



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

CURSO DE MEDICINA

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL: EQUIPE 14
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOL DE MAIO**

NATALIA MARIA BORDON VALLEJO

Foz do Iguaçu
2025

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL: EQUIPE 14
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOL DE MAIO**

NATALIA MARIA BORDON VALLEJO

Trabalho 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 Albert Luiz Costa da Costa

Foz do Iguaçu
2025

RESUMO

O diagnóstico situacional é uma ferramenta essencial para analisar as Unidades Básicas de Saúde, sendo de grande relevância na formação acadêmica, pois permite compreender as demandas e sua relação com as necessidades sociais como saúde, educação, saneamento, segurança, transporte e moradia dos residentes da região e usuários do SUS. Além disso, possibilita entender a estruturação dos serviços de saúde, fundamental para identificar problemas e planejar estrategicamente, o que promove o desenvolvimento e a ampliação de ações em saúde mais direcionadas e eficazes diante das necessidades identificadas. Assim, auxilia as equipes gestoras ao analisar as condições de saúde e os fatores de risco da população, orientando-as na organização de intervenções. Este relatório apresenta o diagnóstico situacional da Unidade Básica de Saúde Sol de Maio, localizada no município de Foz do Iguaçu/PR, com o objetivo de identificar as demandas e os serviços oferecidos aos usuários do SUS na Atenção Primária à Saúde, abrangendo a equipe da área 14. O estudo descreveu os perfis institucional, territorial/ambiental, demográfico, socioeconômico, epidemiológico e os indicadores financeiros da unidade, com base no roteiro para Diagnóstico Local da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais/SESA (2008), ajustado pela Profa. Dra. Regina M. G. Dias. Trata-se de um relatório descritivo, crítico e reflexivo sobre a realidade da UBS Sol de Maio, elaborado entre outubro de 2024 e janeiro de 2025. A pesquisa seguiu um modelo exploratório-descritivo e avaliativo, utilizando como ferramentas o RP Saúde, o e-SUS e o e-GESTOR, além do mapeamento territorial da área. A experiência de construir o relatório contribuiu significativamente para a formação acadêmica dos autores, promovendo um olhar mais crítico e reflexivo sobre a realidade vivenciada na UBS Sol de Maio, articulando teoria e prática acadêmica.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Saúde da Família; Territorialização da Atenção Primária; Planejamento em Saúde.

RESUMEN

El diagnóstico situacional es una herramienta esencial para analizar las Unidades Básicas de Salud, siendo de gran relevancia en la formación académica, pues permite comprender las demandas y su relación con las necesidades sociales como salud, educación, saneamiento, seguridad, transporte y vivienda de los residentes de la región y usuarios del SUS. Además, posibilita entender la estructuración de los servicios de salud, fundamental para identificar problemas y planificar estratégicamente, lo que promueve el desarrollo y la ampliación de acciones en salud más direccionadas y eficaces ante las necesidades identificadas. Así, auxilia a los equipos gestores al analizar las condiciones de salud y los factores de riesgo de la población, orientándolos en la organización de intervenciones. Este informe presenta el diagnóstico situacional de la Unidad Básica de Salud Sol de Maio, ubicada en el municipio de Foz do Iguaçu/PR, con el objetivo de identificar las demandas y los servicios ofrecidos a los usuarios del SUS en la Atención Primaria a la Salud, abarcando el equipo del área 14. El estudio describió los perfiles institucional, territorial/ambiental, demográfico, socioeconómico, epidemiológico y los indicadores financieros de la unidad, con base en el guion para Diagnóstico Local de la Escuela de Salud Pública de Minas Gerais/SESA (2008), ajustado por la Profa. Dra. Regina M. G. Dias. Se trata de un informe descriptivo, crítico y reflexivo sobre la realidad de la UBS Sol de Maio, elaborado entre octubre de 2024 y enero de 2025. La investigación siguió un modelo exploratorio-descriptivo y evaluativo, utilizando como herramientas el RP Salud, el e-SUS y el e-GESTOR, además del mapeo territorial del área. La experiencia de construir el informe contribuyó significativamente para la formación académica de los autores, promoviendo una mirada más crítica y reflexiva sobre la realidad vivida en la UBS Sol de Maio, articulando teoría y práctica académica.

Palabras clave: Sistema Único de Salud; Salud de la Familia; Territorialización de la Atención Primaria; Planificación en Salud

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCZ	Centro de Controle de Zoonoses
CLS	Conselhos Locais de Saúde
DIAB	Diretoria de Atenção Básica
DM	Diabetes Mellitus
DPP	Data Provável de Parto
eAB	equipe de Atenção Básica
eSF	equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
ISF	Indicador Sintético Final
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MRPA	Monitoramento Residencial da Pressão Arterial
PMFI	Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD Contínua	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
UBS	Unidade de Básica de Saúde
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana
VD	Visita Domiciliar
VIP	Vacina Inativada da Poliomielite

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	8
3 OBJETIVOS	8
4 METODOLOGIA	9
5 PERFIL INSTITUCIONAL	9
6 PERFIL TERRITORIAL – AMBIENTAL	24
7 PERFIL DEMOGRÁFICO	41
8 PERFIL SOCIOECONÔMICO	50
9 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	58
10 INDICADORES DE FINANCIAMENTO DA APS	69
11 SÍNTESE DOS PROBLEMAS LEVANTADOS	81
12 CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS	84

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Unificado de Saúde (SUS) foi estabelecido por meio de um amplo esforço da sociedade e de movimentos sociais, com o propósito de criar um sistema de saúde que oferecesse atendimento abrangente, equitativo e justo a todos os cidadãos brasileiros. O objetivo primordial é assegurar um nível de saúde acessível para todos (Brasil, 2017), implementando uma abordagem inovadora na administração e uso dos recursos disponíveis, com ênfase nos cuidados básicos de saúde (PAIM, 2018).

A Atenção Básica à Saúde (ABS) é um modelo de cuidado dentro do SUS. Por estar diretamente conectada à comunidade, a ABS atua como a principal porta de entrada ao sistema de saúde, desempenhando um papel fundamental na promoção da saúde, na prevenção e tratamento de enfermidades e na recuperação dos pacientes (BRASIL, 2017).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) visa impulsionar, salvaguardar e evitar doenças, abordando tanto as necessidades individuais quanto as coletivas. Ela compreende que o processo de saúde e doença é influenciado por diversos fatores. Assim, oferece um atendimento abrangente e uma equipe multidisciplinar para atender às necessidades específicas e gerais dos usuários, em conformidade com os princípios da Rede de Atenção à Saúde do Sistema Unificado de Saúde, seguindo as diretrizes de 2012.

Para implementar as diretrizes na Atenção Básica à Saúde (ABS), utiliza-se o diagnóstico situacional, que resulta de um processo de coleta, processamento e análise de dados obtidos no local onde se pretende realizar a intervenção. Esses dados provêm da participação ativa das pessoas envolvidas no local de estudo. O diagnóstico situacional é uma ferramenta essencial de gestão, consistindo em uma investigação das condições de saúde e riscos de uma população específica, com o objetivo de planejar e programar ações futuras. (SANT'ANNA et al., 2011; REZENDE et al. 2010).

O objetivo principal deste estudo é realizar um levantamento detalhado dos perfis institucional, territorial/ambiental, demográfico, socioeconômico, epidemiológico e dos indicadores de saúde da área atendida pela Equipe 14 de Estratégia de Saúde da Família (ESF) da Unidade Básica de Saúde Sol de Maio. Essa área engloba partes dos bairros Três Lagoas e Náutica, bem como da Área Rural Norte de Foz do Iguaçu - PR. O levantamento busca identificar as necessidades de saúde da população e facilitar o planejamento das ações a serem implementadas. Além disso, serão considerados diagnósticos anteriores sobre o território para avaliar a evolução das condições e identificar as conquistas realizadas e as áreas que ainda necessitam de atenção.

2 JUSTIFICATIVA

Considerando que o âmbito de atuação da Unidade Básica de Saúde (UBS), transcende um mero espaço físico, configurando-se como um território em constante evolução, torna-se imprescindível ponderar não apenas as características geográficas, mas também a dinâmica dos indivíduos que compõem esse cenário, com suas particularidades socioeconômicas, culturais e epidemiológicas (NOGUEIRA; RESENDE, 2015).

Realizar um diagnóstico situacional em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) constitui uma abordagem fundamental para compreender as demandas, desafios e oportunidades inerentes ao funcionamento e ao desempenho da unidade. Tal diagnóstico representa uma ferramenta que auxilia na identificação dos problemas e das necessidades da população atendida, além de contribuir para a promoção e proteção da saúde, tanto no plano individual quanto coletivo.

Dessa forma, a atuação da unidade de saúde, com seus planos e projetos, bem como a composição das equipes presentes, assume um papel crucial no planejamento e na implementação de ações que visam aprimorar a qualidade do atendimento. Parte-se do pressuposto de que a Equipe de Saúde da Família (eSF) é responsável por definir as prioridades das ações a serem desenvolvidas na unidade e no território, de maneira personalizada à sua realidade. Essa individualização do trabalho, fundamentada no território, representa uma forma de assegurar a equidade no cuidado da população.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAIS

Identificar, descrever e analisar a situação epidemiológica, demográfica e socioeconômica da população pertencente à UBS Sol de Maio (área nº 14), e propor medidas de intervenções que visem garantir uma melhor atenção à saúde integral da população

3.2 ESPECÍFICOS

- Analisar os perfis situacionais: institucional, territorial/ambiental, demográfico, socioeconômico e, epidemiológico; incluindo os indicadores de financiamento da APS;
- Propor medidas que visem garantir uma melhor cobertura da população nos programas de rastreamento específicos;

- Analisar o perfil de risco cardiovascular na área e propor medidas de promoção e prevenção de saúde que visem intervir nos fatores de risco cardiovascular passíveis de mudança;
- Analisar o perfil de gestantes da área, bem como a identificação de gestações de alto risco, propondo medidas que visem reduzir a taxa de gestações sem atenção pré-natal adequada;
- Analisar o perfil institucional, territorial e ambiental área 14.

4 METODOLOGIA

Este estudo se configura como uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, concretizada por meio de uma pesquisa de campo. O cenário analisado corresponde à área de responsabilidade da Equipe 14 da UBS Sol de Maio, situada na cidade de Foz do Iguaçu, no Paraná. A coleta de informações foi realizada entre os meses de maio e outubro de 2024. Para organizar e examinar os dados, foram utilizados os perfis institucional, demográfico, territorial/ambiental, epidemiológico e indicadores de saúde.

O processo de coleta de dados ocorreu em paralelo à elaboração do Diagnóstico Situacional da UBS Sol de Maio, utilizando os relatórios disponíveis. A participação ativa da população, tanto nas reuniões do grupo Hiperdia quanto em entrevistas com os pacientes, foi um aspecto fundamental. Essa abordagem permitiu captar as demandas, críticas e sugestões da comunidade, favorecendo a contínua melhoria dos serviços prestados. Dessa forma, os usuários desempenham um papel central no diagnóstico, contribuindo para que os resultados desse processo possam beneficiar a própria comunidade.

A análise comparativa dos dados foi realizada com base nos diagnósticos anteriores da UBS, nas informações epidemiológicas e demográficas disponibilizadas pelo Vigitel e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e também considerando as diretrizes do Programa Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017).

5 PERFIL INSTITUCIONAL

Distrito Sanitário: NORDESTE

Nome da unidade: UBS Sol de Maio

Gerente da UBS: Maurilio dos Santos

CNES da UBS: 2673126

Nº da equipe no CNES (INE): 0000384968

Área: 14

Tipo da equipe: equipe de Saúde da Família (eSF)

E-mail: soldemaio@pmfi.pr.gov.br

Telefone: (45) 3577-1069 / Celular: (45) 9 9973-0082

Horário de atendimento da UBS:

Segunda-Feira: 07:00 às 19:00 horas;

Terça-Feira: 07:00 às 19:00 horas;

Quarta-Feira: 07:00 às 19:00 horas;

Quinta-Feira: 07:00 às 19:00 horas;

Sexta-Feira: 07:00 às 19:00 horas.

Composição da equipe: José Francisco Vieira Lins (médico);

Vanessa Ruivo de Oliveira (enfermeira)

Jéssica Stranburger da Silva (Enfermeira Residente em Saúde da Família)

Claudia Gisele Claudino de Carvalho

(auxiliar de enfermagem);

Edileusa Pereira dos Santos (auxiliar de enfermagem);

Romilda Nunez Pinto (auxiliar de enfermagem);

Ane Carolina Vargas (agente comunitária de saúde);

Creusa Ferreira de Souza (agente comunitária de saúde);

Marilene Ferreira dos Santos (agente comunitária de saúde);

Monica Camila Santos Arias (agente comunitária de saúde);

Samira Betanin (agente comunitária de saúde);

Natalia Maria Bordon Vallejo (interna de medicina);

Giovani Antonio Kaspary (interno de medicina).

5.1 HISTÓRICO DA USF

A Unidade de Saúde da Família (USF) Sol de Maio foi inaugurada em 10 de dezembro de 2000 para atender à crescente demanda da população da região nordeste de Foz do Iguaçu. Antes de sua construção, os moradores precisavam ir até a unidade de saúde Três Bandeiras, que ficava longe e era de difícil acesso, especialmente para aqueles que viviam em áreas rurais próximas. No início, a USF contava com uma sala para o médico, outra para o enfermeiro, uma sala de vacinas e duas salas multifuncionais que, ocasionalmente, eram usadas por um dentista. A equipe de saúde era composta por um único grupo que atendia a área 14 dentro do antigo Programa de Saúde da Família.

Em 2007, a USF Sol de Maio deu início a uma reforma para acomodar a população em crescimento na região nordeste de Foz do Iguaçu. Após aproximadamente três anos de obras, a nova unidade foi finalizada em 2010. Durante esse período, os pacientes foram atendidos temporariamente em uma casa alugada na Rua Ernesto Gayer,

junto com a Unidade de Saúde São João, que também passava por reformas.

Com a conclusão das obras, a equipe foi transferida para as novas instalações, que passaram a contar com duas salas para médicos, uma sala de enfermagem, uma sala de vacinas, uma sala de acolhimento, uma sala de procedimentos, um consultório multidisciplinar, uma sala de gerência, uma sala de medicação, uma copa, uma sala para agentes comunitários de saúde, uma sala de enfermagem e uma sala para dentista. Além disso, a nova unidade começou a atender uma área adicional de saúde, a área 80, e ampliou o número de equipes de atenção básica de uma para duas.

Figura 1 - Placa de Inauguração



Fonte: Acervo da autores (2025).

Segundo a Portaria MS 340/2013, a USF Sol de Maio é classificada como uma USF Porte II, o que significa que deve ser capaz de acomodar, no mínimo, duas Equipes de Atenção Básica, com um número de profissionais compatível com essas equipes. Entretanto, observa-se que a unidade não cumpre todas as exigências estabelecidas pela RDC 50 ANVISA de 2002, referente ao padrão mínimo necessário.

Atualmente, a unidade opera com quatro equipes, mas enfrenta a falta de consultórios adicionais, sanitários acessíveis para pessoas com deficiência, ampliação da sala de medicação, além de macas e cadeiras. A sala de inalação, que deveria acomodar seis pacientes, está sendo usada para procedimentos, pois faltam os materiais

necessários para a inalação. Além disso, a unidade não dispõe de uma sala de atividades “Espaço Saúde” nem de um espaço adequado para reuniões da equipe multiprofissional (BRASIL, 2013a).

Quadro 1 -Informações do Distrito Sanitário Nordeste

Nome do Distrito Sanitário	NORDESTE
Nome da unidade	UBS Sol de Maio
Gerente da unidade	Maurilio dos Santos
CNES da unidade	2673126
Nº da equipe no CNES (INE)	0000384968
Área da unidade	14
Tipo da equipe	equipe de Saúde da Família (eSF)
E-mail	soldemaio@pmfi.pr.gov.br
Telefone/ Celular:	(45) 3577-1069 / (45) 9 9973-0082

Fonte: Elaborado pelos autores (2025)

5.2 LOCALIZAÇÃO DA UNIDADE E MEIOS DE COMUNICAÇÃO

A USF está localizada no Conjunto Habitacional Sol de Maio, na Rua Waldemar Matte, sem número definido, CEP 85862-566. Os telefones de contato são (45) 3577-1069 e (45) 9 9973-0082. A população acessa informações sobre o serviço de saúde de diversas maneiras, seja diretamente na USF, por telefone ou por e-mail (soldemaio@pmfi.pr.gov.br).

As visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são fundamentais para coletar informações relevantes sobre a saúde da comunidade. A equipe de saúde mantém uma comunicação eficaz com os moradores, que compartilham suas preocupações e sugestões para melhorar as condições locais, facilitando o fluxo de informações. Embora o telefone continue sendo o principal meio de contato entre os usuários e a unidade de saúde, o uso do aplicativo WhatsApp™ tem se tornado cada vez mais comum para resolver questões através de mensagens e comunicações.

Figura 2 – Entrada da Unidade



Fonte: Acervo da autores (2025).

5.3 HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DA USF

Quadro 2- Horário de funcionamento da USF

Semanas	Horários
Segunda-Feira	07:00 às 19:00 horas
Terça-Feira	07:00 às 19:00 horas
Quarta-Feira	07:00 às 19:00 horas
Quinta-Feira	07:00 às 19:00 horas
Sexta-Feira	07:00 às 19:00 horas
Sábado	FECHADO
Domingo	FECHADO

Fonte: Elaborado pela autores (2025)

5.4 HORÁRIOS DAS EQUIPES

No período das 07:00 às 13:00 horas, além da equipe 14 no mesmo horário

tem a equipe da área 116 que tem apenas com 1 médico e 2 ACS ainda não vinculados ao CNES, e a equipe de saúde bucal. Já das 13:00 às 19:00 horas, a equipe da área 80 e 136 está em funcionamento. Ambas as equipes trabalham 30 horas semanais, 4 horas de contra turno, com um acréscimo de 6 horas semanais dedicadas à capacitação.

Quadro 3- Horário de funcionamento da UBS

EQUIPE	HORÁRIO DE ATENDIMENTO
Equipe 1 (Área 14)	Segunda à Sexta das 07:00 às 13:00
Equipe 2 (Área 80)	Segunda à Sexta das 13:00 às 19:00
Equipe 3 (Área 116)	Segunda à Sexta das 07:00 às 13:00
Equipe 4 (Área 130)	Segunda à Sexta das 13:00 às 19:00

Fonte: Elaborado pelos autores (2025)

5.5 CARACTERIZAÇÃO DA UBS EM RELAÇÃO AO PADRÃO MÍNIMO DETERMINADO PELO RDC 50 ANVISA DE 2002 E PELA PORTARIA MS 340 DE 2014

A Unidade de Saúde da família é classificada como UBS Porte II, abrange uma área de 650m². Importante salientar que todos os espaços internos da unidade, estão em conformidade com padrões estabelecidos pela Resolução RDC 50 da ANVISA, de 2002, e seguem rigorosamente as diretrizes da Portaria nº 340, de março de 2013.

Quadro 4 - Área física preconizada pela portaria MS nº 340/2014 e área física das instalações da USF Sol de Maio

AMBIENTES	QUANTIDADE PRECONIZADA	ÁREA UNITÁRIA PRECONIZADA (m ²)	QUANTIDADE USF SOL DE MAIO	ATENDE OS REQUISITOS MÍNIMOS ?
Sala de recepção e espera	1	90 m ²	1	sim
Farmácia	1	16 m ²	1	sim
Consultório indiferenciado / Acolhimento	5	9 m ²	1	sim
Sanitário para pessoas com deficiência	3	2,55 m ²	1	sim

Banheiro para funcionários	2	3,5 m ²	2	sim
Banheiro	2	4,8 m ²	2	
Depósito de material de limpeza	2	2 m ²	1	sim
Consultório com sanitário anexo	3	9 m ²	4	sim
Depósito de resíduos contaminados	1	2 m ²	1	sim
Depósito de resíduos recicláveis	1	2 m ²	1	sim
Depósito de resíduos comuns	1	2,3 m ²	1	sim
Expurgo	1	5 m ²	1	sim
Consultório odontológico para três equipes	2	30 m ²	1	sim
Sala de imunização	1	9 m ²	1	sim
Sala de coleta	1	9 m ²	1	sim
Sala de procedimentos/ coleta	0	0	1	sim
Sala de esterilização / estocagem de material esterilizado	1	5 m ²	1	sim
Sala de administração e gerência	1	12,5 m ²	1	sim
Sala de ACS	1	30 m ²	1	sim
Área externa para embarque e desembarque de ambulância	1	21 m ²	0	sim

Fonte: Elaborado pelos autores (2025)

5.6 ACESSO À USF: TOPOGRAFIA E TRANSPORTE URBANO

A unidade de Saúde é a porta de entrada ao sistema e o acesso à USF é fundamental para assegurar a qualidade de vida dos moradores. Dessa forma a topografia e o transporte público desempenham um papel importante na facilitação desse acesso. Quando se trata de acessibilidade, a região possui uma variedade de ruas, incluindo algumas asfaltadas, outras pavimentadas com pedras poliédricas irregulares e também de chão batido. As calçadas ao redor da unidade de saúde estão em condições

precárias, dificultando a mobilidade de pessoas com necessidades especiais (principalmente quando se trata de pacientes com mobilidade reduzida que fazem uso de cadeira de rodas) e não atendendo às normas da NBR 16537 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (2016), que recomendam a instalação de piso tátil, algo que é pouco observado na área.

O transporte público que atende à unidade de saúde é composto por quatro linhas principais de ônibus, com o ponto de parada mais próximo localizado na rua Pedro Welter, a cerca de 120 metros de distância. No entanto, tanto os usuários quanto os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) indicam que essas linhas de ônibus não suprem de maneira adequada toda a população das áreas 14 e 80, especialmente na região do Alto da Boa Vista, que é predominantemente rural e situada a aproximadamente 9 km da unidade. Os residentes relatam que a maior dificuldade reside nos extensos intervalos entre os horários dos ônibus, além da incerteza quanto à regularidade do serviço, visto que os ônibus frequentemente não seguem o horário programado.

Devido à inadequação do transporte público, muitos indivíduos acabam percorrendo longas distâncias a pé ou optam por utilizar seus próprios veículos para chegar à unidade, em vez de recorrer ao transporte público. Essa situação é particularmente problemática em atendimentos que requerem acompanhamento diário, como medições de MRPA ou glicemia, onde o paciente, por não conseguir chegar à unidade, realiza medições inadequadas em locais impróprios. do transporte público, muitas pessoas acabam percorrendo longas distâncias a pé ou optam por usar seus próprios veículos para chegar à unidade, em vez de utilizar o transporte público. Essa situação é particularmente problemática em atendimentos que requerem acompanhamento diário, como medições de MRPA ou glicemia, onde o paciente, por não conseguir chegar à unidade, realiza medições inadequadas em locais não apropriados.

5.7 PROFISÕES DO GERENTE DA UNIDADE E SUA MAIOR ESCOLARIDADE

O atual gerente da unidade assumiu o cargo em novembro de 2023, antes disso exercia a função de ACS na unidade de saúde Cidade Nova por 4 anos. Informou que não possui formação na área e que possui ensino superior incompleto.

5.8 TIPOS DE VÍNCULOS DO MÉDIO COM A PREFEITURA MUNICIPAL

A unidade conta com quatro equipes atualmente, equipe 01(14), 02 (80), a 03 (116) e 04 (130), com a atuação de um especialista em Medicina de Família e Comunidade (MFC). O médico integrante da equipe 14 se graduou em 2015 pela Universidad del Valle, na Bolívia, a única especialidade médica disponível na unidade, realizou pós-graduação em Medicina de Família e Comunidade, tendo recebido o título de Médico de Família e Comunidade ano passado (2023) através da realização da prova de título, e tem atualmente vínculo estatutário com a unidade. Já o médico da equipe 02, iniciou na unidade no ano de 2023, se formou em Medicina pela UNILA no ano de 2023, e possui vínculo com a UBS pelo programa Mais Médicos. O médico da equipe 03 é formado no Paraguai, na universidade UNIDA, em Asuncion-PY, possui revalidação desde o ano de 2021 pela UFMT e atua no programa mais médicos. O médico da equipe 04 é formado em Medicina pela UNILA desde o ano de 2020 e também atua pelo programa mais médicos, iniciando as atividades na UBS no mês de abril.

Quadro 5 - Composição da Equipe

Composição da equipe 14 atualmente
José Francisco Vieira Lins (médico - especialista em Medicina de Família e Comunidade) Vanessa Ruivo de Oliveira (enfermeira)
Verusa Bordignon (Cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família) Claudia Gisele Claudino de Carvalho (auxiliar de enfermagem);
Edileusa Pereira dos Santos (auxiliar de enfermagem);
Romilda Nunez Pinto (auxiliar de enfermagem);
Ane Carolina Vargas (agente comunitária de saúde); Creusa Ferreira de Souza (agente comunitária de saúde);
Marilene Ferreira dos Santos (agente comunitária de saúde);
Monica Camila Santos Arias (agente comunitária de saúde); Samira Betanin (agente comunitária de saúde);
Giovani Antônio Kaspary (interno de medicina);
Natalia Maria Bordon Vallejo (interna de medicina).

Fonte: CNES - Elaborado pelos autores (2025)

5.9 RECURSOS HUMANOS: NÚMEROS DE PROFISSIONAIS POR CATEGORIA

Quadro 6: Número de Profissionais por Categoria

GERENTE DE SERVIÇOS DE SAÚDE	Profissional	Vinculação
	Maurilio dos Santos	Estatutário
Total	1	

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	Profissional	Vinculação
	Ane Carolina Vargas	Estatutário
	Creusa Ferreira De Souza	Estatutário
	Fabiola Moisés Neves	Estatutário
	Juraci Teresinha Scherer	Emprego Público
	Marilene Ferreira Dos Santos	Emprego Público
	Rosangela Inacia Golin Fredrich	Emprego Público
	Francieli De Sa Franco	Estatutário
	Monica Camila Santos Arias	Estatutário
	Samira Betanin	Estatutário
	Simone Marques Padilha	Estatutário
Total	10	

ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE	Profissional	Vinculação
	Vanessa Ruivo De Oliveira	Estatutário
Total	1	

MÉDICOS DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE	Profissional	Vinculação
	Alejandro Rafael D Alessandro	Bolsista
	Davi Jose De Oliveira Ribeiro	Bolsista
	Jose Francisco Vieira Lins	Estatutário
	Samuel Cevidanes Neves	Bolsista
Total	4	

AUXILIAR DE ENFERMAGEM	Profissional	Vinculação
	Romilda Nunez Pinto	Estatutário
	Claudia Gisele Claudino De Carvalho	Estatutário

	Edileusa Pereira Dos Santos	Estatutário
	Ilaide Matte	Estatutário
	Benilde Ribeiro Fontes	Estatutário
	Arielle Brizola Vieira	Estatutário
Total	6	

RECEPCIONISTA	Profissional	Vinculação
	Elizabeth Luiz Gomes	Emprego Público
	Claudiseia Vidal De B. De Souza	Celetista
	Andressa De Souza Zanco	Celetista
Total	3	

EQUIPE SAÚDE BUCAL	Profissional	Vinculação
	Verusa Bordignon	Estatutário
Total	1	

FARMACÊUTICA	Profissional	Vinculação
	Ana Luiza Totti	Estatutário
	Vanessa de Oliveira	Estatutário
Total	2	

SERVIÇOS GERAIS	Profissional	Vinculação
	Sem profissional definido	Celetista
Total		

PSICÓLOGA	Profissional	Vinculação
Total		

Fonte: Dados coletados com os próprios funcionários (2025)

5.10 PRESENÇA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS NA UNIDADE BÁSICA (INCLUINDO MFC)

A unidade não possui nenhuma especialidade médica além do médico de família e comunidade, caso haja a necessidade de atendimento em outras especialidades médicas, o usuário é encaminhado para o Centro de especialidades médicas.

5.11 ÁREAS E MICROÁREAS

Dentro da área 14, há uma microárea sem cobertura e um bairro novo que ainda não foi cadastrado. A microárea 06, está sem cobertura desde 2021, quando a funcionária faleceu. Além disso, o Bairro Jardim das Oliveiras, um novo loteamento na região, acabou de receber numeração cadastral para definir sua microárea e ainda está sem cobertura.

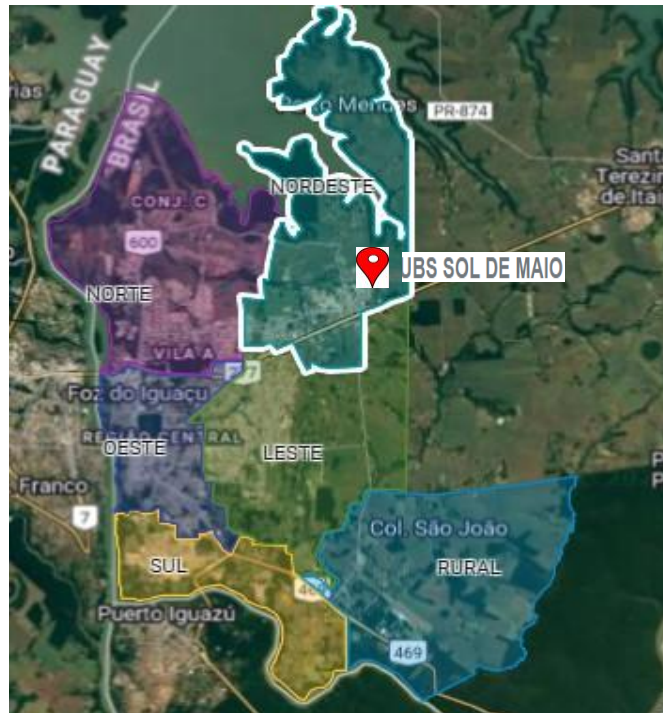
Quadro 7 - Microáreas da Área 14

Microáreas	Agente comunitário de saúde
11 – Graúna	ACS Creusa
14 - Sol de Maio	ACS Marilene
15 - Tucuruí	ACS Simone
16 - Alto da Boa Vista	ACS Mônica
05 - Sol de maio II	ACS Samira
04 - Jacqueline	ACS Ane
06 - Conjunto Fernanda	(sem ACS, descoberta)

Fonte: Elaborado pelos autores (2025)

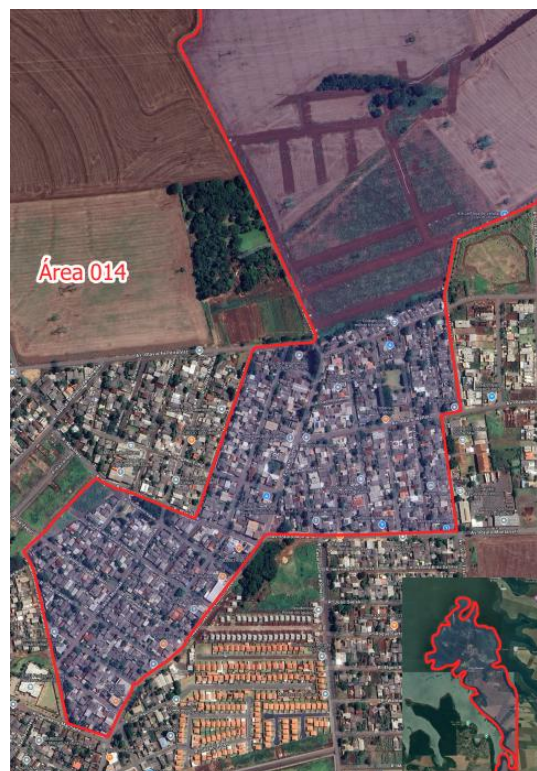
A área de cobertura da UBS Sol de Maio abrange a região nordeste de Foz do Iguaçu, que inclui a área conhecida popularmente como Três Lagoas, localizada ao longo da BR-277 e próxima ao lago de Itaipu. Essa área também engloba uma ampla zona rural chamada Alto da Boa Vista (Figura 6).

Figura 3 - Distrito sanitário de Foz do Iguaçu – distrito nordeste - USF Sol de Maio



Fonte: Google Maps © (2025).

Figura 4 - Área de abrangência equipe 14 – USF Sol de Maio



Fonte: Memorando Interno da Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu - Pr (2024).

As Figuras 5, 6 e 7 mostram respectivamente as equipes 2,3,4, com base na divisão que foi feita no novo mapa de 2024 pela DIAB.

Figura 5 - Área de abrangência da equipe 80 – USF Sol de Maio



Fonte: Memorando Interno da Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu - Pr (2024).

Figura 6 - Área de abrangência da equipe 116 – USF Sol de Maio



Figura 7 - Área de abrangência da equipe 130 – USF Sol de Maio



Fonte: Memorando Interno da Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu - Pr (2024).

No segundo semestre de 2024, os bairros atendidos pela unidade de saúde passaram por um processo de revisão territorial. Contudo, durante os debates com a equipe, algumas críticas surgiram em relação à nova organização. A maioria dos profissionais ressaltou que essa reestruturação deveria ser conduzida pelos agentes comunitários de saúde, que possuem um conhecimento profundo e detalhado do território em que atuam. Ao contrário da prefeitura ou de outros órgãos administrativos, os agentes comunitários estão intimamente ligados à comunidade, compreendendo suas particularidades, características socioeconômicas, culturais e até mesmo as dinâmicas familiares dos moradores. Essa proximidade permite que eles identifiquem com precisão as necessidades de saúde da população, reconheçam grupos vulneráveis e promovam ações preventivas e de promoção da saúde de maneira mais eficaz.

Além disso, a confiança e o vínculo que os agentes comunitários mantêm com os moradores facilitam a adesão aos programas de saúde, o acesso aos serviços e a comunicação entre a comunidade e a equipe de saúde. Por isso, a participação ativa dos agentes comunitários de saúde na divisão territorial das Unidades básicas de saúde é fundamental para garantir uma atenção primária mais humanizada, integral e ajustada

às necessidades específicas de cada comunidade.

Foi notado também que a nova divisão das áreas apresenta disparidades significativas. Por exemplo, a área 116, atribuída à equipe 3 (figura 8), é substancialmente menor e possui menos residências em comparação com as outras áreas. Por outro lado, a área 80 (figura 7), sob responsabilidade da equipe 2, abrange um grande número de residências. Esses pontos destacam a importância de envolver os ACSs no processo de divisão territorial.

Além disso, ao comparar com o mapa de identificação das áreas de atuação das equipes da DIAB (Diretoria de Atenção Básica) de Foz do Iguaçu, foram identificadas inconsistências na distribuição das microáreas da equipe 14. Por exemplo, a microárea 16 (Alto da Boa Vista), mostrada na Figura 5, não aparece no mapa da DIAB, mas é efetivamente coberta pela ACS Mônica.

5.12 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO E CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE

A unidade de saúde destaca-se pela sua acessibilidade e hospitalidade, sendo um espaço acolhedor para diversos cursos e instituições em Foz do Iguaçu. Atualmente, a unidade mantém uma parceria com a Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), recebendo dois estagiários do quinto ano do curso de medicina. Esses estudantes concentram suas atividades principalmente na equipe 14. Além disso, a unidade conta com a participação de uma enfermeira da residência em Saúde da Família, (encerrou a atividade no final de 2024) também vinculada à UNILA, e com um jovem aprendiz do programa Guarda Mirim.

No que diz respeito aos Conselhos Locais de Saúde (CLS), tanto os usuários quanto os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e o gerente da unidade confirmaram a ausência de um conselho ativo na região. Conseqüentemente, não há planejamento, monitoramento ou ações de saúde sendo realizadas por esses conselhos.

6 PERFIL TERRITORIAL – AMBIENTAL

6.1 TERRITÓRIO

A Equipe 14 está localizada na região nordeste do município de Foz do Iguaçu e é responsável pelo atendimento da área conhecida como "Grande Três Lagoas." Essa região abrange os bairros Sol de Maio I (M.A 14) e II (M.A 05), Conjunto Fernanda (sem

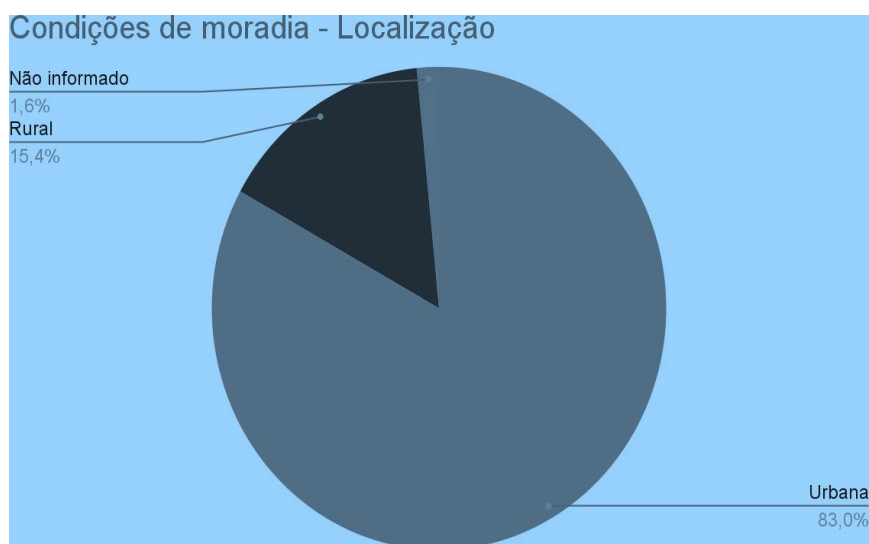
cobertura na M.A 06), Jaqueline (M.A 04), Graúna (M.A 11), cobrindo apenas 50% deste último, Tucuruí (M.A 15) e Alto da Boa Vista (M.A 16). Como demonstrado no Gráfico 1, a maior parte da área de responsabilidade da equipe é composta por zonas urbanas, que representam 83,0% do total.

Contudo, também há residências em áreas rurais, correspondendo a 15,4% da região, especialmente no Alto da Boa Vista. Nessas áreas rurais, é comum encontrar propriedades com plantações, criação de animais de pequeno porte e produção de bens de origem rural. Apenas 1,6% das pessoas cadastradas na plataforma nacional e-SUS estão registradas como "não informado", o que indica cadastros inconsistentes ou incompletos, gerando problemas nos dados.

De acordo com os dados disponíveis no e-SUS, a população cadastrada na área 14 é de 5.166 indivíduos, com um total de 4.012 domicílios registrados. (Tabela 1). Esse número de domicílios é quase o dobro em comparação com o ano de 2023, quando havia 2.763 domicílios cadastrados.

No entanto, é importante considerar que tanto o número real de habitantes quanto o de domicílios podem ser significativamente maiores, mas devido à falta de agentes comunitários de saúde, algumas áreas permanecem sem cobertura adequada.

Gráfico 1 - Distribuição espacial USF Sol de Maio



Fonte: e-SUS, dezembro (2024)

Tabela 1 - Tipo de imóvel na área 14

Descrição	Quantidade
Domicílio	4012
Comércio	45
Terreno baldio	16
Ponto Estratégico (cemitério, borracharia, ferrolho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte)	0
Escola	0
Creche	0
Abrigo	0
Instituição de longa permanência para idosos	0
Unidade prisional	0
Unidade de medida sócio educativa	0
Delegacia	0
Estabelecimento religioso	0
Outros	3
Total:	4076

Fonte: Relatório de cadastro domiciliar e territorial do e-SUS (2024)

Um desafio apontado pelos ACS's em relação à nova divisão das áreas é que várias microáreas ficarão sem cobertura. Será necessária uma redistribuição das ACS's na unidade. Não há abrigos, instituições de longa permanência para idosos, unidades prisionais, unidades de medidas socioeducativas ou delegacias na região.

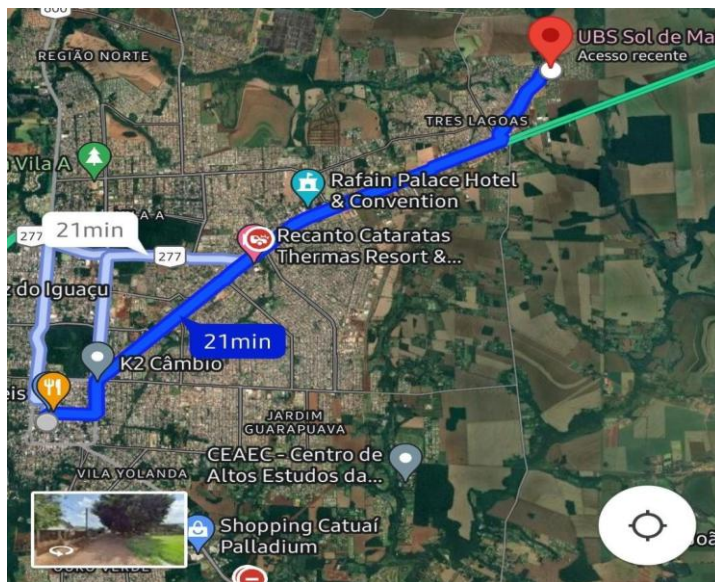
De acordo com uma das ACS's, os bairros Conjunto Fernanda, Tucuçuí, Graúna, Sol de Maio 1 e o futuro Jardim das Oliveiras 4 não terão cobertura. Isso poderá gerar inúmeros problemas.

6.2 DISTÂNCIA DO CENTRO DA CIDADE

A unidade está localizada a cerca de 13 quilômetros do centro de Foz do Iguaçu, acessível pela BR-277 e Avenida Costa e Silva, conforme indicado pelo Google Maps (Figura 10). Isso a coloca entre as unidades mais distantes do centro da cidade. Essa distância representa uma dificuldade para os usuários, já que a maioria dos serviços especializados e os locais onde são realizados exames de maior complexidade estão concentrados na região central.

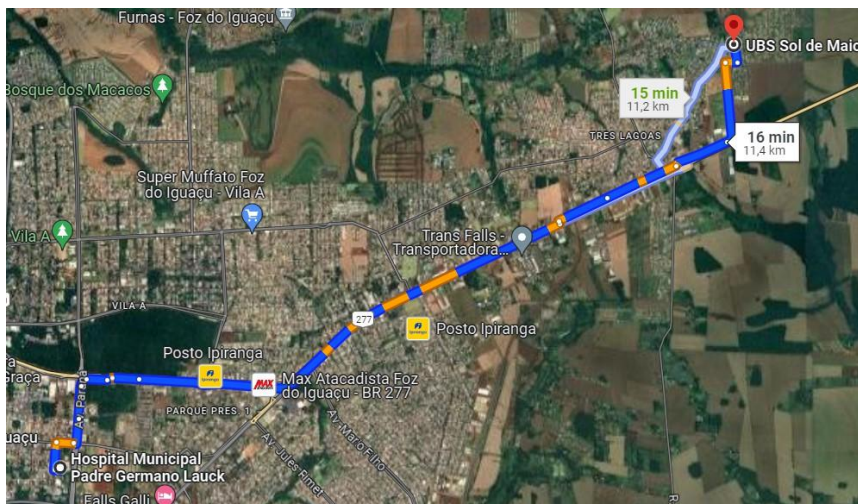
As figuras 8, 9, 10 e 11 mostram a distância entre a Unidade de Saúde e os serviços de referência, como o Hospital Municipal Padre Germano Lauck, a UPA João Samek e o Hospital Ministro Costa Cavalcanti, respectivamente.

Figura 8 - Distância da UBS Sol de Maio ao Centro de Foz do Iguaçu



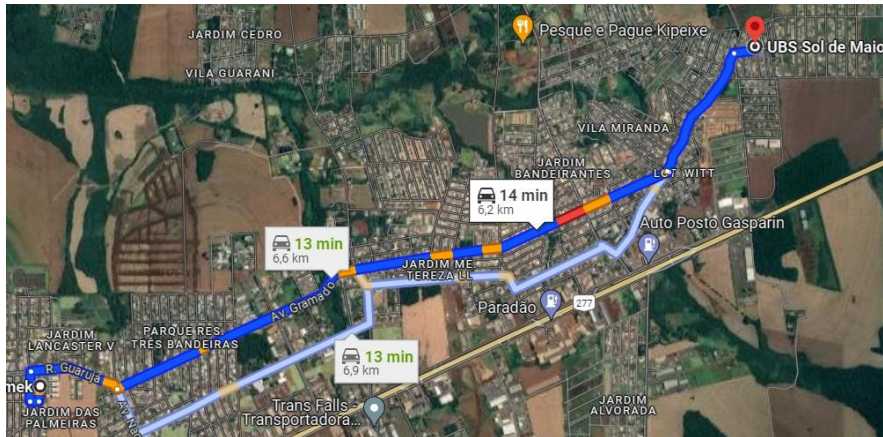
Fonte: Google Maps ® (2025)

Figura 9 - Distância da UBS Sol de Maio ao HMPGL



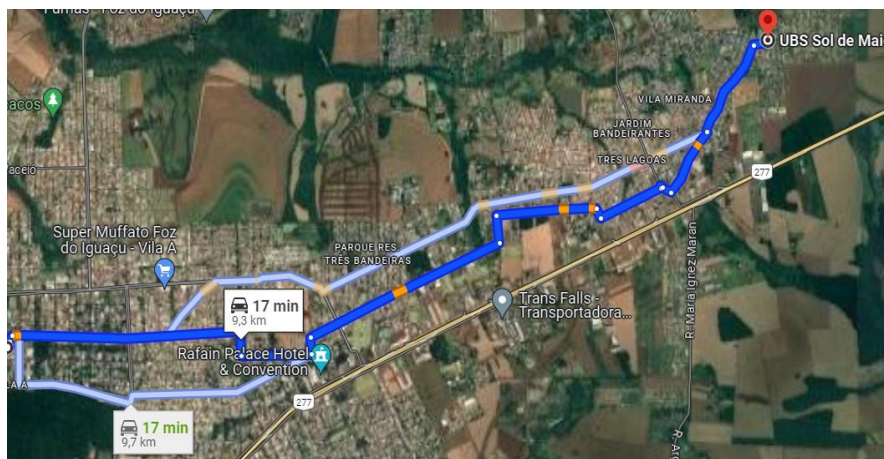
Fonte: Google Maps ® (2025)

Figura 10 - Distância da UBS Sol de Maio à UPA João Samek



Fonte: Google Maps ® (2025)

Figura 11 - Distância da UBS Sol de Maio ao HMCC



Fonte: Google Maps ® (2025)

6.3 GEOGRAFIA E AMBIENTE

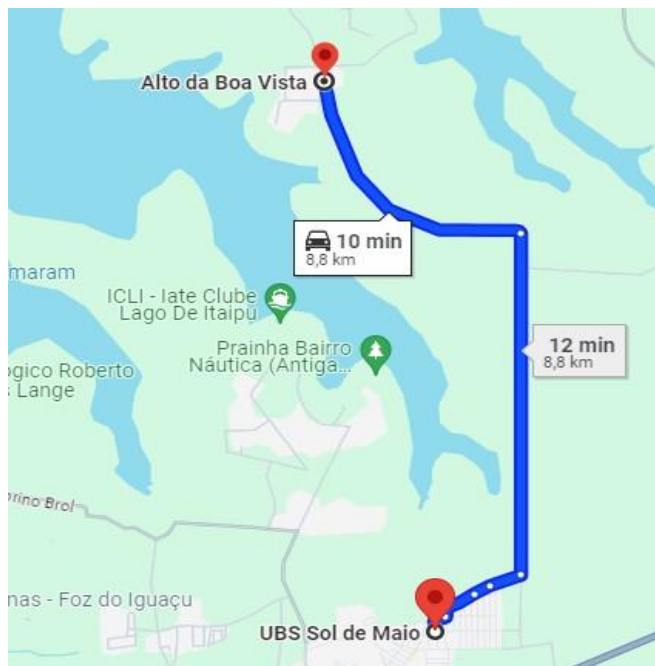
O território da Unidade Básica de Saúde (UBS) Sol de Maio é caracterizado principalmente por terrenos amplos e planos, mas a ausência de calçadas adequadas na rua da unidade representa um obstáculo significativo para os usuários, especialmente em dias chuvosos, quando o risco de quedas aumenta (figura 16). A falta de infraestrutura apropriada dificulta o acesso à unidade e aumenta a probabilidade de acidentes.

Não há barreiras naturais, como rios ou montanhas, que dificultem o acesso, exceto na área 80, onde o nascente próxima à Rua Humberto Machado pode afetar os moradores do Alto da Boa Vista.

O Alto da Boa Vista, cercado pelo Lago de Itaipu, também enfrentava dificuldades de

acesso devido às estradas de terra e à distância de 8,8 km até a unidade de referência (figura 12). No entanto, em 2022, houve melhorias com a pavimentação de vias, facilitando o acesso dos moradores rurais, como mostrado na Figura 15, que destaca a Rua São Borja, o principal acesso à região.

Figura 12 - Distância da microárea 16 (Alto da boa vista) até a USF Sol de Maio

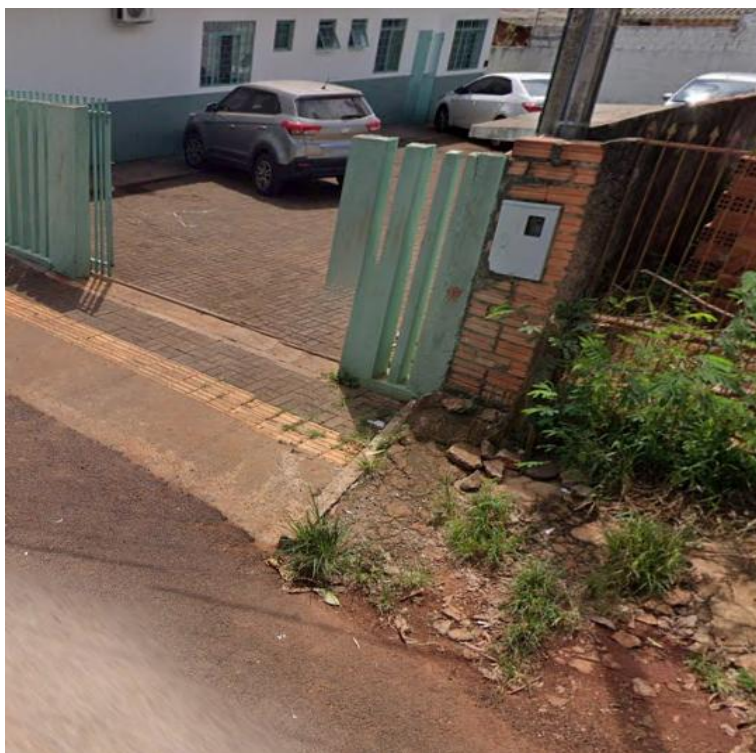


Fonte: Google Maps © (2025)

Figura 13 – Asfalto na Rua São Borja Alto da Boa Vista



Figura 14 – “Calçada” ao lado da UBS Sol de Maio.



Fonte: Arquivo dos autores (2025)

A área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) engloba localidades rurais com diversas plantações próximas às residências, o que eleva o risco de contaminação por pesticidas, doenças transmitidas por animais e contato com animais selvagens e peçonhentos. Apesar das melhorias nas estradas e do aumento nas linhas de ônibus que servem a área rural, o acesso à UBS ainda é mais limitado para os residentes dessas áreas, especialmente no Alto da Boa Vista, tornando-a vulnerável.

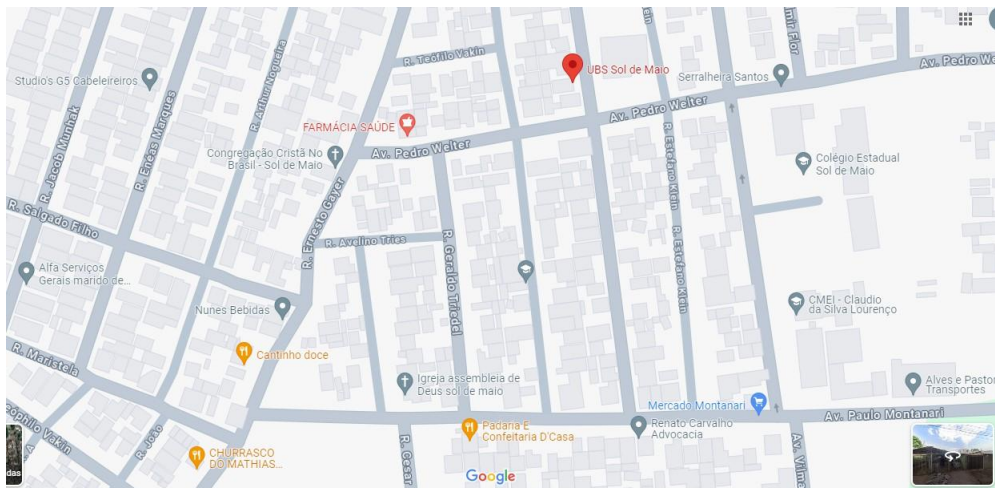
O bairro Jardim Jaqueline (microárea 4) enfrenta desafios de mobilidade e regularização fundiária, dificultando o registro e atualização de cadastros devido ao alto índice de mudanças de residência. A localização em uma área de lençol freático e a falta de reconhecimento pela prefeitura geram disputas legais sobre a legalidade do bairro, que alguns agentes consideram uma ocupação irregular. Além disso, a região carece de espaços sociais, lazer e esportes, exceto por uma quadra de esportes em condições precárias (figura 17). Há uma escola estadual e um Centro de Convivência, além de uma academia de artes marciais financiada pela prefeitura, que oferece uma oportunidade para a prática de exercícios físicos.

Figura 15 – quadra de esportes em condições precárias próxima à UBS Sol de Maio



Fonte: Arquivo dos autores (2025)

Figura 16 – Pontos de interesse social próximos à UBS Sol de Maio



Fonte: Google Maps ® (2025)

A área em questão demonstra uma escassez notável de instituições de saúde, o que torna a Unidade Básica de Saúde (UBS) o principal ponto de atendimento para os residentes. A ausência de hospitais públicos ou privados, clínicas e laboratórios de análises clínicas na área torna a UBS o principal ponto de referência para os moradores.

Embora tais serviços possam ser encontrados em regiões próximas, estes

pertencem ao território da UBS Três Lagoas. A Tabela 2, detalha os estabelecimentos de saúde presentes na região.

Tabela 2 – Quantidade de equipamentos sociais no território da UBS:

Equipamento	Quantidade
Escola Estadual	1
Creches	3
Bares	5
Centro de convivência	1
Restaurantes	3
Farmácia	1
Pizzarias	3
Igrejas	7
Quadra esportiva	1
Academia	1
Total	26

Fonte: Elaborado pelos autores (2025)

6.4 RENDA FAMILIAR DA POPULAÇÃO DA ÁREA 14 GEOGRAFIA E AMBIENTE

Quanto ao perfil socioeconômico da população atendida pela equipe de saúde da área 14, a análise dos dados é comprometida pela ausência de informações no e-SUS. Entre as famílias registradas, somente 79 (2,5%) informaram sua renda familiar durante o cadastro, enquanto 2824 (97,5%) não forneceram essa informação. Relatórios anteriores já haviam identificado essa carência de dados. Entre as possíveis razões para esse problema estão o receio dos usuários em divulgar seus rendimentos, temendo a perda de benefícios ou do direito ao atendimento na unidade de saúde, além do desconforto tanto em perguntar quanto em responder a esse tipo de questão (Tabela 3).

Tabela 3 - Renda familiar da população da área 14 da UBS Sol de Maio

Famílias - Renda familiar	
Descrição	Quantidade
1/4 de salário mínimo	5
Meio salário mínimo	4
Um salário mínimo	38
Dois salários mínimos	18
Três salários mínimos	4
Quatro salários mínimos	9
Acima de quatro salários mínimos	1
Não informado	2824
Total:	2903

Fonte: Relatório de cadastro domiciliar e territorial do e-SUS (2024).

De acordo com os dados disponíveis, nove famílias na área analisada viviam em situação de extrema pobreza, com renda familiar inferior a meio salário mínimo, e outras 38 famílias encontravam-se em condição de pobreza, com renda familiar abaixo de um salário mínimo. Segundo a Fundação Getúlio Vargas, em 2021, cerca de 62,9 milhões de brasileiros, representando 29,6% da população, possuíam renda domiciliar per capita de até 497 reais por mês, indicando que mais de 29% da população brasileira vivia em extrema pobreza, o maior índice desde 2012.

Esses números diferem dos dados da área da equipe 14, o que torna difícil o planejamento adequado de ações de saúde baseadas no perfil da população atendida (NORI, 2022).

6.5 URBANIZAÇÃO DO ACESSO

Recentemente, a área atendida pela UBS Sol de Maio passou por obras de pavimentação no bairro, o que resultou em uma melhora significativa na mobilidade urbana e no acesso dos pacientes à unidade. Atualmente, apenas a microárea 4 (Jardim Jaqueline) ainda possui ruas com calçamento poliédrico, enquanto a microárea 16 (Alto da Boa Vista) tem algumas vias não pavimentadas, cobertas com pedra britada ou terra batida, o que pode dificultar ou até impedir a locomoção dos moradores até os serviços de saúde em dias de chuva. As demais microáreas da área 14 já contam com ruas asfaltadas.

Além disso, a região do Alto da Boa Vista também teve uma melhora na mobilidade com o aumento da frequência dos ônibus que agora acessam a área. Sendo uma região distante do centro de Foz do Iguaçu, o transporte coletivo é essencial para os moradores. Atualmente, três linhas de ônibus atendem a região: 225, 245 e 255, com as linhas 225 e 245 passando pela zona rural.

Em outubro de 2023, a Prefeitura de Foz do Iguaçu lançou o aplicativo "Único FozTrans" para facilitar o acesso dos moradores ao sistema de saúde da cidade. Criado pela empresa de Transporte Coletivo de Foz do Iguaçu, o aplicativo ajuda os usuários a planejar suas viagens, fornecendo informações sobre os horários das 39 linhas de ônibus e a localização em tempo real dos 92 veículos que operam na cidade.

Embora o transporte tenha melhorado, o sistema coletivo ainda enfrenta desafios que dificultam a mobilidade dos cidadãos. Entre os problemas relatados por pacientes e agentes comunitários de saúde (ACS) estão a demora, a irregularidade dos ônibus e a superlotação dos veículos. Uma solução proposta seria aumentar a frota que atende essa região, que, por ser economicamente mais vulnerável, necessita de uma atenção especial dos órgãos públicos.

Segundo Gomide (2006), a falta de condições adequadas de mobilidade e acesso a serviços essenciais marginaliza uma grande parcela da população, contribuindo para a continuidade da pobreza urbana e da exclusão social. A melhora da mobilidade e da acessibilidade urbana é fundamental para expandir as oportunidades e fortalecer as capacidades das famílias em situação de vulnerabilidade, favorecendo sua inclusão social.

6.6 CARACTERÍSTICAS DOS DOMICÍLIOS E CONDIÇÕES DE MORADIA

A população da área 14, atendida pela UBS Sol de Maio, vive em diferentes tipos de moradias e condições habitacionais, o que reflete a diversidade socioeconômica da região.

6.6.1 Abastecimento de água

Na região em questão, a Tabela 4 revela que a maioria dos domicílios tem acesso à rede de água encanada, um aspecto positivo para a saúde da população. Isso se deve ao fato de que a água encanada é tratada e passa por um processo de purificação, o que reduz o risco de contaminação por doenças. No entanto, a presença de 339 casas que utilizam poço ou

nascente como fonte de água e de uma única casa com cisterna pode ser preocupante, pois essas fontes não possuem o mesmo nível de tratamento que a água encanada.

A água sem tratamento apresenta sérios riscos à saúde pública, podendo conter diversos contaminantes como bactérias, vírus, parasitas, produtos químicos e metais pesados. O consumo dessa água pode causar desde doenças gastrointestinais agudas até condições crônicas. É essencial que essas residências realizem testes periódicos na qualidade da água e garantam o tratamento adequado para prevenir doenças.

Nesse contexto, é importante uma comunicação eficiente entre a UBS, que possui essas informações, e os órgãos responsáveis pela fiscalização da qualidade da água de poços e cisternas, como o Vigiágua, serviço vinculado ao Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) do município.

Tabela 4 - Condições de moradia – Abastecimento de água

Descrição	Quantidade
Rede encanada até o domicílio	3575
Poço / Nascente no domicílio	339
Cisterna	1
Carro pipa	0
Outro	0
Não informado	161
Total:	4076

Fonte: Relatório de cadastro domiciliar e territorial do e-SUS (2024).

Os 161 domicílios que não informaram o tipo de abastecimento de água utilizado também são motivo de preocupação para a saúde pública. A ausência dessa informação dificulta a implementação de ações preventivas por parte dos órgãos responsáveis pela saúde e pelo saneamento básico. É crucial que a população compreenda a importância de fornecer dados sobre o tipo de abastecimento de água e adotar medidas básicas para assegurar a qualidade da água consumida, como a limpeza regular das caixas d'água e o uso de filtros para purificação. Somente com uma gestão adequada do abastecimento de água é possível garantir a saúde e o bem-estar da comunidade.

6.6.2 Animais no domicílio

Com base nos dados da Tabela 5, verifica-se que a presença de animais domésticos é expressiva na região analisada, visto que 418 imóveis possuem algum animal de estimação, o que corresponde a aproximadamente 10,3% do total de residências da área. Dentre esses animais, os cães são os mais comuns, totalizando 1.117 no território.

Embora a presença desses animais possa trazer benefícios à saúde mental e social dos moradores, ela também pode representar riscos para a saúde coletiva, especialmente quando os animais não são vacinados, não recebem acompanhamento veterinário ou são deixados soltos nas ruas, onde estão expostos a vetores de doenças, brigas e até fatalidades. Nessa situação, a presença desses animais pode facilitar a transmissão de doenças como leptospirose, raiva e esporotricose.

Por isso, é essencial que as autoridades de saúde pública promovam ações de conscientização e implementem medidas preventivas. Além disso, é fundamental que os profissionais da equipe de saúde sejam devidamente capacitados para identificar precocemente sinais sugestivos de doenças, notificá-los e acionar a vigilância sanitária ou o centro de zoonoses quando necessário, a fim de prevenir a disseminação dessas enfermidades.

Tabela 5 - Animais no domicílio

Animais no domicílio		
Descrição		Quantidade
Animais no domicílio?	Sim	418
	Não	3658
Gato		117
Cachorro		1117
Pássaro		35
Outros		170

Fonte: Relatório de cadastro domiciliar e territorial do e-SUS (dezembro/2024)

6.6.3 Animais no domicílio

Ao analisar os dados do Quadro 8, constata-se que a maioria dos residentes da região possui acesso pavimentado às suas moradias, o que sugere uma infraestrutura urbana mais desenvolvida na área. No entanto, é preocupante a constatação de que 16% das

residências ainda são acessadas por estradas de terra. Além disso, a informação de que 3 residências são acessadas por via fluvial parece ser um erro de cadastro, já que essa situação é bastante atípica em áreas urbanas. A precisão dos dados é crucial para o planejamento adequado e eficiente das ações de saúde pública, garantindo que as necessidades específicas de cada localidade sejam atendidas.

6.6.4 Tipo de domicílio

Com base nos dados apresentados no Quadro 8, a maioria das residências na região é constituída por casas, representando 93%, seguida por apartamentos (0,7%), moradias de um único cômodo (0,4%) e outros tipos de habitação (0,5%). É importante ressaltar que 5,4% dos residentes não informaram o tipo de moradia em que vivem. Esses dados estão em conformidade com o perfil da população brasileira em geral, conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua de 2019 (PNAD Contínua).

Segundo o IBGE (2020), o Brasil possuía 72,4 milhões de domicílios particulares permanentes, dos quais 85,6% eram casas, 14,2% apartamentos e apenas 0,2% eram outros tipos de habitação, como casas de cômodos ou cortiços.

6.6.5 Situação de moradia

De acordo com a PNAD Contínua de 2019, 73% dos lares brasileiros eram próprios, 18% alugados e 9% cedidos. Na região analisada, 73,7% dos domicílios eram próprios, um valor superior à média nacional. As residências alugadas representaram 20,2%, acima dos 18% observados no Brasil. Quanto aos domicílios cedidos, que somaram 3,4% do total, este percentual é inferior à média nacional de 9%. É importante notar que a taxa de imóveis financiados foi extremamente baixa na região, ficando abaixo de 0,1%, conforme mostra o Quadro 8, o que pode refletir uma realidade socioeconômica distinta da média brasileira. Além disso, 1,6% dos domicílios não informaram a condição de propriedade, sugerindo possíveis falhas na coleta de dados e na comunicação entre entrevistados e entrevistadores. Esses dados são essenciais para compreender a situação habitacional da região e sua conexão com questões de saúde e qualidade de vida.

6.6.6 Material predominante na construção

Com base nas informações sobre os materiais utilizados na construção dos imóveis na região (conforme o Quadro 8), observa-se que a maioria significativa (84,7%) das casas é feita de alvenaria, sendo que a maior parte delas (82,9%) possui revestimento. Em contrapartida, o número de casas feitas de madeira aparelhada ou taipa com revestimento é relativamente pequeno, representando 5,1% e 3,4%, respectivamente. Há uma possibilidade de que a informação sobre a presença de casas de taipa na região possa estar incorreta, devido a uma possível má interpretação das classificações das moradias por parte dos ACS.

Quadro 8 - Características dos domicílios da área 14 da UBS Sol de Maio

Características quantitativas dos domicílios							
Tipo de acesso ao domicílio		Tipo de domicílio		Situação de moradia	Condição de posse	Material predominante na construção	
descrição	(%)	descriçã o	(%)	descrição	(%)	descrição	(%)
Pavimento	2338(57,4%)	Casa	3790(93%)	Próprio	3004(73,7%)	Alvenaria c/ revestim	3380(82,9%)
Chão batido	654(16%)	Apartam.	28 (0,7%)	Financiado	4(0,1%)	Alvenaria s/ revestimento	75 (1,8%)
Fluvial	3(0,1%)	Cômodo	17(0,4%)	Alugado	823(20,2%)	Taipa com revestimento	139(3,4%)
Outro	364(8,9%)	Outro	20(0,5%)	Arrendado	2 (0,0%)	Madeira aparelhada	206(5,1%)
Não infor.	717(17,6%)	Não infor.	22(5,4%)	Cedido	138 (3,4%)	Material aproveitado	11(0,3%)
				Outra	41(1,0%)	Não infor.	265 (6,5%)
				Não infor.	64(1,6%)		
TOTAL 4076							

Fonte: Dados extraídos do relatório de cadastro domiciliar e territorial do e-SUS (2024).

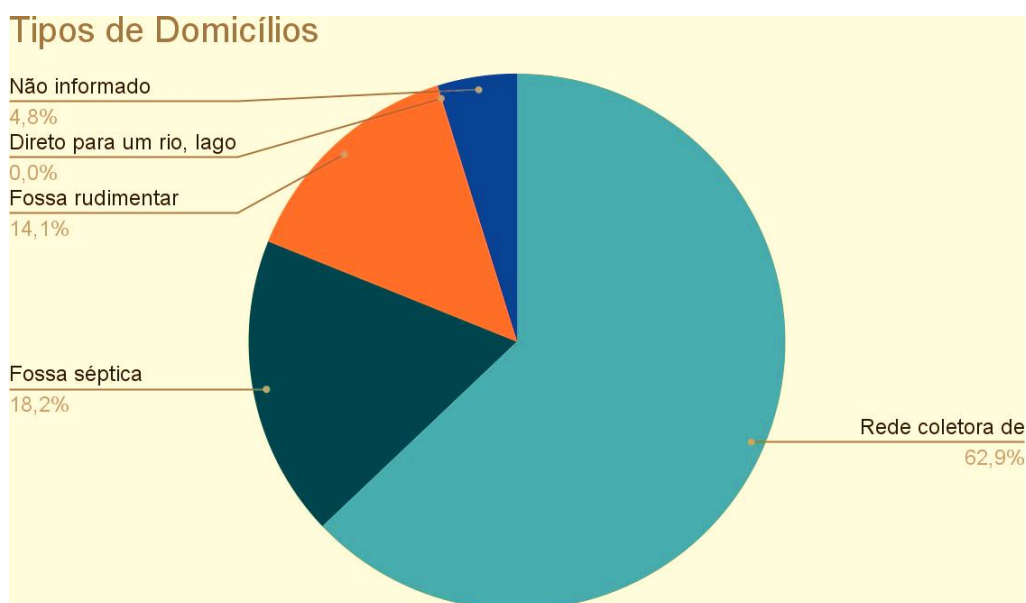
6.6.7 Formas de escoamento do banheiro ou sanitário, disponibilidade de energia elétrica e destino do lixo por domicílio

No que diz respeito à coleta de esgoto (conforme o Gráfico 2), a maioria dos domicílios (62,9%) é atendida por rede de esgoto, enquanto 18,2% utilizam fossa séptica e 14,1% recorrem a fossas rudimentares. É preocupante observar que uma residência despeja seus dejetos diretamente no rio, o que pode gerar impactos ambientais negativos e ameaçar a saúde pública. Comparando esses dados com os gerais da cidade, o Censo de 2010 mostrou que 80,9% dos domicílios em Foz do Iguaçu tinham banheiro e 73,6% eram atendidos por coleta de esgoto. Esses números indicam que a região possui um índice de saneamento básico semelhante ao da cidade como um todo, embora ainda haja áreas que necessitam de melhorias específicas.

Como mencionado anteriormente, 551 residências, representando cerca de 14,14% do total, utilizam fossas rudimentares para descarte de resíduos, o que pode trazer sérios riscos à saúde. Isso se deve à possibilidade de contaminação ambiental e disseminação de doenças relacionadas ao tratamento inadequado dos resíduos humanos. Por exemplo, fossas rudimentares podem apresentar vazamentos ou transbordamentos, liberando resíduos não tratados no solo e potencialmente contaminando o lençol freático e fontes de água subterrânea próximas, tornando-as impróprias para consumo.

Além disso, o armazenamento inadequado dos resíduos em fossas rudimentares pode atrair insetos, roedores e outros vetores de doenças. Para reduzir esses riscos, é crucial que as fossas sejam projetadas, construídas e mantidas conforme os padrões adequados de saneamento. Portanto, é vital que as autoridades de saúde pública e as comunidades trabalhem juntas de maneira eficaz para enfrentar esses desafios relacionados ao saneamento.

Gráfico 2 - Condições de moradia: formas de escoamento do banheiro ou sanitário



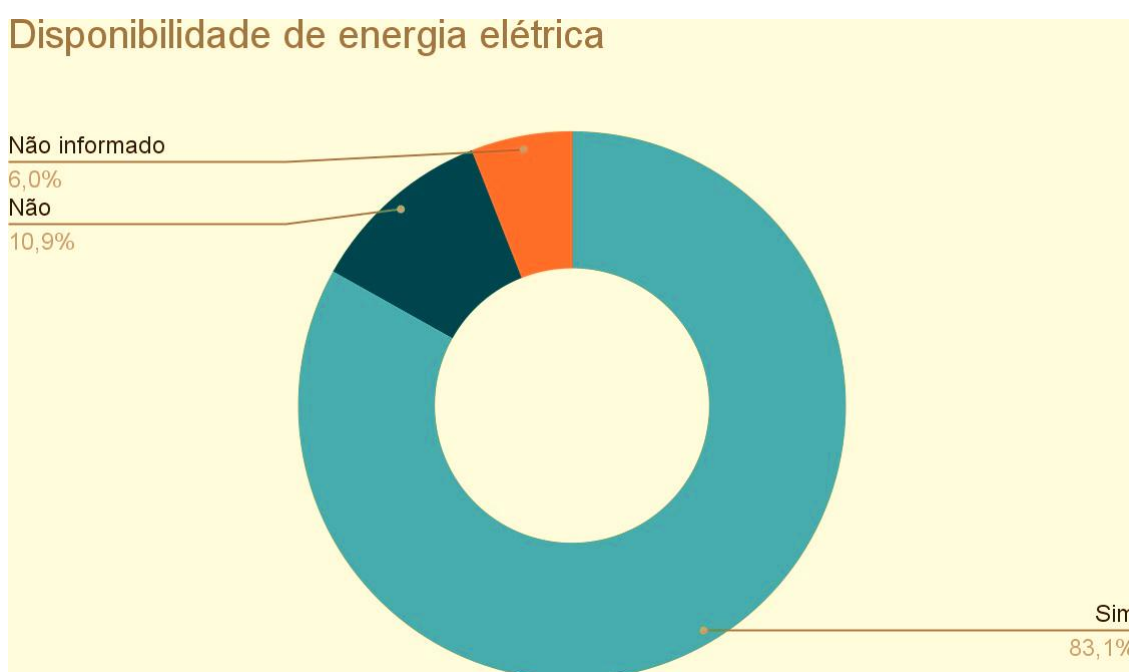
Fonte: Dados e-SUS (2024)

Análise da disponibilidade de energia elétrica nas residências da região (conforme o Gráfico 3) revela que mais de 400 lares enfrentam a ausência desse serviço essencial. Tal fato representa 10,9% dos domicílios registrados na área 14, além de um adicional de 6,0% que não forneceram informações sobre a disponibilidade de eletricidade. No âmbito da saúde, a privação de energia elétrica pode prejudicar a conservação adequada de alimentos e medicamentos que

necessitam de refrigeração, além de impossibilitar o uso de equipamentos médicos que dependem de eletricidade.

Além disso, a falta de acesso à energia elétrica pode restringir o acesso à informação, comunicação e serviços básicos, comprometendo a cidadania dessas pessoas. Torna-se imperativa a implementação de políticas públicas que assegurem o acesso à energia elétrica de qualidade para todos, com o objetivo de elevar a qualidade de vida, a saúde e a inclusão social.

Gráfico 3 - Condições de moradia - Disponibilidade de energia elétrica



Fonte: Dados e-SUS (2024)

No que se refere à remoção de detritos (conforme a Tabela 6), o grosso dos resíduos domésticos é coletado pela empresa contratada pelo município. Contudo, ao menos 8 moradias relataram destinar seu lixo de forma distinta, o que pode representar um perigo à saúde da população ao redor devido ao descarte inadequado. Essa questão é especialmente relevante considerando a epidemia de dengue que assolou o município nos primeiros meses de 2024.

Tabela 6 - Condições de moradia - Destino do lixo

Destino do lixo	
Descrição	Quantidade (%)
Coletado	3770 (92,5%)
Outro	8 (0,2%)
Não informado	298 (7,3%)

Fonte: Dados extraídos do relatório de cadastro domiciliar e territorial do e-SUS (2024)

Em resumo, os dados apresentados sobre as condições de moradia na área evidenciam uma realidade preocupante, demonstrando que uma parcela considerável da população ainda não dispõe de serviços básicos essenciais, como eletricidade e saneamento básico. Essa carência pode acarretar consequências diretas na saúde e na qualidade de vida dessas pessoas, aumentando os riscos de doenças e comprometendo seu bem-estar geral. Portanto, é crucial que políticas públicas eficazes sejam implementadas para garantir que todos os cidadãos possuam condições de moradia adequadas e pleno acesso aos serviços essenciais.

Além disso, é importante desenvolver iniciativas que abordem não apenas a infraestrutura física, mas também as necessidades sociais e de saúde dessas comunidades, buscando assim uma melhoria abrangente e sustentável na qualidade de vida de todos os moradores.

7 PERFIL DEMOGRÁFICO

7.1 POPULAÇÃO TOTAL SOB RESPONSABILIDADE DA EQUIPE

Visando aprimorar a entrega dos serviços de saúde, assegurar a coordenação do cuidado, simplificar o acesso e aperfeiçoar a eficiência do trabalho, a Política Nacional de Atenção Básica (2017) determina que cada equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF) deve atender uma população entre 2.000 e 3.500 indivíduos. Conforme os dados do e-SUS, a equipe 14 é responsável por 5.166 cidadãos ativos, ultrapassando o limite máximo recomendado (como demonstrado na Tabela 7). Isso significa que o número de pessoas cadastradas na área de abrangência da equipe 14 excede o limite superior estabelecido.

A área 14 enfrenta desafios devido a microáreas não cobertas e à ausência de cadastramento adequado de muitos pacientes, o que pode indicar que o número de pessoas atendidas é superior ao registrado nos sistemas e-SUS e e-GESTOR. Estima-se que a microárea 6 possua cerca de 2.500 pessoas não cadastradas. Para assegurar assistência adequada, incluindo a implementação dos programas da ESF, é necessário dividir a responsabilidade com uma nova equipe para atender de forma adequada à demanda dessa população adscrita (com registros atualizados).

Em agosto de 2024, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da unidade, em colaboração com a secretária municipal de saúde, iniciaram um esforço conjunto para registrar o máximo de domicílios e comprovar que a quantidade populacional está subestimada, de acordo com os dados apresentados pela secretaria, visando uma redistribuição das áreas. Segundo os dados do e-SUS, a equipe 14 atende 5.166 cidadãos ativos, e mesmo que este número fosse preciso, ainda excederia significativamente o ideal recomendado.

Tabela 7 - Dados Gerais

Dados gerais	
Descrição	Quantidade
Cidadãos ativos	5166
Saída de cidadãos do cadastro	328
Total:	5494

Fonte: Elaborada pelos autores com dados do relatório de cadastro individual do e-SUS (2024)

A localização da Unidade Básica de Saúde (UBS), distante dos Prontos Atendimentos e hospitais, resulta em uma sobrecarga no serviço, uma vez que pacientes com necessidades urgentes procuram atendimento na UBS por ser a unidade mais próxima. Tal fato ocorre devido à dificuldade de acesso às Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e hospitais, especialmente para aqueles com limitações de transporte ou mobilidade. Como consequência, a UBS atende uma demanda maior do que a esperada, assumindo casos que deveriam ser direcionados às UPAs e hospitais, o que pode levar os pacientes a desistirem de procurar atendimento médico necessário.

7.1 POPULAÇÃO TOTAL SOB RESPONSABILIDADE DA EQUIPE

Os dados relativos à distribuição de idade e gênero dos cidadãos estão

apresentados na Tabela 9. A maior concentração etária encontra-se na faixa de 25 a 29 anos, totalizando 435 pessoas. A população da área 14 é predominantemente feminina (Tabela 8), com uma diferença de aproximadamente 4,2% entre os sexos. As mulheres representam 52,1% da população, enquanto os homens correspondem a 47,9%, e uma pessoa (0,02%) não declarou o sexo.

De acordo com o último Censo do IBGE (2022), dos 285.415 habitantes de Foz do Iguaçu, 147.112 são do sexo feminino, o que equivale a 51,54%, refletindo a distribuição observada na área 14.

Tabela 8 - Identificação do usuário – Sexo

Identificação do usuário / cidadão - Sexo	
Descrição	Quantidade
Masculino	2473
Feminino	2692
Não informado	1
Total:	5166

Fonte: Elaborada pelos autores com dados do relatório de cadastro individual do e-SUS (2024).

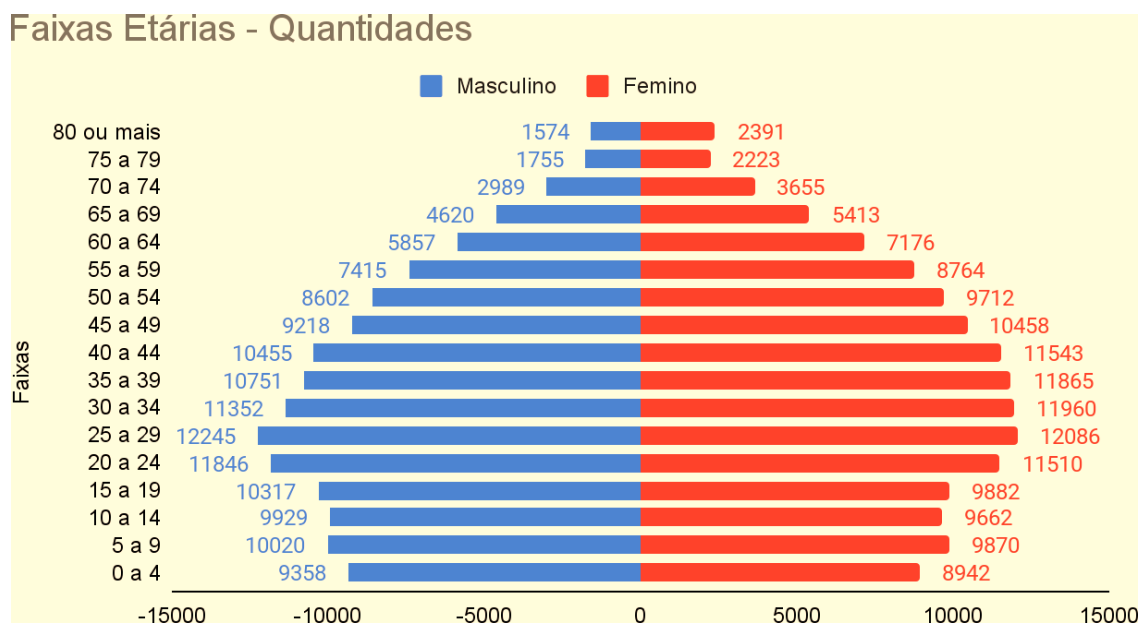
Tabela 9 - Faixas etárias

Identificação do usuário / cidadão - Faixa etária				
Descrição	Masculino	Feminino	N. Inf	Total
Menos de 01 ano	9	16	0	25
01 ano	21	23	0	44
02 anos	28	21	0	49
03 anos	36	27	0	63
04 anos	22	27	0	49
05 a 09 anos	191	202	0	393
10 a 14 anos	205	172	0	377
15 a 19 anos	159	193	0	352
20 a 24 anos	191	214	0	405
25 a 29 anos	200	235	0	435
30 a 34 anos	202	211	1	414
35 a 39 anos	161	181	0	342
40 a 44 anos	154	185	0	339
45 a 49 anos	147	164	0	311
50 a 54 anos	168	188	0	356
55 a 59 anos	158	163	0	321
60 a 64 anos	138	165	0	303
65 a 69 anos	104	92	0	196
70 a 74 anos	72	88	0	160
75 a 79 anos	60	62	0	122
80 anos ou mais	47	63	0	110
Não informado	0	0	0	0
Total:	2473	2692	1	5166

Fonte: Elaborada pelos autores com dados do relatório de cadastro individual do e-SUS (2024).

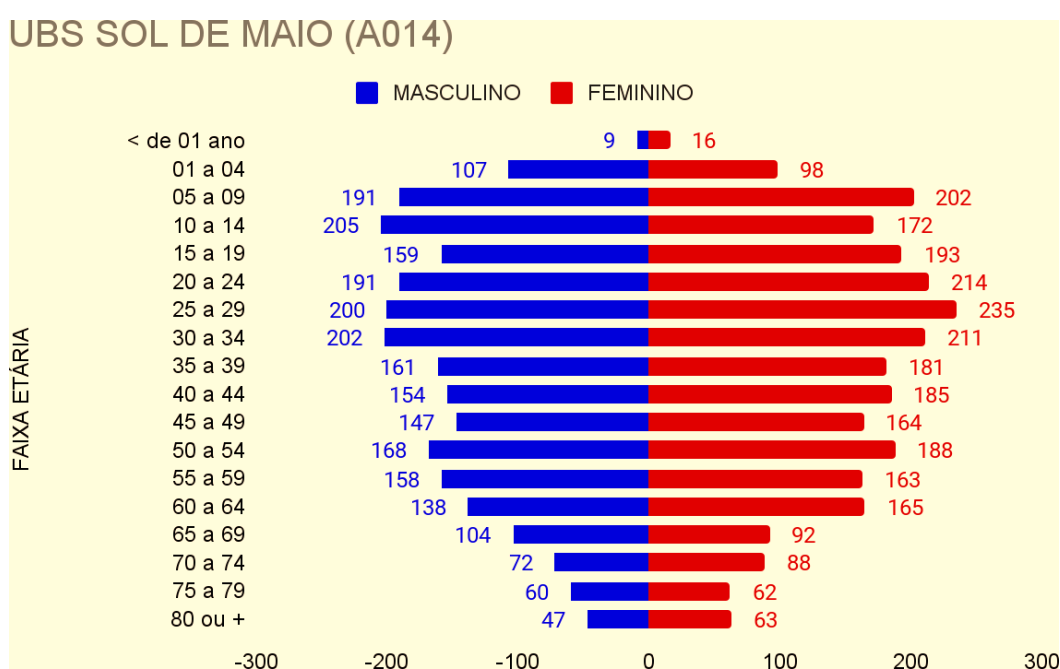
As Figuras 17 e 18 apresentam a distribuição da população de Foz do Iguaçu e da área 14, separada por faixa etária e gênero.

Figura 17 - População Censitária Segundo Faixa Etária e Sexo de Foz do Iguaçu- 2022



Fonte: Elaborada pelos autores com dados extraídos do Censo de Foz do Iguaçu de 2022 (2024).

Figura 18 - Pirâmide etária - Área 14



Fonte: Elaborada pelos autores com dados extraídos do e-SUS (2024)

Ao examinar a distribuição populacional por meio de uma pirâmide etária, foi constatado que a população da área 14 apresenta uma faixa etária média mais elevada em comparação com o restante do município. Tal fato se deve, em parte, à recente expansão da indústria da construção civil na região, que atraiu casais jovens em busca de moradia

Outro ponto importante é a proporção de idosos. Enquanto no município há uma queda acentuada nas faixas etárias mais avançadas, na área da UBS essa redução é menos pronunciada, o que pode ser atribuído à presença de áreas rurais, onde há maior concentração de idosos.

Com o aumento da população idosa atendida pela unidade, é fundamental implementar medidas específicas para suprir as necessidades desse grupo, como criar um ambiente acessível e adaptado, com barras de apoio e assentos adequados para pessoas com mobilidade reduzida. No entanto, a UBS Sol de Maio enfrenta desafios devido à inadequação de suas instalações, como vãos de porta estreitos, leitos pequenos que não acomodam pacientes com excesso de peso e cadeiras de rodas maiores.

7.3 PERCENTUAL DE PESSOAS DE RAÇA: BRANCA, PRETA, PARDA, AMARELA E INDÍGENA NA ÁREA DA EQUIPE

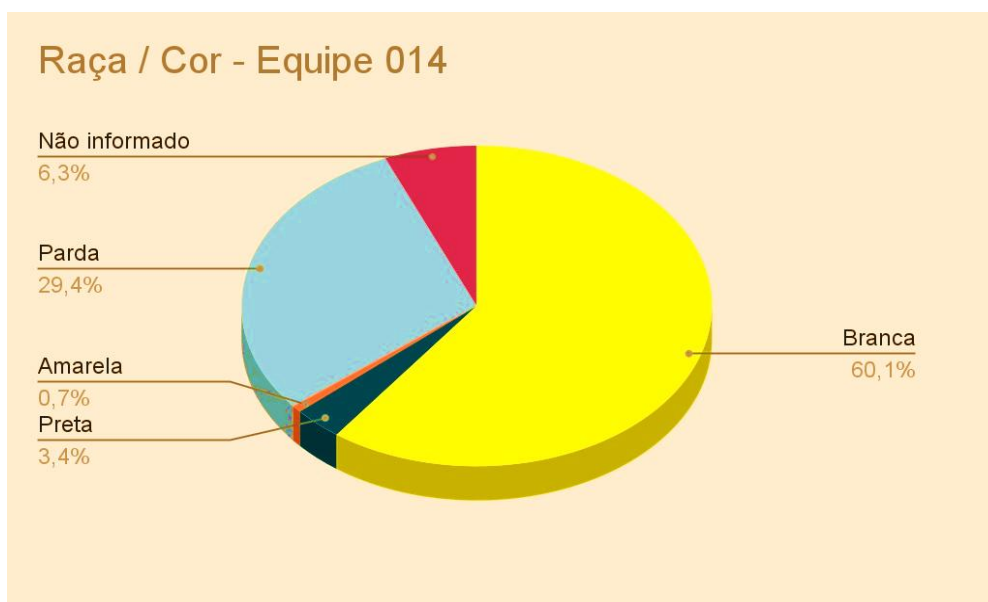
Conforme a Tabela 10 e a gráfico 4, a maioria da população da área 14 se autodeclara branca (60,1%), seguida por parda (29,4%), preta (3,4%) e amarela (0,7%). Não houve autodeclaração de indígenas. Um número significativo de pessoas (328) não informou sua raça, o que é inaceitável, pois essa é uma informação básica de autodeclaração que não exige outros dados para ser preenchida.

Tabela 10 - Raça / Cor

Identificação do usuário / cidadão - Raça / Cor	
Descrição	Quantidade
Branca	3107
Preta	176
Amarela	35
Parda	1520
Indígena	0
Não informado	328
Total:	5166

Fonte: Elaborada pelos autores com dados do relatório de cadastro individual do e-SUS (2024)

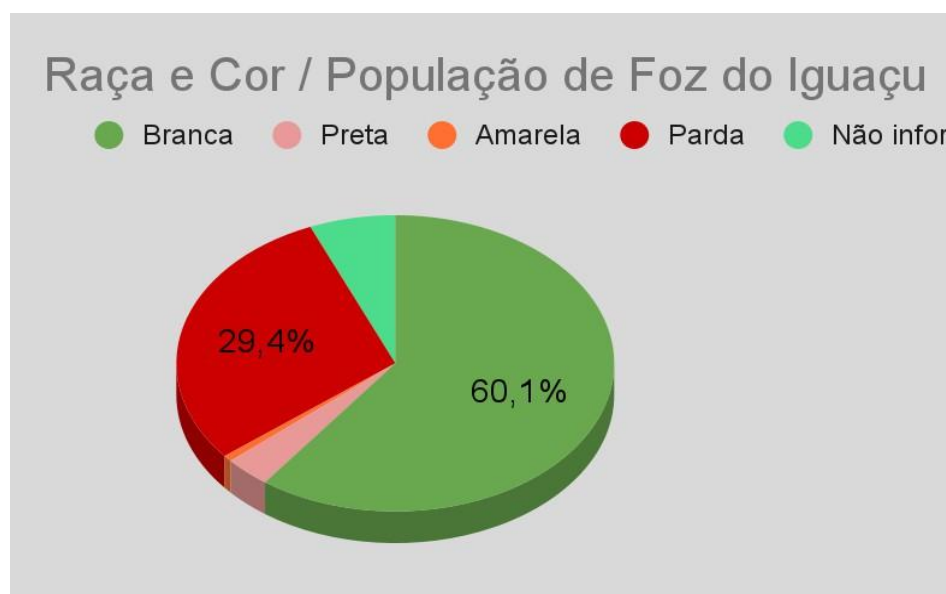
Gráfico 4 - Percentual de pessoas pela Raça/Cor na área 14



Fonte: Elaborada pelos autores com dados do relatório de cadastro individual do e-SUS (2024)

Segundo os dados do censo 2022 do IBGE, 57% da população de Foz do Iguaçu se identificou como branca, 37% como parda, 5,2% como preta, 1,46% como amarela e 0,25% como indígena (gráfico 5). A distribuição racial na área 14 é semelhante à da população total de Foz do Iguaçu.

Gráfico 5 - Percentual de pessoas pela Raça/Cor em Foz do Iguaçu



Fonte: Elaborada pelos autores com dados do relatório de cadastro individual do e-SUS (2024).

7.4 NACIONALIDADE BRASILEIRA, ESTRANGEIRA E NATURALIZADOS

Entre a população atendida pela equipe 14, 98,5% (5086 pessoas) são brasileiras, 0,1% (6) são naturalizadas e 1,4% (74) são estrangeiras (Tabela 11). A localização de Foz do Iguaçu na tríplice fronteira explica a maior presença de estrangeiros na área. Apesar desses números serem significativos, é provável que não estejam completos, pois a equipe atende diariamente estrangeiros que se mudaram para o bairro. É importante ressaltar que muitos ainda enfrentam a falta de documentos oficiais brasileiros, o que frequentemente resulta em recusas de atendimento, conforme relatado por pacientes e membros da equipe.

Tabela 11 - Nacionalidade

Identificação do usuário / cidadão - Nacionalidade	
Descrição	Quantidade
Brasileira	5086
Naturalizado	6
Estrangeiro	74
Não informado	0
Total:	5166

Fonte: Elaborada pelos autores com dados do relatório de cadastro individual do e-SUS (2024)

7.5 POPULAÇÃO QUE POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO

A área 14 possui 4405 usuários que dependem exclusivamente do SUS, representando 85,3% do total. Apenas 44 usuários informaram possuir plano de saúde privado, enquanto 717 não informaram devido à crença equivocada de que usuários do SUS não podem ter planos privados. Esse percentual está acima da média nacional de 80% de dependência exclusiva do SUS, conforme dados da UNASUS de 2021. Portanto, a área 14 necessita de um sistema de saúde bem estruturado e eficiente para atender à alta demanda.

7.6 POPULAÇÕES ESPECÍFICAS

7.6.1 População menor de 2 anos de idade para priorização das VD dos ACS's e estratificação de risco

Conforme evidenciado na Tabela 9, a área 14 abriga 69 crianças com menos de 2 anos, um contingente considerável que demanda atenção na UBS. As visitas domiciliares são cruciais para a permuta de informações e representam uma das principais atribuições do agente comunitário de saúde. Recomenda-se realizar uma visita na primeira semana após o parto e, a partir daí, avaliar os fatores de risco e proteção, ajustando a frequência das visitas conforme necessário (BRASIL, 2012).

7.6.2 População menor de 5 anos de idade elegível para puericultura de acordo com as faixas etárias

Conforme evidenciado na Tabela 9, a área 14 abriga 230 crianças com idade inferior a 5 anos. Essa faixa etária demanda um volume expressivo de consultas de puericultura, além de uma alta procura por atendimentos de queixas agudas. Tal cenário se justifica pela elevada incidência de doenças respiratórias e gastrointestinais nessa faixa etária, somado ao fato de que muitas dessas crianças estão iniciando sua jornada escolar e ainda estão internalizando hábitos de higiene.

7.6.3 População feminina elegível para rastreamento do câncer de colo uterino

Conforme indicado na Tabela 9, a área 14 possui 1.492 mulheres elegíveis para o rastreamento do câncer de colo uterino. Esse número refere-se às mulheres entre 25 e 64 anos, faixa etária recomendada pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) para a realização do exame citopatológico. O rastreamento tem um impacto positivo na redução da mortalidade feminina causada por esse tipo de câncer (INCA, 2022). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), quando pelo menos 80% da população-alvo é rastreada e recebe tratamento adequado, a incidência de câncer cervical invasivo pode ser reduzida em 60 a 90% (WHO, 2002; OPAS, 2016).

7.6.4 População feminina elegível para rastreamento do câncer de mama

Conforme evidenciado na Tabela 9, a área 14 abriga 608 mulheres com idade entre 50 e 69 anos, elegíveis para o rastreamento do câncer de mama, com a recomendação de realizar mamografias a cada dois anos para detecção precoce da doença. A equipe 14 da UBS Sol de Maio deveria solicitar cerca de 289 mamografias anualmente (INCA). Embora a mamografia seja requisitada para pacientes que realizam o exame citopatológico, o índice de coleta deste exame está aquém do esperado, limitando a identificação de pacientes. Para ampliar a adesão aos exames, são necessárias estratégias como mutirões frequentes e maior participação dos ACS na busca ativa de pacientes. Isso pode aprimorar a cobertura do rastreamento e reduzir a mortalidade feminina por câncer.

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

Na área 14 da UBS Sol de Maio residem 891 indivíduos com mais de 60 anos, conforme indicado na Tabela 9. Esse contingente é relevante para a saúde pública, pois essa faixa etária possui demandas específicas relacionadas ao envelhecimento. O Caderno de Atenção Básica 19: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa enfatiza a importância de uma abordagem humanizada na Atenção Básica, com visitas domiciliares e a remoção de barreiras arquitetônicas para facilitar o acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2007).

Promover hábitos saudáveis é um dos pilares para assegurar um envelhecimento ativo e saudável, sendo uma das metas para essa população. Isso inclui incentivar uma alimentação equilibrada, a prática regular de atividades físicas, cuidar da saúde mental e promover práticas em grupo.

A atenção à pessoa idosa deve ser abrangente, considerando aspectos como visão e audição, incontinência urinária, sexualidade, vacinação, cognição, saúde mental, mobilidade, prevenção de quedas e manutenção da autonomia. É fundamental que os profissionais de saúde estejam capacitados para atender essas necessidades, proporcionando um cuidado integral e acolhedor a essa população em crescimento (BRASIL, 2007).

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

O Caderno de Atenção Primária número 29 recomenda o rastreamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) para todos os maiores de 18 anos que desconhecem

ser hipertensos. No território da equipe 14, há 3814 pessoas com 20 anos ou mais, das quais 3173 são elegíveis para rastreamento, excluindo os 641 já diagnosticados. Para indivíduos com pressão arterial normal (PAS < 120 mmHg e PAD < 80 mmHg), o rastreamento deve ser bienal. Aqueles com PAS entre 120-139 ou PAD entre 80-89 são pré-hipertensos e devem ser rastreados anualmente, além de adotar mudanças no estilo de vida. PAS entre 140-159 e PAD entre 90-99 indicam HAS estágio 1 (BRASIL, 2010).

7.6.7 População entre 10 e 19 anos de idade elegível para o cuidado e EPS ao adolescente

A puberdade representa o período de transformação física na adolescência, enquanto a adolescência compreende a fase de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizada por profundas mudanças biológicas, psicológicas e sociais. De acordo com a OMS e o Ministério da Saúde, essa fase ocorre entre os 10 e 19 anos (BRASIL, 2017b). Segundo o Cadastro Individual do e-SUS de 2024, conforme demonstrado na Tabela 9, a área 14 abriga 729 adolescentes entre 10 e 19 anos, sendo 364 do sexo masculino e 365 do sexo feminino.

A adolescência envolve mudanças físicas e psicológicas significativas, com os jovens buscando identidade e independência, além de desenvolverem consciência social e laços com seus pares. Relacionamentos saudáveis são cruciais para o bem-estar dos adolescentes (BRASIL, 2017b).

A violência e o uso de substâncias recreativas são problemas comuns, acarretando diversas complicações. Outros desafios incluem distúrbios alimentares, depressão, gravidez indesejada e ISTs (BRASIL, 2017b).

Políticas de saúde pública devem focar na saúde mental, prevenção da violência e uso de substâncias, e educação sexual, com a sociedade garantindo um ambiente seguro para os jovens. Contudo, há uma carência de atendimento psicológico adequado devido à sobrecarga dos serviços.

8 PERFIL SOCIOECONÔMICO

8.1 PERFIL DE POBREZA

Os níveis de renda classificados como pobreza e extrema pobreza representam fatores significativos de vulnerabilidade socioeconômica. A baixa renda familiar está diretamente relacionada a uma maior dependência dos serviços públicos de saúde e a uma reduzida capacidade de acesso a cuidados de saúde abrangentes. Essa condição afeta não apenas o acesso a necessidades básicas, como alimentação adequada, saneamento e lazer, mas também a obtenção de tratamentos e medicamentos que não são cobertos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, indivíduos em situação de baixa renda frequentemente enfrentam desafios adicionais, como moradia precária e falta de acesso à educação e emprego, o que amplifica ainda mais sua vulnerabilidade em relação à saúde.

Devido ao fato de apenas 2,66% dos domicílios cadastrados terem informado renda, a amostra está sujeita a um grande risco de viés de seleção. Dessa forma, a análise dos percentuais de pobreza e extrema pobreza se torna pouco confiável nessa população.

Entre os motivos para a baixa taxa de resposta estão o fato de que a renda familiar é uma informação bastante pessoal e, por vezes, controversa. Realizar o questionamento gera certo desconforto por parte da equipe de agentes comunitários, que frequentemente também são moradores da área em que atuam e convivem há muito tempo com a população a ser questionada. A renda familiar ainda é uma espécie de tabu em uma sociedade capitalista, onde frequentemente o sucesso é medido com base no rendimento. Outros motivos também incluem a desinformação da população, que evita responder ao questionário por medo de perder algum benefício ou perder acesso ao serviço de saúde se responder com uma renda considerada maior.

Apesar da baixa adesão, das 72 famílias que responderam, aproximadamente 5,5% (4 famílias) se encontram na faixa de extrema pobreza, com renda inferior a meio salário-mínimo. Tal informação contrasta com os dados do município sobre a porcentagem da população na mesma condição, de 33,4% em 2010 (IBGE, 2012). Além disso, a maior parcela das famílias que responderam foi caracterizada como em situação de pobreza, com 58,3% vivendo com até um salário-mínimo.

8.2 PERFIL EDUCACIONAL

8.2.1 Nível de educação

Com base na Tabela 12 de escolaridade, observa-se que a maior parte da população da área possui instrução básica, com 261 pessoas concluindo do 5º ao 8º ano do ensino fundamental e 274 cursando ou concluindo o ensino médio.

Apenas 47 residentes informaram frequentar ou ter concluído o ensino superior, indicando um percentual muito baixo de qualificação avançada. Além disso, um grande número de registros (4076, ou 78,6%) não incluiu informações sobre escolaridade, o que dificulta uma análise precisa e detalhada do perfil educacional. Esse cenário ressalta a importância de intervenções educacionais e a necessidade de políticas de inclusão e promoção da continuidade dos estudos, visando reduzir o índice de evasão e aumentar as oportunidades de qualificação da população.

8.2.2 Percentual com ensino médio e superior completo

Uma pequena fração da população declarou ter concluído o ensino médio ou superior. Dos registros disponíveis, 274 pessoas (5,2% do total) finalizaram ou estão cursando o ensino médio, enquanto 47 (0,9%) alcançaram o nível superior, incluindo especialização, mestrado e doutorado. No entanto, um número considerável de residentes (78,6%) não informou seu nível educacional, resultando em 4076 registros sem dados. Isso limita a análise e indica a necessidade de aprimorar a coleta de informações.

É importante considerar que o relatório do e-SUS contabiliza tanto o nível de escolaridade de ensino superior completo quanto aqueles que estão cursando, e que não faz distinção por faixa etária. Isso dificulta a comparação com os dados consolidados da PNAD do IBGE, que leva em consideração somente aqueles com o nível completo e se caracteriza por faixa etária. Além disso, o fato de menos de 25% da população do território ter respondido ao questionário sobre escolaridade torna a amostra novamente sujeita a um grande viés de seleção.

Tabela 12 – Curso mais elevado que frequenta ou frequentou

Descrição	Quant.
Creche	64
Pré-escola (exceto CA)	14
Classe de alfabetização	14
Ensino fundamental 1ª a 4ª séries	230
Ensino fundamental 5ª a 8ª séries	261
Ensino fundamental completo	137
Ensino fundamental especial	8
Ensino fundamental EJA - séries iniciais (supletivo 1ª a 4ª séries)	2
Ensino fundamental EJA - séries iniciais (supletivo 5ª a 8ª séries)	6
Ensino médio, médio 2º ciclo (científico, técnico e etc)	264
Ensino médio especial	7

Ensino médio EJA (supletivo)	3
Superior, aperfeiçoamento, especialização, mestrado, doutorado	47
Alfabetização para adultos	3
Nenhum	30
Não informado	4076
Total	5166

Fonte: Elaborada pelos autores com dados do relatório de cadastro individual do e-SUS (2024)

8.2.3 Analfabetismo

O analfabetismo é um fator de risco familiar incluso na estratificação de Coelho e Savassi, pois cria uma grande barreira no acesso à informação em saúde, dificulta a comunicação e a adesão às ações propostas pela ESF, e afasta os usuários do empoderamento no próprio cuidado. Os dados indicam que 30 pessoas na área atendida pela UBS declararam não possuir qualquer nível de escolaridade, o que representa 0,6% da população total registrada (Tabela 12), o que corresponde a uma taxa de analfabetismo de 2,99% em relação aos respondentes, menor do que a taxa brasileira de 6,6% de 2019 (IBGE, 2019) e do município de 4,67% em 2010 (IBGE, 2012). Além disso, 3 pessoas relataram estar em programas de alfabetização para adultos. Novamente vale destacar que o dado pode estar subestimado (Savassi, Coelho, 2012).

É crucial que idosos e adultos analfabetos compreendam as receitas médicas, especialmente quando se trata de medicamentos para condições crônicas como hipertensão e diabetes. Nessas condições, a adesão rigorosa ao tratamento é essencial para controlar os sintomas e prevenir complicações, medidas são necessárias para que os pacientes analfabetos e idosos compreendam melhor quais medicamentos deverão tomar, facilitando a adesão ao tratamento, são pequenas adaptações que podem ter um impacto significativo na compreensão e no manejo das prescrições médicas, especialmente para aqueles que enfrentam barreiras de alfabetização.

8.2.4 Com quem ficam as crianças de 0 – 9 anos

Os dados sobre a supervisão de crianças de 0 a 9 anos mostram que, dos registros disponíveis, 361 crianças permanecem sob o cuidado de um adulto responsável, representando

a maioria dos casos registrados. Além disso, uma criança é supervisionada por outra criança e uma por um adolescente, situações que podem indicar vulnerabilidade, pois crianças e adolescentes têm capacidade limitada de cuidar de outros menores. Nove crianças frequentam creches, demonstrando uma opção formal de cuidado. Entretanto, uma expressiva maioria de 5203 registros não informou com quem as crianças ficam representando 94% do total.

Esses dados conflitam com o questionário sobre escolaridade da Tabela 13, em que pelo menos 64 residentes frequentam ou já frequentaram creche, podendo ser resultado de uma inconsistência de registro.

Tabela 13 - Informações sociodemográficas - Crianças de 0 a 9 anos, com quem fica.

Descrição	Quant.
Adulto responsável	361
Outra (s) criança (s)	1
Adolescente	1
Sozinha	0
Creche	9
Outro	0
Não informado	5203
Total	5575

Fonte: Elaborada pelos autores com dados do relatório de cadastro individual do e-SUS (2024)

8.3 PLANO DE SAÚDE PRIVADO

De todas as respostas ao questionário, apenas 44 pessoas declararam possuir plano de saúde privado. Isso corresponde a uma porcentagem de 99,1% da população adscrita que respondeu ao questionário, dependendo exclusivamente do SUS para acesso à saúde. Em números absolutos, são 4405 pessoas que afirmaram não possuir plano de saúde, sem contar os 717 que não informaram.

Dessa forma, a população dependente do SUS por si só já ultrapassa o limite superior de população adscrita a uma eSF preconizado pela PNAB, mas ainda é preciso considerar a população que não respondeu ao questionário, e que a população que possui plano de saúde não deixa de ser responsabilidade da APS (BRASIL, 2017).

8.4 OCUPAÇÕES MAIS FREQUENTES

As informações sobre ocupação provenientes da população do território são extremamente escassas. Apenas 1,22% (64 cidadãos) dos 5166 cadastros possuem ocupação informada. Dessa forma, é impossível traçar um perfil de frequências de profissões na população para planejar ações de saúde ocupacional.

Sabe-se que, apesar de nenhum cadastro ter informado profissão de trabalhador agrícola, diversos pacientes, ao passar por consulta, relataram trabalhar no ramo, principalmente os provenientes da área rural do território. Dessa forma, é possível planejar ações a respeito da saúde desses profissionais expostos ao sol, esforço físico extenuante, zoonoses e agrotóxicos, mas não é possível quantificar o impacto dessas ações. Também foi observada uma prevalência em consulta alta de queixas do aparelho osteomuscular relacionadas aos trabalhos de empregada doméstica e da fabricação e produção de alimentos.

8.5 SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

Quanto à situação no mercado de trabalho (Tabela 14), apenas 1098 pessoas responderam ao questionamento, o que corresponde a 21,1% dos moradores a partir de 15 anos. Desses, o que mais chama a atenção são os 64 moradores em situação de desemprego, outro marcador de vulnerabilidade (Coelho, Savassi, 2012). Também é importante considerar que os profissionais assalariados sem carteira de trabalho ou autônomos sem previdência estão sob risco social e exigem atenção para regularizar a situação.

Tabela 14 - Situação no mercado de trabalho

Descrição	Quant.
Empregador	2
Assalariado com carteira de trabalho	305
Assalariado sem carteira de trabalho	23
Autônomo com previdência social	75
Autônomo sem previdência social	100
Aposentado / Pensionista	144
Desempregado	64
Não trabalha	325
Servidor público / Militar	24
Outro	36

Não informado	4068
Total	5166

Fonte: Elaborada pelos autores com dados do relatório de cadastro individual do e-SUS (2024)

8.6 PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Os dados sobre deficiência indicam que, dos 5166 indivíduos cadastrados, 96 possuem algum tipo de deficiência (Tabela 15). Dentre essas, a deficiência física é a mais prevalente, afetando 45 pessoas, seguida pela deficiência intelectual ou cognitiva, com 34 casos. A deficiência visual afeta 15 indivíduos, enquanto 12 possuem deficiência auditiva. Além disso, 11 pessoas relataram ter outros tipos de deficiência.

A presença de deficiência física ou intelectual na família é um importante marcador de risco familiar, um dos que têm maior peso na escala de Coelho e Savassi (2012), pois frequentemente existe dependência de cuidado e dificuldade no acesso ao serviço de saúde. Além disso, é importante compreender que a pessoa com deficiência muitas vezes necessita de um cuidador (geralmente um próprio familiar) e este também está exposto a riscos, principalmente no que tange à saúde mental. Então, faz-se necessário o planejamento de ações tanto para a pessoa com deficiência quanto para seu cuidador

Tabela 15 - Pessoas com deficiência

Descrição	Quant.
Tem alguma deficiência?	
Sim	96
Não	5070
Auditiva	12
Física	45
Intelectual / Cognitiva	34
Visual	15
Outra	11

Fonte: Elaborada pelos autores com dados do relatório de cadastro individual do e-SUS (2024)

8.7 PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

A falta de moradia está ligada a condições de vida precárias, como a ausência

de acesso à higiene e saneamento básico, alimentação inadequada e exposição a condições climáticas severas. Essa população é mais vulnerável a doenças infecciosas, respiratórias, de pele e problemas de saúde mental. Além disso, a falta de moradia fixa dificulta o acesso aos serviços de saúde e a continuidade do cuidado.

De acordo com dados do Relatório de Cadastro Individual do e-SUS, há 8 pessoas cadastradas como em situação de rua no território, mas nenhuma informou há quanto tempo estão nessa condição. Dessas, apenas uma relatou receber algum benefício, e nenhuma relatou ter referência ou contato familiar, ou ser acompanhada por outra instituição. Em relação à higiene, apenas uma pessoa relatou ter acesso a banho, enquanto outras 4 relataram não ter acesso à higiene. Nada foi informado sobre alimentação.

8.8 ORIENTAÇÃO SEXUAL

Fazer parte da população LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros) pode ter um impacto significativo na saúde das pessoas. A discriminação, o estigma e a exclusão social são fatores que podem contribuir para o aumento da vulnerabilidade da população LGBT a problemas de saúde mental e física.

Conforme a Tabela 16, apenas 426 optaram por informar a orientação sexual no momento do cadastro, o que corresponde a 4,8% da população. Outros 3985 moradores (93,6%) recusaram facultativamente responder à pergunta, o que pode estar associado ao medo de estigmatização ou à dificuldade no entendimento das questões de sexualidade.

Dos que informaram orientação sexual, apenas 3 se autodeclararam homossexuais e um se declarou bissexual. Somados, esses moradores correspondem a 1,6% da população que respondeu.

Tabela 16 - Orientação sexual

Descrição		Quant.
Deseja informar orientação sexual?	Sim	426
	Não	3985
	N. inf.	755
Heterossexual		420

Homossexual (gay / lésbica)	3
Bissexual	1
Outros	0

Fonte: Elaborada pelos autores com dados do relatório de cadastro individual do e-SUS (2024)

No que concerne à identidade de gênero, apenas três indivíduos no território optaram por informar sua identidade de gênero, sendo dois homens transexuais e uma pessoa com outro gênero, diferente das opções de resposta da ficha de cadastro (Tabela 17). A ausência de registro esteve presente em 15,4% dos cadastros, e o restante optou por não informar. Apesar de pequena, essa é uma população que exige uma atenção especial no momento do atendimento, evitando ao máximo condutas e comportamentos ofensivos e discriminatórios por parte da equipe de saúde, de modo a não afastar essas pessoas do serviço.

Tabela 17 - Identidade de gênero

Descrição	Quant.	
Deseja informar identidade de gênero?	Sim	3
	Não	4346
	N. inf.	817
Homem transsexual	2	
Mulher transsexual	0	
Travesti	0	
Outro	1	

Fonte: Elaborada pelos autores com dados do relatório de cadastro individual do e-SUS (2024)

9 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

9.1 CRIANÇAS

Conforme o Relatório Operacional de Crianças Menores de 5 Anos do e-SUS (que considera apenas crianças associadas a um responsável familiar vinculado a um domicílio da área de abrangência), até dezembro de 2024, havia 180 crianças menores de 5 anos cadastradas na área 14. Dessas, 90 receberam atendimento de médicos ou

enfermeiros em 2024, representando 50% do total. No entanto, o Relatório de Cadastro Individual aponta um total de 240 crianças menores de 5 anos, revelando uma diferença de 50 crianças, cujas inconsistências cadastrais impediram sua inclusão no Relatório Operacional. Essa discrepância tende a se repetir em comparação entre os Relatórios Individual e Operacional. Relatórios de visita domiciliar e cadastral indicam que 19 destas crianças foram visitadas por Agentes Comunitários de Saúde entre janeiro a dezembro de 2024, correspondendo a 10,5% da população nessa faixa etária. Ademais, apenas 8,8% dessas crianças (n=16) foram atendidas na 1ª semana de vida.

O Caderno de Atenção Básica nº 33 (BRASIL, 2022) ressalta a importância do acompanhamento na primeira semana de vida, durante o qual se espera que o agente de saúde realize uma visita domiciliar para orientar a mãe e o recém-nascido sobre os cuidados iniciais e oferecer ações de saúde programadas. A equipe de saúde visa monitorar o crescimento e desenvolvimento da criança até os 2 anos, considerando a saúde do bebê e o contexto familiar, com articulações intersetoriais no território. Para as crianças menores de 2 anos na área 14, o mesmo conjunto de dados aponta 50 indivíduos, dos quais 16 foram atendidos este ano, correspondendo a 32% do total. Esse índice pode refletir um erro no sistema de cadastro, pois é esperado que crianças dessa faixa etária recebam atendimento com maior frequência.

Conforme os dados extraídos da Plataforma Saúde Digital do Paraná, até terceiro quadrimestre do ano 2024, o número total de crianças menores de 5 anos cadastradas na área era de 284. Das quais, apenas 82 crianças receberam atendimento médico ou de enfermagem em 2024, o que representa 28,9% do total. A cobertura de atendimento para essa faixa etária está abaixo do esperado, evidenciando a necessidade de estratégias para aumentar a adesão das famílias aos serviços de saúde. Fatores como dificuldades no agendamento, baixa procura por parte dos responsáveis e possíveis inconsistências cadastrais podem estar contribuindo para esse cenário.

Comparando ambos dados, essa discrepância entre o número total de crianças e aquelas efetivamente atendidas é uma tendência recorrente, podendo estar associada a falhas no registro ou a barreiras no acesso ao atendimento. Ações como visitas domiciliares por Agentes Comunitários de Saúde e campanhas de conscientização podem contribuir para melhorar esse indicador. O fortalecimento da atenção primária, por meio da busca ativa e do acompanhamento regular, é essencial para garantir o desenvolvimento saudável das crianças e prevenir complicações de saúde nessa faixa etária.

Em relação à vacinação infantil, dados do e-SUS indicam que, em abril de 2024, havia 26 crianças menores de 1 ano na área 14. Dessas, 10 estão com o calendário vacinal atualizado, representando 38,4% da população dessa faixa etária. A maioria das

demais crianças não possui dados cadastrais completos no relatório operacional, e apenas uma tem registro de vacinação incompleta. Quanto ao registro antropométrico e à avaliação do estado nutricional das 180 crianças menores de 5 anos, apenas 25 (16,8%) possuem medidas completas registradas. Entre essas, 17 estão eutróficas, 9 com risco de sobrepeso, 2 com magreza acentuada, 1 com sobrepeso e 2 com obesidade.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher de 2006 (BRASIL, 2009) indicou que 7% das crianças brasileiras menores de 5 anos apresentavam excesso de peso para a altura, número superior ao encontrado na área. Esses dados evidenciam a necessidade de intensificar o trabalho dos ACS na busca ativa desses pacientes, dada a importância do acompanhamento dessas crianças por profissionais de saúde.

9.2 GESTANTES E PUÉRPERAS

Para analisar o perfil epidemiológico das gestantes na área 14, foram utilizados o Relatório Operacional de Gestante e Puérpera do e-SUS e uma planilha interna da equipe 14, que detalha informações como idade gestacional, exames realizados, medicamentos, IMC, encaminhamentos, datas de consultas e observações. A planilha também acompanha indicadores como idade gestacional do início do pré-natal, número de consultas, realização de testes rápidos e consultas odontológicas, sendo atualizada a cada consulta por médicos, enfermeiros e outros profissionais.

Segundo o Relatório Operacional do e-SUS, há 24 gestantes cadastradas na área 14. No entanto, a planilha interna da equipe registra 35 gestantes em acompanhamento. Nos últimos 30 dias, 22 das 35 gestantes registradas na planilha tiveram consultas com médico/enfermeiro, mas nenhuma foi visitada por um ACS. Dados do sistema RP indicam 31 gestantes vinculadas à equipe, das quais 15 foram visitadas por ACS e 23 tiveram consulta com médico/enfermeiro no último mês.

No acompanhamento odontológico, 15 das 24 gestantes do Relatório e 19 das 31 do RP realizaram consultas odontológicas. Das 24 gestantes do Relatório, sete têm DPP vencida e cinco estão no puerpério, com um caso de possível parto prematuro. Para gestantes com DPP vencida e sem fechamento de pré-natal, é solicitada busca ativa pelos ACS.

De acordo com os dados da Plataforma Saúde Digital do Paraná, há um total de 30 gestantes cadastradas na área 14. Esse número apresenta uma diferença em relação a registros internos da equipe e ao RP, o que pode indicar inconsistências no cadastro ou dificuldades no acompanhamento contínuo das gestantes.

Das 30 gestantes cadastradas, 42,8% realizaram consultas pré-natais, o que corresponde a 13 gestantes. Esse número evidencia uma redução em relação aos trimestres anteriores; 1º Trimestre (Q1): 61,1% (18 gestantes), 2º Trimestre (Q2): 58,8% (17 gestantes) 3º Trimestre (Q3): 42,8% (13 gestantes) indicando a necessidade de ações voltadas à captação precoce e ao incentivo à adesão ao pré-natal.

A cobertura para exames durante a gestação também apresentou variação ao longo do ano. Atualmente, 64,4% das gestantes realizaram exames recomendados, o que equivale a 19 gestantes. No primeiro trimestre (2024.Q1): 86,4% (26 gestantes), no segundo trimestre (2024.Q2), 89% (27 gestantes), No terceiro trimestre (2024.Q3), 64,4% (19 gestantes). Apesar de ter começado o ano com alta adesão, houve uma queda expressiva no terceiro trimestre, possivelmente devido a barreiras de acesso ou menor procura pelas gestantes.

No que se refere ao atendimento odontológico para gestantes, os dados trimestrais de 2024 revelam um desempenho abaixo do esperado e uma tendência preocupante de queda ao longo do ano. No primeiro trimestre (2024.Q1), 59,8% das gestantes receberam atendimento odontológico, ficando ligeiramente abaixo da meta. No segundo trimestre (2024.Q2), essa porcentagem diminuiu para 53%, indicando uma queda na adesão ao atendimento. No terceiro trimestre (2024.Q3), a situação se agravou, com apenas 39,1% das gestantes recebendo atendimento odontológico, uma queda significativa em relação à meta e aos trimestres anteriores.

É importante ressaltar que, ao serem questionadas sobre o tema, muitas gestantes relatam dificuldades em conseguir vagas para o atendimento odontológico, evidenciando uma alta demanda pelo serviço.

Em resumo, o indicador demonstra uma baixa adesão ao atendimento odontológico por parte das gestantes, com uma tendência de queda ao longo do ano. Esse resultado é preocupante, pois a saúde bucal é fundamental para a saúde geral da gestante e do bebê, e merece atenção urgente para identificar as causas da baixa adesão e implementar ações para melhorar o acesso e a adesão ao atendimento odontológico. A alta demanda relatada pelas gestantes reforça a necessidade de ampliar a oferta de vagas e otimizar o agendamento para garantir o acesso oportuno aos serviços odontológicos.

Na classificação de risco da planilha, 77,14% das gestantes estão em risco habitual, 2,85% em risco intermediário e 20% em alto risco. O Relatório não registra gestantes adolescentes, mas a planilha interna identifica uma adolescente (2,85%) de 18 anos, em comparação com a média nacional de 17,4% (INDICA, 2014). A discrepância entre os dados do e-SUS e da planilha interna decorre da falta de atualização dos cadastros pelas ACS, comprometendo a precisão dos indicadores de saúde e destacando a necessidade de atualizações frequentes.

9.3 HIPERTENSÃO ARTERIAL E SISTÊMICA

Desde julho de 2022, a equipe 14 da UBS Sol de Maio realiza um controle próprio dos atendimentos a pacientes diabéticos e/ou hipertensos que participam do programa HIPERDIA, que ocorre às quintas-feiras em dois horários: às 7:30 e às 9:30.

No dia da consulta, a equipe de enfermagem registra sinais vitais (peso, altura, pressão arterial, glicemia, frequência cardíaca e saturação). Em seguida, os pacientes passam por uma pré-consulta com internos de medicina, que inclui a estratificação de risco cardiovascular com base na calculadora da Sociedade Brasileira de Cardiologia de 2020. Desde outubro de 2024, pacientes sem exames laboratoriais recentes (menos de um ano) são agendados para realizar esses exames antes da consulta.

Após a pré-consulta, há uma reunião em grupo com orientações sobre controle da hipertensão, diabetes e dislipidemia, ministrada pelos internos ou pela nutricionista do distrito, que aborda temas como dieta, atividade física e adesão ao tratamento. Por fim, o médico da equipe avalia os exames e define as condutas necessárias.

As informações das consultas são registradas semanalmente em planilhas digitais para controle contínuo dos atendimentos do programa. Nesse contexto, a seguir serão analisados os dados obtidos através da plataforma e-SUS (Tabela 18).

Tabela 18 - Pacientes diabéticos e hipertensos

Descrição	Sim	Não	N. inf.
Tem diabetes	229	4249	688
Tem hipertensão	641	3864	661

Fonte: Elaborada pelos autores com dados do relatório de cadastro individual do e-SUS (2024)

De acordo com o relatório de cadastro individual (Tabela 20), há 641 pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) cadastradas, representando 17,6% da população com 20 anos ou mais na área. No entanto, o número pode ser impreciso, pois alguns pacientes acreditam que, ao controlarem a pressão, deixam de ter hipertensão. Além disso, a diferença pode ser explicada pela falta de cadastramento ou cadastramentos incompletos, problema comum na área.

De acordo com os dados da Plataforma Saúde Digital do Paraná, O Indicador 6 avalia o percentual de pacientes hipertensos que receberam consulta e tiveram a pressão arterial (PA) aferida foi de 50% dos 583 pacientes hipertensos registrados, os dados trimestrais de 2024 mostram que a cobertura está muito abaixo da meta em todos os trimestres, com uma tendência de diminuição constante. No primeiro trimestre (2024.Q1), a cobertura foi de 19,9% (116 pacientes), diminuindo para 18,5% (108 pacientes) no segundo trimestre (2024.Q2) e para 14,4% (84 pacientes) no terceiro trimestre (2024.Q3). Essa baixa cobertura indica dificuldades no acompanhamento e controle da hipertensão, devido a descontinuidade do tratamento anti-hipertensivo prescrito. Os pacientes relatam a ausência de sintomas como justificativa para interromper o uso da medicação.

No entanto, essa prática coloca em risco a saúde cardiovascular dos pacientes, como evidenciado pelos registros em seus prontuários. Frequentemente, esses pacientes buscam atendimento de emergência na UPA devido a crises hipertensivas, com picos de pressão arterial descontrolados. Após o atendimento emergencial, são encaminhados novamente à UBS para acompanhamento contínuo.

9.4 DIABETES

Segundo dados do e-SUS, a área 14 possui 235 pessoas com Diabetes Mellitus (DM) cadastradas, todas com mais de 20 anos, representando 5,42% dessa faixa etária. Esse percentual é inferior ao da população de Curitiba, onde os diabéticos representavam 7,0% em 2020 (VIGITEL, 2020), e também à média da região Sul do Brasil, que é de 7,9% (PNS, 2019).

Os dados trimestrais de 2024, extraídos da plataforma Saúde Digital, mostram que a cobertura está muito abaixo da meta em todos os trimestres, com uma tendência de diminuição constante. O total de pacientes com DM2 registrados é de 309. No primeiro trimestre (2024.Q1), a cobertura foi de 19,6% (60 pacientes), diminuindo para 16,8% (52 pacientes), no segundo trimestre (2024.Q2) e para 15,3% (43 pacientes), no terceiro trimestre (2024.Q3).

Cada paciente que passou pelo programa de Hiperdia durante os meses de estágio do internato foram registrados em banco de dados próprio da equipe médica. Em contra turno posterior à consulta, todas as fichas de atendimento da semana foram revisadas e registradas no banco de dados, contendo nome do paciente, data de nascimento, data da consulta, idade, peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), pressão arterial e glicemia do acolhimento, média de pressão arterial em domicílio, média de glicemia em domicílio, comorbidades, risco cardiovascular, se atingiu controle da

pressão arterial e/ou diabetes, se atingiu controle de dislipidemia e exames complementares apresentados.

A análise dos dados coletados permitiu a obtenção de métricas confiáveis dos atendimentos realizados, possibilitando o planejamento de intervenções individualizadas, de acordo com o grau de vulnerabilidade de cada paciente. Não obstante, a capacidade de atendimento da equipe revela-se insuficiente para cumprir a diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes, que preconiza consultas semestrais para todos os pacientes.

É importante destacar que, em dezembro de 2024, foi realizada uma busca ativa de pacientes com DM2, durante a qual foi solicitado o exame de hemoglobina glicada (HbA1c). Essa iniciativa teve alta adesão dos pacientes, o que demonstra um esforço conjunto para melhorar o acompanhamento e controle do diabetes. Isso demonstra que, ao adotar estratégias direcionadas e uma comunicação eficaz, é possível engajar os pacientes no cuidado de sua saúde, o que se traduz em melhores resultados clínicos e qualidade de vida.

9.5 TABAGISMO

A área 14 possui 187 tabagistas cadastrados, representando 5,17% dos 5.166 cidadãos registrados (Tabela 20). Em comparação, a cidade de Curitiba apresenta uma proporção de tabagistas de 3,56% da população total (BRASIL, 2020b). Considerando apenas a região Sul do Brasil, a porcentagem é mais alta, chegando a 14,5% (BRASIL, 2020b). Esse número pode estar subestimado, pois 725 pessoas não informaram seu status de tabagismo.

9.6 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)

Na área 14, 12 pessoas cadastradas apresentam histórico de infarto agudo do miocárdio (IAM), representando 0,22% da população total (Tabela 20). Apesar dos esforços do programa HIPERDIA, as taxas de morbimortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil permanecem elevadas, especialmente em comparação com países desenvolvidos (SANTOS et al., 2018). Em 2014, foram registrados 87.234 óbitos por doenças cardiovasculares no Brasil, sendo 5.138 no Paraná, segundo a Linha Guia de Infarto Agudo do Miocárdio do governo estadual (PARANÁ, 2018). Esse documento ressalta o papel fundamental da Atenção Primária à Saúde na abordagem multiprofissional para reduzir o risco de novos eventos e incentivar mudanças no estilo de vida dos pacientes.

9.7 ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Na área 14, há 14 pessoas com histórico de acidente vascular encefálico (AVE), representando 0,33% dos adultos com mais de 20 anos (Tabela 20).

Segundo o acompanhamento do e-SUS, até outubro de 2023, foram identificados 14 cidadãos com essa condição. Esse número é significativamente menor que a média da região Sul em 2020, que era de 1,8% (BRASIL, 2020), indicando a necessidade de melhorar o cadastro de morbidades no e-SUS e assegurar o registro do CID nas consultas médicas. Como o diagnóstico de AVE muitas vezes ocorre em situações de emergência em UPAs e hospitais, a Atenção Primária à Saúde (APS) frequentemente fica sem o registro adequado do CID.

A continuidade do cuidado para pessoas pós-AVE inclui fisioterapia, um serviço essencial na atenção básica (BRASIL, 2013). No entanto, a oferta de fisioterapia é limitada, destacando a importância de dados precisos para melhor alocação de recursos e desenvolvimento de políticas públicas que atendam às necessidades da população.

9.8 TUBERCULOSE E HANSENÍASE

Atualmente, a área 14 registra um caso de tuberculose e um de hanseníase, cada um representando aproximadamente 0,03% da população total (Tabela 20), sem novos casos em relação ao semestre anterior. Segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Mato Grosso do Sul (2019), a incidência nacional de tuberculose é de 35,1 casos por 100.000 habitantes, o que indica que a área 14, com 1,58 casos estimados, tem uma taxa semelhante à média nacional. No entanto, é importante considerar a possibilidade de subnotificação ou de casos não diagnosticados, além das dificuldades burocráticas para solicitar e obter resultados de exames de escarro BAAR, o que pode fazer com que os médicos solicitem esse exame apenas quando os sintomas são altamente sugestivos.

9.9 CÂNCER

Na área 14, 51 pacientes cadastrados relataram ter ou já terem tido algum tipo de câncer, representando 0,9% da população local (Tabela 20). Em comparação, a Pesquisa Nacional de Saúde (2019) indica que cerca de 3,5% dos adultos na região Sul já receberam diagnóstico de câncer. Além disso, o Instituto Nacional do Câncer (INCA)

estima uma taxa bruta de 314,01 novos casos por 100.000 habitantes para o estado do Paraná em 2023 (INCA, 2022).

9.10 PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA

Segundo o Relatório Operacional de Acompanhamento de Condições de Saúde do e-SUS, não há registros de pacientes com insuficiência renal crônica na área, classificados pelos CIDs N18, N188 e N189. No entanto, a Pesquisa Nacional de Saúde (2019) aponta uma prevalência de 1,5% de doença renal crônica (DRC) entre adultos maiores de 18 anos no Brasil. Considerando que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) são fatores de risco para o desenvolvimento da DRC, é provável que a prevalência na área atendida seja superior. A ausência de registros com CID-10 nas consultas e a falta de acompanhamento anual adequado podem estar subestimando esse número.

A equipe da área 14 implementou um sistema de rastreamento de lesões em órgãos-alvo para pacientes do programa HIPERDIA, com triagens laboratoriais e reclassificações de risco periódicas. O rastreamento de lesões renais é feito por meio da estimativa da taxa de filtração glomerular (TFG), utilizando a equação CKD-EPI, e exames de creatinina sérica e microalbuminúria para classificar e estadiar a doença renal crônica (DRC), conforme as diretrizes da KDIGO. Caso a triagem identifique comprometimento renal, as intervenções são realizadas durante a consulta do HIPERDIA. Esse sistema permite a identificação precoce de estágios iniciais da DRC, promovendo melhores prognósticos e manejo adequado para pacientes com injúria renal, visando minimizar complicações associadas à progressão da doença.

9.11 ASMA

Na área, foram cadastradas 18 pessoas com diagnóstico de asma, representando 0,3% da população adulta (Tabela 20). No entanto, os dados do Acompanhamento de Condições de Saúde do e-SUS, até outubro de 2023, registram 54 cidadãos com essa condição. A Pesquisa Nacional de Saúde (2019) indica que 6,2% dos adultos no Brasil têm asma. As estimativas de prevalência entre adolescentes variam de 10,9% a 23,2%, e a asma foi responsável por 31,9 mil internações em 2022 na faixa etária de 5 a 19 anos, além de 54 mortes em 2020. Esses números sugerem que a prevalência

real da asma na população local pode estar subestimada, provavelmente devido a inconsistências no cadastro individual (BRASIL, 2023a, 2023b).

9.12 EXCESSO DE PESO

Na área atendida, 180 pessoas relataram se considerar acima do peso, o que corresponde a 8,58% dos que responderam ao questionário. No entanto, um estudo sobre a prevalência de excesso de peso e obesidade no Brasil entre 2006 e 2009 indicou uma prevalência de 42,7% a 43,0%, evidenciando uma discrepância considerável em relação aos dados locais. A região Sul apresenta menor prevalência de obesidade em comparação com outras regiões, como o Nordeste (RIBEIRO et al., 2022). A discrepância pode ser atribuída ao cadastramento inadequado, já que 3117 pessoas não informaram sua percepção sobre o peso (Tabela 19), dificultando o planejamento de ações de saúde.

Tabela 19 – Sobre seu peso, você se considera

Descrição	Quant.
Abaixo do peso	22
Peso adequado	1847
Acima do peso	180
Não informado	3117
Total	5166

Fonte: Elaborado pela autora com base no Relatório de Cadastro Individual do e-SUS 2024.

9.13 ACAMADOS E DOMICILIADOS

De acordo com os dados do e-SUS, no último ano, 21 pessoas da área passaram por internações médicas, representando 0,39% da população local (Tabela 20). Além disso, 33 pessoas estão domiciliadas na área e 13 estão acamadas, totalizando 0,87% da população. A Portaria nº 825 de abril de 2016 redefiniu a Atenção Domiciliar no SUS, abrangendo ações de promoção de saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e palição em domicílio, integradas às Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2016).

Em Foz do Iguaçu, essa política é representada pelos programas Melhor em Casa e pelas visitas domiciliares realizadas pelos profissionais da APS para acompanhar a população com restrição de locomoção.

9.14 TRANSTORNOS MENTAIS

De acordo com o Relatório de Cadastro Individual do e-SUS, apenas 26 pessoas na área 14 relataram diagnóstico de transtornos mentais, representando 0,49% da população (Tabela 20). No entanto, o Acompanhamento de Condições de Saúde do e-SUS até outubro de 2023 registrou 344 cidadãos com essas condições, indicando uma discrepância significativa, provavelmente relacionada ao desconforto de pacientes e ACS ao abordarem temas delicados como saúde mental. Muitas pessoas têm dificuldade em aceitar ou falar abertamente sobre seus diagnósticos, o que pode resultar em subnotificação.

Quanto ao uso de drogas ilícitas, 22 pessoas informaram no cadastro, um número também possivelmente subestimado devido ao estigma associado. Uma pesquisa sobre o afastamento por auxílio-doença do INSS em Foz do Iguaçu, em 2016, identificou 375 casos de transtornos mentais na cidade, correspondendo a 9,3% do total de auxílios. A cidade ficou em sexto lugar no Paraná em números absolutos de afastamentos, atrás de Curitiba (2420 casos), Londrina, Cascavel, Ponta Grossa e São José dos Pinhais (381 casos) (FRANCO, 2019). Esses dados destacam a importância dos serviços de atendimento psicológico e psiquiátrico, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no suporte à saúde mental da população.

Tabela 20 - Condições / Situações de saúde gerais

Descrição	Sim	Não	N. inf.
Está acamado	13	4425	728
Está com hanseníase	1	4431	734
Está com tuberculose	1	4421	744
Está domiciliado	33	4399	734
Está fumante	187	4254	725
Faz uso de outras drogas	22	4396	748
Tem ou teve câncer	51	4395	720
Teve AVC / derrame	14	4426	726
Teve diagnóstico de problema	26	4398	751

de saúde mental por profissional da saúde			
Teve internação nos últimos 12 meses	21	4449	696
Teve infarto	12	4416	738
Tem asma	18	4421	717

Fonte:

Elaborado pelos autores com base no Relatório de Cadastro Individual do e-SUS (2024)

10 INDICADORES DE FINANCIAMENTO DA APS

O Programa Previne Brasil, instituído em 2019 pela Portaria nº 2979, tem como objetivo reorganizar o financiamento da Atenção Primária em Saúde (APS), estabelecendo diretrizes específicas e metas de desempenho para as equipes de saúde. O foco do programa está na priorização de ações dentro da APS, e, ao final de cada quadrimestre, os resultados obtidos pelas equipes são avaliados e sintetizados em um indicador final, que determina o montante dos repasses financeiros (BRASIL, 2022a).

De acordo com o Ministério da Saúde (2022a), os seguintes indicadores foram estabelecidos para o incentivo de pagamento por desempenho em 2022:

1. Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natais realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação;
2. Proporção de gestantes submetidas a exames de sífilis e HIV;
3. Proporção de gestantes com atendimento odontológico;
4. Proporção de mulheres com coleta de citopatológico realizada na APS;
5. Proporção de crianças de um ano vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções por Haemophilus influenzae tipo b e Poliomielite inativada;
6. Proporção de pessoas com hipertensão que realizaram consulta e tiveram a pressão arterial aferida no semestre;
7. Proporção de pessoas com diabetes que realizaram consulta e tiveram a hemoglobina glicada solicitada no semestre.

Quadro 9 – Legenda dos Indicadores do Previne Brasil

Meta de Desempenho Alcançada	≥ 95%
Desempenho Pouco Abaixo da Meta	≥ 67% e <95%
Desempenho Abaixo da Meta	≥ 38% e <67%
Desempenho Muito Abaixo da Meta	<38%

Fonte: Elaborado pelos autores (2024) ¹

¹ Dados coletados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/2024)

10.1 SÉRIE HISTÓRICA DE INDICADORES – FOZ DO IGUAÇU E USF SOL DE MAIO (EQUIPE 14)

As tabelas 21 e 22 mostram os indicadores de financiamento da Atenção Primária em Saúde (APS) em Foz do Iguaçu e da Equipe 14 da UBS Sol de Maio até o 1º quadrimestre de 2024. Nota-se uma evolução dos principais indicadores ao longo dos anos, com avanços e desafios recentes.

No 1º quadrimestre de 2024, Foz do Iguaçu apresentou uma leve melhora em alguns indicadores em comparação com o último quadrimestre de 2023. Por exemplo, o Indicador I (coleta de citopatológico) alcançou 66%, demonstrando uma pequena melhoria. No entanto, outros indicadores, como o Indicador IV (acompanhamento de hipertensão), registraram queda, passando de 29% para 21%. O acompanhamento de diabéticos (Indicador V) também diminuiu ligeiramente, caindo para 29%. A proporção de gestantes com seis consultas de pré-natal (Indicador III) manteve-se estável em 62%.

Por outro lado, a Equipe 14 da UBS Sol de Maio teve um desempenho superior em vários desses indicadores. No primeiro quadrimestre de 2024, a equipe atingiu 61% no Indicador I, 91% no Indicador II e 70% no Indicador III, superando o desempenho municipal em todos esses aspectos. A Equipe 14 também alcançou 88% no Indicador V, refletindo um acompanhamento mais eficaz de diabéticos em relação ao município.

A comparação dos dados (Tabela 23) revela que a Equipe 14 superou o município de Foz do Iguaçu em cinco dos sete indicadores. Enquanto o município cumpriu três metas, a Equipe 14 atingiu quatro, destacando-se pelo excelente desempenho no acompanhamento pré-natal, com altas taxas de cobertura nos exames e consultas odontológicas de gestantes. Apesar disso, tanto o município quanto a Equipe 14 enfrentam desafios na vacinação de crianças de 1 ano (Indicador VII), com cobertura abaixo de 24%, apontando para a necessidade de esforços adicionais para melhorar a cobertura vacinal na região.

Ao analisar o desempenho das metas entre Foz do Iguaçu e a Equipe 14 da UBS Sol de Maio, fica evidente que a equipe superou consistentemente o desempenho municipal em todos os indicadores. O município atingiu apenas uma das metas: a proporção de gestantes que realizaram exames de Sífilis e HIV. Já a Equipe 14 atingiu 3 das 7 metas, que foram os 3 indicadores referentes ao pré-natal, ou seja, realizaram o número de consultas adequado, no período correto, realizando os testes rápidos e avaliação odontológica. Além disso, cabe ressaltar que a meta para o indicador de crianças de 1 ano com vacinação da Poliomielite e a Pentavalente quase foi atingida, faltando apenas 6%.

Em resumo, embora alguns indicadores mostrem progresso, tanto Foz do Iguaçu quanto a Equipe 14 precisam focar em áreas críticas, como a ampliação da cobertura vacinal e o fortalecimento dos serviços pré-natais e de controle de hipertensão, para promover melhorias contínuas na APS.

Tabela 21 - Série histórica de indicadores de financiamento da APS de 2018 a 2023 do município de Foz do Iguaçu - PR

SÉRIE HISTÓRICA DE INDICADORES DE FINANCIAMENTO- FOZ DO IGUAÇU - PR (%)								
		I	II	III	IV	V	VI	VII
QUADRIMESTRES	2018 Q1	0	0	0	9	100	2	0
	2018 Q2	1	0	0	10	100	3	1
	2018 Q3	2	6	8	12	96	6	4
	2019 Q1	21	20	21	13	94	11	5
	2019 Q2	32	30	22	13	85	12	5
	2019 Q3	35	38	25	15	43	12	6
	2020 Q1	39	52	24	14	67	9	6
	2020 Q2	51	61	19	14	72	6	6
	2020 Q3	56	66	11	20	89	7	11
	2021 Q1	72	83	24	21	68	8	14
	2021 Q2	57	68	31	21	26	8	19
	2021 Q3	59	72	39	21	19	10	23
	2022 Q1	40	65	44	23	68	11	12
	2022 Q2	49	75	48	25	71	19	18
	2022 Q3	43	64	41	27	83	18	21
	2023 Q1	53	68	49	28	88	15	14
	2023 Q2	62	85	59	29	85	15	15
	2023 Q3	45	59	44	30	69	22	22
2024 Q1	66	88	62	29	29	21	21	

Fonte: Elaborado pelos autores com dados extraídos do e-Gestor (2024).

Tabela 22 - Série histórica de indicadores de financiamento da APS de 2018 a 2024 da Equipe 14 da UBS Sol de Maio

SÉRIE HISTÓRICA DE INDICADORES DE FINANCIAMENTO- USF SOL DE MAIO (EQUIPE 14) (%)								
		I	II	III	IV	V	VI	VII
QUADRIMESTRES	2018 Q1	0	0	0	5		0	0
	2018 Q2	0	0	0	5		0	0
	2018 Q3	0	0	0	0		0	0
	2019 Q1	0	0	0	4		3	1
	2019 Q2	0	0	0	4		2	1
	2019 Q3	5	5	0	3		2	2
	2020 Q1	5	0	0	2		2	3
	2020 Q2	32	0	5	1		2	3
	2020 Q3	74	58	11	3		3	6
	2021 Q1	74	63	21	7		5	10
	2021 Q2	75	67	67	12		9	21
	2021 Q3	71	58	87	16		10	27
	2022 Q1	80	60	87	20	88	15	14
	2022 Q2	52	24	84	20	78	12	12
	2022 Q3	59	73	82	25	92	36	27
	2023 Q1	57	43	57	27	100	36	32
	2023 Q2	59	82	73	28	93	22	27
	2023 Q3	65	88	65	30	87	33	30
2024 Q1	61	91	70	29	88	24	16	

Fonte: Elaborado pelos autores com dados extraídos do e-Gestor (2024).

Tabela 23 - Comparação dos indicadores de financiamento da Equipe 14 com o município de Foz do Iguaçu e metas atingidas e não atingidas.

	USF SOL DE MAIO(%)	FOZ DO IGUAÇU (%)
Pré Natal (6 consultas)	61	66
Pré Natal (Sífilis e HIV)	91	88
Gestante Saúde Bucal	70	62
Cobertura de citopatológico	29	29
Cobertura Pólio e Penta	88	86
Hipertensão (PA Aferida)	24	21
Diabetes (Hemoglobina Glicada)	16	21

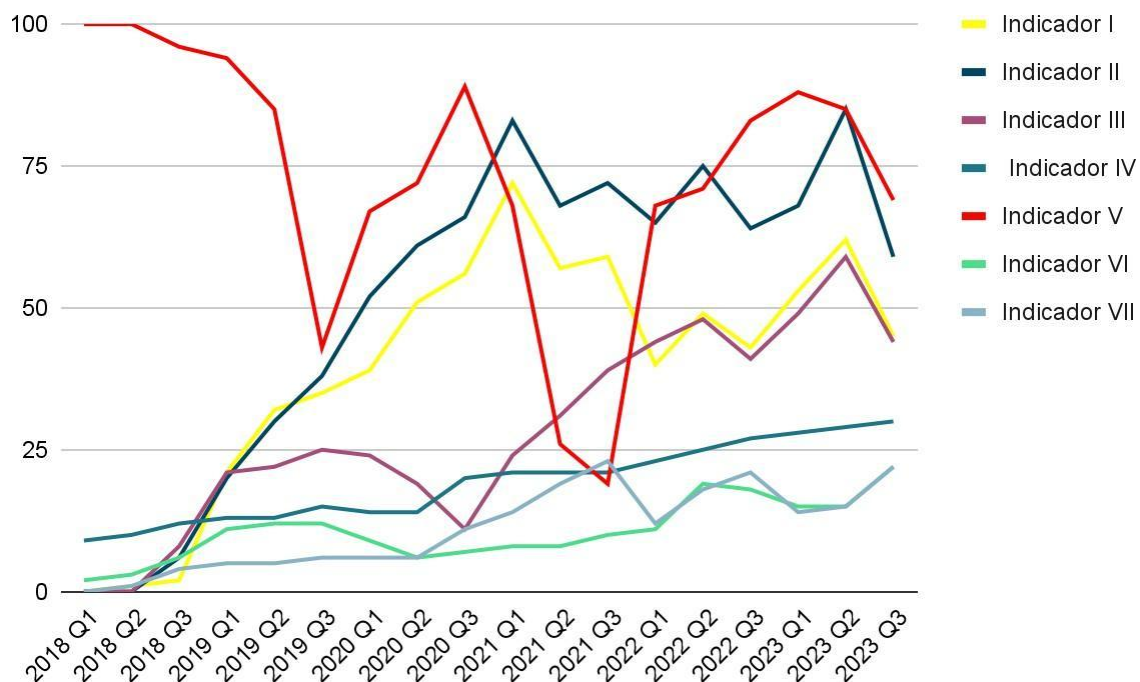
<24% ≥24% e <42% ≥42% e <60% ≥60%

Fonte: Elaborado pelos autores com dados extraídos do e-Gestor (2024).

10.2 SÉRIE HISTÓRICA DO INDICADOR SINTÉTICO FINAL – FOZ DO IGUAÇU (PR)

O Indicador Sintético Final (ISF) é calculado pela soma dos 7 índices obtidos, cada um multiplicado pelo seu respectivo peso, e, ao final, o resultado é dividido por 10 (Gráfico 6). Esse valor final determina o repasse financeiro para os próximos 4 meses (BRASIL, 2022a). No terceiro quadrimestre de 2023, houve uma redução nos indicadores em comparação ao quadrimestre anterior, com o ISF passando de 7,01 para 6,97. O ISF referente ao 1º quadrimestre de 2024 não foi disponibilizado devido à Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024.

Gráfico 6- Série histórica do Indicador Sintético Final do município de Foz do Iguaçu - PR



Fonte: Dados extraídos do e-Gestor, elaborado pelos autores (2024)

10.3 VALIDAÇÃO DE INDIVÍDUOS

10.3.1 Gestante

De acordo com informações do e-Gestor, no terceiro quadrimestre de 2023, a UBS Sol de Maio acompanhava 23 gestantes. Dentre elas, 9, representando 39,1% do total, não foram incluídas no Indicador 1 (Gráfico 7). Para serem contempladas nesse

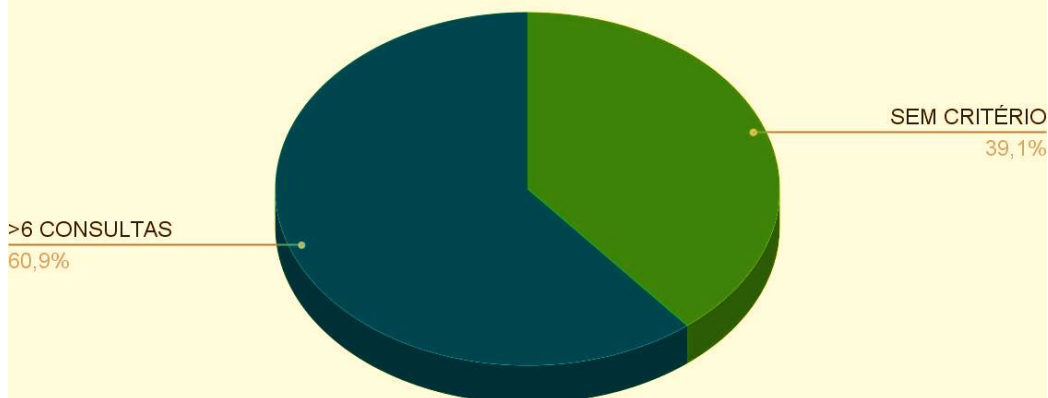
indicador, é necessário que as gestantes realizem pelo menos 6 consultas de pré-natal e iniciem o acompanhamento antes de completar 12 semanas de gestação (BRASIL, 2022a). No entanto, 6 dessas gestantes começaram o pré-natal de forma tardia, após a 12ª semana, sendo que, em dois casos, o início ocorreu na 24ª semana. Além disso, 3 gestantes não atingiram o número mínimo de 6 consultas de pré-natal.

O início precoce do pré-natal é fundamental para garantir um bom desfecho no momento do parto. Grande parte dos óbitos neonatais pode ser evitada com um acompanhamento adequado no primeiro trimestre de gestação. A primeira consulta, realizada até a 12ª semana, desempenha um papel crucial na detecção precoce de fatores de risco, prescrição de medicamentos como ácido fólico, solicitação de exames, incluindo ultrassonografia para estimar a idade gestacional e a data provável do parto, além de estabelecer um vínculo entre a gestante e o profissional de saúde.

Conforme o protocolo do Ministério da Saúde, recomenda-se que as gestantes realizem no mínimo 6 consultas de pré-natal, distribuídas em uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre, garantindo a cobertura dos principais marcos do cuidado (BRASIL, 2012). Idealmente, essas consultas devem ocorrer mensalmente até a 28ª semana, quinzenalmente entre a 28ª e a 36ª semana, e semanalmente após esse período. Esse acompanhamento contínuo é essencial para monitorar tanto o desenvolvimento fetal quanto a saúde materna, favorecendo um desfecho positivo para mãe e bebê.

Gráfico 7 – Validação e não validação de gestantes no Indicador I

Propoção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas, sendo a 1º até 12ª semana



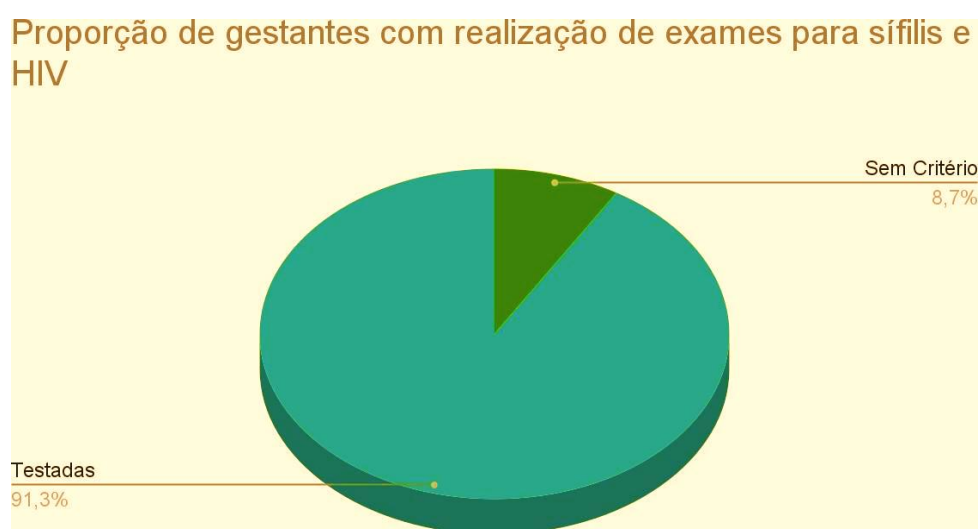
Fonte: Dados extraídos do e-Gestor, análise e elaboração pelos autores (2024)

No que diz respeito ao Indicador II, que avalia a realização de testes rápidos para Sífilis e HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), 21 das 23 gestantes acompanhadas pela UBS Sol de Maio no terceiro quadrimestre de 2023 foram validadas, representando 91% do total (Gráfico 8). As duas gestantes que não foram validadas não possuíam registros desses exames no sistema.

A análise da rotina da UBS sugere que as dificuldades na validação podem estar relacionadas a falhas no registro das informações no sistema de gestão. Embora os testes rápidos sejam frequentemente realizados no início do pré-natal pelas equipes de enfermagem, é possível que erros no lançamento dos dados no sistema RP tenham ocorrido. Além disso, a ausência de um cadastro qualificado ou até mesmo a falta de registro das gestantes no sistema podem ser fatores contribuintes, sendo necessário o envolvimento dos ACS para resolver essas inconsistências.

Conforme o Caderno de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (Ministério da Saúde, 2012), a realização de testes para HIV e Sífilis deve ocorrer na primeira consulta de pré-natal, com repetição no terceiro trimestre. O diagnóstico e o tratamento precoce dessas infecções são essenciais para a saúde da gestante e do feto, reduzindo de forma significativa o risco de transmissão materno-fetal e suas possíveis complicações. A detecção precoce permite intervenções rápidas, aumentando as chances de um desfecho positivo para ambos.

Gráfico 8 – Quantitativo de validação e não validação de gestantes no Indicador II



Fonte: Dados extraídos do e-Gestor, análise e elaboração pelos autores (2024).

O terceiro indicador está relacionado à realização de avaliação odontológica durante a gestação. Entre as 23 gestantes acompanhadas pelo e-Gestor no período analisado, 16 (70%) realizaram pelo menos uma consulta odontológica, atendendo aos

critérios do indicador de desempenho. No entanto, 7 gestantes não passaram por avaliação bucal nem receberam as orientações preventivas recomendadas (Gráfico 9).

Esse acompanhamento é essencial devido à maior suscetibilidade a problemas bucais durante a gravidez. Alterações hormonais e o aumento do pH na cavidade oral elevam o risco de cáries dentárias. Gestantes que apresentam episódios frequentes de vômito, especialmente aquelas com hiperêmese gravídica, têm maior exposição dos dentes ao ácido gástrico, o que pode levar à erosão do esmalte dentário. Adicionalmente, os níveis elevados de estrogênio e progesterona durante a gestação podem impactar a saúde periodontal, aumentando a mobilidade dos ligamentos e ossos que sustentam os dentes, bem como a ocorrência de gengivite (BRASIL, 2012).

Portanto, a avaliação odontológica no período gestacional é uma medida preventiva fundamental, ajudando a proteger a saúde da mãe e do bebê ao minimizar os riscos decorrentes das mudanças fisiológicas típicas dessa fase.

Gráfico 9 – Quantitativo de validação e não validação de gestantes no Indicador III



Fonte: Dados extraídos do e-Gestor, análise e elaboração pelos autores (2024).

10.3.2 Citopatológico

A realização regular do exame citopatológico permanece como a principal estratégia recomendada para o rastreamento do câncer de colo do útero (WHO, 2010). Atingir ampla cobertura na população-alvo é essencial na atenção primária para reduzir de forma significativa tanto a incidência quanto a mortalidade pela doença. Países que conseguem cobertura superior a 50% do exame a cada três a

cinco anos registram taxas de mortalidade inferiores a três por 100 mil mulheres anualmente. Quando essa cobertura ultrapassa 70%, a mortalidade pode ser reduzida para menos de duas mortes por 100 mil mulheres (ANTTILA et al., 2009; ARBYN et al., 2009a).

Conforme orientações do Ministério da Saúde, o rastreamento do câncer de colo do útero deve ser realizado em mulheres com idades entre 25 e 64 anos.

Contudo, dados do e-Gestor indicam que, na área 14, apenas 338 das 1153 mulheres elegíveis para o exame citopatológico realizaram o procedimento, correspondendo a 29% da população-alvo, um resultado inferior à meta de 40% estabelecida (Gráfico 10).

Diversos fatores podem dificultar a adesão ao exame, como o constrangimento em expor o corpo, falta de tempo, desinformação e obstáculos para acessar os serviços de saúde. Iniciativas como a campanha Outubro Rosa têm demonstrado eficácia no aumento do número de coletas, assim como a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, que incentivam a realização do exame durante as visitas domiciliares.

Um aspecto relevante que pode ter afetado o desempenho nesse indicador foi a sobrecarga da enfermeira responsável pela equipe 14, que também estava atendendo a população da equipe 116 no período analisado. Essa situação provavelmente reduziu o tempo disponível para realizar a captação e oferecer atendimento adequado às mulheres elegíveis para o rastreamento.

Gráfico 10 – Quantitativo de validação e não validação de mulheres no Indicador IV



Fonte: Dados extraídos do e-Gestor, análise e elaboração pelos autores (2024)

10.3.3 Vacinação

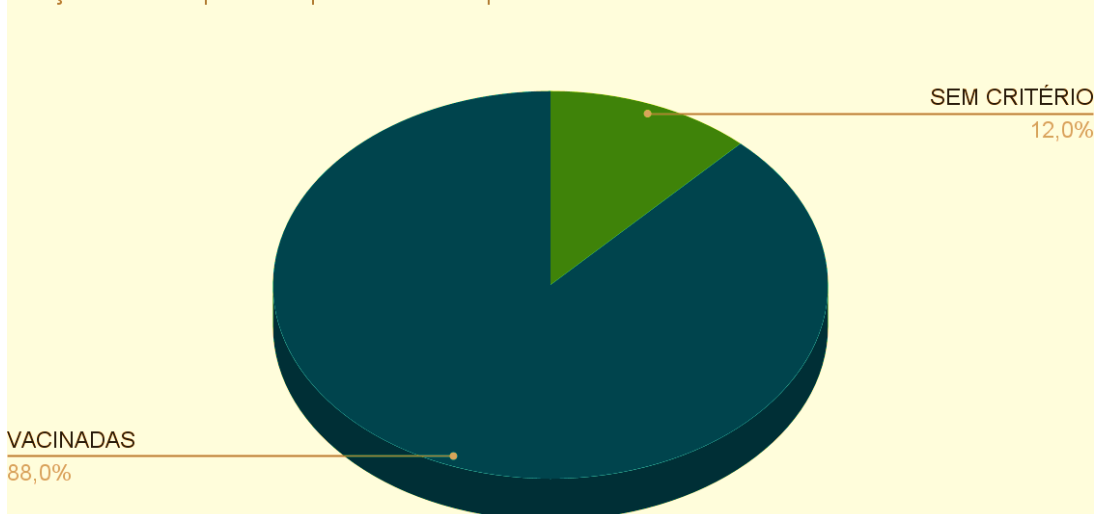
O Indicador V refere-se à administração de duas vacinas essenciais na proteção contra doenças graves na infância: a Vacina Inativada da Poliomielite (VIP) e a Pentavalente. A VIP oferece imunização contra a poliomielite, uma infecção viral aguda transmitida pelo contato com fezes ou secreções contaminadas, podendo levar à paralisia (BRASIL, 2020). Por sua vez, a vacina Pentavalente combina cinco imunizações em uma só, protegendo contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e a bactéria *Haemophilus influenzae* tipo b, causadora de infecções graves como meningite e pneumonia. Ambas as vacinas são aplicadas em três doses, aos 2, 4 e 6 meses de vida (BRASIL, 2022b).

Conforme os dados registrados no e-Gestor, no primeiro quadrimestre de 2024, a UBS Sol de Maio acompanhava 25 crianças com menos de 1 ano. Destas, 22 (88%) completaram o esquema vacinal tanto da VIP quanto da Pentavalente, enquanto 3 crianças não concluíram a imunização (Gráfico 11).

Embora a UBS Sol de Maio ofereça acesso facilitado à vacinação, é fundamental manter um monitoramento contínuo das crianças pela equipe de saúde. A busca ativa surge como uma estratégia eficiente para garantir que todas as crianças sejam imunizadas dentro do calendário vacinal, assegurando sua proteção contra doenças que podem ser prevenidas.

Gráfico 11 – Quantitativo de validação e na validação de crianças no Indicador V

Proporção de crianças de 1(um) ano de idades vacinas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, Infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e Poliomielite inativada



Fonte: Dados extraídos do e-Gestor, análise e elaboração pelos autores (2024)

10.3.4 Hipertensão

O indicador relacionado ao acompanhamento de pacientes hipertensos na UBS Sol de Maio revela que, dos 770 pacientes cadastrados com diagnóstico de hipertensão arterial, apenas 186 atenderam aos critérios de validação, enquanto 584 não foram validados. Para que um paciente seja considerado válido, é necessário que ele tenha realizado pelo menos uma consulta e uma aferição da pressão arterial nos últimos seis meses. A principal razão para a não validação foi a ausência de consulta ou aferição de pressão arterial durante o período avaliado (Gráfico 12).

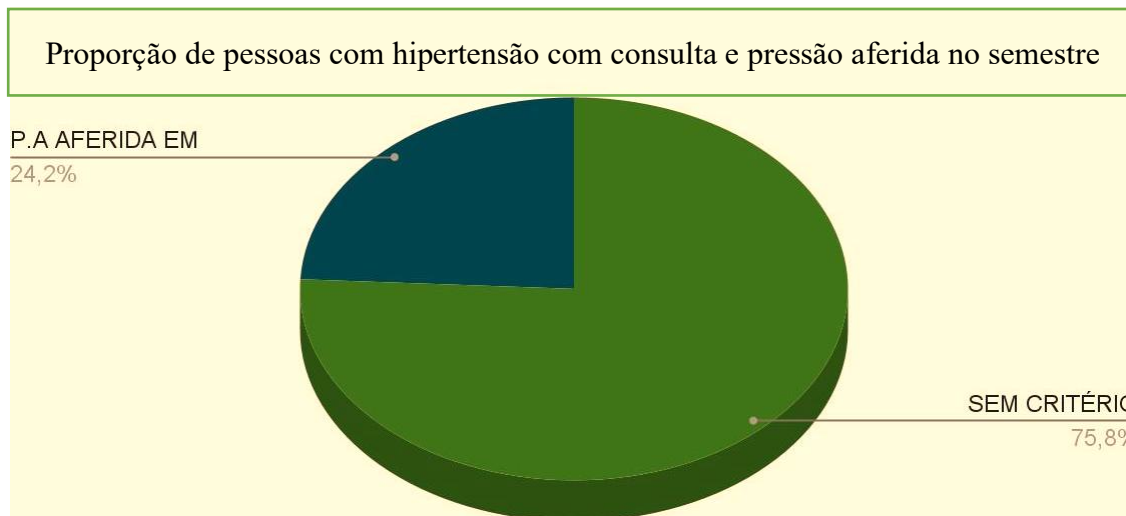
A Equipe 14 da UBS Sol de Maio gerencia os dados dos pacientes com hipertensão e diabetes por meio de uma planilha em Excel, onde são registradas informações sobre consultas e exames. Essa organização facilita o agendamento dos pacientes para participação no programa HIPERDIA, que ocorre a cada seis meses.

O HIPERDIA tem como objetivo cadastrar e acompanhar pacientes hipertensos e/ou diabéticos, buscando controlar essas condições crônicas e melhorar a qualidade de vida. O programa se baseia na integração dos pacientes à Unidade Básica de Saúde (UBS) e à Estratégia de Saúde da Família (ESF), garantindo o fornecimento regular de medicamentos e um acompanhamento contínuo e de qualidade (DIAS et al., 2014).

Durante os encontros semanais do HIPERDIA, realizados às quintas-feiras na UBS, os pacientes recebem orientações sobre hábitos saudáveis, prática de exercícios como hidroginástica (disponibilizada gratuitamente nas proximidades) e dietas cardioprotetoras com o suporte da nutricionista. Após essas atividades, os pacientes passam por consultas médicas, onde são realizadas a estratificação de risco cardiovascular, análise do MRPA, ajustes de medicação e solicitações de exames de acompanhamento. Esse acompanhamento regular na atenção básica é essencial para evitar complicações graves, como infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular cerebral (AVC).

No entanto, o programa HIPERDIA foi interrompido no semestre anterior devido à epidemia de dengue e retomado em setembro de 2024. Desde então, a equipe voltou a agendar os pacientes para as atividades semanais, assegurando o retorno ao monitoramento regular, incluindo a aferição da pressão arterial, ajustes de medicação e promoção de hábitos saudáveis. A retomada do HIPERDIA busca restabelecer o controle adequado das condições de saúde dos pacientes hipertensos e diabéticos, prevenindo o surgimento de complicações mais graves.

Gráfico 12 – Quantitativo de validação e não validação de hipertensos no Indicador VI



Fonte: Dados extraídos do e-Gestor, análise e elaboração pelos autores (2024)

10.3.5 Diabetes

Dos 316 pacientes com diagnóstico de diabetes acompanhados na UBS Sol de Maio, apenas 52 foram validados, enquanto 264 não atenderam aos critérios necessários (Gráfico 13). Para a validação, é exigido que o paciente realize uma consulta e tenha uma solicitação de hemoglobina glicada (HbA1c) registrada pelo menos uma vez a cada seis meses. Ao analisar os motivos da não validação, identificou-se que, entre os 264 pacientes desconsiderados, 239 não realizaram consultas e 234 não fizeram o exame de HbA1c. Além disso, quatro pacientes realizaram a dosagem da HbA1c, mas não compareceram ao atendimento individual subsequente.

A realização do exame de HbA1c depende de diversos fatores, como a disponibilidade de vagas no laboratório, o agendamento pelo próprio paciente e a sua presença no dia marcado. Por essa razão, o índice de validação dos pacientes com diabetes costuma ser inferior ao dos hipertensos, uma vez que o acompanhamento dos primeiros exige mais etapas, enquanto os hipertensos precisam apenas da aferição da pressão arterial durante a consulta.

Conforme mencionado, o controle e acompanhamento desses pacientes ocorre por meio do programa HIPERDIA. Contudo, a equipe enfrenta desafios, como a sobrecarga populacional, que ultrapassa o limite ideal de atendimento. Essa situação foi

agravada pela suspensão do programa durante a epidemia de dengue, conforme destacado anteriormente.

Gráfico 13 – Quantitativo de validação e não validação de diabéticos no Indicador VII



Fonte: Dados extraídos do e-Gestor, análise e elaboração pelos autores (2024)

11 SÍNTESE DOS PROBLEMAS LEVANTADOS

Em uma análise no contexto geral do estudo, é notório que a falta de agentes comunitários de saúde, se tornam um grande problema para o sistema, pois a falta deles gera inconsistência de dados pelo registro inadequado, e como consequência uma análise errônea dos mesmos, diminuindo assim a confiabilidade dos indicadores.

Outro problema é o uso de sistemas não integrados, pois isso gera uma discrepância nos dados do sistema RP (prontuário eletrônico) em relação aos dados do e-SUS, pois pode haver falhas na hora de migrar os dados de um sistema para o outro, e isto pode comprometer a confiabilidade dos dados, e como consequência comprometer a tomada de decisões e planejamento da equipe.

A ausência de registros completos e mais precisos, tornam as avaliações ineficientes prejudicando o usuário do sistema e os profissionais, tendo como consequência, dificuldade de implementar ações para melhorar o sistema. A falta de capacitação continuada e a falta de acesso a ferramentas tecnológicas para a equipe e principalmente para os agentes comunitários é mais um gargalo do sistema.

Para resolver esse problema, é essencial ter equipes completas, melhorar a integração entre os sistemas de saúde e garantir que todos os profissionais envolvidos, como os ACS, sejam devidamente capacitados e tenham acesso a ferramentas eficazes para realizar os registros. Dessa forma, será possível garantir um fluxo de informações mais preciso e confiável, contribuindo para a melhoria na gestão da saúde pública.

12 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação de uma equipe por meio de um panorama situacional possibilita identificar falhas e vulnerabilidades que podem passar despercebidas no cotidiano. Com base nessa análise, é possível criar estratégias para aprimorar o atendimento e contribuir para o financiamento da saúde no município. Para garantir uma avaliação precisa, é fundamental que os dados sejam organizados de forma adequada.

Uma das principais lacunas observadas está no banco de dados do e-SUS, que registra apenas pacientes com cadastros completos. Muitos cadastros estão incompletos ou contêm informações incorretas, o que impede que esses pacientes sejam incluídos nos relatórios, comprometendo a análise. Como resultado, os indicadores de financiamento não refletem com precisão o trabalho real da equipe, especialmente no caso de pacientes hipertensos, onde, apesar de o médico/interno registrar o CID e a medição da pressão arterial, o indicador de saúde continua abaixo da média estabelecida.

Além disso, ao revisar os dados nos relatórios, nota-se que o preenchimento inadequado dos cadastros é um problema recorrente, com muitos pacientes classificados como "não informados", mesmo quando não há obstáculos para incluir essas informações.

Dessa forma, ao tomar decisões com base em dados incompletos ou imprecisos, as intervenções podem não gerar os resultados esperados, privando a população de um direito essencial: a oferta de uma atenção primária de qualidade. Uma atenção primária fragilizada não só prejudica os pacientes, mas também resulta em perdas financeiras que frequentemente não são consideradas. As ações de prevenção e rastreamento realizadas pelas UBS's desempenham um papel crucial na redução de doenças, internações hospitalares e incapacidades, entre outros benefícios para a saúde da comunidade.

Figura 20- Árvores de Problemas da UBS Sol de Maio (Equipe 14).



REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). NBR 16537: Acessibilidade – Sinalização tátil no piso – Diretrizes para elaboração de projetos e instalação. Rio de Janeiro, 2016.7

BRASIL Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Informações de Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade, 2023a. [Internet]. Último acesso em abril de 2023. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/mortalidade-desde-1996-pela-cid-10>

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS, Sistema de Informações Hospitalares, 2023b. [Internet]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/morbidade-hospitalar-do-sus-sih-sus/>. Acesso em: 20 Jan, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Nota técnica nº12/2022-DESF/SAPS/MS. Indicadores de Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil (2022) de que trata a Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022, publicada no diário oficial da união em 21 de janeiro de 2022 na edição nº 15, seção nº 1, página: 197 que alterou a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Brasil, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] – 5. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022b

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017a.

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: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas [internet]. Brasília, DF, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em: 20 Jan, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 340, de 4 de Março de 2013. Redefine o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasília, 2013a. (BRASIL, 2013a)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério

da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 300 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

FARIA, R. M. DE. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 11, p. 4521–4530, 6 nov. 2020.

FRANCO, K. G. P. Incidência de morbidades e análise de custos em segurados pela previdência social afastados do mercado de trabalho em municípios de maior porte populacional no estado do Paraná: uma visão interdisciplinar. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2019.

GIGANTE, D. P., FRANÇA, G. V. A. DE., SARDINHA, L. M. V., ISER, B. P. M., & MELÉNDEZ, G. V. Variação temporal na prevalência do excesso de peso e obesidade em adultos: Brasil, 2006 a 2009. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 14, p. 157–165, set. 2011.

GOMIDE, A. de A. Mobilidade urbana, iniquidade e políticas sociais. *Políticas sociais – acompanhamento e análise*, n. 12, fev. 2006.

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação do Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios Contínua 2012-2019. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Brasil. Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Brasil. Diretoria de Pesquisas, Coordenação do Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios Contínua 2012-2019. IBGE, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Brasil. Pesquisa Nacional por amostra de domicílios contínua - PNAD contínua. Informativo: Características gerais dos domicílios e dos moradores 2019. ISBN 978-85-240-4530-1. IBGE, 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Estimativa 2023: incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016a.

JUSTO, L. G. et al. A territorialização na Atenção Básica: um relato de experiência na formação médica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, p. 1345–1354, 2017.

MINAS GERAIS. Adriana Santos. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ed.). Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte: ESPMG, 2008.

NOGUEIRA, P. M.; RESENDE, L. M. A importância do conhecimento do território no planejamento de ações em saúde. *Escola de Saúde Pública de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 3, n. 1, p. 37-42, dez. 2015.

NORI, M. Mapa da Nova Pobreza. *FGV SOCIAL*, jul. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Controle integral do câncer do colo do útero. Guia de práticas essenciais. Washington, DC: OPAS, 2016.

PARANÁ. Linha guia de infarto do miocárdio. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Curitiba, 2016.

RIBEIRO, M.; SPOLADOR, H. F. S. Health, income and obesity: an analysis for Brazilian states. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, n. 14, v. 1, 2022.

RASELLA, D., et al. (2018). "Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data." *BMJ*, 1236, 1-12.

SANTOS, J., MEIRA, K. C., CAMACHO, A. R., SALVADOR, P. T. C. DE O., GUIMARÃES, R. M., PIERIN, Â. M. G., SIMÕES, T. C., & FREIRE, F. H. M. DE A. Mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Brasil e suas regiões geográficas: análise do efeito da idade-período-coorte. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 5, p. 1621–1634, maio 2018.

SILVA, C. S. S. L.; KOOPMANS, F. F.; DAHER, D. V. O Diagnóstico Situacional como ferramenta para o planejamento de ações na Atenção Primária a Saúde. *Revista Pró-UniverSUS*, v. 7, n. 2, p. 30–33, 27 out. 2016.

SILVA, D. M. S., et al. (2019). "Assessment of primary health care structure and process in Brazil and its impact on health outcomes: a systematic literature review." *BMC Health Services Research*, 19(1), 111.

UNASUS. Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos., 21 set 2021. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-co-mpleta-31-anos>. Acesso em: 21 Jan, 2025.