adequado pode contribuir para a propagação de doenças infecciosas, como diarreia, cólera e hepatite A. Além disso, quase 31% dos domicílios utilizam fossas rudimentares, que não seguem os padrões de segurança sanitária. Esse tipo de escoamento aumenta o risco de contaminação do solo e das fontes de água, agravando a vulnerabilidade da população a doenças de veiculação hídrica.

#### 2.2.5.9 Disponibilidade de energia elétrica

A Tabela 10, que trata da disponibilidade de energia elétrica, apresenta dados preocupantes no contexto da APS. Dos 2.334 domicílios analisados, 1.515 possuem energia elétrica, enquanto 308 (13,2%) não possuem esse serviço básico. Além disso, 511 registros (21,9%) estão "não informados", o que impede uma análise mais precisa da situação real.

Acredita-se que esses dados não reflitam a real situação do fornecimento de energia elétrica na região, fazendo-se necessária a atualização urgente desse dado.

**Tabela 10 - Disponibilidade de energia elétrica**

Descrição	Quantidade
-----------	------------

Sim	1.515
Não	308
Não informado	511
<b>Total</b>	<b>2.334</b>

Fonte: Adaptado do relatório de cadastro domiciliar e territorial do e-SUS via IDS (2024)

#### 2.2.5.10 Destino do lixo

De acordo com a Tabela 11, que mostra o destino do lixo, revela desafios importantes para a saúde pública e a sustentabilidade ambiental. Entre os 2.334 domicílios analisados, a maioria (1.669) relata que o lixo é coletado, enquanto um número muito pequeno utiliza métodos como queimar ou enterrar (9) ou outros métodos não especificados (5).

**Tabela 11 - Destino do lixo**

<b>Descrição</b>	<b>Quantidade</b>
Coletado	1.669
Queimado/Enterrado	9
Outro	5
Não informado	651
<b>Total</b>	<b>2.334</b>

Fonte: Adaptado do relatório de cadastro domiciliar e territorial do e-SUS via IDS (2024)

Um ponto de grande relevância a respeito da queima de lixo é que essa prática é considerada crime. De acordo com a Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998, tal ação configura crime de poluição, por representar riscos à saúde humana, comprometer a segurança dos animais e causar a destruição da flora. A legislação visa proteger o meio ambiente e assegurar condições seguras para a convivência sustentável, punindo atividades que possam causar danos ao ecossistema e à saúde pública (Brasil, 1998).

## 2.3 PERFIL DEMOGRÁFICO

### 2.3.1 População total sob responsabilidade da equipe

Em setembro de 2024, de acordo com os dados do IDS, a população total é de 3851 indivíduos com cadastro ativo.

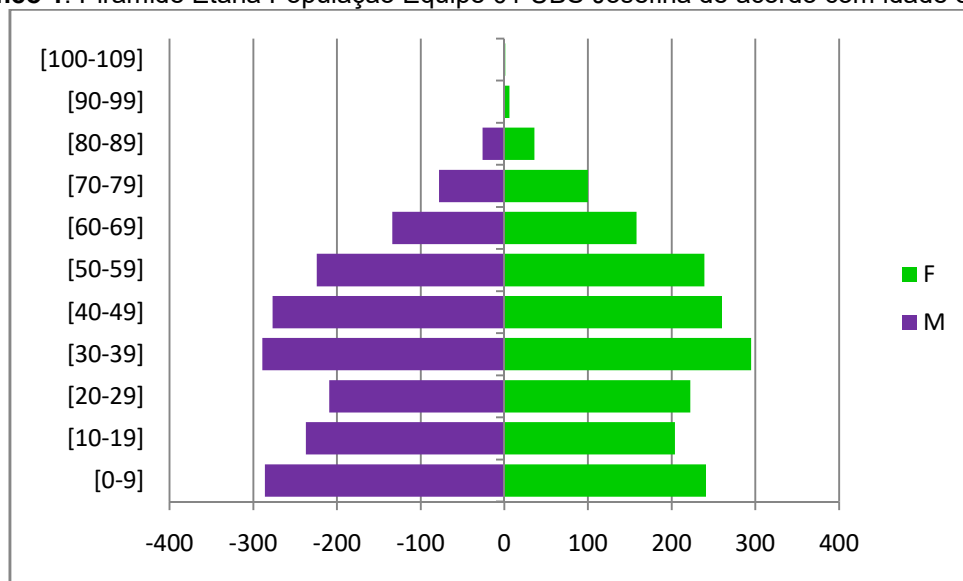
O número total de pessoas adscritas ao território está acima do previsto na PNAB de 2017, que propõe um valor entre 2.000 e 3.500 pessoas vinculadas a cada equipe (BRASIL, 2017).

### 2.3.2 População segundo faixa etária e sexo

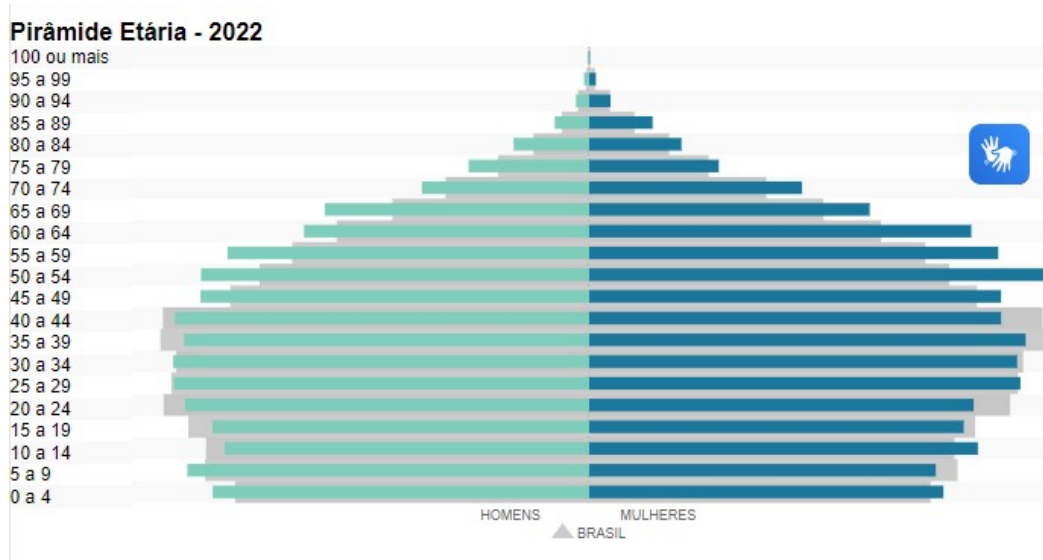
Os dados indicam que entre os indivíduos sob responsabilidade da equipe há 1.911 usuários do sexo masculino (49,62%) e 1.940 usuárias do sexo feminino (50,37%). Segundo o censo do IBGE de 2022, na cidade há um estimado de 48,50% de usuários do sexo masculino e 51,54% do sexo feminino, o que indicaria uma semelhança com os dados da região em questão, onde também há predominância das usuárias do sexo feminino.

As pirâmides etárias de acordo com idade e sexo da UBS Josefina e da cidade de Ubitatã-PR, podem ser observadas, respectivamente, no Gráfico 1 e Gráfico 2.

**Gráfico 1:** Pirâmide Etária População Equipe 01 UBS Josefina de acordo com idade e sexo



Fonte: Dados extraídos relatório e-SUS via IDS. Gráfico produzido pelos autores (out. 2024)

**Gráfico 2:** Pirâmide Etária do Município de Ubiratã-PR de acordo com idade e sexo

Fonte: IBGE (2023)

### 2.3.3 Percentual de pessoas segundo a raça/cor

Das 3.851 pessoas, 2789 (72,24%) se autodeclararam brancas, 84 (2,18%) pretas, 922 (23,94%) pardas, 58 (1,51%) amarelas, 3 (0,08%) indígenas e apenas 2 (0,05%) sem informação. Segundo o IBGE de 2022, para a cidade de Ubiratã, são respectivamente: 58,04% brancas, 4,21% pretas, 35,93% pardas, 1,66% amarelas, 0,15% indígenas (Tabela 12).

**Tabela 12 -** População vinculada à equipe 01 segundo a raça/cor

Descrição	Quantidade	Porcentagem
Branca	2789	72,24%
Preta	84	2,18%
Amarela	58	1,51%
Parda	922	23,94%
Indígena	3	0,08%
Não informado	2	0,05%
<b>Total</b>	<b>2403</b>	<b>100%</b>

Fonte: Adaptado do relatório de cadastro individual do e-SUS via IDS (2024)

A autodeclaração de raça/cor está intimamente ligada à percepção subjetiva que cada pessoa possui sobre sua identidade, abrangendo não apenas características físicas, mas também sua origem étnico-racial, aspectos socioculturais e a construção social do sujeito (BRASIL, 2017b). A exigência de preenchimento deste campo nos sistemas de saúde está prevista na Portaria nº 344, de fevereiro de 2017, que segue o padrão do IBGE, categorizando os indivíduos como brancos, negros (pretos ou pardos), amarelos e indígenas (BRASIL, 2017c).

No entanto, é importante ressaltar que esse processo pode ser influenciado por fatores externos, como preconceitos e estigmas, o que pode levar a subnotificações ou classificações imprecisas. A coleta de dados precisos sobre raça/cor é fundamental para traçar o perfil epidemiológico da população e embasar políticas públicas de saúde. Porém, há necessidade de campanhas educacionais para melhorar o entendimento sobre a importância desses dados e como eles impactam na promoção da equidade no sistema de saúde.

Além disso, é essencial que os profissionais de saúde sejam capacitados para coletar e tratar essas informações de forma sensível, sem influenciar na autodeclaração do paciente, reforçando a importância da equidade no atendimento, especialmente considerando os diferentes grupos populacionais e as vulnerabilidades às quais estão submetidos (BRASIL, 2017b). Portanto, é sugerido que o Ministério da Saúde amplie suas estratégias de conscientização sobre o papel desses dados para assegurar que políticas de combate às desigualdades sejam efetivamente implementadas.

#### 2.3.4 Nacionalidade brasileira, estrangeira e naturalizados

Ao analisar a nacionalidade dos usuários, percebe-se que a maioria é de nacionalidade brasileira, correspondendo a 96,96% do total. 108 pessoas são estrangeiras, sendo, destes, a maioria venezuelanos 103 (2,67%) (Tabela 13).

**Tabela 13** - População vinculada à equipe 01 segundo a nacionalidade

<b>Descrição</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Porcentagem</b>
Brasileira	3734	96,96%
Estrangeiro	108	3,04%

Não informado	0	0%
<b>Total</b>	<b>3851</b>	<b>100%</b>

Fonte: Adaptado do relatório de cadastro individual do e-SUS via IDS (2024)

É essencial que a atenção aos migrantes em situação de vulnerabilidade seja priorizada, considerando que muitos podem apresentar necessidades específicas de saúde devido a condições pré-existentes, doenças adquiridas ao longo do percurso migratório ou até problemas relacionados à precariedade das condições em que vivem. Muitos migrantes sofrem violência, exploração e abuso, o que gera impactos tanto na saúde física quanto mental, além de enfrentarem barreiras no acesso ao sistema de saúde dos países receptores (FOZ DO IGUAÇU, 2018).

As dificuldades no acesso à saúde, como a falta de documentos ou o desconhecimento dos seus direitos, intensificam essa vulnerabilidade. Para solucionar esses desafios, é fundamental que os sistemas de saúde adotem uma abordagem integral e humanizada, promovendo a equidade no cuidado de migrantes. Uma avaliação de saúde completa, considerando aspectos individuais, familiares, estruturais e comunitários, deve ser realizada, a fim de identificar riscos e planejar intervenções eficazes. Além disso, a continuidade do cuidado precisa ser garantida, com o acompanhamento sistemático dos migrantes ao longo de sua jornada de adaptação.

Sugere-se a criação de programas de saúde específicos, que incluam ações de educação e promoção da saúde, campanhas de vacinação, e a garantia de acesso a serviços psicológicos para migrantes que sofreram traumas. A capacitação dos profissionais de saúde para lidar com questões interculturais e de vulnerabilidade é uma medida fundamental para que o cuidado seja mais eficaz e inclusivo.

### 2.3.5 População que tem plano de saúde privado

Na região, 42 indivíduos declararam possuir plano de saúde privado (1,09%) e 112 (2,91%) não informaram sobre. Dessa forma, 3697 pessoas (96%) seriam usuários do SUS, mantendo seus cuidados integralmente na unidade, sob responsabilidade da equipe 01.

No contexto de saúde pública, é crucial questionar a estrutura e os serviços

oferecidos pelos planos de saúde, uma vez que muitos cidadãos utilizam subscrições de saúde que não se caracterizam como planos formais, mas ainda oferecem descontos em consultas com especialistas e exames. Isso pode levar a uma subnotificação do uso dos serviços do SUS, inflando a percepção de que uma parcela menor da população depende exclusivamente do sistema público de saúde.

Durante o período pós-pandemia, houve um aumento significativo na demanda pelo SUS, principalmente porque muitos cidadãos que anteriormente tinham planos de saúde deixaram de pagar, ou os planos passaram a excluir condições como a Covid-19 de sua cobertura. Esse cenário evidenciou a sobrecarga do sistema público, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), que é o ponto de entrada para a maioria das demandas da população.

De acordo com o IBGE, em 2019, 71,5% dos brasileiros dependiam exclusivamente do SUS, e na região analisada, esse número chegou a 73,7%. Diante desse aumento na demanda, especialmente por parte de usuários que perderam seus planos privados, o sistema público de saúde precisa revisar suas políticas de financiamento e infraestrutura, garantindo o atendimento eficaz para essa população crescente.

Uma crítica ao atual modelo de saúde pública é a falta de integração adequada entre os serviços privados e públicos, que poderia ser melhor coordenada para aliviar a pressão sobre o SUS. Como solução, seria interessante implementar políticas que incentivem a continuidade do atendimento, mesmo para aqueles que transitaram do setor privado para o público, garantindo uma atenção integral e ininterrupta.

### 2.3.6 População menor de 2 anos de idade para priorização das VD/ACS e estratificação de risco

No relatório do e-SUS, via IDS, é possível observar que há 116 crianças menores de 2 anos sob responsabilidade da equipe 01.

De acordo com a Linha de Cuidado Materno Infantil do Paraná, a estratificação de risco da criança deve ser realizada até esta completar dois anos de vida. Esta estratificação estabelece os critérios para garantir os cuidados das crianças com maior probabilidade de adoecer ou morrer (PARANÁ, 2022).

Os riscos ao nascer (Quadro 6) devem ser identificados tanto no exame físico

quanto na alta da maternidade, ou ainda durante a visita domiciliar pela busca ativa dos recém-nascidos. Aqueles classificados como de risco habitual serão acompanhados pela Atenção Primária à Saúde (APS) da área de referência. Os recém-nascidos de risco intermediário também serão acompanhados pela APS do território, porém com um calendário de puericultura mais intensificado. Por fim, os recém-nascidos de alto risco receberão cuidados compartilhados entre a APS e a Atenção Ambulatorial Especializada (PARANÁ, 2022).

**Quadro 6 - Critérios da estratificação de risco ao nascer**

Estratificação	Características
<b>Risco habitual</b>	Características individuais e condições sociodemográficas favoráveis: <ul style="list-style-type: none"> <li>● APGAR &gt; 7 no 5º minuto;</li> <li>● Peso ao nascer ≥ 2.500g e &lt; 4.000g;</li> <li>● Idade gestacional ≥ 37 e &lt; 42 semanas.</li> </ul>
<b>Risco intermediário</b>	Filhos de mães: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Com infecção intrauterina (STORCHZ) + HIV;</li> <li>● Em situação de vulnerabilidade: em situação de rua, indígenas, quilombolas ou migrantes;</li> <li>● Negras;</li> <li>● Com menos de 4 consultas de pré-natal;</li> <li>● Com menos de 15 ou mais de 40 anos de idade;</li> <li>● Com menos de 20 anos e mais de 3 partos;</li> <li>● Analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo;</li> <li>● Que apresentaram exantema durante a gestação;</li> <li>● Com gravidez indesejada;</li> <li>● Com histórico de óbito em gestação anterior (aborto e/ou natimorto);</li> <li>● Óbito de irmão menor que 5 anos por causa evitáveis;</li> <li>● Com histórico de violência interpessoal;</li> <li>● Que morreram no parto.</li> </ul> <p style="text-align: center;">E/OU</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Peso ao nascer ≥ 2.000g e &lt; 2.500g;</li> <li>● Idade gestacional entre ≥ 35 e &lt; 37 semanas;</li> <li>● Anomalias congênitas menores.</li> </ul>
<b>Alto risco</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Peso ao nascer &lt; 2.000g e ≥ 4.000g;</li> <li>● Idade gestacional ≤ 34 semanas;</li> <li>● Asfixia perinatal (APGAR &lt; 7 no 5º minuto);</li> <li>● Hiperbilirrubinemia com exsanguineotransfusão;</li> <li>● Malformações congênitas grave (com repercussão clínica);</li> <li>● Doenças genéticas, cromossomopatias.</li> </ul>

Fonte: Adaptado da Linha Guia-Atenção Materno-Infantil (2024)

### 2.3.7 População menor de 5 anos de idade elegível para Puericultura de acordo com as faixas etárias

No território atendido pela equipe 01, há 292 crianças menores de 5 anos de idade. De acordo com a idade, segue a tabela (Tabela 14).

**Tabela 14** - População menor de 5 anos de idade

Descrição	Quantidade	%
De 0 a 11 meses completos	57	19,52
1 ano completo	59	20,21
2 anos completos	49	16,78
3 anos completos	66	22,60
4 anos completos	61	20,89

Fonte: Adaptado e-SUS (2024)

É fundamental conhecer as demandas da população infantil, especialmente na puericultura, para assegurar o cuidado integral, coordenado e contínuo do crescimento e desenvolvimento da criança. O Ministério da Saúde (MS) propõe que, no primeiro ano de vida, a criança passe por sete consultas programadas, distribuídas na primeira semana de vida, e nos meses 1, 2, 4, 6, 9 e 12. A partir do segundo ano de vida, essas consultas podem ser realizadas semestralmente, e a partir do terceiro ano, de forma anual.

Essas consultas são essenciais para o monitoramento do desenvolvimento infantil, abrangendo a avaliação de dados antropométricos (como peso e altura), do desenvolvimento neuropsicomotor e do cumprimento do calendário vacinal (BRASIL, 2015). No entanto, uma crítica importante ao sistema atual é a falta de recursos em algumas regiões para garantir a realização dessas consultas no tempo proposto, muitas vezes devido à sobrecarga de profissionais de saúde e à falta de infraestrutura adequada nas UBSs. Isso pode resultar em lacunas no acompanhamento da saúde infantil, com consequências para a detecção precoce de problemas de desenvolvimento.

Para solucionar essa questão, seria importante investir na ampliação das equipes de saúde da família e melhorar a gestão de recursos para que o cuidado infantil seja feito de forma mais eficaz. Além disso, fortalecer os mecanismos de captação e acompanhamento de crianças que faltam às consultas, com busca ativa

pela equipe de saúde, pode garantir que todas as crianças recebam o cuidado necessário, trabalho muito bem realizado pela equipe de saúde do Josefina, na qual a busca ativa é constante, sendo agendado consulta ou vacinação por meio das ACSs e equipe de enfermagem.

### 2.3.8 População feminina entre 25 anos e 64 anos de idade elegível para rastreamento do câncer do colo uterino

Existem 1100 mulheres com idades entre 25 e 64 anos. Esse total equivale a 56,70% do total de todas as usuárias do sexo feminino adscritas à equipe e condiz com 28,56% da população total.

A realização periódica do exame citopatológico continua sendo uma das estratégias mais eficazes para o rastreamento do câncer de colo do útero. Estudos demonstram que esse exame, quando aplicado de forma ampla, pode reduzir significativamente a incidência e mortalidade associadas a essa doença. No contexto da atenção primária à saúde, é crucial alcançar alta cobertura da população-alvo, garantindo que o exame esteja disponível e acessível para mulheres a partir dos 25 anos, conforme recomendação do Instituto Nacional do Câncer (INCA) (INCA, 2016). Essa faixa etária abrange mulheres sexualmente ativas, que devem realizar o exame anualmente nos dois primeiros anos, e, caso os resultados sejam negativos, a cada três anos até os 64 anos (INCA, 2018).

Nesse sentido, deve-se levar em conta grupos especiais como gestantes, mulheres pós-menopausa e grupos vulneráveis, como pessoas LGBTQIA+, que também precisam ser rastreadas de acordo com as diretrizes gerais (INCA, 2018). A falta de inclusão dessas orientações em programas de saúde pode resultar em subdiagnósticos e maior risco de complicações de saúde pública.

Além disso, estratégias de busca ativa e educação em saúde, tanto para profissionais quanto para usuários, podem ajudar a reduzir as taxas de abandono ou não adesão ao exame, assegurando um atendimento mais inclusivo e eficaz.

### 2.3.9 População feminina entre 50 e 69 anos de idade, elegível para rastreamento de câncer de mama

Ao verificar os dados do relatório, há 429 usuárias do sexo feminino entre 50 e

69 anos elegíveis para o rastreio do câncer de mama. Isso representa 11,14% da população total da área.

A detecção precoce do câncer de mama é uma estratégia fundamental para a redução da mortalidade pela doença, considerando que, quando diagnosticado em fases iniciais, o tratamento pode ser mais eficaz e menos invasivo. O rastreamento envolve duas principais abordagens: o exame clínico das mamas (ECM) e a mamografia. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2015), mulheres entre 40 e 49 anos devem realizar apenas o ECM anualmente. Já entre 50 e 69 anos, além do ECM anual, a mamografia deve ser feita a cada dois anos, com o objetivo de identificar lesões suspeitas precocemente. Mulheres com 35 anos ou mais, que possuam alto risco de desenvolver câncer de mama, como histórico familiar de câncer de mama ou mutações genéticas, devem ser submetidas ao ECM e à mamografia de forma anual (BRASIL, 2013b).

Uma crítica importante ao protocolo adotado pelo Ministério da Saúde (MS) está na recomendação de não realizar o rastreamento mamográfico em mulheres abaixo de 50 anos e acima de 70 anos, exceto em casos de risco elevado (INCA, 2015). Esse critério tem gerado debates, pois alguns estudos indicam que o rastreamento precoce pode beneficiar certas mulheres fora dessa faixa etária, especialmente aquelas com fatores de risco que não se enquadram nas diretrizes do MS. A exclusão dessas mulheres pode levar a diagnósticos tardios e a tratamentos mais agressivos, o que compromete a qualidade de vida e o prognóstico.

Uma sugestão para melhorar esse cenário seria flexibilizar as orientações, permitindo que a indicação de mamografias em faixas etárias fora do padrão seja analisada individualmente, considerando o histórico pessoal e familiar da paciente. Além disso, é essencial ampliar a educação em saúde para que as mulheres compreendam a importância do autocuidado e da identificação de sinais precoces, promovendo o acesso a exames de rotina e diminuindo as desigualdades no diagnóstico do câncer de mama.

#### 2.3.10 População com idade maior que 60 anos elegível para estratificação de risco do idoso

Em relação à população maior que 60 anos de idade, existem 317 usuários, representando 8,23% da população total sob responsabilidade da equipe 01.

Apenas conhecendo a idade do indivíduo e o número de doenças crônicas que possui não agrega possibilidades de maior compreensão da sua situação de saúde e capacidades. Assim, a saúde no idoso pode ser compreendida como a capacidade individual de satisfação das necessidades biopsicossociais, independentemente da idade ou da presença de doenças (MORAES *et al.*, 2016).

Uma forma objetiva de avaliar o risco a que o idoso está exposto, é utilizando o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF-20), que é um instrumento validado no Brasil, construído de forma interdisciplinar, utilizado como ferramenta de triagem na atenção básica, que classifica critérios do idoso tais quais: idade, autopercepção da saúde, atividades de vida diária, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas.

Por meio de um sistema de pontuação, pode-se avaliar a ausência, a possibilidade ou a presença de declínio funcional e vulnerabilidade clínico-funcional do idoso (PARANÁ, 2017), o que permite a indicação de intervenções interdisciplinares para a melhora da qualidade de vida do idoso, identificação e monitoramento da população de maior risco para internações hospitalares e uso mais intenso dos equipamentos de saúde e planejamento da demanda, como definição de grupos de idosos que precisarão de atendimento diferenciado na atenção básica (MORAES *et al.*, 2016).

### 2.3.11 População acima de 18 anos de idade para realizar o rastreamento de Hipertensão arterial

Os indivíduos acima de 18 anos constituem a ampla maioria dos indivíduos assistidos, sendo 2.884 usuários, o que representa 74,89% do total da população adscrita à equipe.

O monitoramento adequado da pressão arterial (PA) em adultos é essencial para o rastreamento e diagnóstico precoce da hipertensão arterial sistêmica (HAS), uma das principais causas de doenças cardiovasculares. A recomendação de aferir a PA em todo adulto a partir dos 18 anos que compareça à unidade de saúde sem um registro recente de verificação é uma medida importante para identificar precocemente alterações que possam levar a complicações graves, como infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular cerebral (AVC) (BRASIL, 2014). No

entanto, uma crítica que pode ser feita é a falta de conscientização da população sobre a importância do controle regular da PA, o que limita a adesão às consultas de rotina, especialmente em indivíduos assintomáticos.

Para melhorar esse quadro, é fundamental que as unidades de saúde adotem estratégias ativas de busca de pacientes para a aferição da PA, utilizando campanhas educativas e triagens em eventos públicos, por exemplo. Além disso, garantir que a medição seja realizada com manguitos adequados ao tamanho do braço de cada pessoa é uma prática indispensável para obter medidas precisas, como orientado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). Muitos erros no diagnóstico e tratamento podem ocorrer pela utilização incorreta de equipamentos, o que reforça a necessidade de treinamento contínuo das equipes de saúde.

Por fim, além do diagnóstico, o acompanhamento contínuo dos pacientes hipertensos deve ser uma prioridade na Atenção APS. Equipes bem treinadas podem intervir precocemente para controlar a pressão arterial, prevenindo complicações como doenças renais e vasculares. Isso envolve não apenas a aferição da PA, mas também o uso de protocolos padronizados, medicamentos acessíveis e educação sobre hábitos saudáveis para os pacientes.

### 2.3.12 População entre 10 e 19 anos de idade elegível para o cuidado e Educação Popular em Saúde ao adolescente

O grupo populacional de indivíduos entre 10 e 19 anos está composto por 434 usuários.

O MS segue como definição de adolescência a prescrita pela OMS, que caracteriza o período de 10 e 19 anos. A atenção básica é a responsável pela articulação e pela coordenação do cuidado dos adolescentes na RAS do município.

Na organização da atenção integral a esta população serão contemplados os seguintes eixos: promoção da saúde e prevenção de agravos; ações de assistência e reabilitação da saúde e a educação permanente. E, ainda, as linhas de ação: acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento físico e psicossocial; saúde sexual e a saúde reprodutiva; saúde bucal; saúde mental; prevenção ao uso de álcool e outras drogas; prevenção e controle de agravos; educação em saúde; direitos humanos, a promoção da cultura de paz e a prevenção de violências e assistência às vítimas (BRASIL, 2017d).

### 2.3.13 População com deficiências

Dentre os 3.851 usuários que estão sob cuidados da equipe 01, existem 58 pessoas com alguma deficiência. Destas, o maior grupo é o das pessoas com deficiência intelectual/cognitiva, com 28 cidadãos, de acordo com a Tabela 15.

**Tabela 15** - População com deficiências adscritas à equipe 01

<b>Descrição</b>	<b>Quantidade</b>
Tem alguma deficiência? SIM	58
Tem alguma deficiência? NÃO	3.793
Auditiva	8
Física	15
Intelectual/cognitiva	28
Visual	7

Fonte: Adaptado do relatório de cadastro individual do e-SUS via IDS (2024)

O Decreto nº 3.298/99, que regulamenta a Lei Federal n.º 7.853/89, define deficiência como qualquer perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que resulte em incapacidade de realizar atividades consideradas normais para o ser humano (BRASIL, 1999). No entanto, essa definição tem sido amplamente discutida, uma vez que a deficiência não deve ser vista apenas sob a ótica biológica ou social. A Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe uma abordagem mais ampla, destacando que a deficiência pode ser uma manifestação de uma condição de saúde, mas não implica necessariamente em doença ou perda de capacidades. A deficiência, assim, é resultado da interação entre a pessoa e o ambiente, não sendo um atributo exclusivo do indivíduo (OMS, 2004).

Entre as estratégias recomendadas para a saúde pública estão a educação em saúde com foco na prevenção de acidentes, fortalecimento da autonomia dos indivíduos com deficiência e o apoio contínuo às famílias e cuidadores. A APS deve também promover o acompanhamento domiciliar, articulando-se com outros serviços sociais para garantir um atendimento integral e qualificado a essas pessoas (UFMA, 2017).

## 2.4 PERFIL SOCIOECONÔMICO

### 2.4.1 Pessoas pobres e extremamente pobres

Famílias pobres são aquelas que recebem menos que um salário mínimo e as extremamente pobres são as que recebem menos do que meio salário mínimo. No entanto, como esse dado não é um dado obrigatório, não está locado na base de dados do e-SUS, via IDS.

Destaca-se, no entanto, que este é um dado de essencial importância pois se não é considerado durante o atendimento em saúde isso pode representar obstáculos na linha de cuidado do usuário e na sua passagem pela rede de atenção à saúde, comprometendo a possibilidade de deslocamento para realização de exames complementares, participação em atividades grupais, consulta com especialistas em serviços de atenção especializada e também na aquisição de medicamentos e outros produtos prescritos pela equipe, tendo um impacto direto no processo individual e familiar de saúde-doença.

### 2.4.2 Educação: Curso mais elevado que frequenta ou frequentou

Apesar da grande maioria (3.077 pessoas) não ter informado, a Tabela 16 demonstra o curso mais elevado frequentado pela população pertencente à área. Pode-se perceber que a maioria dos informantes, 184 indivíduos, possuem apenas o Ensino Fundamental I (1ª a 4ª séries).

**Tabela 16 - População e grau de escolaridade**

Descrição	Quantidade
Creche	17
Pré-escola (exceto CA)	8
Classe de alfabetização - CA	6
Ensino fundamental - 1ª a 4ª séries	184
Ensino fundamental - 5ª a 8ª séries	157
Ensino fundamental completo	102
Ensino fundamental especial	13
Ensino fundamental EJA - séries iniciais 1ª a 4ª séries	0

Ensino fundamental EJA - séries finais 5ª a	2
8ª séries	
Ensino médio, médio 2º ciclo	152
Ensino médio especial	8
Ensino médio EJA (supletivo)	3
Superior, aperfeiçoamento, especialização, mestrado, doutorado	73
Alfabetização para adultos (Mobral, etc)	1
Nenhum	47
Não informado	3077
Total	3851

Fonte: Adaptado do relatório de cadastro individual do e-SUS via IDS (2024)

#### 2.4.3 Educação: Percentual de pessoas que concluíram o ensino médio e superior

Dentre os indivíduos que informaram escolaridade, 30,49% (236 pessoas) concluíram o ensino médio e superior. Isso reflete uma parcela significativa da população com maior escolaridade, o que pode ser benéfico para o engajamento em práticas de saúde. No entanto, a maioria da população ainda não atingiu esse nível, o que pode acarretar dificuldades no acesso à informação e aos serviços de saúde, aumentando as desigualdades. Como solução, é necessário fortalecer políticas de educação e desenvolver materiais de saúde acessíveis a todos os níveis de escolaridade, promovendo a inclusão e a ampliação do acesso à informação de forma igualitária.

#### 2.4.4 Educação: Analfabetismo

Apenas 1 indivíduo informou ser analfabeto. No que concerne à saúde, este é um dado valioso pois nos atendimentos pode ser verificado que o analfabetismo tem um impacto negativo sobre o processo de corresponsabilidade em saúde, o que pode resultar em má adesão ao tratamento, uso incorreto e indevido, representando um risco para o usuário.

No entanto, apesar de o relatório apresentar apenas um analfabeto, mais de um paciente foi atendido no período de estágio, declarando não saber ler ou escrever.

Log, infere-se que este dado apresenta-se defazado no sistema, sendo de extrema importância atualização para melhor compreensão da real situação.

A alfabetização em saúde é considerada como uma prioridade para reduzir as desigualdades através do acesso à informação e da capacidade de utilizá-la efetivamente, o que contribui para o empoderamento das pessoas (NUTBEAM, 2000).

Os profissionais de saúde são importantes fornecedores de informações sobre saúde e precisam conhecer as estratégias para reduzir as demandas de alfabetização em saúde por meio de comunicação interpessoal eficaz, de materiais de saúde nos formatos escrito e visual e de criação de ambientes que melhorem a prestação de cuidados (RAJAH *et al.*, 2018).

#### 2.4.5 Educação: Onde ficam as crianças de 0 a 9 anos

Observa-se que esse dado não tem sido preenchido, visto que o relatório individual apresenta apenas 1 criança que frequenta creche e 14 crianças que ficam com adulto responsável (Tabela 17).

**Tabela 17** - Onde ficam as crianças de 0 a 9 anos?

<b>Descrição</b>	<b>Quantidade</b>
Adulto responsável	14
Outra(s) criança(s)	0
Adolescente	1
Sozinha	0
Creche	1
Outro	2
Não informado	2117
Total	2403

Fonte: Adaptado do relatório de cadastro individual do e-SUS via IDS (2024)

A coleta de dados sobre os tutores de crianças é crucial para garantir o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil adequado, além de identificar possíveis sinais de negligência ou maus-tratos (GONZÁLEZ; STIER, 2021).

#### 2.4.6 Plano de saúde privado

O percentual das pessoas com plano de saúde privado é de 1,09%, ou seja, apenas uma parcela pouco significativa não recebe cuidados através do SUS (Tabela 18).

**Tabela 18** - População com plano de saúde privado

Descrição	Sim	Não	Não informado
Possui plano de saúde privado?	42	3.697	112

Fonte: Adaptado do relatório de cadastro individual do e-SUS via IDS (2024)

#### 2.4.7 Ocupação: Ocupações mais frequentes no território

Este é outro dado não preenchido no cadastro individual. No relatório, observamos apenas 1 farmacêutico hospitalar, 1 secretária trilingue e 1 auxiliar pessoal.

As condições de trabalho formam parte dos determinantes sociais da saúde, pois estão relacionadas diretamente a ela. O terceiro nível do modelo de Dahlgren e Whitehead contempla tanto a existência de um emprego seguro e realizador quanto um ambiente de trabalho saudável (BUSS, 2007). Nessa linha, sugere-se à equipe o preenchimento adequado deste quesito no cadastro individual.

Entre as ocupações mais frequentes da região temos que há probabilidade da ocorrência tanto de eventos abruptos com consequências a médio e longo prazo, como acidentes de trabalho, quanto de distúrbios crônicos, em que o trabalho pode ser contributivo, provocador ou agravador da situação mórbida, podendo levar até a incapacidade (MENDES, 1988). Nesse sentido, poder identificar os usuários com maior risco de sofrer por situações ligadas ao trabalho é de essencial importância para o planejamento de ações multidisciplinares e integrativas realizadas na atenção básica, de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

#### 2.4.8 Situação no mercado de trabalho

Grande parte da população pertencente à área 01 são trabalhadores de uma empresa de abate de frangos na cidade. Logo, diariamente, existe uma demanda muito grande de atendimentos de pacientes que necessitam de atestado para o afastamento do trabalho pelas mais diversas condições de saúde.

Além disso, outra parte da população trabalha no comércio ou ainda em emprego público.

Como os relatórios do IDS não abrangem essa modalidade, tomamos pela impressão dos atendimentos médicos da unidade.

Nesse contexto, é necessária a articulação multiprofissional na atenção básica que pressuponha ações integradas e compostas por diversos profissionais, de diferentes áreas. A equipe deve considerar questões territoriais, atravessamentos de classe social, o momento político do país e também as características singulares da população local, a fim de delinear estratégias de intervenção alinhadas às suas necessidades. Debilidades estruturais identificadas no sistema de proteção às condições de trabalho, escassez da oferta de emprego e iminência do desemprego produzem um cenário precário aos trabalhadores e exigem intervenções multidisciplinares (PALMIERE, 2019).

#### 2.4.9 Cidadãos em situação de rua

Segundo o relatório de cadastro individual, no território não há nenhuma pessoa em situação de rua identificada.

As pessoas em situação de rua apresentam uma diversidade de características, valores e condições de vida, o que exige uma abordagem de saúde que vá além da dimensão biológica. Para atender a suas necessidades, é essencial adotar uma visão mais ampla de saúde, identificando e intervindo nos determinantes sociais e no processo saúde-doença, visando criar estratégias específicas para esses indivíduos (PAIVA *et al.*, 2016).

Apesar da área apresentar apenas uma pessoa nessa situação, é necessário que a unidade de saúde esteja atenta a sua população, de forma a evitar que mais pessoas cheguem a essa condição, entrando em contato com a equipe de

Assistência Social e demais órgãos responsáveis, a fim de manter a qualidade de vida de sua população.

#### 2.4.10 População LGBTQIA+

Quanto à autodeclaração de identidade de gênero e orientação sexual, percebe-se que a grande maioria não informou esses dados. Das 3.851 pessoas que integram o território, 3.292 não informaram sua identidade de gênero, 555 informaram ser heterossexuais, 2 informaram ser Gays e 1 outro (Tabela 19).

**Tabela 19** - Identidade de gênero da população adscrita

Descrição	Quantidade
Não informado	3.292
Heterossexual	555
Gay	2
Outro	1

Fonte: Adaptado do relatório de cadastro individual do e-SUS via IDS (2024)

A coleta de informações sobre sexo designado, identidade de gênero e orientação sexual, embora não obrigatória, é essencial para garantir a promoção da equidade na saúde pública. Essas informações ajudam a diferenciar conceitos fundamentais e a qualificar a atenção à saúde de grupos vulneráveis, como pessoas trans e travestis. O respeito ao nome social é vital, não apenas para assegurar os direitos dos cidadãos, mas também para evitar constrangimentos que possam impedir o acesso adequado aos serviços de saúde. Promover um ambiente de respeito e inclusão é crucial para melhorar o cuidado de populações marginalizadas e reduzir barreiras de acesso ao sistema de saúde (BRASIL, 2016).

## 2.5 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

### 2.5.1 Crianças menores de 5 anos cadastradas na área

No relatório consolidado individual consta 292 crianças de 0 a 5 anos de idade. Dados sobre consulta puerperal, não são compilados no sistema. No entanto, o posto possui uma planilha interna, acessada pela secretaria de saúde, na qual todas as pacientes receberam visita puerperal no último semestre.

O puerpério é um período crítico para a saúde materna e neonatal, exigindo atenção imediata e contínua. O Caderno Atenção à Saúde da Criança do Paraná recomenda que a visita domiciliar pelo agente comunitário de saúde (ACS) ocorra até o 5º dia de vida do recém-nascido (RN), momento crucial para identificar sinais de alarme tanto na mãe quanto no bebê. O ACS deve cadastrar o RN, agendar consultas na primeira semana, além de organizar as imunizações e o teste do pezinho (BRASIL, 2012). O Ministério da Saúde, considerando a complexidade dos casos, sugere intervalos entre consultas baseados em estratificações de risco (habitual, intermediário, ou vulnerabilidade social/clínica).

Assim, a visita puerperal na UBS Josefina é realizada pela ACS e pela enfermeira, na qual é feita a avaliação da mãe e do bebê, quanto coletado os dados da internação, parto e alta hospitalar.

### 2.5.2 Nº de crianças menores de 5 anos cadastradas na área e percentual destas crianças acompanhadas pelo médico/enfermeira

Avaliando os dados dos relatórios das crianças menores de 5 anos de idade, 148 passaram por consulta médica ou de enfermagem nesse ano, representando em percentuais de 50,68% das crianças de 0 a 5 anos de idade cadastradas na área.

Crianças menores de 2 anos devem ser acompanhadas em consultas regulares, nos seguintes períodos: 3º a 5º dia de vida, 1, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses (BRASIL, 2012). Essas consultas são essenciais para monitorar o desenvolvimento neuropsicomotor e identificar precocemente quaisquer problemas de saúde. A implementação desse calendário de consultas é fundamental para a prevenção e intervenção em possíveis atrasos no desenvolvimento infantil. No entanto, uma crítica relevante é que o sistema e-SUS poderia aprimorar seu

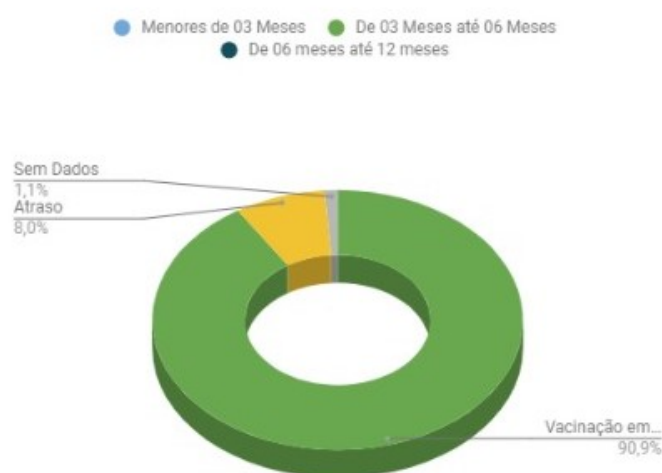
acompanhamento ao registrar de maneira mais precisa os intervalos entre as consultas, correlacionando-os com as necessidades específicas de cada fase de desenvolvimento.

### 2.5.3 Nº de crianças menores de 1 ano com vacinação em dia

A Figura 45 apresenta dados de vacinação na UBS Josefina. Das 176 crianças de 0 a 1 ano, 90,9% das crianças estão com a vacinação em dia (160 crianças). Um total de 14 crianças, representando 8,0%, está com a vacinação em atraso. Não há casos de atraso superior a 30 dias. Além disso, existem 2 crianças, ou 1,1%, sem dados registrados (Tabela 20).

Essa distribuição reflete um cenário positivo em termos de cobertura vacinal, visto que a grande maioria das crianças está com as vacinas em dia, o que contribui significativamente para a proteção coletiva. No entanto, é necessária atenção aos 8,0% com vacinação atrasada, pois podem estar em risco de doenças evitáveis. A ausência de dados em 1,1% dos casos sugere a necessidade de melhorar o registro e acompanhamento das informações de saúde para garantir que nenhuma criança fique sem imunização.

**Figura 31:** Dados de Vacinação de crianças de 0 a 1 ano na UBS Josefina



Fonte: Planilha interna cedida pela UBS Josefina (2024)

da APS, como promotores da saúde, devem fomentar e incentivar uma maior procura pelas vacinas, identificando as crianças com calendário vacinal incompleto e realizando uma busca ativa, com o objetivo de ampliar a cobertura e evitar agravos preveníveis.

**Tabela 20** - Crianças menores de 1 ano com vacinação em dia

<b>Crianças menores 1 ano</b>	<b>Crianças com vacinas em dia</b>	<b>Porcentagem</b>
176	160	90,9%

Fonte: Planilha interna cedida pela UBS Josefina (2024)

#### 2.5.4 Nº de crianças menores de 5 anos cadastradas na área e percentual destas crianças acompanhadas pelo ACS

Explorando o relatório de cadastro operacional em crianças menores de 5 anos, cadastradas na área 01, e a porcentagem destas crianças com última visita domiciliar há menos de 3 meses por parte dos ACS, somam 55 crianças (18,84%), de acordo com a Tabela 21.

**Tabela 21** - Crianças menores de 5 anos cadastradas e acompanhadas pelo ACS

<b>Crianças menores de 5 anos</b>	<b>Crianças acompanhadas pelos ACS nos últimos 5 meses</b>	<b>Porcentagem</b>
292	55	18,84%

Fonte: Adaptado do relatório de operacional de crianças menores de 5 anos do e-SUS via IDS (2024)

#### 2.5.5 Nº total de crianças menores de 5 anos e percentual destas crianças com registro antropométrico adequado e estado nutricional registrado

A plataforma do IDS não classifica as crianças de acordo com dados antropométricos, embora registrados tanto no acolhimento, quanto na consulta médica. Na planilha de Puericultura de acesso interno da Secretaria de Saúde do Município existem abas para o preenchimento de peso, altura, perímetro cefálico, dos quais não são preenchidos. Atualmente, essa planilha é mais utilizada para o *check list* de vacinação.

### 2.5.6 Nº total de gestantes e proporção de gestantes cadastradas no e-sus e acompanhadas pelo médico/enfermeira

Segundo o relatório de Gestante do e-SUS, via IDS, no mês de setembro de 2024, contávamos com 30 gestantes cadastradas na área 01. Dessas, todas são acompanhadas pela unidade, mesmo aquelas que fazem acompanhamento particular, destacando o forte vínculo da população com a Atenção Primária (Tabela 22).

**Tabela 22 - Gestantes cadastradas e acompanhadas na unidade**

Gestantes	Gestantes acompanhadas	Porcentagem
30	30	100%

Fonte: Adaptado do relatório Operacional de gestante/puérpera do e-SUS via IDS (2024)

### 2.5.7 Proporção de gestantes cadastradas no e-SUS e acompanhadas pelo ACS

Do total das 30 gestantes cadastrados na área e que constam do relatório operacional do e-SUS, via IDS, em setembro de 2024, todas receberam visita domiciliar do ACS há menos de 4 meses, o que corresponde a 100% do total de gestantes cadastradas no território (Tabela 23).

O material do Caderno de Atenção Básica Agente Comunitário de Saúde do Estado do Paraná (2014) estabelece o seguinte sobre o trabalho dos ACS: “principal objetivo contribuir para a qualidade de vida das pessoas e da comunidade, pois desenvolve um serviço de extensão da saúde junto à sua comunidade”. Pelo desenvolvimento importante de papel dos ACS no território inserido, e em especial com as gestantes, as visitas mensais para este público alvo contribuem enormemente para o sucesso da gestação, a comunicação entre a ESF e a gestante, a fim de evitar complicações desde a gravidez, o parto e a vida do novo membro da comunidade (PARANÁ, 2014).

**Tabela 23** - Gestantes cadastradas e acompanhadas pelos ACS

<b>Gestantes</b>	<b>Gestantes acompanhadas</b>	<b>Porcentagem</b>
30	30	100%

Fonte: Adaptado do relatório Operacional de gestante/puérpera do e-SUS via IDS (2024)

#### 2.5.8 Proporção de gestantes cadastradas no e-SUS e acompanhadas pela odontologia

Quanto ao acompanhamento odontológico, 19 das 30 gestantes fizeram acompanhamento odontológico, equivalendo a 63,33% delas (Tabela 24).

Durante este período, o Ministério da Saúde incita que a gestante seja encaminhada à odontologia na primeira consulta do pré natal para avaliações gerais da saúde bucal, pois esta, se bem preservada, pode prevenir agravos ao feto, como a prematuridade e o baixo peso ao nascer (BOTELHO *et al.* 2019).

**Tabela 24** - Gestantes acompanhadas pela odontologia

<b>Gestantes</b>	<b>Gestantes acompanhadas</b>	<b>Porcentagem</b>
30	19	63,33%

Fonte: Adaptado do relatório Operacional de gestante/puérpera do e-SUS via IDS (2024)

#### 2.5.9 Proporção de gestantes cadastradas no e-SUS com Data Provável de Parto (DPP) vencida e puerpério registrado

Pode-se observar que não existe nenhuma DPP vencida na lista de gestantes presente no e-SUS, via IDS. Quanto ao puerpério, o sistema não oferece esse registro.

#### 2.5.10 Proporção de gestantes cadastradas no e-SUS com a condição de risco habitual

De acordo com a planilha de acompanhamento de gestantes e puérperas da Secretaria de Saúde de Ubitatã, na equipe 01, das 30 gestantes, no mês de setembro de 2024, havia 19 gestantes de Risco Habitual. Isso significa que, mais da metade das pacientes gestantes, 63,33%, se apresentam com acompanhamento de baixo risco (Tabela 25).

**Tabela 25 - Gestantes com Risco Habitual**

<b>Gestantes</b>	<b>Risco habitual</b>	<b>Porcentagem</b>
30	19	63,33%

Fonte: Adaptado do relatório de gestante/puérpera da Secretaria de Saúde de Ubiratã-PR (2024)

### 2.5.11 Proporção de gestantes cadastradas no e-sus com a condição de alto risco

Observando a planilha de acompanhamento de gestantes e puérperas da Secretaria de Saúde de Ubiratã, pode-se perceber que, das 30 gestantes, apenas 4 delas são de Alto risco (13,33%) (Tabela 26). Todas elas são acompanhadas pelo especialista – médica obstetra da cidade e pelo Ambulatório Médico de Especialidades (AME) com sede em Campo Mourão - PR – Regional em que Ubiratã pertence. Além disso, existem 6 pacientes de Risco Intermediário, na qual além do Pré-Natal na UBS, também passam por consulta com especialista obstetra.

**Tabela 26 - Gestantes de Risco Intermediário e Alto Risco**

<b>Total de gestantes</b>	<b>30</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Risco intermediário</b>	6	36,36%
<b>Alto risco</b>	4	18,18%

Fonte: Adaptado do relatório de gestante/puérpera da Secretaria de Saúde de Ubiratã-PR (2024)

### 2.5.12 Nº de adolescentes grávidas cadastradas no e-SUS

A UBS Josefina possui 4 gestantes adolescentes, sendo 2 com 17 anos e 2 com 19, representando 13,3% do total de gestantes (Tabela 27). A gravidez na adolescência representa um desafio socioeconômico e de saúde pública, aumentando os riscos tanto para a mãe quanto para o recém-nascido. Fatores como falta de informação, acesso precário ao sistema de saúde, uso inadequado de contraceptivos e condições sociais vulneráveis influenciam sua prevalência. Embora muitas gestações adolescentes sejam consideradas não planejadas, a escolha de ser mãe pode estar relacionada a motivações individuais e contextos sociais. Além

dos riscos biológicos, como complicações obstétricas e desnutrição, há o risco psicossocial, que pode afetar a escolaridade e o futuro profissional das jovens mães (Brasil, 2018).

Ainda que na área os números não tenham um percentual elevado, devemos reforçar a importância da educação sexual e de fornecer meios, como promotores da saúde, que evitem a gravidez indesejada nesta faixa etária.

**Tabela 27 - Adolescentes grávidas**

<b>Gestantes</b>	<b>Adolescentes grávidas</b>	<b>Porcentagem</b>
30	4	13,3%

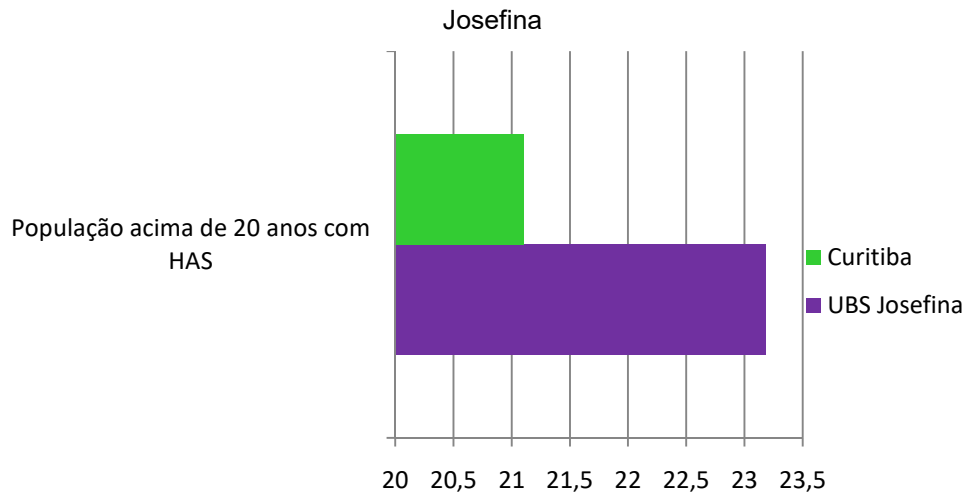
Fonte: Adaptado do relatório Operacional de gestante/puérpera do e-SUS via IDS (2024)

#### 2.5.13 Nº total de pessoas acima de 20 anos com hipertensão arterial (HA) cadastrados por área (autorreferido e clínico)

O relatório do e-SUS, via IDS, demonstra que dos 2826 adultos acima de 20 anos, cadastrados na área, 655 são hipertensos, representando um total de 23,18%.

A VIGITEL foi criada em 2006 pelo Ministério da Saúde com o intuito de monitorar as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil. A coleta de dados do controle das DCNT por parte do governo federal é realizada por meio de contratações a empresas telefônicas, que realizam ligações ao acaso, com perguntas direcionadas, em um número amostral de 1.000 pessoas no período de 2020 (VIGITEL, 2021).

Ao comparar com os dados da VIGITEL de Curitiba, que indicam que 21,1% da população total foi diagnosticada com hipertensão arterial, nota-se que o Jardim Josefina apresenta uma taxa ligeiramente maior de hipertensos (23,18%) (Gráfico 3). Isso pode sugerir fatores de risco locais mais pronunciados, como hábitos alimentares, sedentarismo ou dificuldades no acesso regular aos serviços de saúde.

**Gráfico 3** - Adultos acima de 20 anos com diagnóstico médico de HAS em Curitiba e UBS

**Fonte:** Adaptado do VIGITEL (2021) e relatório operacional de risco cardiovascular do e-SUS via IDS (2024)

#### 2.5.14 N° absoluto e proporção de pessoas que têm a condição autorreferida de hipertensão, mas não há nenhum registro de atendimento médico/enfermeiro

No relatório do e-SUS apresentado pelo IDS, não consta pacientes autorreferidos. Logo, não pode-se mensurar quantos deles não possuem atendimento.

Apesar da falta desse dado, mem todas as visitas domiciliares realizadas pelas ACSs, são colhidas as queixas principais das pessoas das famílias, verificado prazo de validade de receitas de uso contínuo e, se necessário, é agendado consulta para os pacientes, principalmente os portadores ou suspeitos de doenças crônicas.

#### 2.5.15 Proporção de hipertensos com a última consulta com médico/enfermeiro há menos de 6 meses

Dos 655 pacientes hipertensos, passaram por consulta no último semestre um total de 379 pacientes, dos quais temos registrados aferição de PA pela triagem (Tabela 28).

Segundo o material do Caderno da Atenção Básica (2014d), as consultas de pessoas com HAS devem ser avaliadas individualmente, utilizando o escore de

Framingham para a avaliação de risco cardiovascular. Esta classifica em baixo, moderado e alto risco cardiovascular. Resumindo-se, o primeiro, o risco cardiovascular baixo, o indivíduo apresenta menor do que 10% de risco de apresentar evento cardiovascular em 10 anos. O segundo, risco cardiovascular moderado, entre 10-20 % de risco de evento cardiovascular em 10 anos e por último, o RCV alto, é quando apresenta maior do que 20% de risco de evento cardiovascular na mesma proporção de tempo (BRASIL, 2014d).

Seguindo essa linha de classificação do escore de Framingham, as consultas com médico ou enfermeiro nos hipertensos de baixo risco cardiovascular deve ser anual, o de risco moderado, semestralmente e o de alto risco, quadrimestral, porém, o profissional cuidador pode adequar os intervalos das consultas dependendo do caso do paciente (BRASIL, 2014c). Entretanto, de acordo com o Previner Brasil (BRASIL, 2019), 100% dos usuários portadores de hipertensão arterial sob responsabilidade da equipe devem passar em consulta médica ou de enfermagem com monitoramento da pressão arterial de 6 em 6 meses.

**Tabela 28 - Hipertensos com consulta nos últimos 6 meses**

Usuários com HAS	Com consulta < 6 meses	Porcentagem
655	379	57,86%

Fonte: Adaptado do relatório Operacional de Risco cardiovascular do e-SUS via IDS (2024)

#### 2.5.16 Proporção de hipertensos com rastreamento de Risco Cardiovascular (RCV) há menos de 1 ano

Os relatórios do IDS não apresentam dados de rastreio de RCV. No entanto, é prática médica solicitar eletrocardiograma em todas as consultas de pacientes em que há o rastreio de RCV para pacientes com HAS. Logo, ao buscar pela quantidade de pessoas que realizaram eletrocardiograma, pelo sistema, chegamos ao total de 193 pedidos de eletrocardiograma.

Esses dados não expressam o número real de rastreio, mas pode-se ter uma ideia de que, tendo em vista 655 pacientes acima de 20 anos que possuem HAS, poucos pacientes realizaram o rastreio no último semestre.

### 2.5.17 Proporção de hipertensos com última visita do ACS há menos de 4 meses

Conforme os dados do e-SUS, 341 usuários com hipertensão foram visitados pelas ACSs nos últimos 4 meses. Isso representa 52,06% dos pacientes que possuem essa condição (Tabela 29).

**Tabela 29** - Registros de visitas de ACS há menos de 4 meses a usuários com HAS

Usuários com HAS	Registro de visitas recebidas	Porcentagem
655	341	52,06%

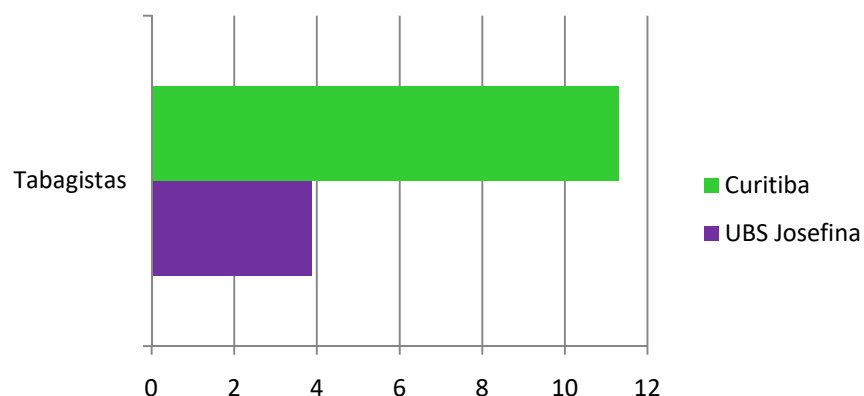
Fonte: Adaptado do relatório Operacional de Risco cardiovascular do e-SUS via IDS (2024)

### 2.5.18 N° de tabagistas cadastrados na área

O total da população com mais de 20 anos de idade na área é de 2826 cidadãos. Destes, 110 usuários são declarados tabagistas, representando 3,89%.

Segundo os dados da VIGITEL 2020, representado no Gráfico 4 abaixo, o percentual de adultos acima de 18 anos fumantes em Curitiba corresponde a 11,3% do valor absoluto da capital do Estado. Apesar da área possuir uma porcentagem menor do que aquela declarada pela capital, cada vez mais se torna necessário reforçar ações para fomentar a cessação do uso de tabaco, bem como o estímulo à adesão dos pacientes.

**Gráfico 4** - Tabagistas em Curitiba e UBS Josefina



Fonte: Adaptado do VIGITEL (2021) e relatório operacional de risco cardiovascular do e-

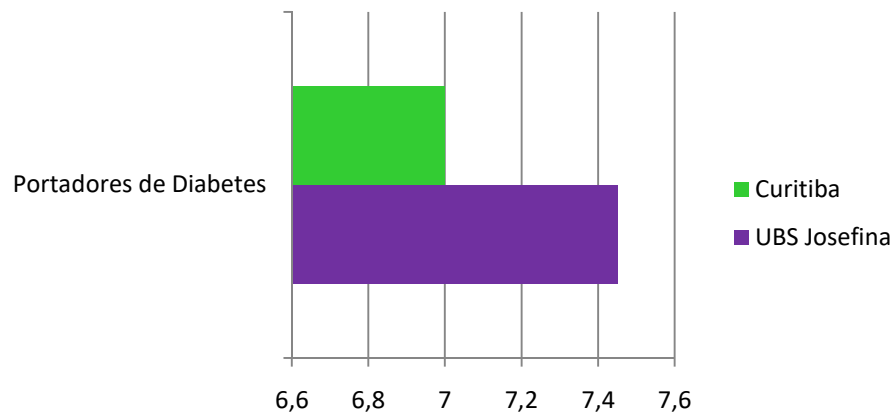
## SUS via IDS (2024).

### 2.5.19 N° de pessoas com mais de 20 anos portadoras de diabetes cadastrados por área

Analisando os dados do Painel de Acompanhamento do IDS, existem 215 diabéticos cadastrados na área, representando 7,45% da população acima de 18 anos.

De acordo com a VIGITEL (2021), 7% da população acima de 18 anos possui DM2. Logo, os dados são bastantes semelhantes ao Josefina, quando se trata de doença crônica (Gráfico 5).

**Gráfico 5 - Diabetes Mellitus em Curitiba e UBS Josefina**



Fonte: Adaptado do VIGITEL (2021) e relatório operacional de risco cardiovascular do e-SUS via IDS (2024).

### 2.5.20 Proporção de diabéticos com a última consulta com médico/enfermeiro há menos de 4 meses

Dos 215 diabéticos cadastrados na área, 133 pacientes (61,86%) passaram por consulta médica ou de enfermagem, e entre esses, todos realizaram o teste de hemoglobina glicada no último semestre (Tabela 30).

O controle adequado do diabetes mellitus exige um acompanhamento clínico rigoroso, e o número de consultas varia conforme o tipo de tratamento utilizado pelo paciente. Conforme a BVS (2016), pacientes que utilizam antidiabéticos orais combinados com até duas aplicações de insulina por dia, sem evidência de lesão em

órgãos-alvo, devem passar por duas consultas médicas e uma com a enfermeira anualmente. Já aqueles que necessitam de múltiplas aplicações de insulina e apresentam indícios de lesões em órgãos-alvo devem realizar três consultas médicas e duas consultas com a enfermeira ao ano.

No posto de saúde Josefina, há busca ativa constante entre os pacientes diabéticos, sendo agendado consulta Médica ou de Enfermagem pelas ACSs. Assim, nessa oportunidade são realizados os testes de pé diabético, tanto avaliação por meio de exames laboratoriais, gravidade da doença, necessidade de alteração na prescrição medicamentosa ou de encaminhamento para avaliação de especialidade.

**Tabela 30** - Registro de consultas de pessoas com DM há menos 4 meses

<b>Usuários com DM</b>	<b>Consulta com menos 4 meses</b>	<b>Porcentagem</b>
215	113	61,86%

Fonte: Adaptado do relatório e-SUS via IDS(2024)

#### 2.5.21 Proporção de diabéticos com rastreamento de RCV há menos de 1 ano

O sistema do município não contempla rastreio cardiovascular em pacientes diabéticos. No caso do RCV para pacientes hipertensos, nos embasamos na quantidade de eletrocardiograma solicitados, embora não represente os dados reais. No caso de diabetes, o exame que mais se aproxima para quantificar os pacientes diabéticos que passaram por consulta médica/enfermagem, e realizaram exames para RCV, é o exame laboratorial de hemoglobina glicada.

Dos 215 pacientes acima de 18 anos portadores de diabetes na área 01, 136 pacientes (63,25%) realizaram o exame de hemoglobina glicada há menos de um ano (Tabela 31).

Nesse sentido, uma importante sugestão seria a de adicionar uma aba específica para RCV em pacientes diabéticos, a fim de colhermos dados mais fidedígnos da população adscrita.

**Tabela 31** - Rastreamento de RCV há menos de 1 ano em usuários com DM

<b>Usuários com DM</b>	<b>Rastreamento &lt; 4 meses</b>	<b>Porcentagem</b>
215	136	63,25%

Fonte: Adaptado do relatório e-SUS via IDS(2024)

### 2.5.22 Proporção de diabéticos com última consulta ao dentista há menos de 1 ano

Segundo os dados do e-SUS, via IDS, dos 215 pacientes diabéticos com mais de 18 anos, 91 passaram por consulta odontológica no último ano (Tabela 32).

A consulta odontológica regular para pacientes diabéticos é de suma importância, visto que essas pessoas apresentam maior risco para doenças periodontais, que podem agravar o controle glicêmico. Estudos mostram que a inflamação sistêmica causada por infecções bucais, como a periodontite, pode prejudicar a eficácia da insulina, levando ao descontrole da glicemia e, em longo prazo, contribuindo para o desenvolvimento de complicações cardiovasculares, como infartos e AVCs (LOPES *et al.*, 2020).

Além disso, a relação bidirecional entre diabetes e saúde bucal destaca a necessidade de um cuidado integral e multiprofissional, com a inclusão de dentistas na equipe da APS (DABUL *et al.*, 2017). O cuidado odontológico não só melhora a saúde bucal, mas também contribui diretamente para a estabilização do quadro diabético, reduzindo complicações e hospitalizações. O Ministério da Saúde reforça a importância da abordagem multiprofissional, enfatizando a necessidade de cuidados regulares e integrados para promover a saúde como um todo (BRASIL, 2013e).

**Tabela 32** - Consultas com dentista há menos de 1 ano de usuários com DM

Usuários com DM	Consulta com dentista < 1 ano	Porcentagem
215	91	42,32%

Fonte: Adaptado do relatório e-SUS via IDS(2024)

### 2.5.23 Proporção de diabéticos com última visita do ACS há menos de 4 meses

De acordo com o relatório, 144 pacientes diabéticos, dos 211, foram visitados pelas ACSs nesse período, representando 68,25% (Tabela 33). O papel dos ACSs é fundamental no monitoramento contínuo dos pacientes, especialmente diabéticos. É essencial fomentar as visitas domiciliares, pois através delas é possível acompanhar

e identificar os usuários que necessitam de cuidados, acionando os ACS em casos de faltas às consultas. Os ACS atuam como o elo entre a equipe de saúde e as famílias, representando a unidade nas residências. Eles levam informações cruciais sobre serviços de saúde, agendamentos de consultas, renovação de medicação e outras atividades oferecidas pela UBS, fortalecendo o vínculo com a comunidade (De Lima *et al.*, 2024).

Para promover melhorias, é essencial ressaltar ao ACS a importância de seu papel nos indicadores de saúde, que refletem a qualidade de vida da população atendida. Ao compreenderem o impacto crucial de seu trabalho, os agentes de saúde passam a sentir-se mais integrados e fundamentais no cuidado do paciente. Isso fortalece o senso de pertencimento e estimula uma prática colaborativa dentro da equipe de saúde, o que, por sua vez, contribui para o aumento no número de visitas domiciliares e aprimora o acompanhamento dos usuários.

**Tabela 33** - Registro de visita de ACS há menos de 4 meses a usuários com DM

Usuários com DM	Consulta com menos de 4 meses	Porcentagem
211	144	68,25%

Fonte: Adaptado do relatório Operacional de Risco cardiovascular do e-SUS via IDS (2024)

#### 2.5.24 Nº absoluto e proporção de pessoas que tiveram Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)

Segundo o relatório de cadastro individual, extraído do e-SUS via IDS, o número absoluto de pessoas que tiveram IAM é de 2 pessoas na área (Tabela 34).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia realizou um estudo de mortalidade de doença isquêmica do coração entre os anos de 2000 e 2019, na qual demonstrou uma taxa de 55,80 mortes a cada 100 mil habitantes, tornando essa a principal causa de mortalidade por DCV no país (Bichara *et al.*, 2023).

**Tabela 34** - Usuários que sofreram IAM

Usuários >20 anos	IAM	Porcentagem
2826	2	0,07%

Fonte: Adaptado do relatório de cadastro individual do e-SUS via IDS (2024)

### 2.5.25 Nº absoluto e proporção de pessoas que tiveram Acidente Vascular Encefálico (AVE)/derrame

Em relação ao número absoluto de pessoas cadastradas, 20 pessoas tiveram AVC/derrame (Tabela 35).

De acordo com o Cardiômetro da SBC, no ano de 2018 a prevalência de mortes por Doenças Cerebrovasculares a cada 100.000 habitantes foi de 48,3 pessoas (SBC, 2020). Os dados comparados tanto do AVE como do IAM, demonstra que é indispensável o controle e o acompanhamento das comorbidades analisadas anteriormente (tabagismo, hipertensão arterial, diabetes), já que são os principais fatores de risco para o acontecimento de eventos cardiovasculares que podem necessitar de gestão de caso.

**Tabela 35 - Usuários que sofreram AVC**

<b>Usuários &gt; 20 anos</b>	<b>Registro de IAM</b>	<b>Porcentagem</b>
2826	20	0,70%

Fonte: Adaptado do relatório de cadastro individual do e-SUS via IDS (2024)

### 2.5.26 Incidências de caso de tuberculose na área

A incidência de casos de tuberculose na área é de 1 caso (0,035%), em tratamento (Tabela 36).

Esse dado está em concordância com a média nacional, na qual em 2022 a incidência de tuberculose no Brasil foi de 36 casos a cada 100.000 habitantes (0,036%) (Brasil, 2023a).

Nesse sentido, o diagnóstico precoce é crucial para atingir essas metas, pois garante o início oportuno do tratamento, aumentando as chances de cura. No entanto, a falta de acesso adequado aos serviços de saúde, especialmente entre as populações mais vulneráveis, frequentemente impede que esse diagnóstico seja feito a tempo, comprometendo os resultados esperados.

**Tabela 36 - Usuários com Tuberculose**

Habitantes da área	Casos de tuberculose	Percentagem
2851	1	0,035%

Fonte: Adaptado do relatório de cadastro individual do e-SUS via IDS (2024)

### 2.5.27 Proporção de pessoas com diagnóstico de câncer na área

A área possui 25 pessoas com diagnóstico de câncer. Isso representa 0,88% das pessoas acima de 20 anos cadastradas na área (Tabela 37).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2021), no ano de 2020 a estimativa de câncer no Paraná em homens foi de 205,4 casos/100 mil habitantes e em mulheres de 132,11 casos/100 mil habitantes. O relatório consolidado de cadastro individual consta todas as pessoas em que algum momento teve câncer, não somente do ano de 2022, portanto, não há possibilidade de comparar com dados do INCA.

Entretanto, se considerarmos a PNS que constatou na Região Sul do país, foi encontrado 3,5% de pessoas com câncer, acima de 18 anos de idade e comparamos com a área 01, encontrando um número menor de indivíduos que referiam ter tido câncer (2,23%).

**Tabela 37 - Registro de pessoas diagnosticadas com câncer**

Usuários acima de 20 anos	Casos de câncer	Percentagem
2826	25	0,88%

Fonte: Adaptado do relatório de cadastro individual do e-SUS via IDS (2024)

### 2.5.28 Nº de usuários com hanseníase cadastrados por área (casos novos do último ano)

Na área do Josefina foram identificados 2 casos de hanseníase (Tabela 38). De acordo com o Boletim de Hanseníase, foram diagnosticados 19.219 casos de Hanseníase em 2023 no Brasil (Brasil, 2023b).

A Hanseníase é uma doença de evolução lenta e progressiva que pode levar a incapacidades físicas, e, se não tratada na forma inicial, a doença quase sempre

evolui, torna-se transmissível e pode atingir pessoas de qualquer sexo ou idade - inclusive crianças e idosos (BRASIL, 2017e). Portanto, a equipe 01 deve ficar atenta às lesões de pele e realizar exames de sensibilidade quando se fizer necessário.

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, realizada pelo IBGE, revelou que, em 2019, aproximadamente 1.921.289 adultos brasileiros (1,2%) relataram sintomas suspeitos de hanseníase, como manchas ou áreas da pele com dormência. Além disso, o estudo apontou que esses sintomas eram mais prevalentes entre homens e mulheres de diferentes grupos etários, com uma taxa crescente entre adultos mais velhos e em pessoas com menor nível de escolaridade e renda.

Nesse, sentido, visto que o mês de janeiro, denominado de Janeiro Roxo, é o mês do ano escolhido pelo MS para campanhas para detecção precoce da hanseníase, faz-se de extrema importância que ações como essas sejam realizadas na atenção primária visando a prevenção dessa doença.

**Tabela 38 - Usuários com Hanseníase**

Habitantes na área	Casos de hanseníase	Porcentagem
2826	2	0,07%

Fonte: Adaptado do relatório de cadastro individual do e-SUS via IDS (2024)

#### 2.5.29 Proporção de pessoas com Doença Renal Crônica (DRC) na área

No Brasil estima-se que 10 milhões de pessoas sejam portadoras de DRC (Brasil, 2024). No relatório do IDS, não são discriminados os pacientes com DRC, apenas os pacientes com Insuficiência Renal (IR). Assim, existe apenas 1 paciente com esta condição na área.

Nesse sentido, faz-se de extrema importância um espaço de registro no sistema que possa abranger essas doenças, haja vista sua alta prevalência, e condições associadas.

#### 2.5.30 Proporção de pessoas com asma na área

Indivíduos portadores de asma na área 01, da Unidade de Saúde Josefina,

correspondem a 32 pessoas, representando 0,83% do total da área (Tabela 39). Segundo a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2021), estima-se que o Brasil possui 20 milhões de pessoas asmáticas (9,33% da população total). Portanto, é possível que as pessoas cadastradas não saibam nomear sua doença respiratória impactando assim em um cadastro com um percentual menor comparado ao Brasil. É necessário prontuários com diagnóstico e respectivo CID e extração de relatório de condições de saúde dos CIDs de asma para melhor análise deste perfil.

**Tabela 39 - Usuários portadores de Asma**

Usuários acima de 20 anos	Portadores de asma	Porcentagem
2826	32	1,13%

Fonte: Adaptado do relatório de cadastro individual do e-SUS via IDS (2024)

#### 2.5.31 Proporção de pessoas com excesso de peso na área

Os dados coletados do IDs referem 60 pessoas acima do peso na área 01 (Tabela 40). De acordo com a pesquisa da Vigitel, o ano de 2023 61,4% da população nas capitais brasileiras estavam acima do peso, ou seja, com Índice de Massa Corpórea (IMC) acima de 25 kg/m<sup>2</sup> (Migowski; Da Costa, 2024).

Nesse sentido, pode-se perceber que os dados de excesso de peso na área estão defasados, requerendo acompanhamento e levantamento da quantidade real de indivíduos acima do peso. Para isso, sugere-se que todos os usuários tenham seu peso e sua altura aferidos no acolhimento, bem como o compilado desses dados durante o preenchimento do cadastro individual.

**Tabela 40 - Usuários com excesso de peso na área**

Usuários acima de 20 anos	Excesso de peso	Porcentagem
2826	60	2,12%

Fonte: Adaptado do relatório de cadastro individual do e-SUS via IDS (2024)

#### 2.5.32 N° absoluto e proporção de pessoas que estão na

condição de acamado/domiciliado na área

Tratando-se de indivíduos que estão na condição de acamado, existem 6 pessoas (Tabela 41). Conforme o Ministério da Saúde, a atenção domiciliar para pessoas acamadas ou domiciliadas não apenas contribui, mas também se consolida como uma ferramenta indispensável para fortalecer princípios fundamentais, como a ampliação do acesso, o acolhimento, a equidade, a humanização e a integralidade do cuidado. Ao levar o atendimento diretamente ao paciente, esse modelo de atenção otimiza o cuidado, garantindo maior proximidade e personalização do tratamento, especialmente para grupos mais vulneráveis, ao mesmo tempo que promove uma abordagem mais humana e eficiente no contexto da saúde (Brasil, 2020)

De modo especial, este grupo apresenta vulnerabilidade elevada, devendo ser redobrados os cuidados, estimulando a autonomia, além de oferecer suporte para familiares e/ou cuidadores com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do paciente.

**Tabela 41 - Usuários em condição de acamado/domiciliado**

Habitantes da área	Registro de acamado/domiciliado	Porcentagem
3851	20	0,52%

Fonte: Adaptado do relatório de cadastro individual do e-SUS via IDS (2024)

### 2.5.33 N° absoluto e proporção de pessoas que foram internadas no último ano

Foram internadas, no último ano, 21 pessoas (Tabela 42). No entanto, pela quantidade de internamentos relatados em consultas médicas, pode-se considerar que este também seja um dado desatualizado.

Faz-se de extrema importância este inquérito, seu compilamento e investigadas as causas que levaram às internações no último ano, para identificar se foram condições de saúde plausíveis de prevenção, e assim formular estratégias para evitar internações, que no fim afetam diretamente a saúde pública.

**Tabela 42 - Usuários internados no último ano**

Habitantes da área	Internações	Porcentagem
3851	21	0,55%

Fonte: Adaptado do relatório de cadastro individual do e-SUS via IDS (2024)

### 2.5.34 Nº de pessoas que tiveram algum problema de transtorno mental diagnosticado

O número de pessoas que tiveram algum problema de transtorno mental com diagnóstico é de 115 pessoas, em proporção, corresponde a 2,99% da população (Tabela 43). O relatório não detalha quais transtornos predominam nessa população, mas, com base nos atendimentos médicos, percebe-se uma alta prevalência de ansiedade e depressão. A importância da saúde mental torna-se evidente também no cotidiano, com uma elevada demanda por renovação de receitas de medicamentos controlados, sendo a maioria para ansiolíticos e antidepressivos. Isso ressalta a necessidade urgente de um olhar mais atento e direcionado para o cuidado em saúde mental, uma vez que esses transtornos impactam significativamente a qualidade de vida e o bem-estar geral da população.

Na prática clínica, observou-se uma elevada proporção de atendimentos com demandas relacionadas à saúde mental, ressaltando a importância de uma abordagem mais ampla e eficaz nessa área. A subnotificação de casos de transtornos psíquicos decorre principalmente da ausência de dados consistentes que justifiquem a solicitação de políticas públicas para a criação de uma rede de apoio psicológico adequada. Atualmente, a Unidade Josefina conta com apenas uma psicóloga para atender toda a área, além de prestar suporte a mais duas equipes de saúde, o que sobrecarrega a profissional e impede que toda a demanda seja adequadamente atendida. Dessa forma, é crucial que os dados de saúde mental sejam registrados de forma precisa, para possibilitar um planejamento que contemple a realidade da população e garanta o apoio psicológico necessário, promovendo um cuidado integral.

**Tabela 43** - Usuários com algum transtorno mental diagnosticado

Habitantes da área	Com transtorno mental diagnosticado	Porcentagem
3851	115	2,99%

Fonte: Adaptado do relatório de cadastro individual do e-SUS via IDS (2024)

### 2.5.35 Nº de pessoas que usaram substâncias ilícitas nos últimos 12 meses

As pessoas que usaram alguma substância ilícita nos últimos 12 meses são de 0,10% (n=4) do total de pessoas da área de estudo (Tabela 44).

Os dados sobre o uso de substâncias ilícitas estão desatualizados, especialmente considerando o aumento significativo no consumo de drogas nos últimos anos. De acordo com o Relatório Mundial sobre Drogas (2021), houve um aumento de 22% no uso de drogas ao longo da última década, reflexo das mudanças nos padrões de consumo em todo o mundo (UNODC, 2021). No Brasil, a situação é semelhante. A última Pesquisa Nacional sobre o Uso de Drogas (2019), embora tenha trazido importantes dados, não reflete o impacto que a pandemia de COVID-19 teve sobre o uso de substâncias psicoativas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). O relatório da Fiocruz (2020) indicou que a crise sanitária e econômica intensificou o consumo de drogas entre os brasileiros, especialmente em populações vulneráveis (FIOCRUZ, 2020).

Sabe-se que a pandemia trouxe novos desafios, aumentando a demanda por tratamentos e serviços de apoio psicológico, como indicam Ornell et al. (2020), que identificaram um impacto direto no aumento de substâncias psicoativas, muitas vezes como uma forma de lidar com o estresse e a ansiedade provocados pela crise de saúde global. A ausência de dados atualizados torna difícil o desenvolvimento de políticas públicas eficientes e ajustadas à realidade social pós-pandemia. Portanto, manter a atualização dos dados do uso de substâncias ilícitas nesta área faz-se de extrema importância, haja vista o desenvolvimento de políticas de saúde pública adequadas para lidar com este problema crescente.

**Tabela 44** - Usuários que usaram substâncias ilícitas nos últimos 12 meses

Habitantes da área	Registro no e-SUS	Porcentagem
3851	4	0,10%

Fonte: Adaptado do relatório de cadastro individual do e-SUS via IDS (2024)

### 2.5.36 Proporção de pessoas com deficiência auditiva

Segundo dados coletados do cadastro individual do e-SUS a proporção de pessoas com deficiência auditiva é de 0,21% (n=8) do total dos habitantes da

unidade em estudo (n=3851) (Tabela 45).

No Brasil, cerca de 5% da população brasileira apresenta algum grau de deficiência auditiva, o que corresponde a mais de 10 milhões de pessoas (IBGE, 2023). Comparando com a Unidade de Saúde Josefina, sua porcentagem é substancialmente menor, refletindo bons índices de qualidade auditiva de sua população.

**Tabela 45 - Pessoas com deficiência auditiva**

Habitantes da área	Deficiência auditiva	Porcentagem
3851	8	0,21%

Fonte: Adaptado do relatório de cadastro individual do e-SUSvia IDS (2024)

### 2.5.37 Proporção de pessoas com deficiência visual

De acordo com os dados mais recentes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada pelo IBGE, cerca de 3,4% da população brasileira com dois anos ou mais possui algum tipo de deficiência visual. Isso equivale a mais de 6 milhões de pessoas. A prevalência é maior em domicílios com menor renda, chegando a 4,4% entre aqueles com rendimento de até um salário mínimo. Esses dados revelam a importância de políticas públicas focadas em garantir acessibilidade e recursos para essa população (IBGE, 2023).

Na área 01, existem 7 pessoas cadastradas com deficiência visual (Tabela 46). No entanto, apesar da quantidade ser inferior a proporção nacional, deve-se pensar em melhorar a qualidade do acesso desta população, seja mediante busca ativa por parte da equipe (mediante os ACS) e/ou informantes chave, procurando informação daqueles que não procuram a unidade facilitando a chegada até eles.

**Tabela 46 - Pessoas com deficiência visual**

Habitantes da área	Deficiência visual	Percentual
3851	7	0,18%

Fonte: Adaptado do relatório de cadastro individual do e-SUS via IDS (2024)

### 2.5.38 Proporção de pessoas com deficiência física/motora

Segundo estudos, no Brasil encontra-se 7% de pessoas com deficiência física/motora (IBGE, 2010), em comparação aos dados encontrados no registro do e-SUS da unidade estudada, observa-se uma porcentagem de 0,39% (n=15) (Tabela 47), estando bem abaixo da grande porcentagem apresentada a nível país.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria do Ministério da Saúde nº 1.060, de 5 de junho de 2002, reconhece que a deficiência física pode comprometer significativamente a função física do indivíduo. Essa condição pode manifestar-se de várias formas, incluindo paraplegia, tetraplegia, hemiplegia, amputações, paralisia cerebral, entre outras (Brasil, 2002).

Na Atenção Primária à Saúde (APS), é essencial estar atento às necessidades específicas de saúde dessa população, uma vez que as limitações físicas podem afetar a mobilidade, a acessibilidade e a capacidade de participar ativamente de cuidados preventivos e curativos.

As pessoas com deficiência física frequentemente enfrentam barreiras no acesso a serviços de saúde, que podem resultar em subdiagnóstico de condições de saúde e dificuldade em receber atendimento adequado. Por isso, a APS deve ser estruturada para garantir um atendimento inclusivo e personalizado. Isso inclui a realização de avaliações de saúde que considerem as limitações físicas, a implementação de estratégias de promoção da saúde que visem a melhoria da qualidade de vida e o fomento ao autocuidado.

Além disso, é fundamental que a equipe de saúde na APS esteja capacitada para lidar com as necessidades específicas desse grupo, promovendo a integração de serviços e a continuidade do cuidado. A inclusão de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e outros profissionais na equipe de saúde é crucial para atender as demandas de reabilitação e adaptação dos indivíduos com deficiência.

Portanto, a APS não deve apenas atender as condições de saúde apresentadas, mas também criar um ambiente que valorize a autonomia e a participação ativa das pessoas com deficiência física em sua própria saúde. Essa abordagem é vital para promover a equidade no acesso à saúde e garantir que todos tenham as oportunidades necessárias para alcançar um estado de bem-estar completo.

**Tabela 47** - Pessoas com deficiência física/motora

Habitantes da área	Deficiência física/motora	Porcentagem
3851	15	0,39%

Fonte: Adaptado do relatório de cadastro individual do e-SUS via IDS (2024)

### 2.5.39 Proporção de pessoas com deficiência Intelectual/cognitiva

Analisando os registros da plataforma, existem 28 de pessoas portadoras de algum tipo de deficiência intelectual e/ou cognitiva (Tabela 48).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria do Ministério da Saúde, MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002, define a deficiência mental ao funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação; cuidado pessoal; habilidades sociais; utilização dos recursos da comunidade; saúde e segurança; habilidades acadêmicas; lazer e trabalho.

Nesse sentido, conhecer a proporção de pessoas com deficiência intelectual/cognitiva no contexto da APS é importante para a detecção precoce de condições associadas, na prevenção de complicações e no suporte às famílias e cuidadores. Isso permite a elaboração de estratégias que promovam a autonomia e inclusão social, contribuindo para a equidade no atendimento e para a melhoria da saúde e bem-estar dessas pessoas.

**Tabela 48 - Pessoas com deficiência intelectual/cognitiva**

Habitantes da área	Registro no e-SUS	Percentual
3851	28	0,73%

Fonte: Adaptado do relatório de cadastro individual do e-SUS via IDS (2024)

### 2.5.40 Proporção de pessoas com algum tipo de deficiência

A porcentagem de pessoas com deficiência encontrada dentro dos registros da unidade é de 1,5% , equivalente a 58 pessoas das 3851 cadastradas (Tabela 49).

Segundo IBGE, 2010 no Brasil há 23,9% de pessoas com pelo menos 1 tipo de deficiência, assim compara-se com a porcentagem encontrada na USF estudada vendo que ainda sendo uma porcentagem não muito alta, deve-se criar manejos de cuidado para tomar condutas adequadas para melhorar o atendimento dessas pessoas. Como citado nas linhas de atenção a pessoas com deficiências, citado no

Decreto nº 6.949 de 25 de agosto de 2009, deve-se priorizar a promoção, defesa e garantia de condições de vida com dignidade e a emancipação das pessoas com deficiência descrevendo a seguinte frase: “Os Estados Partes reconhecem que as pessoas com deficiência têm o direito de gozar do estado de saúde mais elevado possível, sem discriminação baseada na deficiência.

**Tabela 49 - Pessoas com algum tipo de deficiência**

Habitantes da área	Registro no e-SUS	Percentual
3851	58	1,5%

Fonte: Adaptado do relatório de cadastro individual do e-SUS via IDS (2024)

### 3 INDICADORES DE FINANCIAMENTO DA APS

O Programa Previne Brasil, implementado em 2020, foi estabelecido pela Portaria nº 2.979/2019, com o objetivo de otimizar a alocação de recursos na saúde pública, baseado no desempenho das equipes de atenção básica (BRASIL, 2019).

O financiamento da atenção primária, tripartite, ocorre por repasses automáticos dos Fundos Nacional e Municipais de Saúde, estruturando-se em três pilares: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivos a ações estratégicas (BRASIL, 2021). A Portaria 102/2022 definiu sete indicadores de desempenho, abrangendo ações de saúde materna, infantil, bucal e controle de doenças crônicas (hipertensão e diabetes), fundamentais para a promoção da saúde.

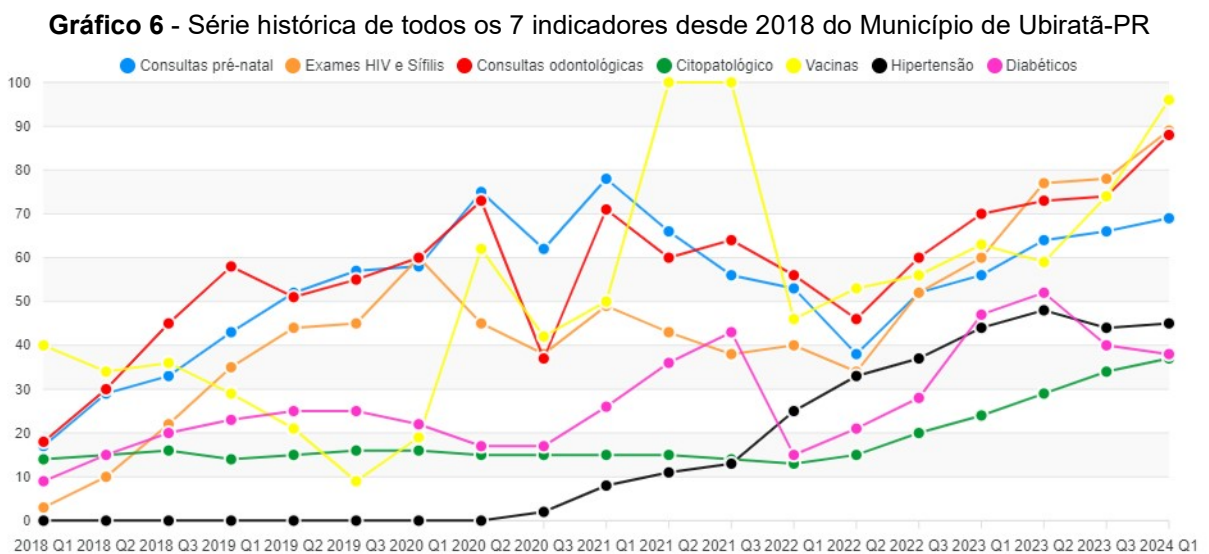
O primeiro indicador é a proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação, com meta de 45%. O segundo indicador é a proporção de gestantes com exames de sífilis e HIV realizados, com meta de 60%. O terceiro refere-se à proporção de gestantes com atendimento odontológico, também com meta de 60%. O quarto indicador mede a proporção de mulheres com coleta de citopatológico realizada na Atenção Primária à Saúde (APS), cuja meta é de 40%. Para a saúde infantil, o quinto indicador estabelece a meta de 95% de vacinação de crianças de um ano contra várias doenças, como difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, entre outras. O sexto e sétimo indicadores se concentram no acompanhamento de doenças crônicas: 50% das pessoas com hipertensão devem ter consulta e pressão arterial aferida no

semestre, e 50% das pessoas com diabetes devem ter consulta e hemoglobina glicada solicitada. Essas metas são fundamentais para o controle de condições críticas e para garantir um cuidado contínuo e de qualidade para gestantes, crianças e pessoas com doenças crônicas, contribuindo para a redução de complicações e melhor qualidade de vida.

De acordo com a busca na base de dados do e-Gestor, são apresentados os indicadores da cidade, não sendo subdividido de acordo com as unidades de saúde. Assim, a seguir, tem-se os indicadores ao longo dos anos para o Município de Ubiratã.

### 3.1 Série Histórica dos 7 indicadores do Município de Ubiratã-PR desde o ano de 2018

O gráfico apresentado destaca a evolução dos indicadores de saúde do programa Previne Brasil em Ubiratã-PR, de 2018 até o primeiro trimestre de 2024, com foco em consultas pré-natal, exames de HIV e sífilis, consultas odontológicas, citopatológicas, vacinas, hipertensão e diabetes. A análise detalhada de cada indicador revela padrões importantes sobre o desempenho dos serviços de atenção primária ao longo dos anos (Gráfico 6).



**Fonte:** Indicadores de desempenho de APS, SISAB, Ubiratã 2024.

De acordo com o Gráfico 6, pode-se perceber que as consultas pré-natal (linha azul) mostram uma tendência crescente desde o início de 2018, com picos

marcantes em 2020 e 2021, que podem estar relacionados às políticas de incentivo à saúde da gestante, como as metas estabelecidas pelo programa Previne Brasil, que inclui a proporção de gestantes com seis ou mais consultas. Posteriormente, em 2022, houve uma estabilização da curva. Isso pode ser atribuído ao impacto da pandemia de COVID-19, que inicialmente desorganizou o atendimento, mas que, com o tempo, se normalizou devido ao esforço para recuperar consultas pré-natais atrasadas (Brasil, 2021).

Já a linha laranja representa os exames de HIV e sífilis realizados pelas gestantes nesse período. Eles revelam um crescimento notável ao longo do período, indicando um foco maior na testagem materna, especialmente em 2020. Esse aumento é relevante considerando a importância da prevenção de transmissão vertical (da mãe para o bebê), essencial para a saúde pública e o controle de doenças infecciosas (BRASIL, 2019).

As consultas odontológicas (linha vermelha), demonstram um aumento constante, com picos mais altos a partir de 2021, sugerindo uma maior integração da saúde bucal nos serviços de atenção primária. O atendimento odontológico é um dos indicadores do Previne Brasil, com meta de 60%, e seu impacto vai além da saúde bucal, influenciando a saúde geral como redução de infecções da gestante e do recém-nascido. A queda após 2021 pode estar ligada à priorização de serviços emergenciais, sugerindo que é necessário fortalecer a oferta de consultas odontológicas regulares (BRASIL, 2021).

Quanto a coleta de exames citopatológicos (linha amarela) também apresenta variações, com um crescimento significativo a partir de 2021. A oscilação ao longo do tempo pode ser explicada pela pandemia, que afetou a rotina dos serviços de saúde e as campanhas de rastreamento de câncer do colo do útero, porém o aumento recente demonstra um esforço de retomada nas ações preventivas.

Pode-se perceber que a cobertura vacinal (linha verde) apresenta um desempenho positivo, especialmente após 2020. A alta cobertura vacinal infantil reflete a eficiência das campanhas de imunização no município, fator crucial para a prevenção de doenças como difteria, coqueluche, e poliomielite, conforme recomendado pelo Programa Nacional de Imunizações (Brasil, 2021).

Por fim, ambos os indicadores de controle de hipertensão (linha preta) e diabetes (linha rosa) apresentam um crescimento gradativo. A aferição regular de pressão arterial e a solicitação de exames de hemoglobina glicada são fundamentais

para o manejo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), que são responsáveis por uma alta carga de morbidade no Brasil. A tendência ascendente nesses indicadores sugere um esforço para melhorar o acompanhamento dessas condições, essencial para evitar complicações cardiovasculares, renais e metabólicas (Brasil, 2019).

O Quadro 7 sintetiza os dados coletados no e-Gestor, de acordo com os quadrimestres desde o ano de 2018.

**Quadro 7** - Série histórica de todos os 7 indicadores do município de Ubitatã-PR desde 2018

Indicadores/ Quadrimestre	(Consultas Pré-Natal) (%)	Exames SÍfilis e HIV (%)	Consultas Odontológicas (%)	Citopatológico (%)	Vacinas (%)	Hipertensão (%)	Diabéticos (%)
2018 Q1	17	3	18	14	40	0	9
2018 Q2	29	10	30	15	34	0	15
2018 Q3	33	22	45	16	36	0	20
2019 Q1	43	35	58	14	29	0	23
2019 Q2	52	44	51	15	21	0	25
2019 Q3	57	45	55	16	9	0	25
2020 Q1	58	60	60	16	19	0	22
2020 Q2	75	45	73	15	62	0	17
2020 Q3	62	38	37	15	42	2	17
2021 Q1	78	49	71	15	50	8	26
2021 Q2	66	43	60	15	100	11	36
2021 Q3	56	38	64	14	100	13	43
2022 Q1	53	40	56	13	46	25	15
2022 Q2	38	34	46	15	53	33	21
2022 Q3	52	52	60	20	56	37	28
2023 Q1	56	60	70	24	63	44	47
2023 Q2	64	77	73	29	59	48	52
2023 Q3	66	78	74	34	74	44	40
2024 Q1	69	89	88	37	96	45	38

Fonte: Dados extraídos do e-GESTOR modificado pelos autores (2024)

### 3.2 Série Histórica dos 7 Indicadores da UBS de lotação do alun o desde 2018

De acordo com o relatório do e-Gestor, para a cidade de Ubitatã, não foi possível identificar dados pertinentes a área específica de responsabilidade da UBS Josefina. Assim por meio do Enfermeiro responsável pelo acesso dos dados do e-Gestor, junto a Secretaria de Saúde do Município, foi possível acessar os dados somente da cidade, assim como expressos no item 3.1.

### 3.3 Distância da meta do Município em 2024 Q1 e não validados

Utilizando os dados mais recentes dos indicadores do município de Ubiratã, na qual a UBS Josefina pertence, referente ao primeiro quadrimestre do ano de 2024, e comparando-os com as metas estabelecidas pelo Previne Brasil para o ano de 2022, pudemos determinar as distâncias das metas e suas validações. Estas, estão demonstradas na Tabela 50.

**Tabela 50 – Metas Previne Brasil Validadas e Não Validadas**

<b>Indicador</b>	<b>Meta (%)</b>	<b>Realizado (%)</b>	<b>Situação</b>
Consultas Pré-Natal	45	69	Validada
Exames Sífilis e HIV	60	89	Validada
Consultas Odontológicas	60	88	Validada
Citopatológico	40	37	Não Validada
Vacinas	95	96	Validada
Hipertensão	50	45	Não Validada
Diabetes	50	38	Não Validada

**Fonte:** Adaptado do relatório de cadastro individual do e-SUS via IDS (2024)

O primeiro indicador avaliado foi a proporção de gestantes com pelo menos seis consultas de pré-natal realizadas, com a primeira sendo até a 12<sup>a</sup> semana de gestação. A meta estabelecida pelo Previne Brasil para este indicador foi de 45%, enquanto Ubiratã alcançou um resultado de 69% no primeiro quadrimestre de 2024. Isso significa que a meta foi validada, com uma diferença de 24% a mais do que o esperado. Esse resultado positivo pode ser atribuído a campanhas de conscientização sobre a importância do pré-natal e ao fortalecimento das equipes de saúde da família, que promovem um acompanhamento mais próximo das gestantes.

O segundo indicador, que avalia a proporção de gestantes que realizaram exames para sífilis e HIV, também teve sua meta validada. A meta para 2022 era de 60%, e Ubiratã atingiu 89% no 2024 Q1, o que representa uma diferença de 29% acima da meta. Essa validação reflete esforços contínuos na busca ativa de pacientes e acompanhamento de pré-natal, importante indicador de saúde.

Já o terceiro indicador avalia a proporção de gestantes que receberam atendimento odontológico. A meta era de 60%, e Ubiratã alcançou 88% em 2024 Q1, validando novamente a meta, com uma diferença de 28% acima do esperado. Esse resultado indica um avanço nas estratégias de saúde, com equipes odontológicas atuando ativamente no pré-natal, integrando a saúde bucal nos atendimentos às

gestantes.

No entanto, o quarto indicador, que analisa a proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS, não teve a meta validada. A meta era de 40%, mas Ubiratã registrou apenas 37% em 2024 Q1, uma diferença de 3% abaixo da meta. Apesar de apresentar uma pequena diferença em relação ao proposto pelo Previne Brasil, o não cumprimento dessa meta pode estar relacionado à falta de conscientização sobre a importância da coleta regular. Outro fator que poderia explicar tal resultado é o horário de atendimento da UBS, restrito ao horário comercial, onde a maioria das mulheres, economicamente ativas, podem estar em horário de trabalho, não reservando um tempo para consulta médica/enfermagem para o seu autocuidado.

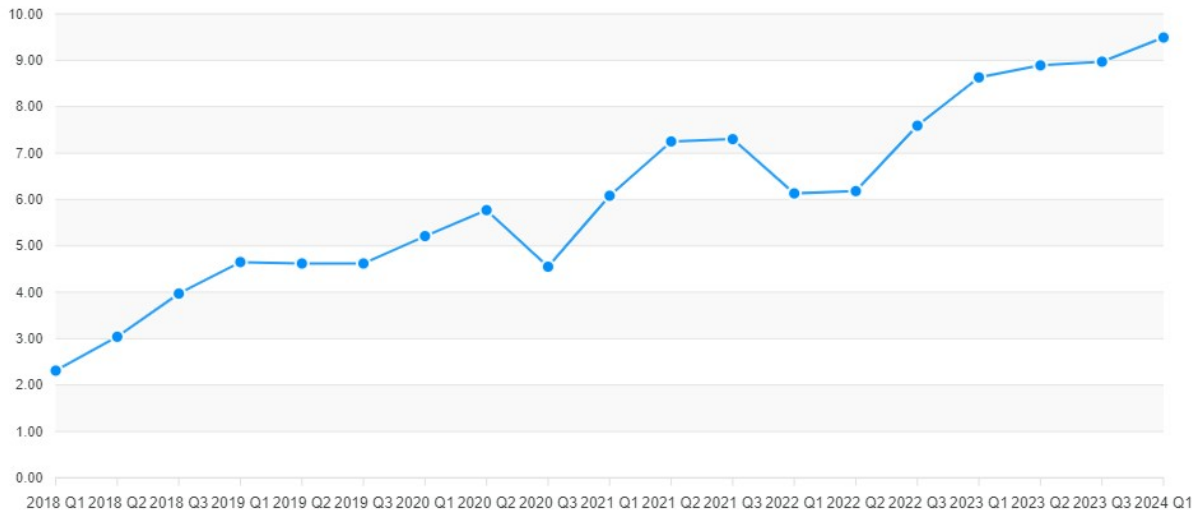
Em relação ao quinto indicador, que mede a proporção de crianças de 1 ano vacinadas na APS, a meta de 95% foi validada, pois Ubiratã alcançou 96% em 2024 Q1, com uma diferença de apenas 1% acima da meta. Essa alta taxa de vacinação é resultado de campanhas intensivas de imunização e da confiança da população nas vacinas, além da dedicação das equipes de saúde.

Por outro lado, os indicadores relacionados ao controle de doenças crônicas apresentaram resultados desafiadores. O indicador que mede a proporção de pessoas com hipertensão que tiveram consulta e aferição de pressão arterial no semestre não teve a meta de 50% validada, registrando 45% em 2024 Q1, ou seja, 5% abaixo da meta. Esse resultado pode ser atribuído à resistência ao tratamento e à falta de acompanhamento contínuo das pessoas diagnosticadas com hipertensão.

Por fim, a proporção de pessoas com diabetes que tiveram consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre também não validou a meta de 50%, com apenas 38% em 2024 Q1, representando uma diferença de 12% abaixo da meta. A baixa adesão ao acompanhamento pode ser relacionada à falta de informação e educação sobre a doença. Nesse sentido, faz-se de extrema importância persistir na orientação dos pacientes com diabetes sobre a importância das consultas, aumentar a flexibilização da agenda para novas consultas e monitorar se as consultas agendadas estão sendo cumpridas em sua totalidade, facilitando a busca ativa das pessoas que não estão comparecendo.

### 3.4 Série Histórica do Indicador Sintético Final (ISF) do município

**Gráfico 7 – Indicador Sintético Final Ubiratã - PR**



**Fonte:** SISAB Ubiratã (2024)

De modo geral, a Série Histórica Sintética Final apresentada pelo Gráfico 7 revela flutuações ocasionais, como uma leve queda entre 2020 Q2 e 2021 Q2, mas, no geral, há uma tendência de crescimento sustentado, especialmente a partir de 2021 Q3, com o indicador alcançando seu ponto mais alto no início de 2024.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Diagnóstico Situacional da UBS Josefina demonstrou ser uma ferramenta indispensável para a análise do sistema de saúde local e a promoção de melhorias na qualidade do atendimento. Ao longo da avaliação, foram identificadas as principais forças e fragilidades da UBS, além de oportunidades de intervenção estratégica. A partir das análises realizadas, ficou claro que o diagnóstico situacional não só contribui para o planejamento e a implementação de políticas de saúde mais eficientes, mas também fortalece a articulação entre a academia e os serviços de saúde.

Entre os pontos mais relevantes, destaca-se a boa estrutura física da UBS, a organização territorial e a presença de uma equipe de saúde da família completa e

comprometida. Contudo, foram identificadas limitações no alcance de metas relacionadas ao controle de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, onde é necessária maior atenção para a adesão ao acompanhamento regular dos pacientes.

A integração entre o ensino e o serviço também foi um ponto positivo, evidenciando como o estágio acadêmico contribui para o desenvolvimento de estratégias inovadoras e para a formação de profissionais mais preparados para atuar na APS.

Em termos de crítica e sugestões, é essencial aprimorar a flexibilização dos horários de atendimento para facilitar o acesso aos usuários que trabalham em horário comercial. Além disso, faz-se necessário fortalecer as ações de educação em saúde, especialmente em relação às doenças crônicas, visando aumentar o engajamento dos pacientes no cuidado contínuo.

Como componente acadêmico, o diagnóstico situacional é de suma importância para a formação dos profissionais de saúde, pois permite o contato direto com a realidade do sistema, a prática de habilidades analíticas e o desenvolvimento de soluções práticas. Além disso, sua realização fomenta a aproximação entre a universidade e a comunidade, promovendo um ciclo contínuo de aprendizado e melhorias no atendimento. Assim, o diagnóstico situacional da UBS Josefina não só reflete o estado atual dos serviços de saúde, mas também aponta caminhos promissores para o seu aperfeiçoamento.

## REFERÊNCIAS

BAKER, Richard et al. Population characteristics, mechanisms of primary care and premature mortality in England: a cross-sectional study. **BMJ open**, v. 6, n. 2, p. e009981, 2016.

BICHARA, José Lucas et al. Indicadores Socioeconômicos e Mortalidade por Doença Isquêmica do Coração e Doença Cerebrovascular no Brasil de 2000 a 2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 120, n. 8, p. e20220832, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **TUBERCULOSE**: Brasil recupera índice de detecção de tuberculose e aperfeiçoa tratamento de pacientes. Dez 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/dezembro/brasil-recupera-indice-de-deteccao-de-tuberculose-e-aperfeicoa-tratamento-de-pacientes>. Acesso

em: 05 de out. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde** | Ministério da Saúde Número Especial | Jan. 2023b. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim\\_hanseniose-2023\\_internet\\_completo.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim_hanseniose-2023_internet_completo.pdf). Acesso em: 06 de out. de 2024.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Controle do câncer do colo do útero: estimativa 2016**. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Diretrizes para a detecção precoce do câncer do colo do útero no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Portaria nº 1060, de 5 de junho de 2002**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. 2002. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060\\_05\\_06\\_2002.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html). Acesso em: 08 de out. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. 2. ed. Brasília: MS; 2018.

BRASIL. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) - **Atenção Primária à Saúde (APS)**, 2016b.

BRASIL. 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-de-estrategia-de-saude-da-familia-pode-organizar-um-fluxo-para-puericultura-na-ubs/>. Acesso em 15 de out. De 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. **Caderno Atenção à Saúde da Criança**, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle do Câncer de Mama**. Brasília: INCA, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Cuidado à Saúde Bucal para Pacientes Diabéticos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Brasília: INCA, 2013b.

BRASIL. 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, 2017.

BRASIL. 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.

BRASIL. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Condutas para Enfermagem na Atenção Básica**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil**. 2019. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979\\_12\\_11\\_2019.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_12_11_2019.html). Acesso em: 17 de out. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Previne Brasil**. 2021. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/283>. Acesso em: 17 de out. de 2024.

BRASIL. 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.

BRASIL. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde**. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência – Brasília : Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. 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.

BRASIL. 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, 2016a. 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico: Cenário da doença renal crônica no Brasil no período de 2010 a 2023**. V. 55, 20 pg. Brasília, 2024.

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

BRASIL. **Portaria nº 1.054, de 4 de setembro de 2015**. Critérios de Classificação das UBS. Brasília, 2015.

BRASIL. 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.

BRASIL. 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.

BUSS, P. M; PELLEGRINI, A. F. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93. abr. 2007.

DABUL, A.M.; RODRIGUES, M.F. **Impacto do Cuidado Bucal em Pacientes Diabéticos: Revisão de Literatura**. Revista Brasileira de Medicina, 2017.

DE LIMA, Shidney Salatiel Batista et al. O acompanhamento do agente comunitário de saúde no acompanhamento de pacientes diabéticos: uma revisão integrativa da literatura. **CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES**, v. 17, n. 1, p. 2794-2811, 2024.

DUGGAN, Catherine et al. Situational analysis of breast health care systems: Why context matters. **Cancer**, v. 126, p. 2405-2415, 2020.

FIOCRUZ. **Uso de substâncias psicoativas em tempos de pandemia de COVID-19: impactos na saúde mental e na vida dos brasileiros**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

FOZ DO IGUAÇU. **Relatório de vulnerabilidade e saúde dos migrantes**. 2018.

GONZÁLEZ, D. A; STIER, A. J. **Relatório de Diagnóstico Situacional da USF Anair dos Santos Quadros**. Relatório técnico (Graduação em Medicina) - Instituto Latino- Americano de Ciências da Vida e da Natureza, Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2021.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA . **Censo Brasileiro de 2012**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/ubirata/pesquisa/10102/122229>. Acesso em: 30 de set. de 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo**  
LOPES, J.R.; COSTA, A. R. et al. **Diabetes e Periodontite: Relação Bidirecional e Impacto no Controle Glicêmico**. Revista de Saúde Pública, 2020.

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.

MIGOWSKI, Arn; DA COSTA, Gustavo Tavares Lameiro. Análise temporal da prevalência da obesidade e do sobrepeso no Brasil entre 2006 e 2023: evidências a partir dos dados do Vigitel. **OnScience**, v. 2, n. 1, p. e00104-e00104, 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde: Ciclo de Vida - Brasil e Grandes Regiões**, 2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

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 Promotion International**, v. 15, n. 3, p. 259-67. set. 2000.

OMS. **Relatório Mundial sobre Deficiência**. Genebra, 2004.

OPAS. **Diagnóstico situacional em saúde: guia metodológico para análise e planejamento em saúde pública**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2017.

ORNELL, F.; MOURA, H. F.; SCHERER, J. N.; PECHANSKY, F.; KESSLER, F.; VON DIEMEN, L. **The COVID-19 pandemic and its impact on substance use: Implications for prevention and treatment**. Psychiatry Research, 2020, 289: 113096.

PAIVA, I. K *et al.* 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.

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.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. Divisão de atenção à saúde da Mulher. **Linha guia - Atenção Materno Infantil: Gestação / Secretaria de Estado da Saúde do Paraná**. 8ª ed. Curitiba: SESA, 2022.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Avaliação multidimensional do idoso**. Curitiba, 2017. 113 p.

RAJAH, R *et al.* 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.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Série histórica dos óbitos e taxas por doenças cardiovasculares**: Brasil, regiões e estados, 2000 a 2018. 2020. Disponível em: <http://www.cardiometro.com.br/grafico.asp>. Acesso em: 05 de outubro de 2024.

UFMA. **Diretrizes para a Atenção à Pessoa com Deficiência**. São Luís, 2017.

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. **World Drug Report 2021**. Vienna: UNODC, 2021. Disponível em: <https://www.unodc.org/wdr2021>. Acesso em: 19 set. 2024.