



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

MEDICINA

**RELATÓRIO DE DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA
DA EQUIPE 01: ÁREA 103 DO NÚCLEO DE SAÚDE AKLP**

PIETRA CONCI KOTZ

FOZ DO IGUAÇU

2026



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

MEDICINA

**RELATÓRIO DE DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA
DA EQUIPE 01: ÁREA 103 DO NÚCLEO DE SAÚDE AKLP**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e Natureza, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof.

FOZ DO IGUAÇU

2026

PIETRA CONCI KOTZ

**RELATÓRIO DE DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA
DA EQUIPE 01: ÁREA 103 DO NÚCLEO DE SAÚDE AKLP**

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

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Fernando Cezar dos Santos

UNILA

Prof. Fabiana Aidar Firmino

UNILA

Foz do Iguaçu, 30 de março de 2026.

RESUMO

Apesar de erroneamente ser reconhecida como sinônimo de um ambiente físico, dos chamados “postinhos”, a Atenção Básica nada mais é do que um conjunto de ações de saúde voltadas à população, com algumas características específicas. Essas ações de saúde podem ser individuais, familiares e coletivas, e envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Para que isso ocorra, faz-se necessário o estabelecimento de vínculos entre os pacientes e os profissionais de saúde, cuja base relacionamento é a base da Atenção Primária à Saúde (APS); sua organização reside na Estratégia Saúde da Família (ESF) e esta, por sua vez, é vista como um sistema reorganizador do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, as equipes de saúde operam com a prática da territorialização, e, nesse sentido, o diagnóstico situacional emerge como um instrumento indispensável para a identificação das condições de saúde da comunidade e, conseqüentemente, para a formulação das ações de planejamento subsequentes. Este trabalho tem o intuito da realização do Diagnóstico Situacional da Equipe 01 do Núcleo de Saúde AKLP, município de Foz do Iguaçu - Paraná. O presente estudo foi realizado no período de junho a novembro de 2024. Os dados foram coletados dos Relatórios Consolidados e Operacionais do e-SUS, e-GESTOR e RP. Além disso, foram realizadas análises de dados comparados a parâmetros nacionais e regionais tais como Vigitel, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Pesquisa Nacional de Saúde e outros contidos nos: Relatório Consolidado de Cadastro Domiciliar e Territorial; Relatórios Operacionais de Risco Cardiovascular, da Criança, da Gestante e Puérpera; Relatório de Situação do Território, Relatório de Cadastro Individual do e-SUS e site da Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu. O objetivo deste trabalho é a realização da descrição e análise dos dados da Equipe 01, utilizando os perfis institucional, territorial/ambiental, demográfico, socioeconômico, epidemiológico e os indicadores de financiamento da APS e discutir os dados apresentados de acordo com sua relevância clínica e epidemiológica.

Palavras chaves: Atenção Primária em Saúde; Diagnóstico Situacional; Estratégia Saúde da Família; Planejamento.

RESUMEN

Aunque erróneamente se considera sinónimo de entorno físico, los llamados "puestos de salud", la Atención Primaria de Salud, no es más que un conjunto de acciones de salud dirigidas a la población, con características específicas. Estas acciones pueden ser individuales, familiares y colectivas, e incluyen promoción, prevención, protección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, reducción de daños, cuidados paliativos y vigilancia de la salud. Para ello, es necesario establecer vínculos entre pacientes y profesionales de la salud, cuya relación constituye la base de la Atención Primaria de Salud (APS); su organización reside en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), que, a su vez, se considera un sistema reorganizador del Sistema Único de Salud (SUS).

En este sentido, los equipos de salud operan con la práctica de la territorialización y, en este contexto, el diagnóstico situacional surge como un instrumento indispensable para identificar las condiciones de salud de la comunidad y, en consecuencia, para la formulación de acciones de planificación posteriores. Este trabajo tiene como objetivo realizar un diagnóstico situacional del Equipo 01 del Centro de Salud AKLP, en el municipio de Foz do Iguaçu, Paraná. Este estudio se realizó de junio a noviembre de 2024. Los datos se recopilaron de los Informes Consolidados y Operacionales de e-SUS, e-GESTOR y RP. Además, se realizaron análisis de datos comparándolos con parámetros nacionales y regionales como Vigitel, el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística, la Encuesta Nacional de Salud y otros contenidos en: el Informe Consolidado de Registro Domiciliario y Territorial; Informes Operacionales de Riesgo Cardiovascular, Riesgo Infantil, Riesgo de la Mujer Embarazada y de la Mujer Puerperal; Informe de Situación del Territorio, Informe de Registro Individual de e-SUS y el sitio web del Municipio de Foz do Iguaçu. El objetivo de este trabajo es describir y analizar los datos del Equipo 01, utilizando perfiles institucionales, territoriales/ambientales, demográficos, socioeconómicos y epidemiológicos, así como indicadores de financiación de la atención primaria de salud, y discutir los datos presentados según su relevancia clínica y epidemiológica.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Diagnóstico Situacional; Estrategia de Salud Familiar; Planificación.

ABSTRACT

Although mistakenly considered synonymous with a physical environment, the so-called "health posts," Primary Health Care is nothing more than a set of health actions aimed at the population, with some specific characteristics. These health actions can be individual, family-based, and collective, and involve promotion, prevention, protection, diagnosis, treatment, rehabilitation, harm reduction, palliative care, and health surveillance. For this to occur, it is necessary to establish bonds between patients and health professionals, whose relationship is the basis of Primary Health Care (PHC); its organization resides in the Family Health Strategy (FHS), which, in turn, is seen as a reorganizing system of the Unified Health System (SUS).

In this sense, health teams operate with the practice of territorialization, and, in this context, situational diagnosis emerges as an indispensable instrument for identifying the health conditions of the community and, consequently, for formulating subsequent planning actions. This work aims to carry out a Situational Diagnosis of Team 01 of the AKLP Health Center, in the municipality of Foz do Iguaçu - Paraná. This study was conducted from June to November 2024. Data were collected from the Consolidated and Operational Reports of e-SUS, e-GESTOR and RP. In addition, data analyses were performed comparing them to national and regional parameters such as Vigitel, the Brazilian Institute of Geography and Statistics, the National Health Survey and others contained in: the Consolidated Household and Territorial Registration Report; Operational Reports on Cardiovascular Risk, Child Risk, Pregnant Woman and Postpartum Woman Risk; Territory Situation Report, Individual Registration Report from e-SUS and the website of the Municipality of Foz do Iguaçu. The objective of this work is to describe and analyze the data from Team 01, using institutional, territorial/environmental, demographic, socioeconomic, and epidemiological profiles, as well as primary health care financing indicators, and to discuss the presented data according to their clinical and epidemiological relevance.

Keywords: Primary Health Care; Situational Diagnosis; Family Health Strategy; Planning.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1. Entrada principal da UBS AKLP
- Figura 2. Trajeto da Linha 65 universitária da Viação Santa Clara
- Figura 3. Trajeto da Linha 10 Cidade Nova da Viação Santa Clara
- Figura 4. Trajeto da linha 101-102 Vila c norte - sul da Viação Santa Clara
- Figura 5. Trajeto da linha 103 Porto Belo da Viação Santa Clara
- Figura 6. Trajeto da linha 320 Interbairros da Viação Santa Clara
- Figura 7. Consultório 6 do Núcleo AKLP
- Figura 8. Consultório 5 do Núcleo AKLP
- Figura 9. Consultório 4 do Núcleo AKLP
- Figura 10. Consultório 2 do Núcleo AKLP
- Figura 11. Sala da gerente do Núcleo AKLP
- Figura 12. Recepção da UBS AKLP
- Figura 13. Materiais da sala de procedimentos do Núcleo AKLP
- Figura 14. Sala de procedimentos do Núcleo AKLP
- Figura 15. Banheiro para cadeirante
- Figura 16. Pias da unidade disponíveis para higienização de mãos
- Figura 17. Território de abrangência da Unidade Básica de Saúde AKLP
- Figura 18. Mapa com as áreas cobertas e descobertas e relevo
- Figura 20. Distância da UBS AKLP até terminal de transporte urbano
- Figura 21. Lixo acumulado pelo morador na beirada do Rio Santa Rosa
- Figura 22. Rio almada
- Figura 23. Farmácia na Rua Belo Horizonte, area 103
- Figura 24. Escola Municipal Belvedere
- Figura 25. Igreja Adventista do Sétimo Dia
- Figura 26. Capela Nossa Senhora do Rosário
- Figura 27. Prédio comercial
- Figura 28. Academia ao ar livre localizada
- Figura 29. Quadra dos Bancários
- Figura 30. Terreno baldio na Av. Curitiba.
- Figura 31. Entrada da viela observada em visita domiciliar.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Infraestrutura da UBS AKLP em paralelo do que é preconizado pela Portaria N° 360 de 4 de março de 2013. 29

Quadro 2. Quantidade de profissionais por categoria.

Quadro 3. Áreas e Microáreas com e sem cobertura nas equipes do Núcleo de Saúde AKLP.

Quadro 4. Atendimentos realizados para crianças menores de 4 anos no período de julho de 2024.

Quadro 5 - Número de crianças menores de 1 ano com vacinação em dia.

Quadro 6 - N° de crianças menores de 5 anos cadastradas na área e percentual destas crianças acompanhadas pelo ACS.

Quadro 7- Série histórica de todos os 7 indicadores do município de Foz do Iguaçu.

Quadro 8- Série histórica do indicador sintético final do Município de Foz do Iguaçu.

Quadro 9. Indicadores referentes às gestantes do Núcleo de Saúde AKLP, equipe 01.

Quadro 10. Indicadores referentes às pessoas hipertensas do Núcleo de Saúde AKLP, equipe 01.

Quadro 11 Indicadores referentes às mulheres do Núcleo de Saúde AKLP, equipe 01.

Quadro 12 - Indicadores referentes às crianças menores de um ano do Núcleo de Saúde AKLP, equipe 01.

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1. Renda familiar informada.
- Gráfico 2. Presença de animais em domicílio na área da Equipe 01.
- Gráfico 3. Tipo de acesso aos domicílios da área da Equipe 01.
- Gráfico 4. Tipo de domicílios da área da Equipe 01.
- Gráfico 5. Material predominante na construção dos domicílios na área 103.
- Gráfico 6. Abastecimento de água nos domicílios na área da Equipe 01.
- Gráfico 7. Tipo de tratamento da água nos domicílios na área da Equipe 01.
- Gráfico 8. Número de domicílios segundo o destino de fezes e urina na área da Equipe 01.
- Gráfico 9. Número de domicílios com energia elétrica da área da Equipe 01.
- Gráfico 10. Destino do lixo nos domicílios na área da Equipe 01.
- Gráfico 11 - População vinculada X Atendimentos médico realizado no 1º trimestre de 2024 pela Equipe 1.
- Gráfico 12. Pirâmide etária da microárea de abrangência da Equipe 1.
- Gráfico 13. Pirâmide etária por sexo da população de Foz do Iguaçu-PR (2010).
- Gráfico 14. Composição de cor/raça da população cadastrada na equipe 01.
- Gráfico 15. Composição de nacionalidade brasileira, estrangeira e naturalizada da equipe 01.
- Gráfico 16 População que tem plano de saúde privado da equipe 01, 2024.
- Gráfico 17. População menor de 2 anos de idade para priorização das VD/ACS e estratificação de risco da equipe 01, 2024.
- Gráfico 18. Número de crianças menores de 5 anos vinculadas à Equipe 01.
- Gráfico 19. Distribuição da população feminina entre 25 e 64 anos vinculadas à Equipe 01.
- Gráfico 20. População feminina entre 50 e 69 anos, elegíveis para rastreamento de Câncer de Mama, vinculadas à Equipe 01.
- Gráfico 21. População acima de 60 anos para estratificação de risco do idoso, da equipe 01.
- Gráfico 22. População acima dos 18 anos para rastreamento de HAS, da área 103, Equipe 01.
- Gráfico 23. Distribuição da população entre 10 e 19 anos vinculadas à Equipe 01.
- Gráfico 24. Distribuição da escolaridade dos indivíduos cadastrados na Equipe 01.

Gráfico 25. Situação no mercado de trabalho da população Equipe 01.

Gráfico 26. Total de pessoas com deficiência no território da Equipe 01.

Gráfico 27. Tipos de deficiência no território da Equipe 01.

Gráfico 28- Nº de crianças menores de 1 ano com vacinação em dia.

Gráfico 29. Série histórica dos indicadores em saúde correspondente ao município de Foz do Iguaçu.

Gráfico 30. Série histórica dos indicadores em saúde correspondente a equipe 1 do Núcleo de Saúde AKLP.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário De Saúde
ANS- Agência Nacional De Saúde
AKLP- Associação Karla Laranjeira Petrópolis
CEMEI- Centro De Educação Infantil
CEP- Código De Endereçamento Postal
CLS- Conselho Local De Saúde
CNES- Cadastro Nacional Dos Estabelecimentos De Saúde
CIT- Comissão Intergestores Tripartite
DATASUS- Departamento De Informática Do Sistema Único De Saúde
ECG- Eletrocardiograma
EMEF- Escola Municipal de Ensino Fundamental
ESF- Estratificação de Risco Familiar
IAM- Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILACVN – Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza
IMC- Índice de massa Corporal
INE- Identificador Nacional de equipe
MFC- Medicina de Família e Comunidade
OMS- Organização Mundial de Saúde
PA- Pressão Arterial
PES- Planejamento Estratégico Situacional
PNAB- Política Nacional de Atenção Básica
PNAISH- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNAISM- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAD- Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios
SANEPAR- Companhia de Saneamento do Paraná
TTU- Terminal de transporte urbano
UBS- Unidade Básica de Saúde
UNILA- Universidade Federal da Integração Latino Americana
UNIOESTE- Universidade Estadual do Oeste do Paraná
USF- Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	15
2.JUSTIFICATIVA	16
3. OBJETIVOS	17
3.1 OBJETIVO GERAL	17
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
4. METODOLOGIA	18
5. PERFIL INSTITUCIONAL	19
5.1 HISTÓRICO DA UBS	20
5.2 LOCALIZAÇÃO	21
5.2.1 A LOCALIZAÇÃO DA UBS AKLP	21
5.2.2 A ABRANGÊNCIA DA EQUIPE 1, RESPONSÁVEL DA ÁREA 103	21
5.3 TIPOLOGIA	22
5.3.1 ACESSO A UBS: TOPOGRAFIA E TRANSPORTE	23
5.4 HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DA UBS	27
5.5 GERENTE DA UNIDADE	27
5.7 COMPOSIÇÃO E HORÁRIO DE ATENDIMENTO DAS EQUIPES	28
5.8 CARACTERÍSTICA DA UBS	30
5.9 MEIO UTILIZADOS PELA UBS PARA A COMUNICAÇÃO COM A COMUNIDADE	34
5.10 RECURSOS HUMANOS (NÚMERO DE PROFISSIONAIS POR CATEGORIA).	35
5.11 TIPOS DE VÍNCULOS DO MÉDICO COM A PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE	36
5.12 UBS tem apoio do NASF	36
5.13 ÁREAS E MICROÁREAS DESCOBERTAS	36
5.14 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO	37

5.15. CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE (CLS)	38
6. TERRITÓRIO	39
6.1 LOCALIZAÇÃO URBANA E RURAL	40
6.1.2 DISTÂNCIA DO CENTRO DA CIDADE	40
6.1.3 BAIRROS LOCALIZADOS NA ÁREA 103	41
6.2 GEOGRAFIA E AMBIENTE	41
6.2.1 DESCRIÇÃO DO RELEVO	41
6.2.2 EXISTÊNCIA DE RIOS OU CÓRREGOS, ESPECIFICANDO SE CANALIZADOS OU EM LEITO NATURAL; LAGOS E REPRESAS, NATURAIS OU ARTIFICIAIS	42
6.2.3 EXISTÊNCIA DE FONTES DE ÁGUA NATURAIS, ESPECIFICADO A SUA UTILIZAÇÃO PELA POPULAÇÃO CIRCUNVIZINHA.	43
6.2.4 BARREIRAS GEOGRÁFICAS	43
6.3 DELIMITAÇÃO DO TERRITÓRIO DA UBS NO MAPA	43
6.3.1 PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE	44
6.3.2 EQUIPAMENTOS E SERVIÇOS SOCIAIS	44
6.3.4. ÁREAS DE LAZER	47
6.3.5. ÁREAS DE RISCO AMBIENTAL	48
6.3.6 ÁREAS DE AGLOMERAÇÃO URBANA	50
6.4 FAMÍLIA: RENDA FAMILIAR	50
6.5 URBANIZAÇÃO E ACESSO	51
6.5.1 PAVIMENTAÇÃO DAS RUAS E AVENIDAS	51
6. 5.2 TRANSPORTE PÚBLICO	51
6.5.3. MALHA VIÁRIA, RODOVIAS, FERROVIAS	52
6.6. CARACTERÍSTICAS DOS DOMICÍLIOS E CONDIÇÕES DE MORADIA	52
6.6.1 NÚMERO DE DOMICÍLIOS SEGUNDO O ABASTECIMENTO DE ÁGUA	52
6.6.4 TIPO DE DOMICÍLIO	54

6.6.5 MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DOS DOMICÍLIO	55
6.6.6 ABASTECIMENTO DE ÁGUA	56
6.6.7 NÚMERO DE DOMICÍLIOS SEGUNDO O TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	57
6.6.8 NÚMERO DE DOMICÍLIOS SEGUNDO O DESTINO DE FEZES E URINA	58
6.6.9 NÚMERO DE DOMICÍLIOS COM ENERGIA ELÉTRICA	59
6.6.10 NÚMERO DE DOMICÍLIOS SEGUNDO O DESTINO DO LIXO	60
7. PERFIL DEMOGRÁFICO	62
7.1 POPULAÇÃO TOTAL SOB RESPONSABILIDADE DA EQUIPE.	63
7.2 POPULAÇÃO SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E SEXO	65
7.3 PERCENTUAL DE PESSOAS DE RAÇA: BRANCA, PRETA, AMARELA, PARDA E INDÍGENA NA ÁREA DA EQUIPE.	67
7.4 NACIONALIDADE BRASILEIRA, ESTRANGEIRA E NATURALIZADOS	68
7.5 POPULAÇÃO QUE TEM PLANO DE SAÚDE PRIVADO	69
7.6 POPULAÇÃO MENOR DE 2 ANOS DE IDADE PARA PRIORIZAÇÃO DAS VD/ACS E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO.	70
7.7 POPULAÇÃO MENOR DE 5 ANOS DE IDADE ELEGÍVEL PARA PUERICULTURA DE ACORDO COM AS FAIXAS ETÁRIAS	71
7.8 POPULAÇÃO FEMININA ENTRE 25 ANOS E 64 ANOS DE IDADE ELEGÍVEL PARA RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO UTERINO.	74
7.9 POPULAÇÃO FEMININA ENTRE 50 E 69 ANOS DE IDADE, ELEGÍVEL PARA RASTREAMENTO DE CÂNCER DE MAMA	75
7.10 POPULAÇÃO COM IDADE MAIOR QUE 60 ANOS ELEGÍVEL PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DO IDOSO.	76
7.11 POPULAÇÃO ACIMA DE 18 ANOS DE IDADE PARA REALIZAR O RASTREAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL.	77
7.12 POPULAÇÃO ENTRE 10 E 19 ANOS DE IDADE ELEGÍVEL PARA O CUIDADO E EPS AO ADOLESCENTE	78
8. PERFIL SOCIOECONÔMICO	80

8.1 PESSOAS POBRES E EXTREMAMENTE POBRES	81
8.2 EDUCAÇÃO: QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU.	82
8.3 EDUCAÇÃO: QUAL O PERCENTUAL DE PESSOAS QUE CONCLUÍRAM O ENSINO MÉDIO E SUPERIOR.	83
8.4 EDUCAÇÃO: ANALFABETISMO	84
8.5 EDUCAÇÃO: ONDE FICAM AS CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS	84
8.6 POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO	85
8.7 OCUPAÇÃO: ÀS 10 OCUPAÇÕES MAIS FREQUENTES NO TERRITÓRIO	86
8.8 SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO	86
8. 10 CIDADÃOS EM SITUAÇÃO DE RUA	89
8. 11 POPULAÇÃO LGBT	89
8.12 NÚMERO TOTAL DE FAMÍLIAS SEGUNDO O GRAU DE RISCO	90
9 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	91
9.1 CRIANÇAS MENORES A 5 ANOS	92
9.1.1 CRIANÇAS ENTRE 2 A 5 ANOS CADASTRADAS NA ÁREA E PERCENTUAL DESTAS CRIANÇAS ACOMPANHADAS PELO MÉDICO OU ENFERMEIRA HÁ MENOS DE UM ANO	93
9.1.2 NÚMERO DE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS CADASTRADAS NA ÁREA E PERCENTUAL DESTAS CRIANÇAS ACOMPANHADAS PELO MÉDICO/ENFERMEIRA HÁ 4 MESES	93
9.1.3 NÚMERO DE CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO COM VACINAÇÃO EM DIA	94
9.1.4 NÚMERO DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS CADASTRADAS NA ÁREA E PERCENTUAL DESTAS CRIANÇAS ACOMPANHADAS PELO ACS	95
9.1.5 NÚMERO DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS E PERCENTUAL DESTAS CRIANÇAS COM CONSULTA NA PRIMEIRA SEMANA DE VIDA	96
9.1.6 NÚMERO TOTAL DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS E PERCENTUAL DESTAS CRIANÇAS COM REGISTRO ANTROPOMÉTRICO ADEQUADO E ESTADO NUTRICIONAL REGISTRADO	97

9.2 GESTANTES	98
9.2.1 NÚMERO TOTAL DE GESTANTES E PROPORÇÃO DE GESTANTES CADASTRADAS NO E-SUS E ACOMPANHADAS PELO MÉDICO/ENFERMEIRA	98
9.2.2 PROPORÇÃO DE GESTANTES CADASTRADAS NO E-SUS E ACOMPANHADAS PELO ACS	99
9.2.3 PROPORÇÃO DE GESTANTES CADASTRADAS NO E-SUS ACOMPANHADAS PELA ODONTOLOGIA	99
9.2.4 PROPORÇÃO DE GESTANTES CADASTRADAS NO E-SUS COM DATA PROVÁVEL DE PARTO (DPP) VENCIDA E PUERPÉRIO REGISTRADO	100
9.2.5 PROPORÇÃO DE GESTANTES CADASTRADAS NO E-SUS COM A CONDIÇÃO DE ALTO RISCO	101
9.3 ADOLESCENTES	101
9.3.1 NÚMERO DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS CADASTRADAS NO E-SUS	101
9.4 ADULTOS	102
9.4.1 NÚMERO TOTAL DE PESSOAS ACIMA DE 20 ANOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL CADASTRADOS POR ÁREA (AUTORREFERIDO E CLÍNICO).	102
9.4.2 NÚMERO ABSOLUTO E PROPORÇÃO DE PESSOAS QUE TÊM A CONDIÇÃO AUTO REFERIDA DE HIPERTENSÃO, MAS NÃO HÁ NENHUM REGISTRO DE CONSULTA MÉDICA OU DE ENFERMAGEM	103
9.4.3 PROPORÇÃO DE HIPERTENSOS COM A ÚLTIMA CONSULTA COM MÉDICO/ENFERMEIROS HÁ MENOS DE 6 MESES	104
9.4.4 PROPORÇÃO DE HIPERTENSOS COM RASTREAMENTO DE RISCO CARDIOVASCULAR (RCV) HÁ MENOS DE 1 ANO	105
9.4.5 PROPORÇÃO DE HIPERTENSOS COM ÚLTIMA VISITA DO ACS HÁ MENOS DE 2 MESES.	106
9.4.6 NÚMERO DE TABAGISTAS CADASTRADOS NA ÁREA	107
9.4.7 NÚMERO DE PESSOAS COM MAIS DE 20 ANOS PORTADORAS DE DIABETES CADASTRADOS POR ÁREA.	108
9.4.8 PROPORÇÃO DE DIABÉTICO COM A ÚLTIMA CONSULTA COM MÉDICO/ENFERMEIRO HÁ MENOS DE 4 MESES.	109

9.4.9 PROPORÇÃO DE DIABÉTICOS COM RASTREAMENTO DE RCV HÁ MENOS DE 1 ANO.	110
9.4.10 PROPORÇÃO DE DIABÉTICOS COM ÚLTIMA CONSULTA AO DENTISTA HÁ MENOS DE 1 ANO.	110
9.4.11 PROPORÇÃO DE DIABÉTICOS COM ÚLTIMA VISITA DO ACS HÁ MENOS DE 2 MESES	111
9.4.12 PROPORÇÃO DE PESSOAS COM DIABETES + HAS	112
9.4.13 NÚMERO ABSOLUTO E PROPORÇÃO DE PESSOAS QUE TIVERAM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)	112
9.4.14 NÚMERO ABSOLUTO E PROPORÇÃO DE PESSOAS QUE TIVERAM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)/DERRAME	112
9.4.15 INCIDÊNCIAS DE CASO DE TUBERCULOSE NA ÁREA	113
9.4.16 PROPORÇÃO DE PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER NA ÁREA	113
9.4.17 NÚMERO DE USUÁRIOS COM HANSENÍASE CADASTRADOS POR ÁREA (CASOS NOVOS DO ÚLTIMO ANO)	113
9.4.18 PROPORÇÃO DE PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC) NA ÁREA	114
9.4.19 PROPORÇÃO DE PESSOAS COM ASMA NA ÁREA	114
9.4.20 PROPORÇÃO DE PESSOAS COM EXCESSO DE PESO NA ÁREA	115
9.4.21 NÚMERO ABSOLUTO E PROPORÇÃO DE PESSOAS QUE ESTÃO NA CONDIÇÃO DE ACAMADO/DOMICILIADO NA ÁREA	116
9.4.22 NÚMERO ABSOLUTO E PROPORÇÃO DE PESSOAS QUE FORAM INTERNADAS NO ÚLTIMO ANO	116
9.4.23 NÚMERO DE PESSOAS QUE TIVERAM ALGUM PROBLEMA DE TRANSTORNO MENTAL DIAGNOSTICADO	117
9.4.24 NÚMERO DE PESSOAS QUE USARAM SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS NOS ÚLTIMOS 12 MESES	118
9.4.25 ACHADOS GERAIS DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	119
10. INDICADORES DE FINANCIAMENTO DA APS	120
10.1 SÉRIE HISTÓRICA DE TODOS OS 7 INDICADORES DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU DESDE 2018	122

10.2 SÉRIE HISTÓRICA DA ÁREA 103 DO NÚCLEO DE SAÚDE AKLP	126
10.3 SÉRIE HISTÓRICA DO INDICADOR SINTÉTICO FINAL DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU	129
10.4 GESTANTES VALIDADAS E NÃO VALIDADAS NO PREVINE BRASIL NO 1º QUADRIMESTRE DE 2024	130
10. 5 PESSOAS HIPERTENSAS VALIDADAS E NÃO VALIDADAS NO PREVINE BRASIL NO 1º QUADRIMESTRE DE 2024	131
10.6 MULHERES ENTRE 25 E 64 ANOS DE IDADE ELEGÍVEIS PARA O EXAME COLPOCITOLÓGICO, VALIDADAS E NÃO VALIDADAS NO PREVINE BRASIL NO 1º QUADRIMESTRE DE 2024.	132
10.7 CRIANÇAS ELEGÍVEIS PARA SEREM VACINADAS VALIDADAS E NÃO VALIDADAS NO PREVINE BRASIL NO 1º QUADRIMESTRE DE 2024	132
11. CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
12. REFERÊNCIAS	137

1.INTRODUÇÃO

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) constituem a principal via de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS). Normalmente, essas unidades oferecem uma ampla variedade de serviços, como consultas médicas e de enfermagem, atendimento com assistente social, procedimentos curativos, vacinação e serviços odontológicos. Além disso, a Atenção Primária à Saúde (APS) visa incorporar ações de vigilância sanitária, bem como promover campanhas de prevenção e conscientização voltadas para a população (BRASIL, 2017).

A força de trabalho das UBSs é composta por uma equipe multidisciplinar, cujo propósito é delinear soluções para os problemas identificados no território. Essa abordagem facilita a comunicação entre profissionais e usuários, promovendo a continuidade do cuidado, um dos objetivos centrais da atenção básica (BRASIL, 2017).

Dentro desse contexto, insere-se a ferramenta do Diagnóstico Situacional, que possibilita a identificação dos pontos fortes e fragilidades na atuação da unidade de saúde em determinada microárea, considerando aspectos socioeconômicos, políticos, culturais e epidemiológicos da população local. O objetivo dessa ferramenta, além de sistematizar dados, é avaliar perfis para a elaboração de um Planejamento Estratégico Situacional (PES), no qual as ações de saúde são definidas coletivamente entre a equipe de saúde e os moradores do território (BRASIL, 2017).

Este trabalho, portanto, teve como objetivo a construção de um Diagnóstico Situacional para a Equipe 01 (área 103) do Núcleo de Saúde AKLP. Para tanto, foram elaborados os perfis institucional, territorial/ambiental, demográfico, socioeconômico, epidemiológico e indicadores de financiamento da APS. A coleta de dados foi realizada através dos sistemas e-GESTOR, e-SUS e RP, cujos acessos foram concedidos pela gerência e preceptoria da UBS.

2.JUSTIFICATIVA

A organização inadequada das diversas interfaces que compõem a Estratégia Saúde da Família contribui para a criação de um ambiente desfavorável tanto para os usuários quanto para os profissionais, comprometendo, assim, a qualidade dos serviços prestados. É fundamental destacar que a continuidade na coleta e análise de dados de vigilância é essencial para o planejamento de ações efetivas de prevenção e controle de doenças (SANTOS; RIGOTTO, 2010). Esse processo é vital não apenas para responder a demandas imediatas, mas também para garantir a sustentabilidade de melhorias no sistema de saúde.

Nesse sentido, o Diagnóstico Situacional emerge como uma ferramenta indispensável para a sistematização das práticas dentro da Atenção Primária à Saúde. Ele propõe a análise de cinco perfis fundamentais: institucional, territorial, demográfico, socioeconômico e epidemiológico. Através da coleta e análise de dados específicos da microrregião atendida pela equipe da Unidade Básica, esses perfis fornecem uma visão detalhada da realidade local, contemplando diversas áreas de interesse para o desenvolvimento de estratégias de intervenção em saúde. Essas estratégias, agrupadas sob o conceito de Planejamento Estratégico em Saúde (PES), conferem maior eficácia e credibilidade às ações implementadas pelas Unidades de Saúde no âmbito territorial.

O presente projeto tem como objetivo a construção do Diagnóstico Situacional da equipe 1 da UBS AKLP, utilizando os dados coletados pelos servidores da unidade e armazenados nas plataformas e-Gestor e e-SUS. A elaboração desse relatório proporcionará uma compreensão mais profunda do território atendido pela equipe, permitindo a avaliação de suas problemáticas e o impacto dessas questões na saúde da população. Além disso, direcionará a busca por soluções eficazes para os desafios identificados.

Ademais, espera-se que o diagnóstico situacional contribua diretamente para a melhoria da qualidade do atendimento prestado à população. Ao expor os resultados do diagnóstico para os profissionais de saúde da equipe, será possível alinhar ações e promover intervenções mais direcionadas e eficientes, fortalecendo o papel da Atenção Primária na promoção de saúde e na prevenção de doenças no contexto local.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar o Diagnóstico Situacional da Equipe 01 da área 103, do Núcleo de Saúde AKLP de Foz do Iguaçu- Paraná.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar uma análise abrangente dos aspectos institucionais, geográficos, demográficos, socioeconômicos e epidemiológicos da Equipe 01 (área 103) do Núcleo de Saúde AKLP, visando mapear as características e desafios que influenciam diretamente a prestação de serviços de saúde.
- Adquirir um entendimento profundo dos processos de trabalho e da estrutura organizacional em vigor no Núcleo de Saúde AKLP, com o intuito de identificar oportunidades de melhoria e otimização dos fluxos de atendimento.
- Contribuir ativamente para o mapeamento territorial da área de responsabilidade da Equipe 01 (área 103), facilitando a identificação de fatores de risco e potencialidades no território que impactam na saúde da população local.
- Propor medidas concretas para aprimorar a abrangência e a qualidade da assistência oferecida à população sob a responsabilidade da Equipe 01, promovendo um atendimento mais eficiente e equitativo.
- Elaborar um plano de implementação baseado na avaliação situacional, assegurando a execução eficaz das ações planejadas para a Equipe 01 e garantindo que as estratégias desenvolvidas sejam postas em prática de forma coordenada e sustentável.
- Disponibilizar os dados coletados à equipe do Núcleo de Saúde AKLP, favorecendo a tomada de decisões informadas e embasadas para o aprimoramento contínuo dos serviços prestados.

4. METODOLOGIA

A primeira etapa para a elaboração do Diagnóstico Situacional consistiu na realização de visitas de campo, durante as quais foi feita a identificação, reconhecimento e territorialização da área de abrangência da Equipe 01, correspondente à área 103.

Em seguida, foram coletados dados dos relatórios consolidados e operacionais do Núcleo de Saúde AKLP (CNES 2673002) e da Equipe 01 (INEI 0002019388), disponibilizados nas plataformas e-SUS e e-GESTOR. Além disso, houve participação ativa na observação dos processos de trabalho e na dinâmica organizacional da unidade de saúde, permitindo uma compreensão mais detalhada das operações cotidianas.

Para complementar as informações e enriquecer a confecção do relatório situacional, também foram conduzidas entrevistas com informantes-chave, incluindo profissionais de saúde – como gerente, enfermeiros, assistente social, agentes comunitários de saúde e médicos –, bem como membros da comunidade local. Essas entrevistas trouxeram perspectivas valiosas sobre as necessidades e desafios enfrentados pela população e pelos profissionais que atuam na região.

Por fim, foi realizada a elaboração e análise dos perfis institucionais, territoriais/ambientais, demográficos, socioeconômicos e epidemiológicos, acompanhada de uma avaliação detalhada dos indicadores de desempenho da Equipe 01 (área 103). Essa análise combinou abordagens qualitativas e quantitativas, permitindo uma visão abrangente e estratégica da realidade da área atendida e fornecendo subsídios para o planejamento de ações futuras.

5. PERFIL INSTITUCIONAL

5.1 HISTÓRICO DA UBS

A trajetória da Unidade Básica de Saúde (UBS) AKLP reflete uma história de mudanças significativas ao longo dos anos, até alcançar a estrutura e localização que conhecemos hoje. De acordo com depoimentos colhidos de funcionários veteranos, como a assistente social Silvana e a enfermeira Maria Teresa, ambas moradoras da comunidade e há muito tempo atuantes na UBS, a unidade iniciou suas atividades no endereço atual em resposta a um pedido da comunidade em 1998. Naquele período, a UBS funcionava em uma pequena construção de madeira, com limitações severas que dificultavam o atendimento adequado às crescentes demandas por assistência à saúde.

Reconhecendo a insuficiência do espaço, em janeiro de 2000, foi necessária a construção de um novo prédio, que atualmente abriga o Conselho Tutelar II dos Direitos das Crianças e do Adolescente. A UBS AKLP, por sua vez, logo se destacou como um serviço de referência na região, especialmente pela carência de unidades de saúde no distrito norte. Naquela época, a UBS AKLP era uma das apenas três unidades existentes, e oferecia especialidades importantes como ortopedia, pediatria e ginecologia, serviços cruciais para a população local.

O modelo de atendimento, no entanto, enfrentava desafios. Os médicos não possuíam uma carga horária fixa, o que limitava o atendimento diário a cerca de 16 pacientes. Isso gerava períodos em que não havia médicos disponíveis, criando lacunas no atendimento às demandas espontâneas da comunidade, um obstáculo frequente para aqueles que buscavam atendimento contínuo.

A nova instalação, inaugurada em 2000, trouxe melhorias significativas. O espaço contava com mais de seis consultórios, uma farmácia, uma sala de radiografia e até um jardim de inverno no centro do edifício, proporcionando um ambiente mais acolhedor. No entanto, com o passar dos anos, a unidade começou a enfrentar sérios problemas de infraestrutura. Após 13 anos de funcionamento, as condições físicas do prédio deterioraram, exigindo uma nova mudança para garantir a continuidade dos serviços de saúde de forma adequada.

De acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a infraestrutura de uma UBS deve ser capaz de atender tanto às necessidades da

população adscrita quanto aos processos de trabalho das equipes de saúde, além de oferecer serviços e ações de qualidade. Diante dessas dificuldades, em abril de 2013, a administração municipal, sob o comando do prefeito Reni Clóvis de Souza Pereira, inaugurou a atual estrutura do Núcleo AKLP. Essa nova unidade foi projetada para atender de maneira mais eficiente todas as demandas de saúde dos moradores da região, consolidando o papel da UBS AKLP como um pilar essencial no cuidado à saúde da comunidade.

5.2 LOCALIZAÇÃO

5.2.1 A LOCALIZAÇÃO DA UBS AKLP

A Unidade de Saúde AKLP está localizada em uma região urbana no bairro Jardim das Laranjeiras, na Rua Belo Horizonte, número 100, CEP 85868-010. Está em uma rua asfaltada, garantindo fácil acesso. Seu número de CNES é 2673002. Esta unidade desempenha um papel crucial como uma das unidades básicas de saúde na região Norte do Município de Foz do Iguaçu, sendo responsável pelas áreas 102, 103, 019 e 011.

Figura 1 - Entrada principal da UBS AKLP



Fonte: Imagem capturada pela autora (2024)

5.2.2 A ABRANGÊNCIA DA EQUIPE 1, RESPONSÁVEL DA ÁREA 103

A área 103 é composta por seis microáreas, embora apenas uma delas, a Microárea 78, conte com a atuação de um agente comunitário de saúde. Esta microárea abrange partes do Jardim Paraná e do Bairro Estrela, enquanto as demais – Microáreas 1, 2, 5, 7 e 8 – ainda não possuem cobertura de agentes comunitários e correspondem aos bairros Belvedere 1, Belvedere 2 e Jardim Paraná.

A Microárea 78 abrange diversas ruas, entre elas a Rua Gaspar, nos números 415, 529, 549, 563, 567 e 1328; a Rua Caruaru, do número 11 até o 515; a Rua

Campinas em sua totalidade; a Rua Manaus, do número 1427 até o 1888; e a Rua Ático José Rorato. Além dessas, estão também incluídas a Rua Belo Horizonte, do número 1344 até o 1500, e as ruas Renascença, Neópolis, dos Irmãos, Botucatu e Luziânia.

Na Microárea 07, as principais ruas cobertas são a Rua Manaus, a Rua Antonina e a Rua Mariluz. Na Microárea 01, encontramos um condomínio fechado que abrange as seguintes ruas: Rua dos Jangadeiros, Rua do Farol, Rua do Forte, Rua da Praia e Rua do Porto. Fora do condomínio, a área é composta pela Rua Londrina, Avenida Curitiba, Rua Toledo, Rua Guaíra, Travessa Bagé, Travessa Rolândia, Rua Cambará e parte da Rua Belo Horizonte.

A Microárea 02 é delimitada pelas ruas Rua Vitorino, Rua Santa Fé, Travessa Curiúva, Travessa Florida e Travessa Faxinal. Na Microárea 05, encontramos as ruas Rua Barbosa Ferraz, Rua Belo Horizonte, Rua Pinhais, Rua Lapa, Rua Maringá, Rua Piraquara e Rua Ibaiti. Por fim, a Microárea 08 inclui as ruas Apucarana, Califórnia e General Carneiro.

Essa divisão territorial é fundamental para o planejamento das ações de saúde, possibilitando uma visão detalhada da distribuição geográfica das microáreas e facilitando a gestão dos recursos e da assistência à população, principalmente nas regiões que ainda carecem de agentes comunitários de saúde.

5.3 TIPOLOGIA

No início deste ano, a Unidade Básica de Saúde (UBS) AKLP contava com quatro equipes de Saúde da Família, responsáveis por atender as áreas 19, 102, 103 e 128. Apesar de a equipe da área 128 ainda não estar completa, dispondo apenas de uma médica e uma Agente Comunitária de Saúde (ACS), esses profissionais têm se esforçado para garantir o atendimento à comunidade local, conforme as suas possibilidades. A dedicação dessas equipes é crucial para a promoção de cuidados contínuos e humanizados, mesmo diante das limitações de pessoal.

Além das equipes de Saúde da Família, a UBS AKLP conta com uma equipe multiprofissional que apoia o distrito norte de Foz do Iguaçu, composta por profissionais como duas psicólogas. Até recentemente, a unidade também contava com uma pediatra, uma ginecologista e uma assistente social, profissionais

essenciais que contribuíram para uma atenção integral à saúde da população, até a chegada da médica que assumiu a área 128.

A composição das equipes de saúde segue os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, garantindo a presença de, no mínimo, um médico em cada uma delas. Entre os profissionais, destaca-se a inclusão de um especialista em Medicina de Família e Comunidade, que atua de forma integrada com os demais médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Esse trabalho conjunto visa proporcionar um cuidado abrangente e contínuo, especialmente em áreas com maior vulnerabilidade social.

As equipes também estão vinculadas a profissionais de saúde bucal, como cirurgiões-dentistas, sendo que duas dessas equipes contam com o apoio de auxiliares de saúde bucal. A quarta equipe apresenta uma composição ligeiramente diferente, contando com um médico, um auxiliar de enfermagem e um ACS. Essas variações na composição são moldadas pela realidade local e pela disponibilidade de recursos, mas refletem o compromisso em oferecer uma assistência diversificada e adaptada às necessidades da população.

No entanto, um dos principais desafios enfrentados pela UBS AKLP é a falta de agentes comunitários de saúde suficientes para cobrir 100% do território. Atualmente, 11 microáreas permanecem descobertas, o que gera um grande impacto nas comunidades mais vulneráveis. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) recomenda que o número de ACS por equipe seja definido com base na população atendida, levando em consideração critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos. Em áreas com grande dispersão territorial e alto índice de risco e vulnerabilidade social, como as que a UBS AKLP atende, a recomendação é de uma cobertura total da população, com cada ACS sendo responsável por, no máximo, 750 pessoas.

Esse déficit de cobertura acentua a necessidade de uma gestão mais eficiente e de políticas que assegurem a alocação adequada de recursos humanos. A presença de agentes comunitários é fundamental para garantir o vínculo entre os serviços de saúde e a comunidade, promovendo ações de prevenção, promoção e cuidado contínuo, essenciais para a construção de um sistema de saúde mais equitativo e eficaz.

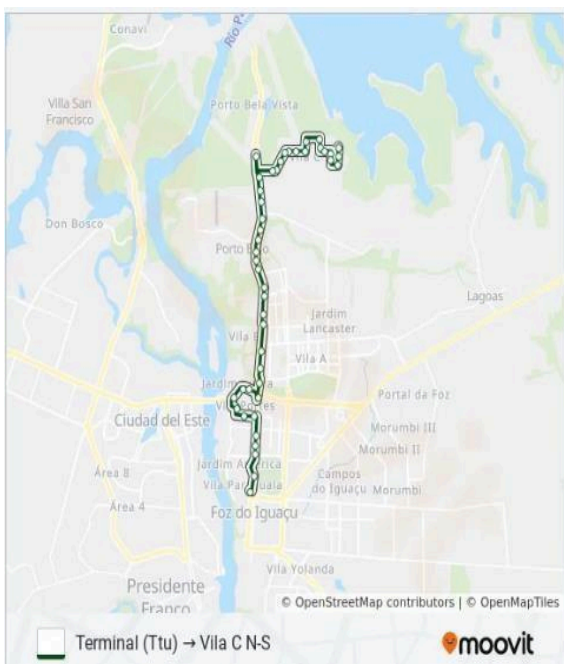
5.3.1 ACESSO A UBS: TOPOGRAFIA E TRANSPORTE

A Unidade Básica de Saúde (UBS) AKLP, após uma avaliação cuidadosa e relatos das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), destaca-se por uma característica importante na área 103: todas as ruas e avenidas dessa região estão pavimentadas, e a maioria apresenta um asfalto em boas condições. Contudo, a situação das calçadas requer atenção. A maioria das vias não possui calçadas adequadas, e as que existem encontram-se em estado de deterioração, o que pode comprometer a mobilidade e a segurança dos pedestres, especialmente os mais vulneráveis, como idosos e pessoas com deficiência.

Apesar das limitações das calçadas, a área 103 é de fácil acesso, tanto para pedestres quanto para quem utiliza o transporte público. Essa acessibilidade é fundamental, pois facilita a integração da UBS AKLP com outros serviços de saúde da região, além de conectar os bairros ao centro da cidade, ampliando a disponibilidade de cuidados para a população. A acessibilidade urbana é um ponto-chave para garantir que os serviços de saúde cheguem a todos, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que enfatiza a necessidade de equidade e acesso universal aos serviços de saúde.

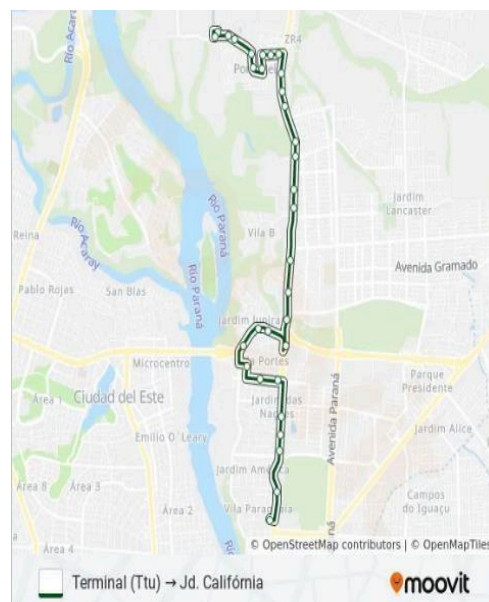
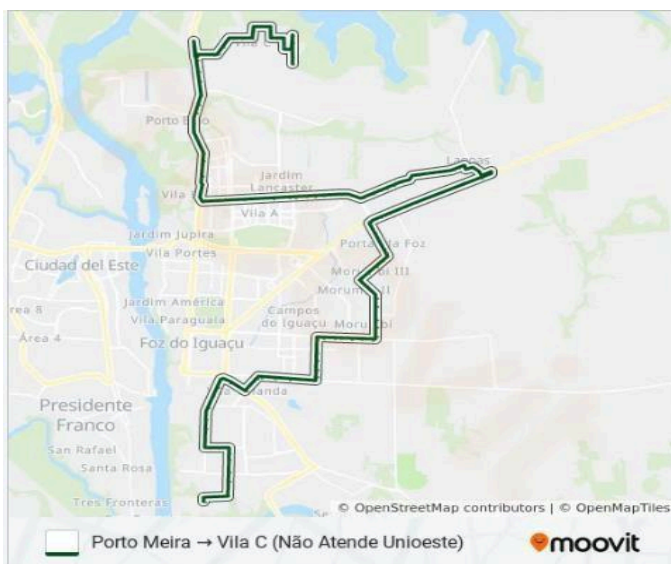
Segundo o Foztrans, órgão responsável pelo transporte coletivo de Foz do Iguaçu, a linha 65 realiza o trajeto de hora em hora, partindo do Terminal de Transporte Urbano (TTU). Essa linha passa pela Rua Belo Horizonte e oferece um ponto de ônibus em frente à UBS, o que proporciona acesso direto e conveniente para os usuários da área 103 e adjacências. Além disso, outras linhas de ônibus, como as linhas 10, 101-102, 103, 40 e 320, também garantem o acesso à UBS AKLP, com parada na Avenida Tancredo Neves, nº 1994, a cerca de 700 metros da unidade, conforme verificado no Google Maps. A linha 55, outra opção viável, tem uma parada a 650 metros da UBS, conforme o aplicativo Moovit.

Essa variedade de linhas de transporte público contribui significativamente para facilitar o acesso da população aos serviços de saúde oferecidos pela UBS AKLP. A proximidade dos pontos de ônibus permite que os usuários façam o percurso até a unidade a pé, com relativa facilidade e comodidade, reforçando a conexão da comunidade com os serviços de saúde de maneira prática e eficiente. A acessibilidade por transporte público também é essencial para garantir a



Fonte: Moovit App (2024)

Figuras 5 e 6 - Trajeto da linha 320 Interbairros da Viação Santa Clara - Porto Meira → Vila C e linha 103 Porto Belo- Terminal → Jd. Califórnia da Viação Santa Clara.



Fonte: Moovit App (2024)

5.4 HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DA UBS

A Unidade Básica de Saúde AKLP opera de segunda a sexta-feira, das 07h00 às 19h00, oferecendo uma importante gama de serviços à população. As equipes que atuam em turnos alternativos têm direito a uma pausa para o almoço, das 13h00 às 14h00.

A Portaria Nº 397, de 16 de março de 2020, visa a implementação do Programa Saúde na Hora, cujo propósito central é expandir o horário de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF) e das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Essa iniciativa busca aumentar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, garantindo uma cobertura mais ampla da Estratégia Saúde da Família. Entre os principais objetivos do programa, destacam-se a ampliação do acesso às ações e serviços essenciais na Atenção Primária à Saúde (APS), a elevação do número de usuários beneficiados pelos serviços oferecidos, e a diminuição da demanda por atendimentos em unidades de pronto socorro e emergências hospitalares, especialmente para condições de saúde de baixo risco.

Adicionalmente, a Portaria estabelece um horário mínimo de atendimento para as USF que oferecem serviços de saúde bucal, que deve ser de 60 horas semanais. Este atendimento pode ocorrer de duas maneiras: 12 horas diárias ininterruptas, de segunda a sexta-feira, durante os cinco dias úteis da semana; ou 11 horas diárias ininterruptas, também de segunda a sexta, com a possibilidade de cinco horas aos sábados e/ou domingos.

A gerente do Núcleo AKLP informou que a UBS foi integrada ao programa "Saúde na Hora", lançado pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (Saps/MS) em maio de 2019. Embora a unidade tenha passado por atualizações com a publicação da Portaria nº 397/GM/MS, de 16 de março de 2020, ela ainda se encontra em fase de implementação, evidenciando o compromisso contínuo com a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde prestados à comunidade.

5.5 GERENTE DA UNIDADE

Jusseina Priscila Mikusspeck ingressou na unidade há 7 anos e, nos 5 primeiros anos, atuou como auxiliar de enfermagem. Entretanto, há 2 anos, assumiu a posição de gerente da unidade AKLP. A formação acadêmica da gerente abrange auxiliar de enfermagem, graduação em gestão pública e pós-graduação em gestão em saúde.

5.6 PRESENÇA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS NA UBS

Na Unidade AKLP, em relação à formação dos médicos, o profissional Ernani de Souza Cardona da Equipe 01, responsável pela área 103, formado pela Universidade Federal de Pelotas e com residência em Medicina de Família e Comunidade na cidade de Foz do Iguaçu. Até agosto deste ano, a equipe contava com uma residente do Programa de Medicina de Família e Comunidade, porém, a mesma afastou-se do programa.

As médicas responsáveis pelas áreas 102 e 019 são médicas generalistas formadas pela Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), e a médica da equipe 128 tem formação fora do Brasil, a qual atua pelo Programa Mais Médicos. Além disso, no espaço da UBS AKLP, a ginecologista Luciene Batista de Lima atua como especialista de referência para as pacientes do distrito norte.

5.7 COMPOSIÇÃO E HORÁRIO DE ATENDIMENTO DAS EQUIPES

A unidade AKLP é composta por quatro equipes de saúde da família e comunidade, sendo uma delas incompleta. A equipe 01 é responsável pela área 103 e é composta pelo médico de Família e Comunidade, Dr. Ernani de Souza Cardona; a enfermeira Zenilde Orides Patrício; as auxiliares de enfermagem, Andreia Ferreira Carvalho e Ledi Marta de Christo (a qual se encontra afastada); a ACS Cinthia Regina de Lima; o dentista Luciano André Arce; e o auxiliar de saúde bucal, Ezequiel Boita. No momento também formando parte da equipe a interna de medicina da UNILA, Pietra Conci Kotz.

Os horários de atendimento da equipe são de segunda a sexta-feira, das 07:00 às 13:00. Também há contraturnos do médico e da interna nas quartas e sextas, atendendo das 14:00 às 19:00.

A equipe 02 é responsável pela área 102 e é composta pela médica generalista, Dra. Geíza Lemos Hein Sant'ana; a enfermeira Manuela Regina Crispim Carbunck; as auxiliares de enfermagem Carla Cristina Costa da Silva e Karla Henrique de Matos, as ACS Luciana da Silva Moraes e Marcia Aparecida de Jesus Pereira; o dentista Alexandre Kraemer. E no momento formam parte da equipe também as internas Nananina Nunez e Asmara.

A equipe está disponível para atendimento de segunda a sexta-feira, das 07:00 às 13:00, e contraturno do serviço médico nas terças e quintas à tarde das 14h às 19h.

A equipe 03 é responsável pela área 19, e é composta pela médica generalista Dra. Luana; a enfermeira Maria Teresa Totti de Oliveira; as auxiliares de enfermagem Elissandra Aparecida Mayer da Silva e Andressa Castro Limoni; sem dentista e sem auxiliar de saúde bucal, e a ACS Arletty Ida Beraldo. Os horários de atendimento da equipe são de segunda, terça, quarta e sexta, das 13:00 às 19:00. Na quinta a equipe faz contraturno das 07:00 às 13:00 e depois das 14:00 as 19:00. As visitas domiciliares são realizadas às terças pela manhã.

No início de outubro do ano de 2023 a UBS AKLP começou a ter uma quarta equipe, que ficou responsável pela área 128. A qual está composta por uma médica generalista, a Dra. Jeanne Beatriz Adorian; as auxiliares de enfermagem Vanessa Camargo Da Silva e Jacqueline Fatima Da Silva, a qual se encontra afastada; a ACS Nelci Fatima Bueno Dos Santos; pelo momento, a equipe encontra-se incompleta, não possui dentista, auxiliar de dentista e enfermeiros. Os horários de atendimento da equipe 4 são de segunda a sexta das 13:00 as 19:00, com contraturno às quartas-feiras.

5.8 CARACTERÍSTICA DA UBS

A UBS AKLP conta com quatro equipes de saúde da família, mas sua infraestrutura não atende aos padrões estabelecidos pela Portaria N° 725, de maio de 2014, que regulamenta as Unidades Básicas de Saúde Porte IV. O espaço físico

é limitado e a carência de consultórios frequentemente compromete o trabalho das equipes, especialmente quando internos e residentes precisam realizar atendimentos individuais.

Além disso, a sala de inalação coletiva está inativa, e é utilizada eventualmente para administração de medicamentos e a sala de esterilização/estocagem de material esterilizado tem sido usado para a coleta de exames laboratoriais. A ausência de uma farmácia na unidade também representa um desafio, pois muitos usuários não têm condições financeiras de se deslocar até as UBSs Curitiba e Porto Belo, que ficam entre 3,1 e 3,4 km de distância. Vale destacar que apenas a UBS Curitiba opera das 07h às 19h.

A quantidade de consultórios odontológicos também está aquém do que a portaria prevê, com apenas um consultório disponível para três equipes. Apesar disso, a distribuição adequada dos turnos — duas equipes pela manhã e duas à tarde — tem garantido um atendimento satisfatório até o momento.

Embora a UBS esteja conseguindo atender às demandas atuais, é essencial considerar as diretrizes da portaria como um guia para aprimoramentos futuros. Assim, será possível garantir um cuidado ainda mais eficaz e acessível à população atendida.

A seguir a tabela com os ambientes disponíveis na UBS AKLP:

Quadro 1 - Infraestrutura da UBS AKLP em paralelo do que é preconizado pela Portaria N° 360 de 4 de março de 2013.

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE						
Nº	AMBIENTES	4 EQUIPES - Portaria 725/2014			Estrutura UBS AKLP	
		Qtd. (un)	Área (m ²)	unit.	Qtd. (un)	Área (m ²) unit.
1	Sala de recepção e espera	1		90	1	164,92x
2	Sanitário para pessoa com deficiência	3		2,55	1	3
2.1	Sanitário para o público	0		-	2	7,87
3	Sala de imunização	1		9	1	11,25
4	Farmácia	1		16	0	0
5	Consultório indiferenciado /Acolhimento	5		9	4	11,25(1) 8 (3)
6	Consultório com sanitário anexo	3		9	2	8
6.1	Sanitário pessoa com deficiência	2		2,55	2	2,125
6.2	Sanitário do consultório	1		1,6	1	0
7	Consultório odontológico para 3 Equipos	2		30	1	37,57
8	Sala de inalação coletiva	1		9	1	8,43
9	Sala de coleta	1		4	0	0
10	Sala de curativos	1		9	0	0
11	Sala de Procedimento	1		10	1	15,75
11.1	Banheiro	1		4,8	0	0
12	E x p u r g o	1		5	1	6.56
12.1	Sala de esterilização/estocagem de material esterilizado	1		5	1	6.56
13	Sala de administração e gerência	1		12,5	1	8
14	Sala de atividades coletivas/Sala de ACS	1		30	1	≈13,4
15	Almoxarifado	1		4	1	6,4
16	Copa	1		6	1	4,8
17	Banheiro para funcionários	2		3,5	2	≈6,0
18	Depósito de material de limpeza (DML)	2		2	1	4,05
18.1	Depósito de Resíduos Comuns	1		2,3		0
18.2	Depósito de Resíduos Contaminados	1		2		0
18.3	Depósito de Resíduos Recicláveis	1		2		0
19	Área externa para embarque e desembarque deambulância	1		21	-	-

Fonte: Adaptado pela autora da portaria Nº 360 (2013), 2024.

A seguir algumas imagens da estrutura do núcleo AKLP:

Figuras 7 - Consultório 6 da UBS AKLP



Figura 8 - Consultório 5 da UBS AKLP



Fonte: Imagem capturada pela autora (2024)

Figura 9- Consultório 4 da UBS AKLP

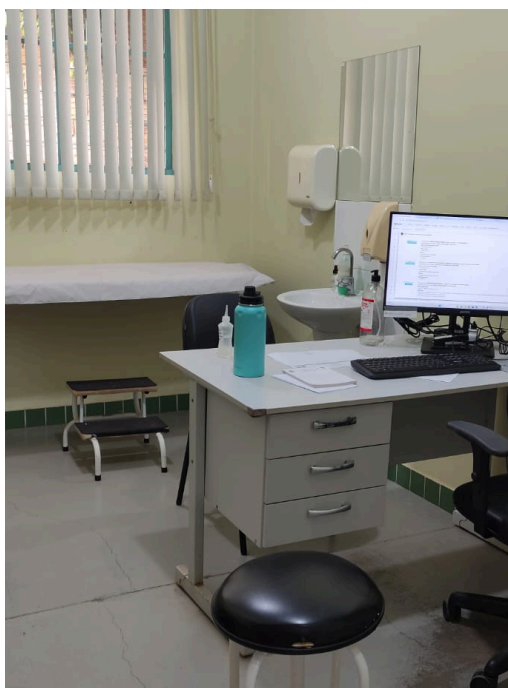
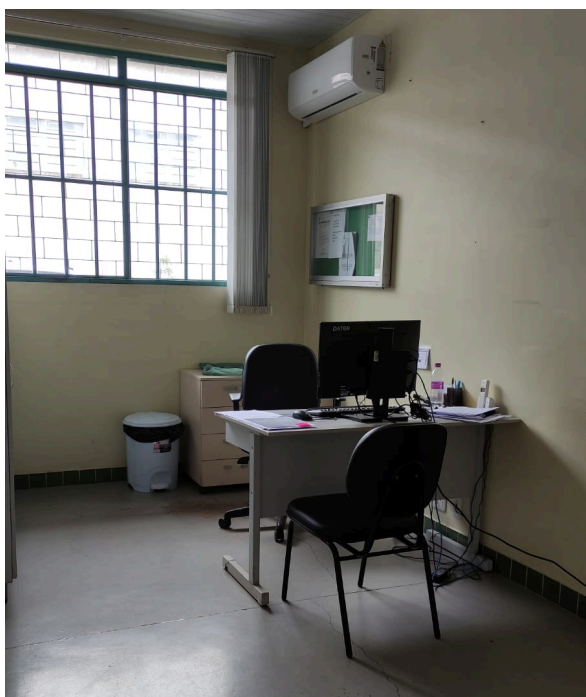


Figura 10- Sala Gerência UBS AKLP.



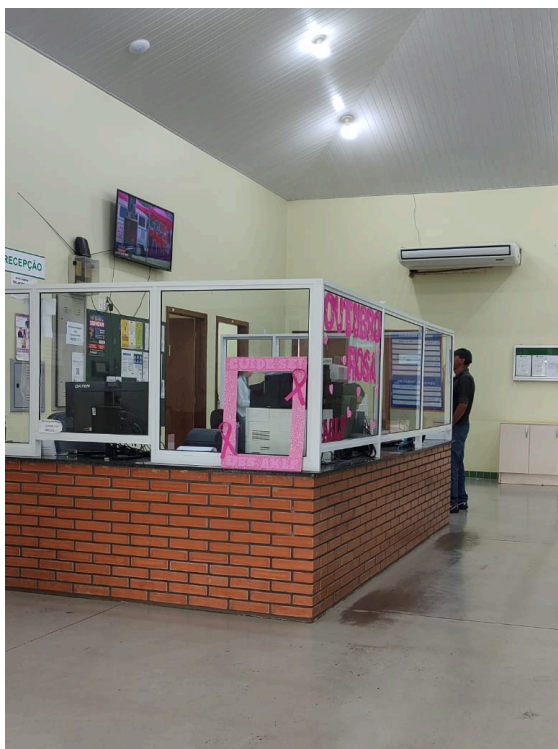
Fonte: Imagem capturada pela autora (2024).

Figura 11 – Consultório 2 da UBS AKLP.



Fonte: Imagem capturada pela autora (2024).

Figura 12- Recepção da UBS AKLP



Fonte: Imagem capturada pelas autoras (2024).

Figuras 13 e 14- Sala de procedimentos do Núcleo AKLP.



Fonte: Imagem capturada pela autora (2024).

Figura 15 - Banheiro de cadeirante. Figura 16- Pias para pacientes lavarem as mãos



Fonte: Imagem capturada pela autora (2024)

5.9 MEIO UTILIZADOS PELA UBS PARA A COMUNICAÇÃO COM A COMUNIDADE

Para fortalecer a comunicação da UBS AKLP com a comunidade, diversas estratégias foram implementadas. Além do tradicional telefone fixo, 3521-9570, agora os usuários também podem se comunicar por WhatsApp através do número 99907-0490. Esses canais de contato são gerenciados por uma equipe de recepção composta por três profissionais em cada turno, todos devidamente treinados e

equipados com as informações necessárias para assegurar uma comunicação eficiente.

Outro recurso valioso na comunicação da UBS são os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Esses profissionais desempenham um papel fundamental ao realizar buscas ativas e visitas domiciliares, garantindo que a UBS esteja sempre próxima das famílias cadastradas. Eles também têm a importante missão de identificar e trazer para a unidade aquelas famílias que ainda não estão registradas, mas que fazem parte do território atendido.

Com essas diversas abordagens, a UBS AKLP visa estabelecer um diálogo contínuo e eficaz com a comunidade, assegurando um atendimento mais completo e acessível. O objetivo é criar um laço de confiança e proximidade, promovendo uma saúde mais integrada e humana para todos.

5.10 RECURSOS HUMANOS (NÚMERO DE PROFISSIONAIS POR CATEGORIA)

Quadro 2 - Quantidade de profissionais por categoria.

Categoria Profissional	Número de Pessoas
Médico(total)	5
Medicina da Família e Comunidade	2
Médico residente	0
Médico Generalista	3
Dentista	3
Auxiliar de Saúde Bucal	2
Enfermeiras	3
Auxiliar de Enfermagem	7
Agentes Comunitários de Saúde	5
Assistente Social	0
Psicóloga	1
Recepcionistas	4
Serviços Gerais	2
Gerente	1

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

5.11 TIPOS DE VÍNCULOS DO MÉDICO COM A PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE

De acordo com os diferentes vínculos profissionais, o Núcleo de Saúde AKLP é composto por dois médicos concursados, um em cada equipe (equipe 01 e equipe 02), duas médicas contratadas por meio do programa "Mais Médicos" (equipe 03 e 04).

5.12 UBS tem apoio do NASF

Os pacientes da AKLP contam com atendimentos da equipe do NASF de referência do distrito.

5.13 ÁREAS E MICROÁREAS DESCOBERTAS

A Unidade Básica de Saúde AKLP desempenha um papel fundamental na prestação de assistência à saúde em uma ampla área territorial. Com quatro equipes dedicadas ao cuidado dessa população, surge uma questão crítica que não pode ser subestimada: a presença de áreas sem cobertura adequada. Essa situação ocorre devido à escassez de recursos humanos, mais especificamente de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o que resulta em microáreas descobertas e conseqüentemente um grande número de pessoas que são atendidas na UBS, porém sem cadastro de vínculo, o que prejudica as ações de cuidado continuado.

Abaixo, segue uma tabela com informações das equipes e suas microáreas:

Quadro 3 - Áreas e Microáreas com e sem Cobertura nas Equipes do Núcleo de Saúde AKLP.

Equipe	Área	Micro área coberta	Micro área descoberta
1	103	78*	1-2-5-7-8
2	19	72-89	3-6-10-81
3	102	9	4-11-12-3-14
4	128	15	16-17-18-19-20

Fonte: Autoria Própria, (2024).

Embora a equipe 01 tenha uma ACS, a mesma não realiza as atividades de busca ativa diária, visto que apresenta problemas de saúde os quais a impedem de caminhar. Desta forma, seu trabalho é realizado dentro do ambiente posto de saúde, através do telefone ou na abordagem para a efetivação de cadastros e notificação da dengue dos pacientes que estão frequentando a unidade no período da manhã.

5.14 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

O Núcleo AKLP desempenha um papel essencial ao receber e acolher estudantes de medicina da Universidade Latino Americana desde 2018, incorporando-os em duas equipes. Os médicos de cada equipe atuam como preceptores dos estudantes, desempenhando um papel crucial ao oferecer espaço para ensino e aprendizado.

Esses médicos preceptores não só compartilham seus conhecimentos e experiências, mas também possibilitam que os alunos coloquem em prática o que estão aprendendo ao longo do módulo. Essa abordagem prática é de extrema importância para o desenvolvimento das habilidades clínicas e uma compreensão mais profunda da Atenção Primária em Saúde (APS).

A interação entre os alunos e os profissionais da equipe AKLP proporciona uma rica oportunidade de troca de conhecimentos, beneficiando tanto os estudantes quanto a equipe da UBS. Essa parceria entre a Universidade Latino Americana e o Núcleo AKLP contribui para a formação de futuros profissionais de medicina mais preparados e engajados na prestação de serviços de saúde de qualidade à comunidade.

Além disso, o Núcleo AKLP oferece espaço para estudantes de diferentes períodos do curso de medicina da UNILA e alunos do curso de enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná para realizarem atividades na UBS, conhecendo o funcionamento da atenção primária. Essa oportunidade permite que os acadêmicos se envolvam em iniciativas que beneficiam a comunidade local, aprimorando suas habilidades clínicas e desenvolvendo uma compreensão mais ampla do funcionamento da Atenção Primária em Saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade.

Ao disponibilizar espaço para atividades acadêmicas, a UBS AKLP contribui na promoção da educação, e aprimora a formação de profissionais de saúde e, conseqüentemente, a melhoria dos serviços de saúde prestados à comunidade. A interação com médicos residentes, estudantes de medicina e enfermagem enriquece ainda mais a abordagem multidisciplinar e integral da atenção à saúde oferecida pela unidade.

5.15. CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE (CLS)

Foram consultados os usuários, Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e o gerente da UBS AKLP, os quais afirmaram que não existe algo semelhante na região desde 2020, quando iniciou a pandemia de COVID-19. As reuniões do Conselho Local de Saúde foram suspensas, porém, até o momento, não houve retomada das mesmas.

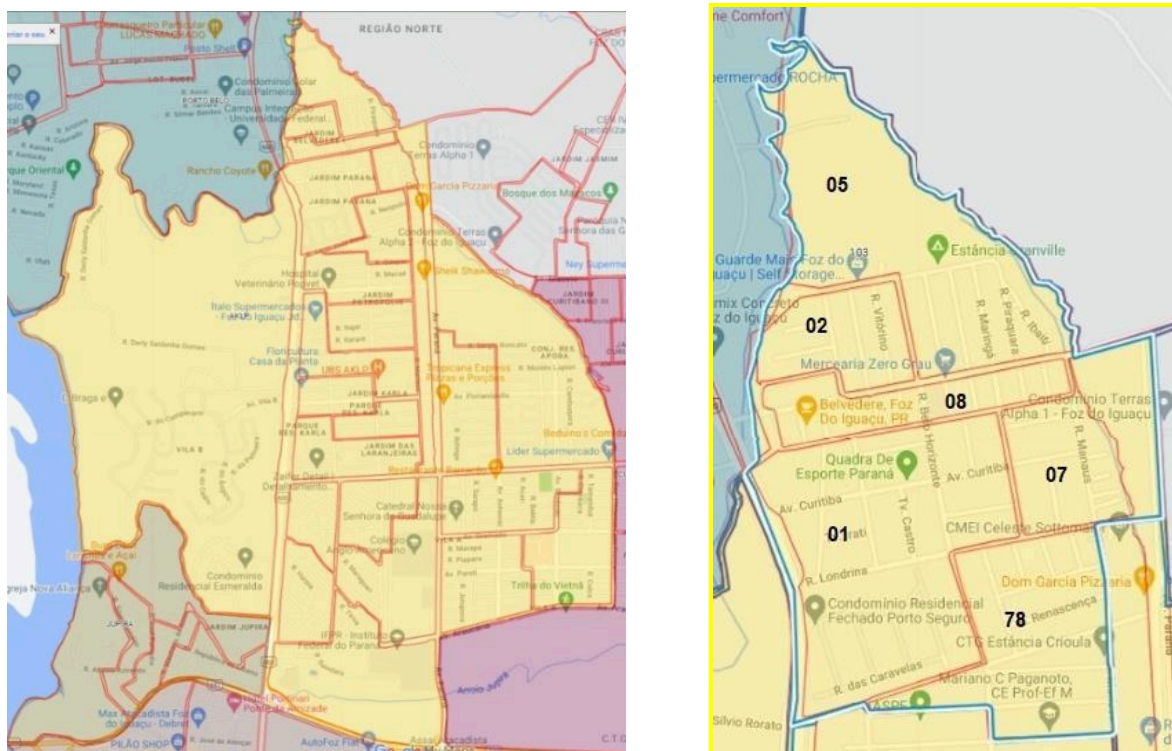
6. PERFIL TERRITORIAL

A respeito do perfil territorial e ambiental, todas as informações foram obtidas de alguns meios digitais como Google Maps, cadastro domiciliar e-SUS e levantamento pela equipe de saúde, com o fim de retirar informações necessárias sobre os dados da abrangência do Núcleo de Saúde AKLP.

6.1 LOCALIZAÇÃO URBANA E RURAL

O Núcleo de Saúde AKLP está situado na Rua Belo Horizonte, n.º 100, no bairro Jardim das Laranjeiras, em área urbana, assim como todo o seu território. É parte integrante do Distrito Norte do município de Foz do Iguaçu-PR (Figura 18). A unidade possui o número de identificação no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) 2673002.

Figuras 17 e 18 - Território de abrangência da Unidade Básica de Saúde AKLP, e mapa com as áreas cobertas, descobertas e relevo, respectivamente



Fonte: Mapa DIAT. Imagem capturada pela autora (2024).

Legenda: área 78 (tem uma ACS que faz trabalho interno), áreas 01, 02,05, 07, 08 estão descobertas.

6.1.2 DISTÂNCIA DO CENTRO DA CIDADE

A unidade de saúde está localizada a aproximadamente 7,1 km do centro da cidade, considerando a distância entre a unidade e a Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, situada na Praça Getúlio Vargas, 280.

Figura 19 - Distância da UBS AKLP até a Prefeitura Municipal



Fonte: Google Maps, 2024.

6.1.3 BAIRROS LOCALIZADOS NA ÁREA 103

Na responsabilidade da equipe 01 estão: região norte do bairro Jardim Paraná, e toda área do Jardim Estrela, bem como dos bairros Belvedere I e II.

6.2 GEOGRAFIA E AMBIENTE

A seguir, características geográficas do território da área 103. Foram comparadas informações disponíveis no e-sus e e-gestor.

6.2.1 DESCRIÇÃO DO RELEVO

O Núcleo de Saúde AKLP situa-se em uma área urbana com vias completamente pavimentadas. Localizada em uma na rua Bento Gonçalves em intersecção com uma das principais vias da região, a rua Belo Horizonte. Em relação ao terreno, de modo geral, apresenta poucas variações considerando um terreno

plano, e algumas partes da topografia exibem um aclave acentuado desde a Av. Tancredo Neves até a Av. Paraná, que pode ser um fator limitante para pessoas com deficiência física, como cadeirantes e idosos com doenças articulares e vasculares em membros inferiores.

6.2.2 EXISTÊNCIA DE RIOS OU CÓRREGOS, ESPECIFICANDO SE CANALIZADOS OU EM LEITO NATURAL; LAGOS E REPRESAS, NATURAIS OU ARTIFICIAIS

Na equipe 03, existem vários córregos que se estendem da Rua Londrina até a Rua Barbosa Ferraz, sendo um dos mais destacados o Rio Santa Rosa (RSR). A nascente desse rio não é utilizada diretamente pela população local, o que poderia indicar uma falta de acesso a recursos hídricos limpos e potáveis. Contudo, em alguns trechos do RSR, os moradores acabam descartando lixo, o que não só degrada o meio ambiente, mas também pode impactar negativamente a saúde pública. O acúmulo de resíduos pode gerar a proliferação de vetores de doenças, como mosquitos, que podem transmitir enfermidades como a dengue e a zika.

Por outro lado, existem áreas onde a população se mobiliza em esforços de revitalização, tentando restaurar o ecossistema local e melhorar as condições do ambiente (conforme ilustrado na figura 21). Essas iniciativas podem ajudar a promover um ambiente mais saudável e a conscientizar a comunidade sobre a importância de manter os córregos limpos.

Outro leito natural importante na região é o Rio Mathias Almada, localizado ao longo da avenida principal Tancredo Neves (Figura 22). Assim como o RSR, o Mathias Almada também enfrenta problemas relacionados à poluição e ao descarte inadequado de resíduos. Essa situação pode afetar a qualidade da água e, conseqüentemente, a saúde dos moradores que, direta ou indiretamente, dependem desses corpos d'água.

A relação entre os corpos hídricos e a saúde pública é crítica. A presença de água poluída pode não apenas causar doenças infecciosas, mas também comprometer a qualidade de vida dos residentes. Portanto, é fundamental que haja iniciativas voltadas para a gestão sustentável desses recursos, incluindo educação ambiental, infraestrutura para o manejo de resíduos e políticas públicas que

incentivem a preservação e o cuidado com os rios. Essas ações não apenas melhorariam a saúde pública, mas também promoveriam um ambiente mais seguro e sustentável para a comunidade.

Figuras 20 - Lixo no rio RSR



Figura 21- Revitalização na margem RSR



Fonte: Imagens capturadas pela autora, 2024.

Figura 22 - Rio Mathias Almada



Fonte: Foto capturada pela autora, 2024.

6.2.3 EXISTÊNCIA DE FONTES DE ÁGUA NATURAIS, ESPECIFICADO A SUA UTILIZAÇÃO PELA POPULAÇÃO CIRCUNVIZINHA.

Na Rua Toledo, duas residências possuem poços, porém, conforme relatos dos moradores, esses poços não estão sendo utilizados para consumo. Além disso, na Rua Maringá, a fonte conhecida como "poço" está desabilitada, segundo informações fornecidas pelos residentes da localidade. Dessa forma, não foram identificadas fontes naturais de água potável na área. É relevante destacar que, conforme o cadastro domiciliar e territorial da região, não existem poços registrados.

6.2.4 BARREIRAS GEOGRÁFICAS

De acordo com informantes-chave, a população não sofre com barreiras geográficas no acesso à UBS.

6.3 DELIMITAÇÃO DO TERRITÓRIO DA UBS NO MAPA

A seguir, pontos de referência da área 103.

6.3.1 PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

De acordo com o cadastro domiciliar e territorial, a área apresenta um total de 0 (zero) comércios, o que é uma informação imprecisa. As farmácias, além de serem importantes pontos de atenção à saúde, também são classificadas como estabelecimentos comerciais e, portanto, devem ser mencionadas. Durante a atuação da equipe 01, foi identificada uma farmácia na Rua Belo Horizonte por meio de uma inspeção "in-loco" (Figura 23).

É importante ressaltar que, no contexto da saúde, há uma carência significativa de serviços essenciais, como clínicas médicas, veterinárias, e consultórios de odontologia e psicologia. Contudo, a área 109 da equipe 02 possui esses serviços disponíveis, permitindo que os moradores da equipe 01 acessem esses pontos de atenção à saúde com relativa facilidade. A maioria desses serviços está localizada na mesma Rua Belo Horizonte, o que facilita o acesso e pode contribuir para a melhoria da saúde da comunidade. Essa situação destaca a necessidade de se considerar a expansão e o fortalecimento dos serviços de saúde na área, a fim de garantir que todos os residentes tenham acesso a cuidados adequados e necessários.

Figura 23 - Farmácia na Rua Belo Horizonte, área 103.



Fonte: Foto capturada pela autora, 2024.

6.3.2 EQUIPAMENTOS E SERVIÇOS SOCIAIS

Na área 103 da equipe 01, há uma variedade de equipamentos e serviços sociais, incluindo centros educacionais. Entre eles, destacam-se duas escolas municipais: a Escola Municipal Cândido Portinari (Figura 24) e a Escola Municipal Belvedere, além de um colégio estadual, o Colégio Estadual Professor Mariano Camilo Paganoto, e uma creche, o Centro Municipal de Educação Infantil Celeste Sottomaio.

A área também abriga uma escola privada de ensino fundamental, o Centro Educacional Mundo Encantado, e um centro de acolhimento para crianças e famílias em situação de violência doméstica, a Casa Família Maria Porta do Céu (Figura 25).

É relevante ressaltar que o relatório de cadastro do território não menciona esses importantes estabelecimentos. Portanto, é necessário atualizar os dados para incluir 04 escolas, 01 creche e 01 abrigo. Essa atualização é crucial para garantir que a equipe trabalhe de forma equitativa, dando o atendimento necessário principalmente aos grupos mais vulneráveis.

Figura 24- Escola Municipal Belvedere



Fonte: Imagem capturada pela autora, 2024.

Figura 25- Casa abrigo Maria Porta do Céu



Fonte: Imagem capturada pela autora, 2024.

Ademais contamos com a presença de 05 igrejas sendo elas de diversas religiões (Igreja Assembleia de Deus, Jardim Paraná, Igreja Adventista do Sétimo Dia, Igreja Assembleia de Deus Madureira Congregação, Jardim Estrela , e a Capela Nossa Senhora do Rosário) Figura 25. Estabelecimentos religiosos também deveriam estar no relatório de cadastro, porém, não há atualização dos mesmos, constando como 0 (zero).

Figura 26 - Capela Nossa Senhora do Rosário



Fonte: Imagem capturada pela autora, 2024.

6.3.3 MERCADOS, FARMÁCIAS, MANICURES E CABELEIREIROS E PONTOS QUE VENDEM BEBIDAS ALCOÓLICAS LOCALIZADOS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA.

Exibe uma extensa gama de serviços essenciais para atender as demandas e necessidades da população. Entre os serviços ofertados identificados, destacam-se 01 mercado (figura 26), 01 pet shop, 02 pontos de bebidas alcoólicas, 03 padarias e 05 salões de beleza, 03 cabeleireiros, 03 lojas borracharias e 06 estabelecimentos comerciais diversos. Estas informações deveriam estar cadastradas como comércio ou ponto estratégico. No entanto, não há nenhuma informação acerca desses estabelecimentos cadastrada.

Figura 26- Prédio comercial- Supermercado.



Fonte: Imagem capturada pela autora, 2024.

6.3.4. ÁREAS DE LAZER

Entre as áreas de lazer temos academia ao ar livre (Figura 27), bosques, e 02 quadra de esportes, e um centro de tradições gaúchas (Figura 28), localizadas na área 103. Esses espaços são locais de importância em termos de promoção à saúde, visto que possibilitam à população realizar atividades físicas, diminuindo o sedentarismo e melhorando o perfil glicêmico e lipídico daqueles pacientes em risco cardiovascular que não têm condições de frequentar academias privadas. As áreas de lazer, em imóveis, poderiam estar cadastradas na opção “outros”, tendo em vista que não há um tópico para isso. No entanto, também não há menção das mesmas no relatório territorial.

Figura 28 - Academia ao ar livre localizada na área verde do Jardim Belvedere.



Fonte: Imagem capturada pela autora, 2024.

Figura 28 – Centro de Tradições Gaúchas



Fonte: Foto capturada pela autora, 2024.

6.3.5. ÁREAS DE RISCO AMBIENTAL

Sob a responsabilidade da equipe, há uma quantidade considerável de terrenos baldios (Figura 29), o que contrasta com o relatório de cadastro territorial,

que menciona apenas 03 unidades. Esses extensos espaços verdes são de grande relevância para a intervenção territorial, especialmente devido aos desafios sanitários enfrentados nessas áreas. A presença de terrenos baldios favorece a proliferação de animais peçonhentos e insetos vetores de doenças, como o *Aedes aegypti* e baratas, além de outros animais transmissores de enfermidades, como pombos e ratos, que podem veicular doenças como criptococose e leptospirose. É fundamental abordar essa questão para mitigar os riscos à saúde pública e promover um ambiente mais seguro para a comunidade.

Figura 29 - Terreno baldio na Av. Curitiba.



Fonte: Foto capturada pela autora, 2024.

No decorrer das visitas domiciliares, constatou-se a existência de áreas com acumulação de resíduos e detritos, assim como a presença de focos de mosquitos em locais onde recipientes com água parada estavam dispostos (Figura 31). Os moradores foram devidamente instruídos quanto às práticas recomendadas de higiene local, visando a aprimorar as condições de moradia no que se refere a esses aspectos.

Figura 31- Área com lixo acumulado

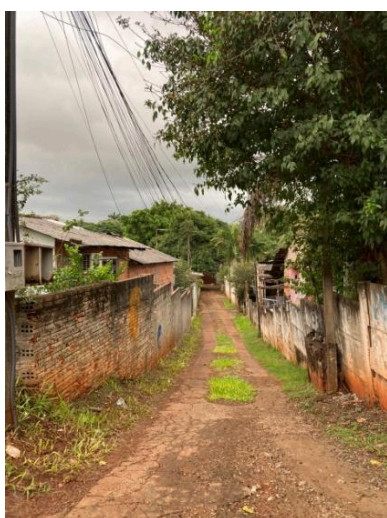


Fonte: Foto capturada pela autora, 2024.

6.3.6 ÁREAS DE AGLOMERAÇÃO URBANA

Na região nordeste da área localizada na microárea 07, apresenta uma ocupação às margens do Rio Santa Rosa, já organizada em comunidade, com acesso a água encanada, energia elétrica e se difere apenas pela distribuição mais próxima de suas casas e o acesso, que é feito através de pequenas vielas, consideravelmente menores que ruas comuns do território.

Figura 32- Vuelas, casas em risco de inundação



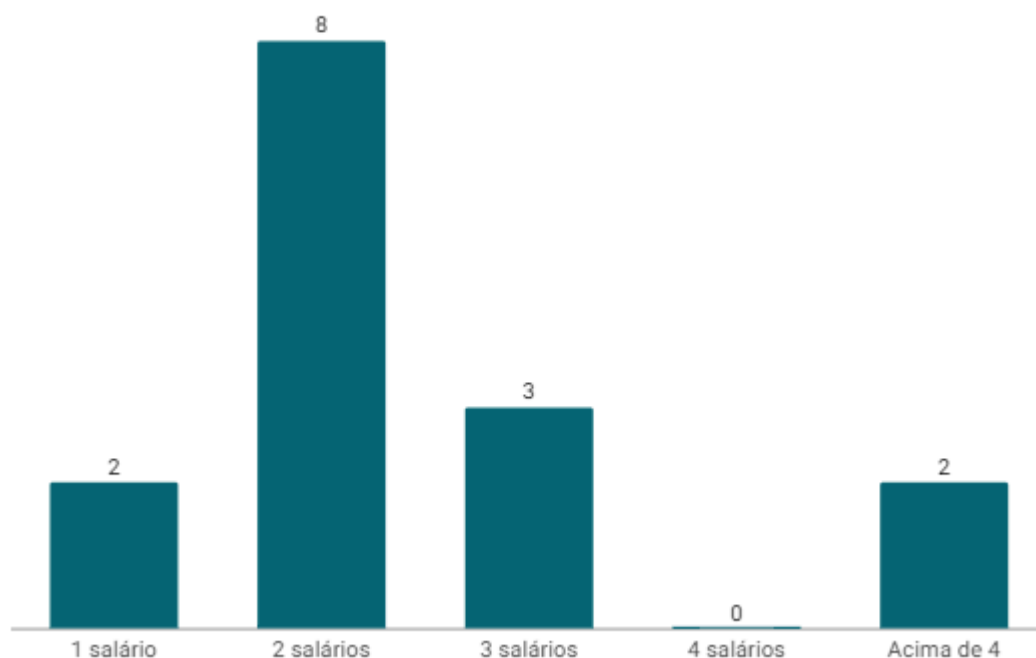
Fonte: Imagem capturada pela autora, 2024.

6.4 FAMÍLIA: RENDA FAMILIAR

De acordo com o Relatório de Cadastro Domiciliar e Territorial do e-SUS, na área 103, os dados quantitativos em relação aos salários médios familiares não foram informados na maioria das residências. Foram encontradas informações de 689 famílias, sendo que duas declararam renda de apenas 1 salário mínimo, oito famílias com 2 salários mínimos, três famílias com 3 salários mínimos, duas famílias têm renda maior que 4 salários mínimos e 674 famílias não declararam a renda recebida, impossibilitando quaisquer análises concretas sobre a renda média familiar dessa microrregião.

Gráfico 1- Renda familiar

Renda familiar



Fonte: Adaptado dos dados extraídos do e-SUS. Autoria própria, 2024.

6.5 URBANIZAÇÃO E ACESSO

6.5.1 PAVIMENTAÇÃO DAS RUAS E AVENIDAS

De acordo com o relatório de cadastro territorial, das 698 famílias interrogadas, 436 referiram que seu tipo de acesso ao domicílio é pavimento, 11 referiram chão batido, e 251 não informaram. Dessa forma, podemos inferir que a área referida no território da UBS AKLP possui em sua maioria ruas pavimentadas e asfaltadas, o que facilita em grande parte a locomoção e a promoção da qualidade de acesso à UBS.

6.5.2 TRANSPORTE PÚBLICO

Como mencionado anteriormente, a região conta com quatro linhas de ônibus: 50 (Vila A via Avenida Paraná), 55 (Vila A via Avenida JK), 65 (Universitária) e 103 (Porto Belo), abrangendo várias áreas. No entanto, o acesso à UBS a partir da parada na Av. Tancredo Neves, a 10 minutos de caminhada, é dificultado devido a ruas íngremes e com calçadas danificadas, representando desafios para pessoas com mobilidade limitada ou idosas. A linha 65-Universitária, que passa pela Rua Belo Horizonte e tem parada a 10 metros da AKLP, é a melhor opção do transporte público para chegar até a unidade, no entanto ela opera com intervalos de uma hora, levando a maioria da população a percorrer a pé cerca de 30 minutos até a UBS, a menos que enfrentam dificuldades de mobilidade.

6.5.3. MALHA VIÁRIA, RODOVIAS, FERROVIAS

A rua principal na área do Núcleo de Saúde AKLP é a Rua Belo Horizonte. A malha viária inclui a Av. Maceió, Av. Curitiba, Av. Florianópolis, Av. Paraná, Av. Silvio Américo Sasdelli, Av. Tancredo Neves, essa última possui ciclovia respectivamente. As ruas são pavimentadas em todo o território, proporcionando boa mobilidade urbana.

6.6. CARACTERÍSTICAS DOS DOMICÍLIOS E CONDIÇÕES DE MORADIA

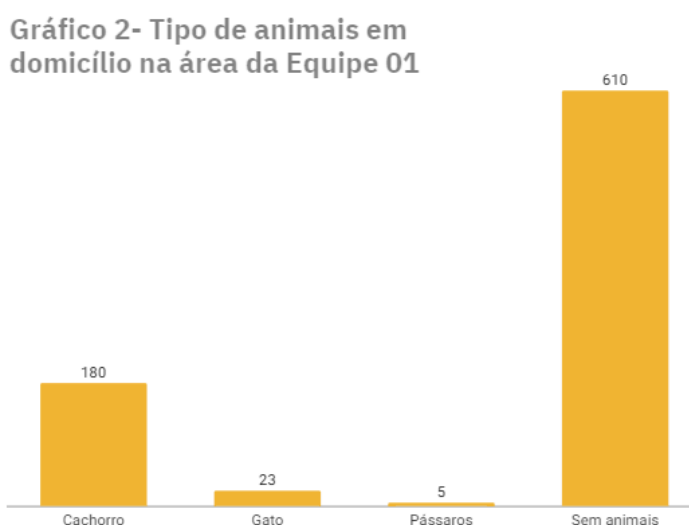
6.6.1 NÚMERO DE DOMICÍLIOS SEGUNDO O ABASTECIMENTO DE ÁGUA

A partir de informações extraídas do Relatório de Cadastro Domiciliar e Territorial, identifica-se que 452 domicílios são abastecidos por rede encanada, 2 domicílios estão cadastrados com cisterna. Entretanto, há ausência de informação referente a 244 domicílios, completando, portanto, os 698. Dentro do território analisado, conta-se com 2 poços inabilitados para consumo. Essa informação não está contida no cadastro, como já supracitado.

6.6.2 ANIMAIS NO DOMICÍLIO

No Relatório de cadastro domiciliar e territorial do e-SUS, temos acesso a dados sobre os domicílios que possuem animais de estimação. Como pode ser observado no gráfico abaixo, a grande maioria das famílias negaram animais no domicílio (n=610). Das 88 famílias que responderam sim, somam 208 animais, sendo 23 gatos, 180 cachorros e 5 pássaros. Importante salientar aos moradores que ao possuir animais no domicílio devemos educar e enfatizar durante as consultas, já que é fundamental ter em mente a existência de zoonoses, como a toxoplasmose, psitacose, criptococose, esporotricose, leishmaniose e toxocaríase, que requerem atenção especial.

Gráfico 2- Tipo de animais em domicílio na área da Equipe 01



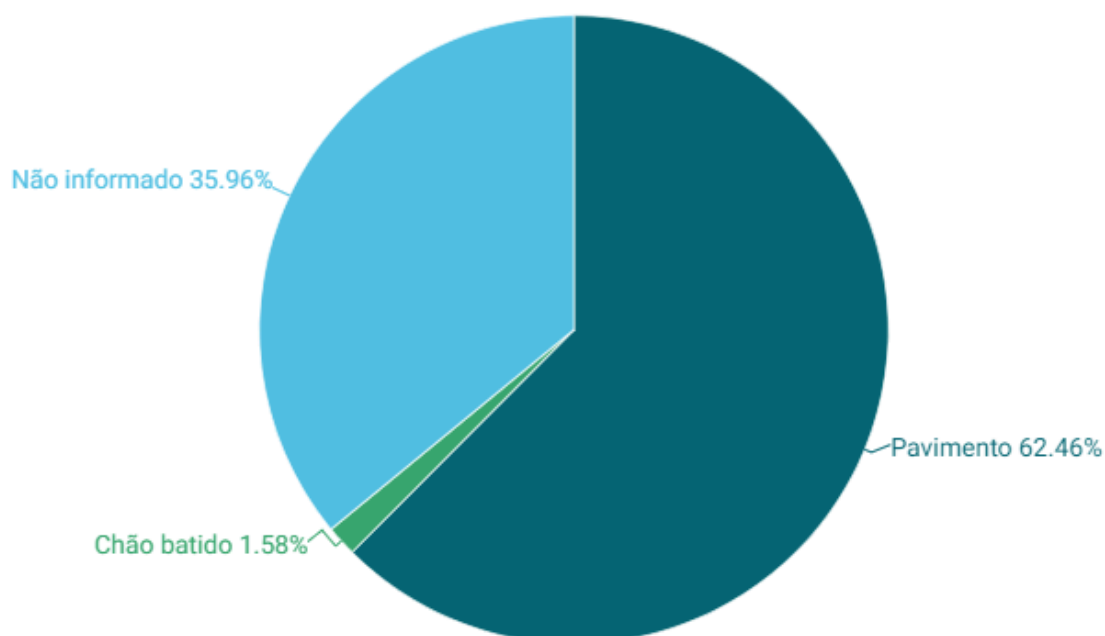
Fonte: Adaptado dos dados extraídos do e-SUS. Autoria própria, 2024.

6.6.3 TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO

Em relação ao tipo de acesso ao domicílio dos residentes da área 103, constatou-se que a maioria tem pavimentação, como já supracitado.

Gráfico 3- Tipo de acesso aos domicílios da área da Equipe 01

Gráfico 3- Tipo de acesso aos domicílios da área da Equipe 01



Fonte: Adaptado dos dados extraídos do e-SUS (01/10/24). Autoria própria, 2024.

6.6.4 TIPO DE DOMICÍLIO

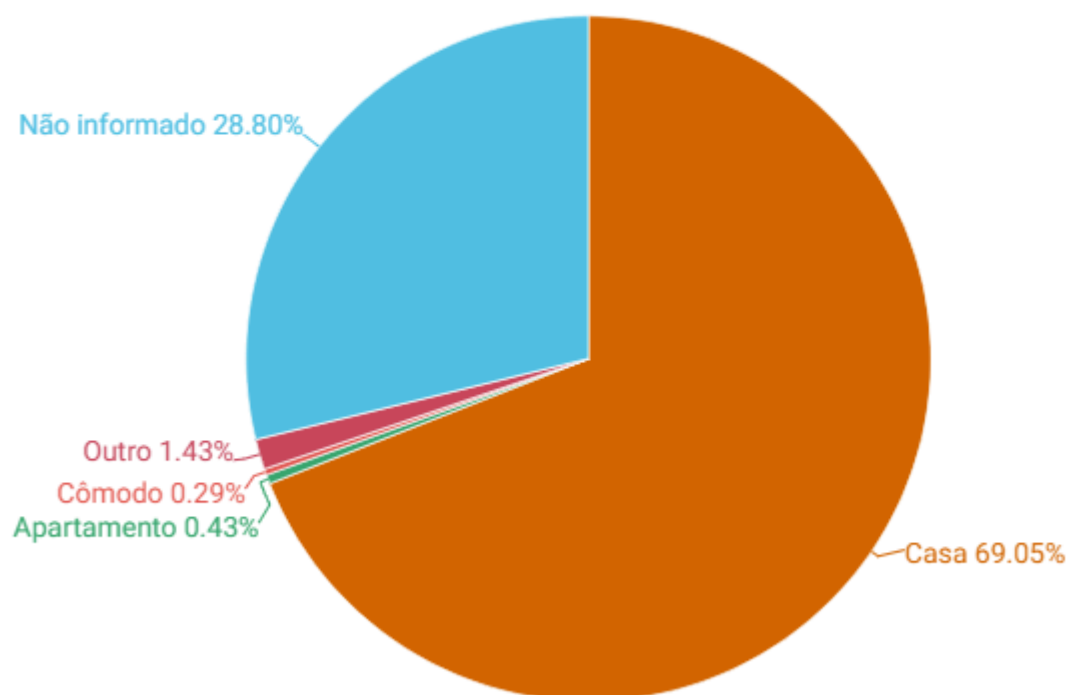
Tendo como fonte o Relatório de cadastro domiciliar e territorial do e-SUS, o tipo de domicílio “casa” é o que mais que prevalece com 69% (n=482) dos domicílios cadastrados. Constatou-se nas visitas de campo a predominância desse tipo de domicílio, especialmente com edificações mais antigas.

Observamos também uma lacuna de 201 domicílios com ausência de informação, deixando uma área escura na hora de completar integralmente os dados do tipo de domicílio nas características e condições de moradia desta área

estudada. Apenas três residências são apartamentos, dois como um cômodo e oito estão registradas como “outro” tipo de domicílio.

Gráfico 4- Tipo de domicílio da área da equipe 01

Gráfico 3- Tipo de domicílio da área da Equipe 01



Fonte: Adaptado dos dados extraídos do e-SUS. Autoria própria, 2024.

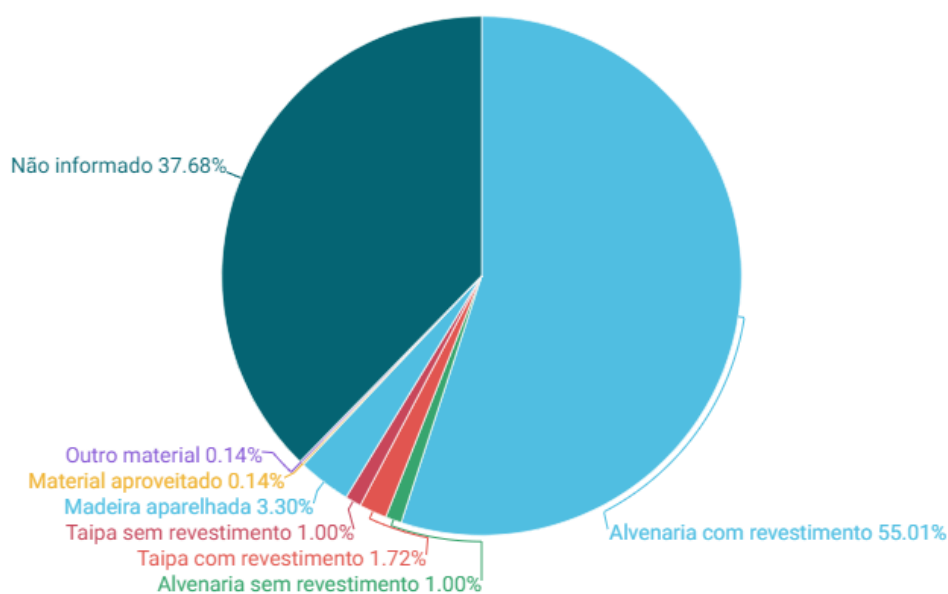
6.6.5 MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DOS DOMICÍLIO

A análise das construções na área 103 revela que a maioria das residências é feita de alvenaria com revestimento, totalizando 55% (n=384). O segundo material mais comum é a madeira aparelhada, representando 3,2% (n=23). Além disso, foram observadas doze residências de taipa com revestimento, sete de taipa sem revestimento, sete de alvenaria sem revestimento, uma de material reaproveitado, uma com outro tipo de material e uma taxa de abstenção de informação significativa de 37,6% (n=263).

É importante mencionar que, durante as visitas de campo, não foram identificadas residências do tipo taipa, o que levanta a possibilidade de uma discrepância nos dados. Algumas casas também apresentaram a combinação de alvenaria e madeira, uma característica que não está registrada no sistema e-SUS. Essa situação sugere que uma atualização e revisão dos dados poderiam melhorar a precisão das informações disponíveis, permitindo um entendimento mais claro da realidade habitacional e orientando melhor as futuras intervenções e políticas públicas.

Gráfico 5- Material predominante na construção dos domicílios da equipe 01

Gráfico 5- Material predominante na construção dos domicílios da equipe 01

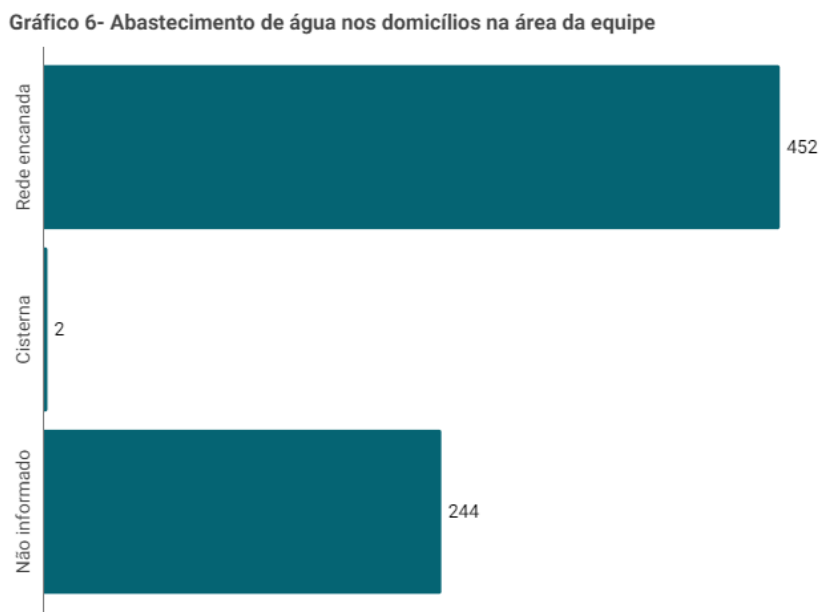


Fonte: Adaptado dos dados extraídos do e-SUS. Autoria própria, 2024.

6.6.6 ABASTECIMENTO DE ÁGUA

Cerca de (59,4% n= 359) dos domicílios relatam a disponibilidade de água encanada. Porém, ainda temos uma parcela importante (40,2%, n=243) que não informaram o tipo de abastecimento, além de 2 domicílios que possuem cisterna, de acordo com o Relatório de cadastro domiciliar e territorial do e-SUS.

Gráfico 6- Abastecimento de água nos domicílios na área da equipe



Fonte: Adaptado dos dados extraídos do e-SUS. Autoria própria, 2024.

6.6.7 NÚMERO DE DOMICÍLIOS SEGUNDO O TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO

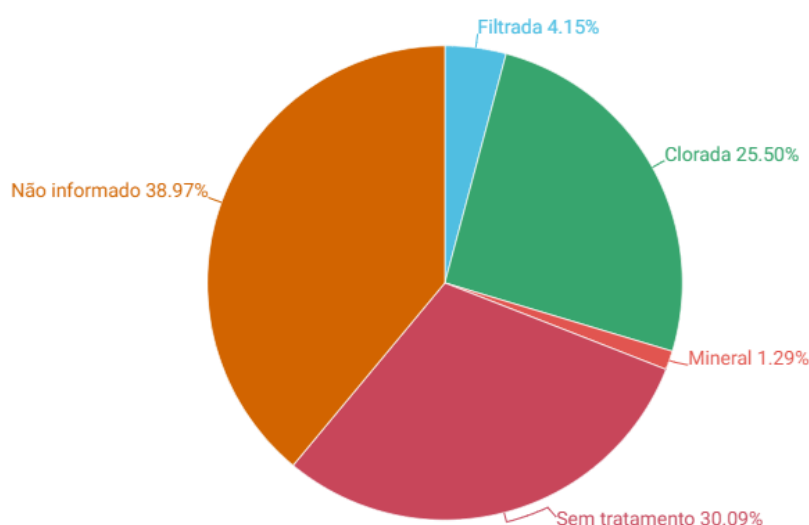
No gráfico acima, observa-se que existe uma considerável quantidade de domicílios sem informação no cadastro, sendo 272 domicílios sem registro. Também, 178 dos domicílios registrados informaram que utilizam água do tipo “clorada”, correspondendo a 25% da população questionada; neste caso, consideramos ser um erro de interpretação do significado de “clorado”, sendo que a empresa Sanepar é quem realiza o tratamento da água; outro dado informado que merece atenção é aqueles sem tratamento nos domicílios que são, na sua totalidade, 210 domicílios, correspondendo a, ao menos, 30% da amostra.

Conforme o Guia do Cliente da Companhia de Saneamento do Paraná (SANEPAR, 2022), é ofertada água de qualidade desde a saída da estação até o ponto de entrega, seguindo aos padrões de potabilidade estabelecidos pelo Ministério da Saúde. No entanto, para garantir a qualidade da água consumida, é crucial adotar medidas de instalação, manutenção e limpeza apropriadas das caixas-d'água. É fundamental verificar a higiene e a vedação da caixa-d'água a fim de evitar a entrada de insetos e outros corpos estranhos.

Esses dados mais uma vez demonstram uma possível incoerência de registro, visto que a cloração de água é uma técnica comum em locais que usam açude como fonte hídrica, o que não corresponde à realidade da área 103.

Gráfico 7- Tipo de tratamento da água nos domicílios na área da equipe 01.

Gráfico 7- Tipo de tratamento da água nos domicílios na área da equipe 01.



Fonte: Adaptado dos dados extraídos do e-SUS. Autoria própria, 2024.

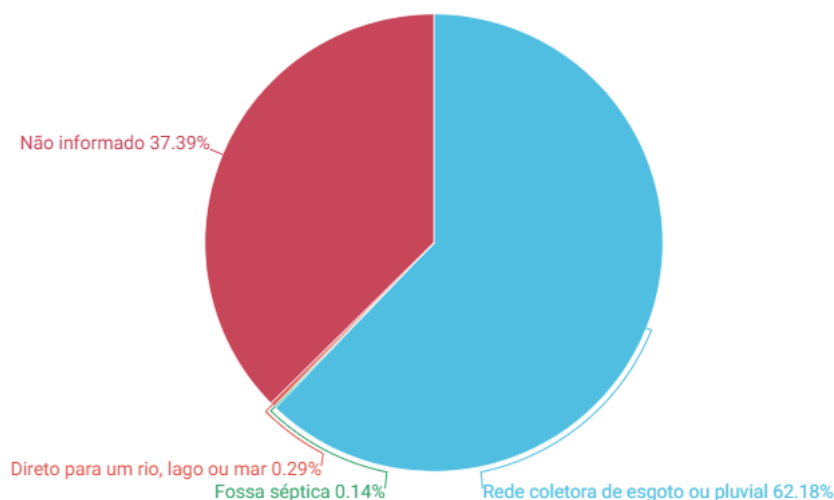
6.6.8 NÚMERO DE DOMICÍLIOS SEGUNDO O DESTINO DE FEZES E URINA

A área possui, segundo Relatório de cadastro domiciliar e territorial do e-SUS, rede coletora de esgoto ou pluvial em 434 domicílios, aproximadamente 62%. Apenas 2 domicílios estão direcionando fezes e urina diretamente para o rio. Não obstante, é observado novamente uma lacuna de 261 domicílios não informados, o que representa 37% da amostra.

Conforme os dados do IBGE (2022), na região Sul, 69,8% dos domicílios contam com acesso à rede geral de esgotos. Entretanto, é importante notar que outras áreas do Brasil, como o Nordeste e o Norte, apresentam números significativamente mais baixos, registrando, respectivamente, 50,1% e 31,1%, o que é motivo de preocupação no que diz respeito à saúde pública.

Gráfico 8- Número de domicílios segundo o destino de fezes e urina na área da equipe 01.

Gráfico 8- Número de domicílios segundo o destino de fezes e urina na área da equipe 01



Fonte: Adaptado dos dados extraídos do e-SUS. Autoria própria, 2024.

6.6.9 NÚMERO DE DOMICÍLIOS COM ENERGIA ELÉTRICA

De acordo com o Relatório de cadastro domiciliar e territorial do e-SUS (2024), há disponibilidade de energia elétrica em 330 domicílios, correspondendo a 34% dos 698 domicílios da área. No entanto, é importante observar que aproximadamente 13% (n=91) dos domicílios, embora localizados em áreas urbanas, não contam com fornecimento de energia elétrica. O total de residências sem informação quanto ao abastecimento de energia elétrica é de 277.

Segundo os dados do IBGE (2022), a região Sul apresenta uma taxa de disponibilidade de energia elétrica em 99,9% dos domicílios. Nesse contexto, é relevante proceder à revisão dos registros contidos no Relatório de Cadastro Domiciliar e Territorial, a fim de verificar se, de fato, essas famílias não têm acesso à rede de energia elétrica.

Gráfico 9- Número de domicílios com energia elétrica da área da equipe 01.

Gráfico 9- Número de domicílios com energia elétrica da área da equipe 01



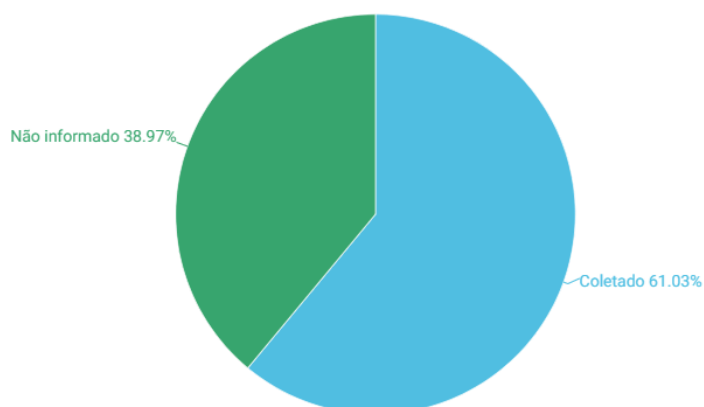
Fonte: Adaptado dos dados extraídos do e-SUS. Autoria própria, 2024.

6.10 NÚMERO DE DOMICÍLIOS SEGUNDO O DESTINO DO LIXO

Conforme pode ser identificado, em relação ao destino de lixo no Relatório de cadastro domiciliar e territorial do e-SUS, 426 domicílios possuem seus lixos coletados de maneira eficiente, porém não há informação sobre 272 residências. Lixo descartado a céu aberto, queimado ou enterrado não foi informado ou notado pelas visitas. Além disso, a área possui um centro comunitário de coleta de lixo reciclável, apesar de ser pequeno porte.

Gráfico 10- Destino do lixo nos domicílios na área da equipe 01

Gráfico 10- Destino do lixo nos domicílios na área da equipe 01



Fonte: Adaptado dos dados extraídos do e-SUS. Autoria própria, 2024.

Segundo a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD, 2022), os dados revelam que, além de ser a principal modalidade, o serviço de coleta de lixo vem aumentando gradativamente: de 82,7%, em 2016, para 84,3%, em 2019, chegando a 86,0% em 2022.

7. PERFIL DEMOGRÁFICO

7.1 POPULAÇÃO TOTAL SOB RESPONSABILIDADE DA EQUIPE.

De maneira inicial, é importante destacar a relevância da coleta de dados do perfil demográfico no território da equipe 01, pois isso permite compreender as diferentes composições sociais, como faixas etárias, sendo crucial para identificar riscos e estabelecer estratégias de prevenção primária para a população adscrita. (PNAB, 2017).

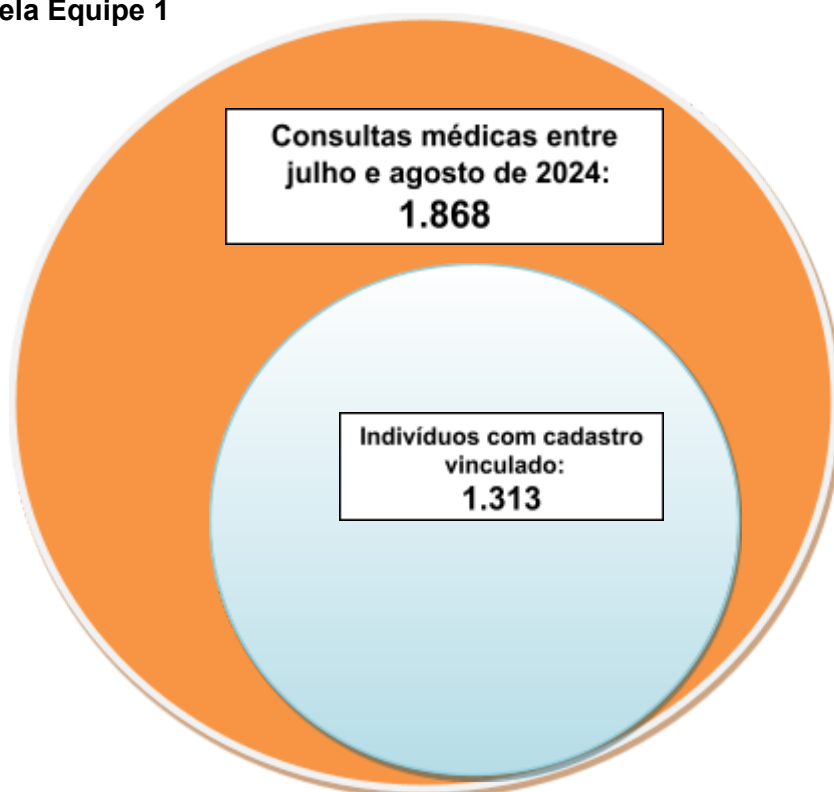
Segundo o Relatório de Cadastro Individual do e-SUS, a equipe 1 do Núcleo de Saúde AKLP atende 1.313 cidadãos com cadastro vinculado ativo. No entanto, esse dado reflete uma falha dos cadastros efetivados, isso porque a equipe 01 não tem todas as suas microáreas cobertas devido a falta de ACSs. Fortalecendo essa tese, observou-se que a produção médica na área 103 de julho e agosto de 2024, de acordo com dados do e-gestor, foi de 1.868 atendimentos, o que claramente não corresponde com o número da população registrada sob responsabilidade dessa equipe no E-SUS.

Segundo o censo de 2022, a média de moradores por domicílio em Foz do Iguaçu é de 2,82 pessoas. Ao multiplicar esse valor pelo número de residências cadastradas no e-SUS na área 103, encontra-se o valor de 1703,28 pessoas. Embora esse número ainda seja uma estimativa baixa para encontrar a quantidade real de pessoas sob responsabilidade da equipe 01, principalmente em vista ao número de consultas médicas realizadas nos três primeiros meses do ano de 2024, já é possível inferir que há um número muito maior, e ainda desconhecido, de indivíduos residentes nessa área. (FOZ DO IGUAÇU, 2024).

De acordo com as recomendações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017), sugere-se que cada equipe tenha entre 2.000 e 3.500 usuários.

Nesse contexto, é preciso investigar e registrar o número atual de residências e cidadãos que vivem nessa área para adequar os planos de intervenção em saúde, bem como a qualidade da assistência prestada.

Gráfico 11 - População vinculada X Atendimentos médico realizado no 1º trimestre de 2024 pela Equipe 1

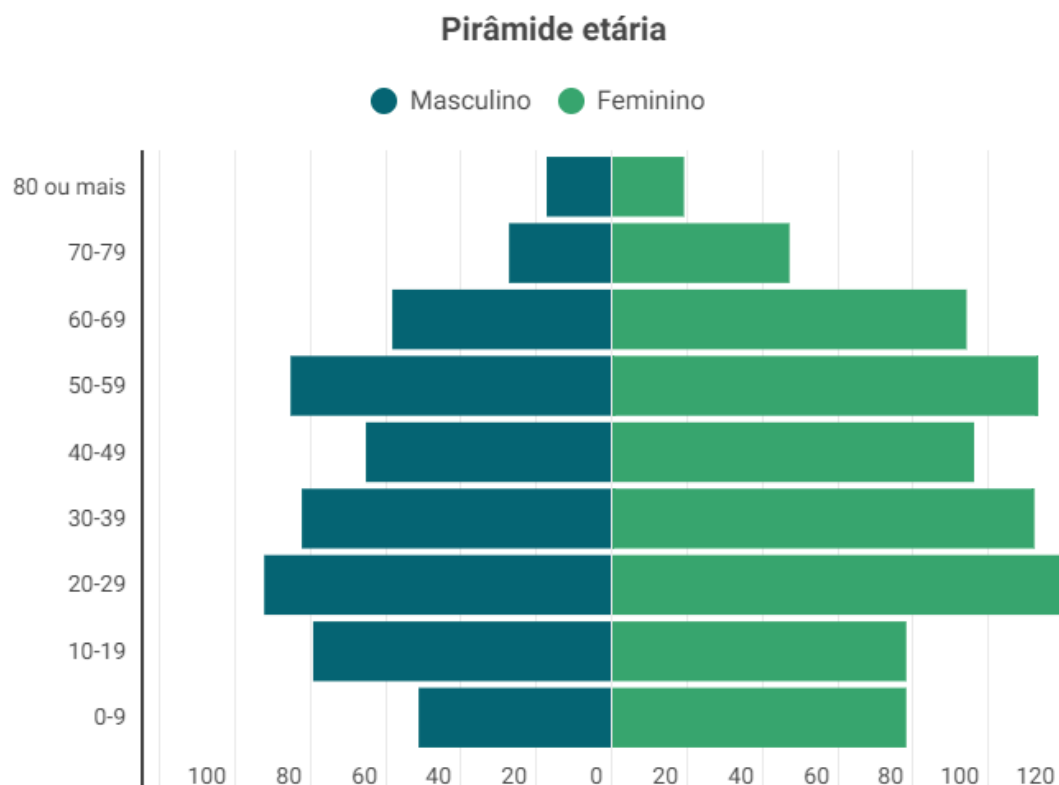


Fonte: Adaptado dos dados extraídos do e-gestor (01/10/24). Autoria própria, 2024.

É importante ressaltar que os dados apresentados neste relatório não refletem de modo genuíno a realidade da microárea 01, visto que há falta de registros na plataforma e-sus e e-gestor devido a ausência de ACSs atuantes em campo. Desta forma, toda análise que se segue terá como base apenas os indivíduos com cadastro vinculado, o que prejudica a visão geral do diagnóstico situacional desta equipe.

7.2 POPULAÇÃO SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E SEXO

Gráfico 12- Pirâmide etária da microárea de abrangência da Equipe 1

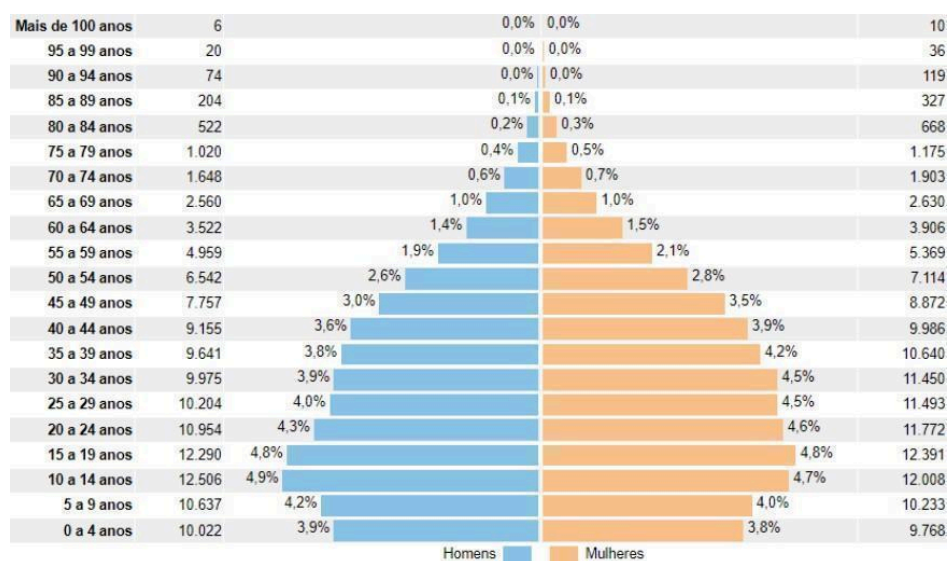


Fonte: Dados extraídos do e-SUS. Gráfico produzido pela autora (2024).

No que concerne aos grupos de usuários, em diferentes faixas etárias e sexos, é de extrema relevância observar as diferenças e semelhanças acerca das pirâmides etárias associadas à microárea de abrangência territorial pertencente à equipe 1 (Gráfico 12) assim como a pirâmide disponibilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) da população de Foz do Iguaçu no ano de 2010 (Gráfico 13).

Dessa forma, pode ser observado que a nova dinâmica da população, sobretudo da microárea estudada, confirma a tendência de redução da taxa de fecundidade, haja vista o estreitamento da base em relação ao ano de 2010.

Gráfico 13. Pirâmide etária por sexo da população de Foz do Iguaçu-PR (2010).



Fonte: (IBGE, 2023)

Conforme pode ser identificado, em relação aos indivíduos vinculados à Equipe 01, 57% (n=757) são do sexo feminino e 43% (n=556) são do sexo masculino. Na pirâmide etária da Equipe 01, para as mulheres predomina a faixa etária de 25 a 29 anos, com 68 usuárias. No mesmo sentido, as mulheres apresentam uma maior prevalência de cuidados de saúde. Isso se deve ao fato de que os homens costumam buscar atendimento médico em idades mais jovens, muitas vezes acompanhados por seus responsáveis, que geralmente são suas mães.

Importante ressaltar que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM, 2004) orienta que o SUS deve estar capacitado para a promoção da saúde da Mulher, de acordo com as suas necessidades, assim como no controle de patologias prevalentes, oferecendo garantia dos seus direitos.

Em 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi estabelecida com o propósito de aprimorar o estado de saúde da população masculina. Seu foco reside na identificação e abordagem dos fatores de risco pertinentes a esse grupo demográfico, além de criar condições para ampliar o acesso aos serviços de saúde e promover intervenções abrangentes de saúde (BERTOLINI e SIMONETTI, 2014).

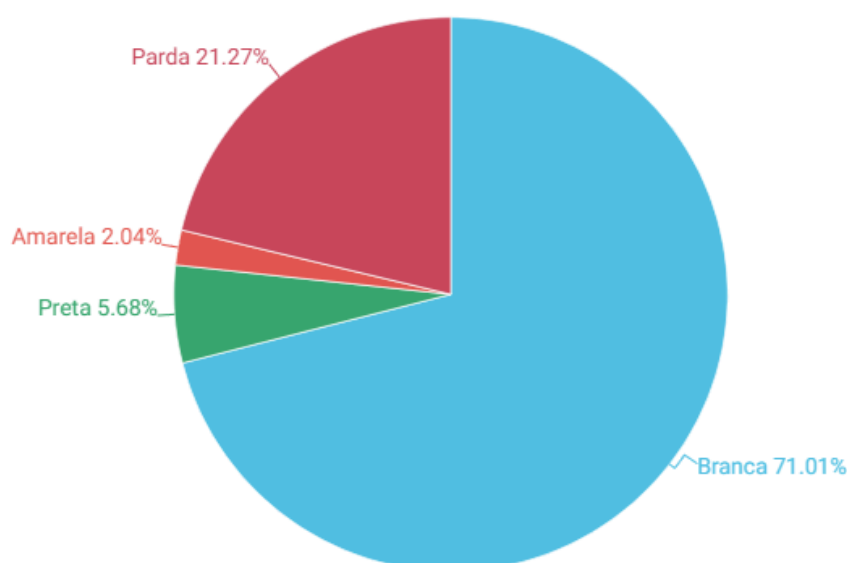
7.3 PERCENTUAL DE PESSOAS DE RAÇA: BRANCA, PRETA, AMARELA, PARDA E INDÍGENA NA ÁREA DA EQUIPE.

É relevante destacar que, no contexto da atenção à saúde da população associada a essas áreas, esses dados desempenham um papel crucial, uma vez que é incontestável que a prevalência de condições patológicas varia entre diferentes etnias. Em outras palavras, geneticamente, a ocorrência de certas doenças é mais frequente em determinados grupos étnicos.

Conhecer a composição de cor/raça é importante para o planejamento de políticas públicas. Por exemplo, algumas doenças como a anemia falciforme e a hipertensão arterial sistêmica (HAS), são mais frequentes na população negra. Também em relação às doenças transmissíveis, a sífilis na gestação costuma ser mais comum em gestantes pretas, indígenas e pardas (BRASIL, 2017).

Gráfico 14. Composição de cor/raça da população cadastrada na equipe 01, 2024.

Composição de cor/raça da população cadastrada na equipe 01, 2024.



Fonte: Adaptado dos dados extraídos do e-SUS. Autoria própria, 2024.

É fundamental considerar os parâmetros demográficos disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). De acordo com o Instituto, 42,8% dos brasileiros se declararam como brancos, 45,3% como pardos e 10,6% como pretos.

Por outro lado, na área 103, 69,9% (n=915) se declara branca, 5,9% (n=78) se declara negra, 2,1% (n=28) se declara amarela e 22,2% (n=292) se declara parda.

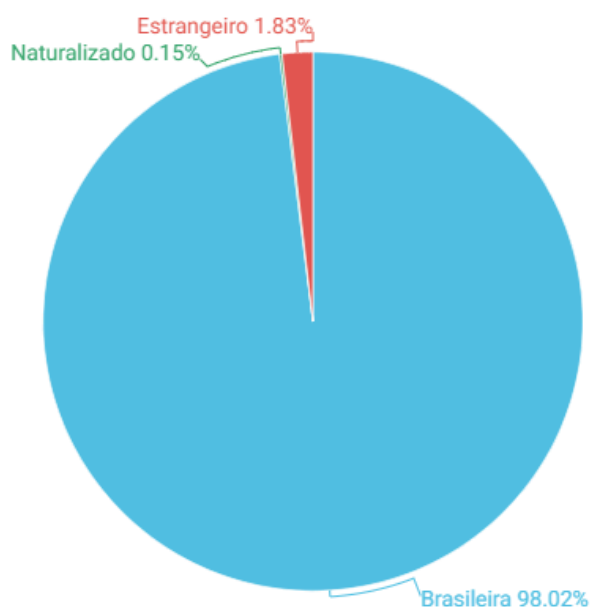
Essa análise permite discernir as diferenças e semelhanças entre as informações do e-SUS de 2024 e os dados do IBGE de 2010, fornecendo um panorama abrangente sobre a composição étnica na região.

7.4 NACIONALIDADE BRASILEIRA, ESTRANGEIRA E NATURALIZADOS

A migração pendular - deslocamento diário de trabalhadores e estudantes para outro município - e a migração internacional - definitiva, mudança de moradia para outro país - são características comuns à cidade de Foz do Iguaçu, sobretudo quando analisados os países fronteiriços (Argentina, Paraguai).

Gráfico 15. Composição de nacionalidade brasileira, estrangeira e naturalizada da equipe 01, 2024.

Composição de nacionalidade brasileira, estrangeira e naturalizada da equipe 01, 2024.



Fonte: Adaptado dos dados extraídos do e-SUS. Autoria própria, 2024.

Entretanto, no território da equipe 1 do Núcleo de Saúde AKLP isso não se configura com um número expressivo, pelo contrário, é possível observar o pouco expressivo número de estrangeiros e naturalizados, ao passo que a maioria

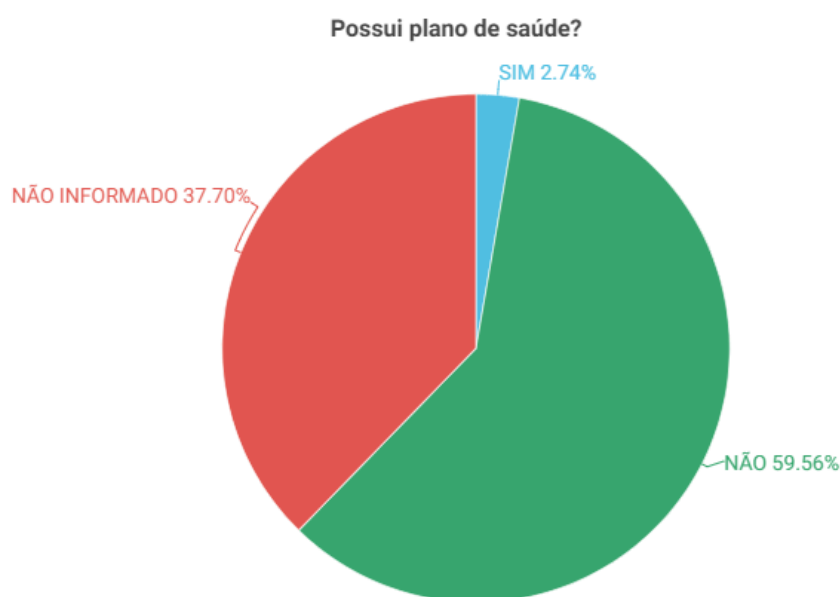
expressiva dos usuários (n=1287) são brasileiros (98,7%). Apenas 2 são naturalizados brasileiros e 24 são estrangeiros.

É de relevância que a equipe adquira conhecimento acerca das nacionalidades presentes em sua área de atuação, uma vez que diferentes grupos étnicos possuem práticas e cuidados de saúde tradicionais distintos. Na Equipe 1, observou-se a presença de indivíduos originários de países como Líbano, Honduras, Chile, Guatemala, Haiti, México e Paraguai, o que evidencia uma notável diversidade cultural.

7.5 POPULAÇÃO QUE TEM PLANO DE SAÚDE PRIVADO

Dentre a totalidade de usuários vinculados à equipe 01, informações referentes a 37% (n=495) dos indivíduos não estão disponíveis, o que torna a análise mais complexa. No entanto, dentre o grupo que forneceu essas informações (n=818), apenas 4,4% (n=36) indicaram possuir um plano de saúde privado. Isso evidencia que a maioria desta população depende exclusivamente dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) por ser uma população, que em sua maioria, é vulnerável.

Gráfico 16. População que tem plano de saúde privado da equipe 01, 2024.



Fonte: Adaptado dos dados extraídos do e-SUS. Autoria própria, 2024.

É assim que é possível estabelecer as semelhanças do que ocorre em âmbito nacional e territorial, ou seja, um número relativamente baixo de usuários da rede privada, e um número expressivo de cidadãos ativos na rede pública. Conquanto, cabe ressaltar que a quantidade exuberante de pessoas que não informaram se possuem acesso aos planos de saúde privado configura-se como um impasse tanto legislativo como estrutural/conjuntural para o estabelecimento de medidas concretas visando melhorias no âmbito da saúde para população local.

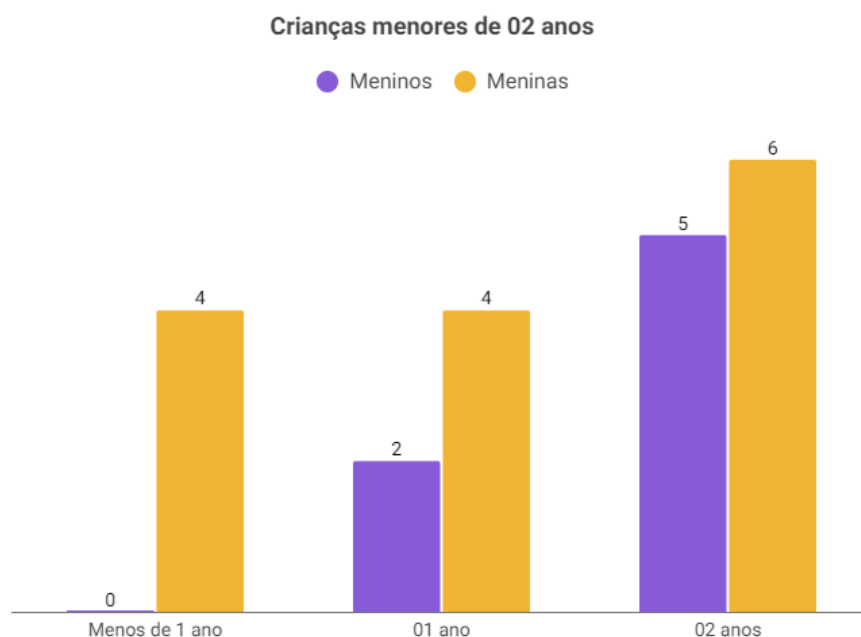
De acordo com censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), cerca de 70 a 80% da população brasileira não possuem plano de saúde privado e dependem do SUS. Ocorre que, durante as consultas é frequente o relato dos pacientes que buscam atendimento complementar em serviço privado, geralmente, em caso de consulta com especialistas e exames complementares que são demorados ou negados por auditoria.

Da mesma forma, pacientes que são acompanhados por esses especialistas, mas requerem consulta com o médico da Unidade Básica de Saúde, sendo necessário o cuidado do paciente por parte da Atenção Primária, considerando assim um do atributo essencial a longitudinalidade e o estabelecimento de um vínculo.

7.6 POPULAÇÃO MENOR DE 2 ANOS DE IDADE PARA PRIORIZAÇÃO DAS VD/ACS E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO.

De acordo com o Relatório Consolidado de Cadastro Individual (e-SUS), a Equipe 01 estava associada a um total de 10 crianças com menos de 2 anos de idade, compreendendo 08 do sexo feminino e 02 do sexo masculino.

Gráfico 17. População menor de 2 anos de idade para priorização das VD/ACS estratificação de risco da equipe 01, 2024.



Fonte: Adaptado dos dados extraídos do e-SUS. Autoria própria, 2024.

A Linha de Atenção Materno Infantil preconiza a estratificação de risco, que estabelece critérios para garantir o cuidado às crianças com maior probabilidade de adoecer e morrer. Desta forma, a identificação dos recém-nascidos de risco habitual, intermediário e de alto risco ao nascer possibilita oferecer cuidados diferenciados para essas crianças (BRASIL, 2017).

É essencial obter informações sobre a quantidade de crianças com menos de 2 anos e sua categorização de risco a fim de direcionar a programação das ações relacionadas à puericultura e ao planejamento da quantidade de doses de vacinas necessárias. Para isso, os critérios da estratificação devem ser reavaliados de forma contínua e dinâmica, durante o acompanhamento da criança até completar o 2º ano de vida, porque as crianças podem ter evolução que permita mudança de risco.

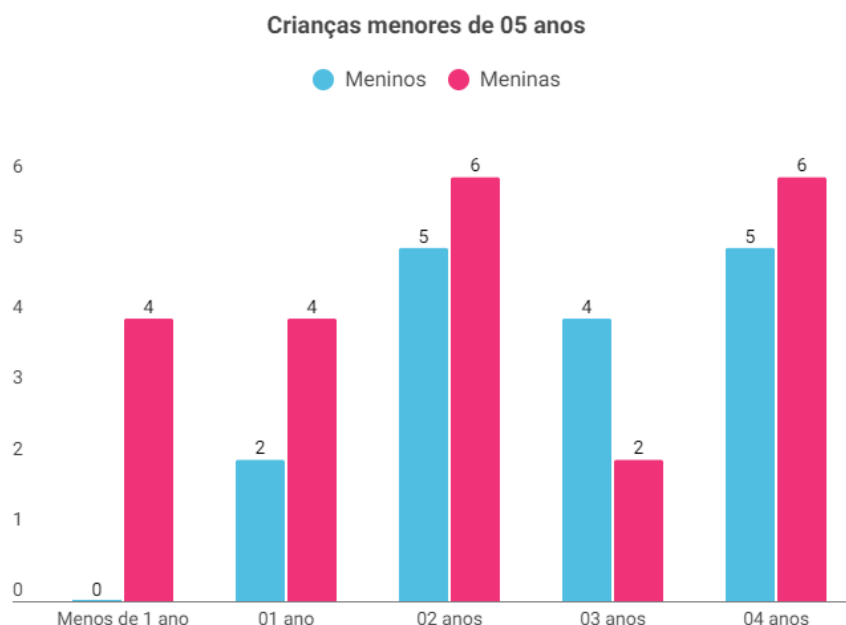
7.7 POPULAÇÃO MENOR DE 5 ANOS DE IDADE ELEGÍVEL PARA PUERICULTURA DE ACORDO COM AS FAIXAS ETÁRIAS

Conforme o Caderno de Atenção Básica nº 33 (Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento, 2012) - disponibilizado pelo Ministério da Saúde - a puericultura deve objetivar estabelecer um crescimento seguindo uma sequência

regular, ou seja, o desenvolvimento cognitivo da criança é sequencial, devendo ser acompanhado e motivado, buscando promover saúde, proteger de quaisquer eventuais intercorrências e detectar, de maneira precoce, alterações que venham a ter complicações futuras.

Conforme os dados obtidos do Relatório de Cadastro Individual do e-SUS de 2024, estão inscritas 38 crianças no território da equipe 1 menores de 05 anos. No entanto, ao buscarmos informações em “acompanhamento de condições de saúde”, crianças de 0 a 4 anos, encontramos 45 usuários sob a responsabilidade da equipe 01.

Gráfico 18. Número de crianças menores de 5 anos vinculadas à Equipe 01.



Fonte: Adaptado dos dados extraídos do e-SUS. Autoria própria, 2024.

Ademais, observamos mais uma vez a inconsistência de dados, visto que no relatório de produção médica da mesma equipe, foram encontradas 96 consultas para indivíduos menores de 5 anos no mês de julho de 2024. Sabendo que a frequência de puericulturas dos indivíduos de até 6 meses é mensal, até 12 meses é trimestral, entre o 12º ao 24º mês de vida é semestral, e anual do 2º ano em diante, e considerando que todas as crianças da equipe passaram por atendimentos nesse período, conforme recomendação do MS (2012), ainda

assim teríamos um total atendimentos muito menor do que o encontrado no relatório do e-SUS.

Quadro 4- Atendimentos para crianças menores de 4 anos no período julho de 2024.

	Minhas produções
	Jan a Mar/2024
Faixa Etária	Consulta do dia
04 anos	13
02 anos	10
01 ano	30
03 anos	22
Menos de 01 ano	21
Totais	96

Fonte: Adaptado dos dados
Autoria própria, 2024.

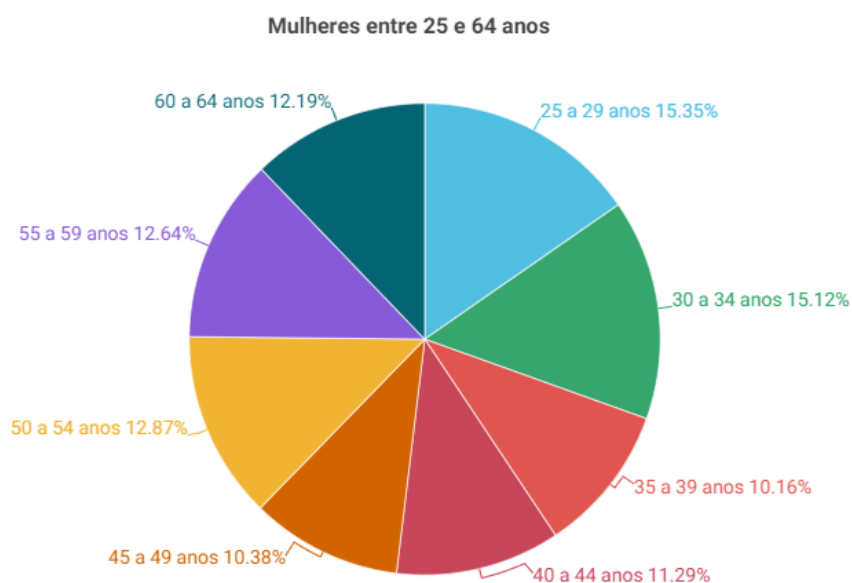
extraídos do e-SUS.

Na Equipe 01, foi disponibilizada às manhãs de sextas-feira para agenda de puericultura. Destarte, faz-se imprescindível a realização da puericultura e o acompanhamento dessas crianças, possibilitando não somente ações ligadas à prevenção primária e secundária - como vacinas e rastreio de síndromes e patologias como também questões ligadas ao seio social que essas crianças estão inseridas e se estão tendo acesso à saneamento básico, educação, segurança, dentre outros fatores.

7.8 POPULAÇÃO FEMININA ENTRE 25 ANOS E 64 ANOS DE IDADE ELEGÍVEL PARA RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO UTERINO.

Contando com o Relatório de Cadastro Individual do e-SUS de 2024, o total de mulheres entre 25 a 64 anos vinculadas à equipe 1 é de 443. Pelo e-gestor, encontramos o número de 335 mulheres acompanhadas pela equipe, nesta faixa etária. Podemos observar o gráfico abaixo, não há uma variação expressiva entre as faixas etárias, podendo ser notado uma predominância das faixas de 25 a 29 anos e 30 a 34 anos, representando 30,3% do total da amostra.

Gráfico 19. Distribuição da população feminina entre 25 e 64 anos vinculadas à Equipe 01.



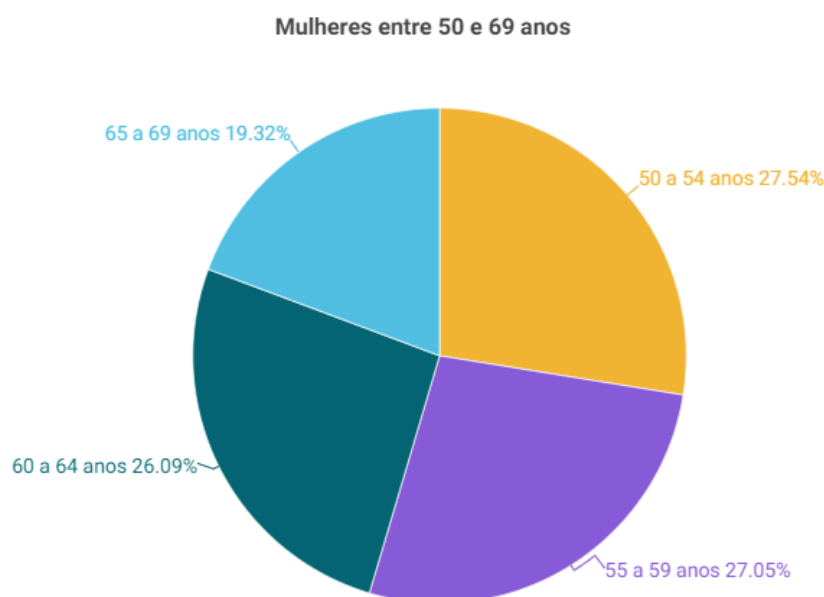
Fonte: Adaptado dos dados extraídos do e-SUS. Autoria própria, 2024.

Segundo o INCA (2021) O exame citopatológico é o método de rastreamento do câncer do colo do útero, indicado para a população alvo de 25 a 64 anos, a cada três anos, após dois exames anuais consecutivos normais. Os exames periódicos devem seguir até os 64 anos de idade e, naquelas mulheres sem história prévia de doença neoplásica pré-invasiva, interrompidos quando essas mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos.

7.9 POPULAÇÃO FEMININA ENTRE 50 E 69 ANOS DE IDADE, ELEGÍVEL PARA RASTREAMENTO DE CÂNCER DE MAMA

De modo adicional às informações acerca do rastreamento do Câncer de colo do útero, o Caderno de Atenção Básica nº 13 (BRASIL, 2013) - disponibilizado pelo Ministério da Saúde - como já observado no título, também versa sobre o Controle do câncer de mama, isto é, sua detecção, prevenção, condutas e tratamentos. Dito isso, vale ressaltar, inicialmente, que características da sua história natural que pode ser dividida na fase pré-clínica - surgimento de células malignas e crescimento tumoral - e fase clínica, momento que pode ser diagnosticado.

Gráfico 20. População feminina entre 50 e 69 anos, elegíveis para rastreamento de Câncer de Mama, vinculadas à Equipe 01.



Fonte: Adaptado dos dados extraídos do e-SUS. Autoria própria, 2024.

Assim, com os dados apresentados no gráfico acima extraídos do e-sus, das mulheres com idade entre 50 e 69 anos, a Equipe 01 é responsável por 207 mulheres que são elegíveis para o rastreamento de câncer de mama, o que equivale a 27,3% da população feminina acompanhada por essa equipe. Por outro lado, no e-gestor, encontramos o número de 176 mulheres sendo acompanhadas pela equipe 01, nesta faixa etária.

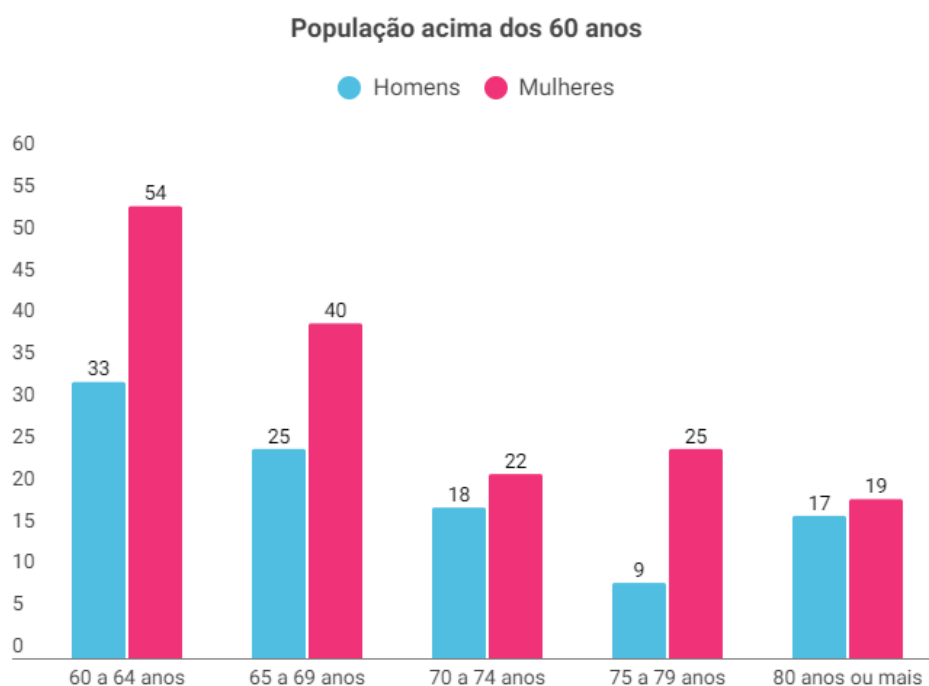
De acordo com o INCA (2021), o câncer de mama é o mais frequente em mulheres no Brasil, após o câncer de pele não melanoma, apresentando taxa

ascendente de mortalidade. Por isso, se faz importante a detecção precoce através do rastreamento por meio da mamografia. O exame deve ser repetido periodicamente em mulheres sem sinais ou sintomas suspeitos desse câncer.

No protocolo, o rastreamento mamográfico deve ocorrer para as mulheres com idade de 50 a 69 anos, uma vez a cada dois anos, uma vez que, é dessa maneira que o balanço favorável entre riscos e benefícios do rastreamento é observado.

7.10 POPULAÇÃO COM IDADE MAIOR QUE 60 ANOS ELEGÍVEL PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DO IDOSO.

Gráfico 21. População acima de 60 anos para estratificação de risco do idoso, da equipe 01.



Fonte: Adaptado dos dados extraídos do e-SUS. Autoria própria, 2024.

O total de idosos com 60 anos ou mais da equipe 01 é de 262, sendo 61% (n=160) mulheres idosas, o que condiz com a prática médica, onde é observado que estas são as que mais buscam os serviços de saúde. Como pode ser observado no gráfico acima, a faixa etária predominante é de 60 a 64 anos, seguida por 65 a 69 anos. Essas suas faixas etárias somadas representam 58% dos indivíduos com mais

de 60 anos na Equipe 01. Em contrapartida, no e-gestor, foram observados 209 resultados na busca de usuários a partir dos 60 anos.

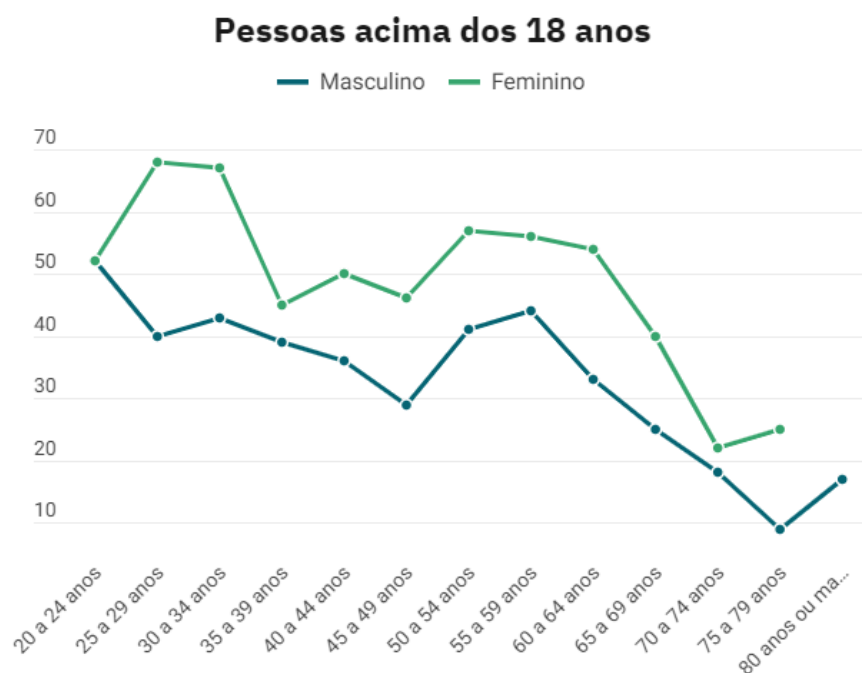
É importante levar em consideração que o processo de envelhecimento pode estar acompanhado por doenças e agravos crônicos não transmissíveis que requerem acompanhamento constante. Além disso, pode ocorrer um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente.

Entretanto, de acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI, 2006), é necessário recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, utilizando-se de ações individuais e coletivas, a fim de promover um envelhecimento saudável a medida que isso ocorre de forma gradativa e não pontual. Dessa forma, o estabelecimento de parâmetros de baixo risco, moderado risco e alto risco são essenciais para uma melhor abordagem e eficácia da execução da linha de cuidado em caráter integral e universal.

7.11 POPULAÇÃO ACIMA DE 18 ANOS DE IDADE PARA REALIZAR O RASTREAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL.

O Caderno de Atenção Básica nº 37 ressalta a importância da população a partir dos 18 anos, na sua ida à Unidade Básica de Saúde, ter a sua pressão aferida pelo menos nos últimos dois anos, do contrário, realizar a aferição com Grau de Recomendação A. Diante disso, observa-se a relevância de um diagnóstico precoce que não necessita, necessariamente, de tecnologia dura. Portanto, para um rastreamento eficaz, é indispensável compartimentar a população adscrita por faixas etárias a partir dos 18 anos e realizar a análise do total de pessoas em cada subgrupo, estabelecendo o melhor plano de ação voltado para realização de prevenção secundária, isto é, rastreamento da HAS.

Gráfico 22 .População acima dos 18 anos para rastreamento de HAS, da área 103, equipe 01.



Fonte: Adaptado dos dados extraídos do e-SUS. Autoria própria, 2024.

Feito isso, conforme ao Relatório Consolidado de Cadastro Individual (e-SUS), após a aplicação de filtros personalizados quanto a idade, descobriu-se que o número de indivíduos acima de 19 anos é de 1009 pessoas vinculadas a equipe 01. Nessas pessoas deve ser realizado rastreamento de hipertensão arterial sistêmica.

Observa-se que no Núcleo de Saúde AKLP todos os pacientes que possuem 18 anos ou mais tem a aferição da Pressão Arterial realizada durante o acolhimento sempre que comparecem à unidade, essa prática é importante para o rastreamento adequado, além do controle adequado da doença.

7.12 POPULAÇÃO ENTRE 10 E 19 ANOS DE IDADE ELEGÍVEL PARA O CUIDADO E EPS AO ADOLESCENTE

Segundo Brasil (2018), apesar da desaceleração no ritmo de crescimento da população adolescente e jovem há a expectativa de que este segmento populacional continue crescendo. Nesse contexto, percebe-se que o atendimento de adolescentes e jovens exige novos modos de produzir saúde. Nessa população,

com um ciclo de vida particularmente saudável, percebe-se que os agravos em saúde decorrem, principalmente, dos hábitos e comportamentos.

As vulnerabilidades produzidas pelo contexto social e as desigualdades resultantes dos processos históricos de exclusão e discriminação determinam os direitos e as oportunidades de adolescentes e jovens brasileiros. Assim, corroborando ao explicitado, o art. 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente assegura atendimento integral à saúde do adolescente, de modo universal, igualitário e integral, por meio de promoção, proteção e recuperação.

Gráfico 23. Distribuição da população entre 10 e 19 anos anos vinculadas à Equipe 01.



Fonte: Adaptado dos dados extraídos do e-SUS. Autoria própria, 2024.

Nessa perspectiva, o Gráfico acima ilustra de forma detalhada a quantidade total (157 pessoas, 11,9% da população total) e a divisão por faixas etárias desse grupo, com o intuito de compreender o padrão existente no território adscrito para planejamento de acompanhamento integral desses adolescentes, assim como na realização de atividades de Educação Popular em Saúde, haja vista o seu alto poder transformador e grande capacidade de aprendizagem dessa parcela da população.

8. PERFIL SOCIOECONÔMICO

A análise de indicadores socioeconômicos é, de maneira indubitável, uma ferramenta que, apesar de alguns pontos cegos, possibilita a priorização de ações

voltadas a indivíduos de uma determinada região com necessidades específicas. Isto porque fatores como nível de educação formal, renda média, ocupação e posse - ou ausência - de plano de saúde são informações que trazem à luz a dinâmica social dessa população adscrita, tornando-a mais visível e suscetível a iniciativas melhor direcionadas por parte do Poder Público.

Dessa forma, compreender como uma determinada população que está sob análise se comporta é um fator *sine qua non* para traçar metas e objetivos a serem cumpridos para fornecer-lhe condições de saúde que melhor se adequam à sua necessidade. Nesse sentido, as determinantes sociais de saúde possuem uma inestimável relevância para a epidemiologia e os setores de saúde.

8.1 PESSOAS POBRES E EXTREMAMENTE POBRES

Segundo a Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu (2024), o censo realizado pelo IBGE em 2022 revelou que a média de habitantes por domicílio no município é de 2,82 pessoas. Considerando o valor atual do salário mínimo, que é de R\$ 1.424,00, e a definição de pobreza estabelecida pelo IBGE, onde pessoas extremamente pobres são aquelas que vivem com até R\$ 200 por mês e pessoas pobres com até R\$ 637 mensais (GOMES, 2023), podemos analisar a situação local.

A partir dos dados do E-SUS, infere-se que aproximadamente seis pessoas estão em situação de pobreza, uma vez que há duas famílias registradas no sistema com renda de um salário mínimo. Importante notar que não foram identificadas famílias declarando uma renda inferior a R\$ 1.424,00 por mês.

Entretanto, acredita-se que a densidade de pessoas por domicílio na área sob a responsabilidade da equipe 01 seja superior a 2,82 habitantes. Isso se deve ao elevado número de atendimentos realizados e à experiência da equipe com seus pacientes, que sugere uma média empírica de cerca de cinco pessoas por família.

Dessa forma, sob a perspectiva da autora deste relatório e considerando os dados de famílias que ganham até dois salários mínimos, estima-se que aproximadamente 40 pessoas vivem em situação de pobreza nessa região. Essa conclusão se baseia na identificação, em maio de 2024, de 10 famílias no E-SUS com renda de até dois salários mínimos.

A análise da situação socioeconômica na região é limitada pela escassez de dados disponíveis. Vale ressaltar que a equipe não conta com Agentes Comunitários

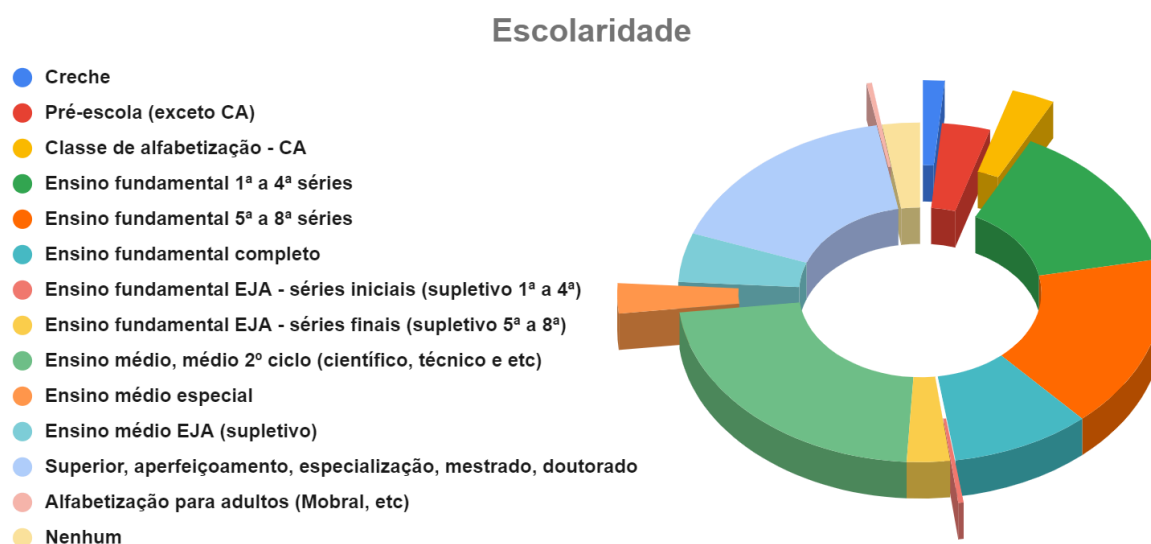
de Saúde (ACS) atuando no campo e que, há algum tempo, os cadastros vinculados não estão sendo efetivados. Portanto, os dados sobre pobreza e extrema pobreza podem não refletir com precisão a realidade da população, o que ressalta a importância de discutir essa questão em termos de saúde pública.

Melhorar a renda e a saúde pode elevar os índices de bem-estar social. Compreender a relação de causalidade entre essas duas dimensões é essencial. Pesquisadores apontam para uma teoria de que essa relação é bi-causal, onde um baixo nível de renda resulta em saúde precária, e, por sua vez, essa condição de saúde tende a perpetuar um baixo nível de renda, criando um círculo vicioso conhecido como "armadilha saúde-pobreza".

8.2 EDUCAÇÃO: QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU.

Conforme o item “curso mais elevado”, apenas 301 pessoas responderam à questão do cadastro individual, e para este dado temos um absenteísmo de 1012 pessoas dentro do universo de dados do E-SUS. A despeito disso, e considerando apenas os dados informados, segue o gráfico da amostra e a análise do quesito.

Gráfico 24. Distribuição da escolaridade dos indivíduos cadastrados na Equipe 01.



Fonte: Adaptado dos dados extraídos do e-SUS. Autoria própria, 2024.

Quanto às crianças, temos um total de 38 com menos de 5 anos, sendo que os indivíduos que frequentam a creche são 7, apenas. Já a quantidade de pessoas

que têm idade para estar cursando o ensino fundamental é de 166. No entanto, verificou-se que apenas 127 cidadãos estão registrados como ensino fundamental no contexto da pergunta “qual é o curso mais elevado que frequenta ou frequentou”. Isso mais uma vez demonstra a fragilidade dos dados encontrados no E-SUS, devido a deficiência na alimentação do sistema.

A maior parte da população da área 103 que respondeu ao questionário tem como escolaridade mais alta a do Ensino Médio, Médio segundo ciclo (científico, técnico etc) com 20% (n=62); em comparação com o índice demográfico de Foz do Iguaçu, que está acima de 24,7% segundo o Atlas de Desenvolvimento, devido a questão de vulnerabilidade de área 103, impactam negatividade no índice da escolarização se encontram abaixo. Em seguida, temos o Ensino Superior (15,9%) e ensino fundamental 5ª a 8ª série (15,9%) e Ensino Fundamental de 1ª a 4ª série (13,9%, n=42).

8.3 EDUCAÇÃO: QUAL O PERCENTUAL DE PESSOAS QUE CONCLUÍRAM O ENSINO MÉDIO E SUPERIOR

Como pode ser observado no gráfico anterior, 56% da amostra de 262 pessoas da população tem como maior escolaridade o Ensino Médio completo e 18% cursaram o Ensino Superior. A quantidade de pessoas acima de 25 anos nesta área é de 948 indivíduos, dessa forma, ao analisar o percentual de cidadãos com ensino superior, os quais somam 48 pessoas, ao total de com idade para ter concluído o ensino superior, temos apenas 5% graduados. Mesmo assim, não é possível inferir que poucas pessoas frequentaram a universidade, visto que não temos informação sobre a escolaridade de 1040 moradores desta região.

8.4 EDUCAÇÃO: ANALFABETISMO

Taxa = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pessoas analfabetas}}{\text{N}^\circ \text{ total de cadastradas}} \times 100$

Nº total de cadastradas - Não Informado

Taxa= $\frac{8}{1313 - 1040} \times 100 = 2,93\%$

A taxa de analfabetismo na população vinculada é de 2,93% na área 103 da Equipe 01, nesse sentido, observa-se a tendência de esta microrregião possuir

níveis reduzidos, mas é importante conhecer a essa minoria para conseguir transmitir e que possa se adequar a fala para que seja compreensível. Além disso, pode ser necessário usar outros mecanismos para explicar as medicações e posologias. De acordo com a taxa de analfabetismo no município de Foz do Iguaçu é 4,67%, segundo o Atlas do Desenvolvimento Humano.

A análise dos índices de analfabetismo numa população adscrita fornece um panorama importante que recai não somente no seu próprio aspecto educacional mais direto, mas também na inserção social, laboral e cultural destes indivíduos na dinâmica dessa região.

8.5 EDUCAÇÃO: ONDE FICAM AS CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS

Ao serem questionadas sobre a responsabilidade educativa das crianças de 0 a 9 anos, foram analisados dados de apenas 39 crianças, um número insuficiente para uma avaliação completa. Dentre essas, 38 estavam sob a responsabilidade direta de um adulto cuidador, enquanto apenas 1 criança frequentava a creche em período integral.

Ao cruzar esses dados com o total de 131 crianças nessa faixa etária atendidas na UBS, fica evidente a falta de informações consistentes, o que dificulta uma análise adequada e realista do cenário de cuidados infantis.

8.6 POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO

Taxa = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pessoas que têm plano de saúde}}{\text{N}^\circ \text{ total de cadastradas}} \times 100$

Nº total de cadastradas - Não Informado

Taxa= $\frac{35}{1212 - 678} \times 100 = 6,5\%$

O plano de saúde privado é um indicador de quanto uma determinada população depende substancialmente do SUS. Claro, em última análise todos os cidadãos brasileiros dependem do SUS indiretamente (vacinação, vigilância sanitária etc.). No entanto, quando se trata sobre possuir plano de saúde privado, fala-se essencialmente sobre consultas, atendimento primário, tratamentos longitudinais etc. Vale o apontamento, também, de que não possuir plano de saúde particular não equivale necessariamente a não usar a rede privada de saúde, ou até mesmo a fazer uso contínuo dos serviços públicos.

Se apenas os dados informados forem considerados como válidos para um espaço amostral relativamente coerente com o todo, no que se deve ser cauteloso, o que representaria, hipoteticamente, no território da Equipe 01, 4,2% da população apresenta plano de saúde. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para dezembro de 2021, a população nacional que possui algum tipo de plano de saúde privado equivale a aproximadamente 23% dela. Se comparada à taxa calculada acima, isso daria mais de 4 vezes do percentual da área 103.

8.7 OCUPAÇÃO: AS 10 OCUPAÇÕES MAIS FREQUENTES NO TERRITÓRIO

Nos dados do e-SUS, são fornecidas apenas informações referentes a 16 usuários que informaram a profissão. As seguintes ocupações foram informadas: agente de combate a endemias, agente de segurança, babá, cozinheiro, desenhista, serviços gerais, jardineiro, mototaxista, operador de caixa, pedreiro (3 pessoas), representante comercial, servente de obras (2 pessoas) e vendedor de comércio.

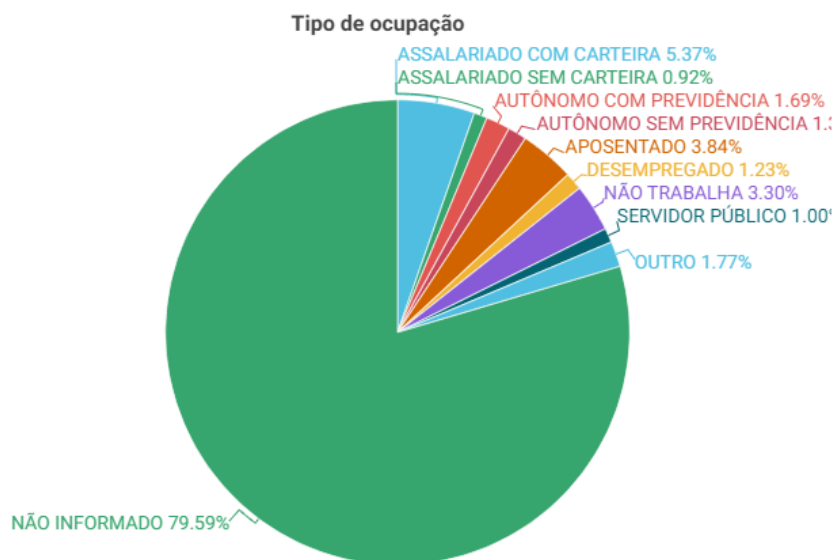
Nesse sentido, a análise e proposição de quaisquer modelos de comparação a nível macro torna-se inviável, já que o espaço amostral é infinitamente limitado, é importante conhecer melhor a população que está vinculada a equipe. A saúde dos trabalhadores constitui um campo do saber que tem por objetivo compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde-doença. Para isso, considera a saúde e a doença como processos dinâmicos, relacionados fortemente com o desenvolvimento produtivo da humanidade num determinado momento histórico.

8.8 SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

Em relação às ocupações exercidas pelos usuários da UBS, o relatório do e-SUS informa que 1064 de 1.342 não têm cadastrada a situação do seu trabalho. Não obstante a isso, tendo em consideração como espaço amostral válido o número restante, isto é, 278 usuários, o gráfico circular dá sua representação abaixo. Verifica-se a predominância da situação de assalariado com carteira de trabalho (25%, n=70) e em seguida a situação de aposentado/pensionista (18%, n=51). Ressalta-se um pouco mais de 50% restantes dos dados se dividem entre os que não trabalham, desempregados, autônomos, empregadores, servidores públicos e o

campo “outros”, que equivalem aos em situação não considerada na ficha de cadastro.

Gráfico 25. Situação no mercado de trabalho da população Equipe 01.



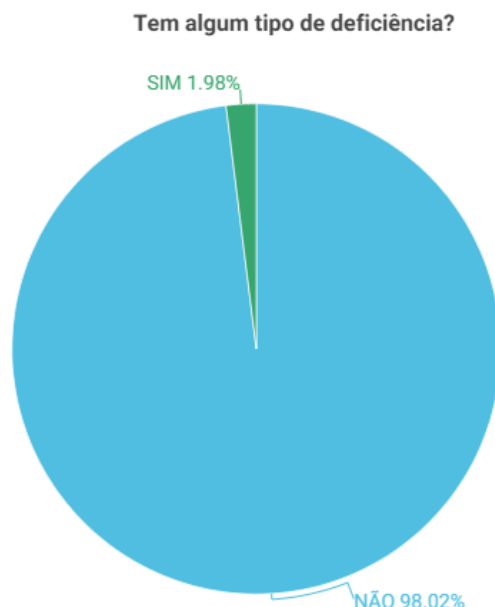
Fonte: Adaptado dos dados extraídos do e-SUS. Autoria própria, 2024.

Além disso, segundo as estatísticas nacionais, de acordo com as divisões de mercado de trabalho do 2º trimestre deste presente ano (IBGE, 2023), a taxa de desemprego no Brasil atinge 8% da população. A taxa de desempregados na área 103 é de 5% (n=16), assim, percebe-se que a prevalência de desemprego nesta área está abaixo da média de desemprego nacional. Isso diz que se as taxas de desempregados e pessoas que não trabalham realmente estiverem mais ou menos alinhadas com o gráfico obtido pelo relatório do e-SUS, tem-se um problema de desemprego e escassez laboral considerável.

8.9 PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (PCD)

A presença de pessoas com deficiência no território corresponde a uma minoria segundo dados do Relatório de cadastro domiciliar e territorial da Equipe 01, com um total de 27 usuários cadastrados. O restante da população, correspondente a 1.315 indivíduos, informaram que não possuem nenhum tipo de deficiência.

Gráfico 26. Total de pessoas com deficiência no território da Equipe 01.



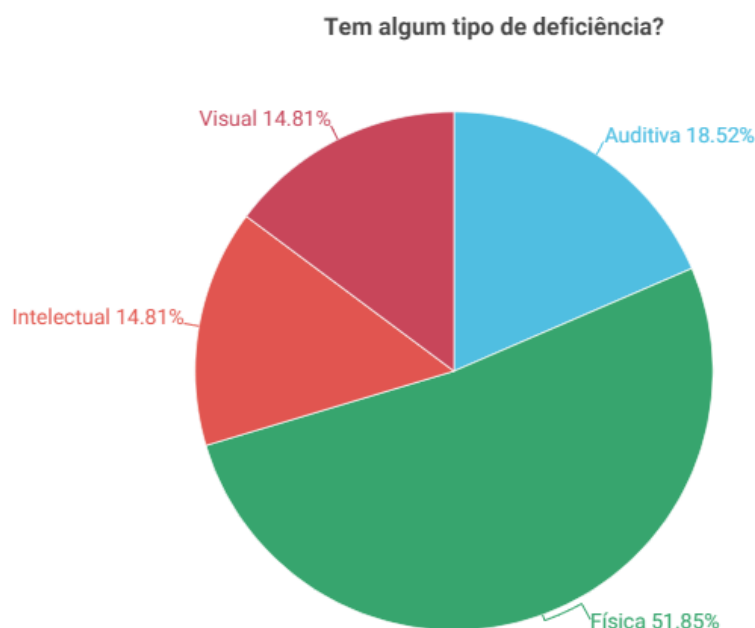
Fonte: Adaptado dos dados extraídos do e-SUS. Autoria própria, 2024.

Taxa = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pessoas com deficiência}}{\text{N}^\circ \text{ total de cadastradas - Não Informado}} \times 100$

Taxa= $27/1342 - 0 \times 100 = 2,0\%$.

De acordo com o cálculo apresentado, o número de pessoas com deficiência na equipe 1, é de 2,0%. Os valores encontrados estão bem abaixo do observado para o país, provavelmente devido a falta de informações sobre a população. Em comparação, segundo a Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, no Brasil, estima-se que 8,9 % da população apresenta uma deficiência. (IBGE, 2023)

Gráfico 27 . Tipos de deficiência no território da Equipe 01.



Fonte: Adaptado dos dados extraídos do e-SUS. Autoria própria, 2024.

Com respeito aos tipos de deficiência da equipe 01, podemos inferir que a deficiência que apresentou a maior ocorrência foi a física, afetando 55% dos usuários; em segundo lugar, está a deficiência auditiva, ocorrendo em 18% da população, seguida da deficiência visual e intelectual ou cognitiva, ambas com a mesma porcentagem de 14,8%. Em relação ao Brasil, a deficiência visual estava presente em 3,1% da população brasileira; a deficiência motora em 3,4%; deficiência auditiva em 1,2%; e a deficiência mental/intelectual em 3,4% (IBGE, 2022).

8. 10 CIDADÃOS EM SITUAÇÃO DE RUA

O relatório não fornece detalhes sobre a duração da permanência nas ruas, a fonte de alimentação diária, a origem dos alimentos e a prática de higiene pessoal das 4 pessoas em situação de rua, apenas a informação de que é acompanhado por outra instituição, também não especificada. As políticas públicas voltadas para esse tipo de cidadão afirma que a falta de informações nesses aspectos indica a vulnerabilidade dos indivíduos em questão, uma vez que a ausência de moradia e de infraestrutura mínima afeta significativamente as atividades diárias necessárias para a sobrevivência.

8. 11 POPULAÇÃO LGBT

Segundo Bezerra e colaboradores (2019) a presença de população assumidamente LGBT+ tornou-se, nas últimas décadas, questão de interesse por parte dos agentes de saúde, não só por ser um grupo simultânea e paradoxalmente amplo e também minoritário, mas por políticas públicas que o tornaram mais visível e alvo de campanhas de saúde específicas, já que, historicamente, sofreram rejeição e foram alvos de estereótipos não fidedignos (ex: noção de que HIV era “doença de homossexuais”).

Conforme consta no relatório do e-SUS, há 1 mulher transgênero e 01 usuário que respondeu “outro”. Entretanto, os usuários que não informaram a identidade de gênero (n= 599) ou que não desejaram informar identidade de gênero (n=741). Em relação a usuários que se identificam como homossexuais ou bissexuais, não houve nenhum dado cadastrado, provavelmente não por não haver, mas por não haver o registro, haja vista que, dos usuários, apenas 30 decidiram informar sua orientação sexual, sendo todos eles heterossexuais.

É evidente a necessidade de aprimorar a forma como a identidade de gênero é tratada. Frequentemente, a questão é negligenciada durante o registro de famílias devido à percepção equivocada de que é um assunto sensível na sociedade.

8.12 NÚMERO TOTAL DE FAMÍLIAS SEGUNDO O GRAU DE RISCO

A Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi (ERF-CS), instrumento de estratificação de risco familiar, é utiliza Sentinelas de Risco da ficha A do SIAB e outros identificáveis na rotina das equipe de saúde da família (eSF), para determinar seu risco social e de saúde, refletindo o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar. A escala mostrou-se útil na reorganização da demanda e promoveu uma percepção mais apurada, objetiva e qualificada do risco das famílias, impactando positivamente o trabalho em equipe (SAVASSI, LAGE e COELHO, 2014).

Percebe-se que a análise dos Relatórios Consolidados e Operacionais obtidos do e-SUS revela a ausência de classificação das famílias de acordo com seu nível de risco. Uma alternativa para efetuar a estratificação é através da Escala de

Risco Familiar do Coelho-Savassi. A Escala é útil para o planejamento de ações na ESF, territorialização e percepção da relação entre os fatores de risco. A escala poderia ser empregada como ferramenta de trabalho dentro da UBS, recomenda-se seu uso, especificamente, nos cadastros feitos pelas ACSs, já que a classificação deverá ser feita no mesmo período do cadastro das famílias e sua atualização deverá ser anual ou sempre que houver uma mudança significativa da situação familiar. Além de, participação dos demais profissionais de saúde, iniciando como mencionado, pelos ACS, em seguida pelos enfermeiros e médicos.

9 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

9.1 CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS

A análise dos dados provenientes do e-SUS revela o seguinte quadro na área 103, onde estão cadastradas 38 crianças menores de 5 anos.

9.1.1 CRIANÇAS ENTRE 2 A 5 ANOS CADASTRADAS NA ÁREA E PERCENTUAL DESTAS CRIANÇAS ACOMPANHADAS PELO MÉDICO OU ENFERMEIRA HÁ MENOS DE UM ANO

$$\text{Taxa} = \frac{\text{N}^\circ \text{crianças 2 e 5 anos com última consulta há menos de 1 ano}}{\text{N}^\circ \text{total crianças entre 2 e 5 anos}} \times 100$$

$$\text{Taxa} = 12/27 \times 100 = 48\%$$

Após minuciosa análise dos dados, constatamos que, dentre as 27 crianças entre 2 e 5 anos na área, 12 delas realizaram consultas nos últimos 12 meses, o que equivale a uma taxa de adesão de %. Conforme o Caderno de Saúde da Criança no Brasil, é recomendável que todas as crianças passem por, no mínimo, uma consulta anual, com frequência ainda maior nos primeiros 2 anos de vida. O intervalo entre as consultas pode ser alterado dependendo das condições clínicas e fatores de vulnerabilidade de cada criança.

9.1.2 NÚMERO DE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS CADASTRADAS NA ÁREA E PERCENTUAL DESTAS CRIANÇAS ACOMPANHADAS PELO MÉDICO/ENFERMEIRA HÁ 4 MESES

Taxa = Nº crianças < 2 anos com última consulta < de 4 meses x 100

Nº total de crianças menores de 2 anos cadastradas na área

Taxa = $4/11 \times 100 = 36\%$

A base de dados do e-SUS indica que na área 103 há um total de 11 crianças com menos de 2 anos de idade, das quais 4 possuem registros de puericultura nos últimos 4 meses. As consultas de puericultura devem ocorrer mensalmente até os 6 meses, depois trimestralmente até completar 1 ano, semestralmente dos 12 aos 24 meses e, a partir dessa idade, pelo menos uma vez por ano (BRASIL,2012).

No entanto, a cobertura da puericultura deveria ser de 100%. Entretanto, na área 103, a cobertura foi de apenas 36%. É importante ressaltar que a Equipe 1 reserva todas as manhãs de sextas-feira para consultas de puericultura, garantindo um mínimo de 5 atendimentos nesse período. Entretanto, essa prática não está claramente registrada no sistema e-SUS, uma vez que, em todas as sextas-feiras, os horários ficam preenchidos devido à elevada demanda dos pais e responsáveis das crianças.

9.1.3 NÚMERO DE CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO COM VACINAÇÃO EM DIA

Com base na análise das informações, os registros de crianças com menos de 1 ano de idade é ínfimo, comparado ao que vemos diariamente nas consultas de rotina na UBS AKLP. Isso se deve à inconsistência de dados do E-SUS, tanto no que diz respeito ao número de cidadãos atendidos nessa faixa etária, como no registro de imunização dessas crianças.

Mesmo assim, apresento os dados encontrados no E-SUS: há 4 crianças cadastradas como menores de um ano de idade; no entanto, nos últimos 3 meses, há o registro de 11 crianças dessa faixa etária sendo vacinadas; dessa forma, fica

evidente que não é possível confiar estratégias em relação aos números apresentados pelo e-SUS, ao menos nesse momento.

Gráfico 28- Nº de crianças menores de 1 ano com vacinação em dia

Faixa etária	Dose	1ª dose	2ª dose	3ª dose	Totais
	Estratégia	Rotina	Rotina	Rotina	
	Produções	Minha equipe	Minha equipe	Minha equipe	
Menos de 01 ano		10,48%	6,45%	1,61%	18,55%
Totais		10,48%	6,45%	1,61%	18,55%

Fonte: dados extraídos do e-SUS, 2024.

9.1.4 NÚMERO DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS CADASTRADAS NA ÁREA E PERCENTUAL DESTAS CRIANÇAS ACOMPANHADAS PELO ACS

Taxa = $\frac{\text{Nº crianças} < 5 \text{ anos com última VD-ACS há} < 2 \text{ meses}}{\text{Nº total de crianças menores de 5 anos cadastradas na área}} \times 100$

Nº total de crianças menores de 5 anos cadastradas na área

Taxa = $\frac{1}{38} \times 100 = 37,8\%$

Há 38 crianças menores de 5 anos no relatório de cadastro individual e 30 no relatório operacional. As crianças inscritas na área em análise não receberam visitas dos Agentes Comunitários de Saúde nos últimos dois meses. A que recebeu, soma um percentual de 2,6%, um número ínfimo comparado ao recomendado pelo Ministério da Saúde.

De acordo com a Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017, uma das responsabilidades dos ACS é realizar visitas domiciliares a todas as famílias, com a frequência sendo planejada pela equipe. No entanto, de acordo com o Caderno de Saúde da Criança, as visitas domiciliares são recomendadas para famílias de gestantes e crianças na primeira semana pós-parto. Após esse período, a periodicidade deve ser definida em conjunto com a família, levando em consideração

as necessidades identificadas, bem como os fatores de risco e proteção (BRASIL,2012).

Tabela 3- Nº de crianças menores de 5 anos cadastradas na área e percentual destas crianças acompanhadas pelo ACS

Quantidade de pessoas < 5 anos equipe 01			Faixa etária visita domiciliar ACSs em 2 meses		
Descrição	Masculino	Feminino	Descrição	Masculino	Feminino
Menos de 01 ano	0	4	Menos de 01 ano	0	1
01 ano	2	5	01 ano	0	0
02 anos	5	6	02 anos	0	0
03 anos	4	2	03 anos	0	0
04 anos e 11 meses	4	6	04 anos e 11 meses	0	0
Total: 37			Total: 1		

Fonte: Adaptado dos dados extraídos do e-SUS. Autoria própria, 2024.

9.1.5 NÚMERO DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS E PERCENTUAL DESTAS CRIANÇAS COM CONSULTA NA PRIMEIRA SEMANA DE VIDA

Taxa = $\frac{\text{Nº crianças < 5 anos com consulta na primeira semana de vida}}{\text{Nº total de crianças menores de 5 anos cadastradas na área}} \times 100$

Taxa = $\frac{1}{37} \times 100 = 2,7\%$

Das 37 crianças que foram analisadas, apenas uma delas consta que recebeu atendimento durante a primeira semana de vida, o que representa 2,7% do total. Uma das possibilidades é de que as crianças tenham sido atendidas, mas, devido a elas não possuírem o Cadastro individual realizado pelo ACS antes da primeira consulta, a consulta ofertada neste período não constará no Relatório Operacional de Crianças menores de 5 anos. Essa situação contraria as diretrizes estabelecidas no Caderno de Saúde da Criança, que enfatiza a importância de realizar a primeira consulta de todas as crianças na primeira semana de vida, preferencialmente entre o 3º e o 5º dia após o nascimento.

Durante essa consulta, é essencial conduzir uma avaliação abrangente do recém-nascido, levando em consideração seu ambiente imediato e o contexto mais amplo da família e da comunidade. Esse momento é crucial para fornecer apoio às famílias em questões relacionadas ao aleitamento materno exclusivo, orientar e administrar imunizações, verificar a realização da triagem neonatal (teste do pezinho) e estabelecer ou fortalecer a rede de apoio à família. No caso em que a família não consegue levar a criança para a consulta na primeira semana de vida, é altamente recomendado realizar uma visita domiciliar.

9.1.6 NÚMERO TOTAL DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS E PERCENTUAL DESTAS CRIANÇAS COM REGISTRO ANTROPOMÉTRICO ADEQUADO E ESTADO NUTRICIONAL REGISTRADO

Taxa = $\frac{\text{Nº crianças < 5 anos com registros (P, E, PC e IMC) na última consulta}}{\text{Nº total de crianças menores de 5 anos cadastradas na área}} \times 100$

Taxa = $3/38 \times 100 = 21\%$

No que diz respeito às medidas antropométricas, como perímetro cefálico, peso, IMC e estatura, apenas 3 crianças tiveram suas medidas registradas no sistema, representando apenas 7,8% do grupo total. Essa baixa taxa de monitoramento contrasta com as diretrizes do Caderno de Atenção Básica de Saúde das Crianças (2012), que enfatiza a importância da vigilância do crescimento como uma prática essencial na saúde infantil.

Para crianças com até 2 anos, é fundamental registrar o peso, a estatura, o comprimento e o perímetro cefálico em gráficos de crescimento durante todas as consultas, independentemente do risco apresentado. Esses dados são essenciais para identificar possíveis atrasos no crescimento e para orientar intervenções precoces. Entre 2 e 10 anos, a medição do peso e da altura torna-se ainda mais crucial, com a recomendação de que esses dados sejam plotados nos gráficos de crescimento. No Brasil, a relação entre altura e idade é um dos principais indicadores do crescimento saudável na infância.

O Índice de Massa Corporal (IMC) também desempenha um papel importante na avaliação da adiposidade e do sobrepeso em crianças. Para um monitoramento

adequado, é recomendado que as curvas de IMC sejam utilizadas desde o nascimento, plotando peso e estatura/comprimento de acordo com a idade e o gênero. Essa abordagem permite uma avaliação mais precisa do estado nutricional e contribui para a identificação de crianças em risco de obesidade ou desnutrição.

A implementação efetiva dessas práticas é crucial para promover o desenvolvimento saudável e garantir intervenções adequadas, refletindo a necessidade de um compromisso contínuo com a saúde infantil.

9.2 GESTANTES

Conforme os registros do e-SUS, foram identificadas 59 gestantes na área 103 no acompanhamento de condições de saúde. Mas ao gerar o relatório operacional de gestantes/puérperas, o número encontrado é de 14 mulheres. Ao compararmos esses números com o relatório do Registro do RP, observamos algumas inconsistências, uma vez que o RP aponta 65 gestantes, diferindo das informações presentes no e-SUS. Isso demonstra que a equipe possui muitas gestantes com o cadastro individual incompleto preenchido pela AC, além de inconsistências relacionadas ao vínculo com o domicílio e com o responsável familiar.

9.2.1 NÚMERO TOTAL DE GESTANTES E PROPORÇÃO DE GESTANTES CADASTRADAS NO E-SUS E ACOMPANHADAS PELO MÉDICO/ENFERMEIRA

Taxa = $\frac{\text{Nº de gestantes com última consulta há menos de 1 mês}}{\text{Nº total de gestantes cadastradas no e-sus}} \times 100$

Nº total de gestantes cadastradas no e-sus

Taxa = $\frac{9}{14} \times 100 = 50\%$

Das 14 gestantes registradas no e-SUS, 9 constam no Relatório como consultadas no último mês. De acordo com esses dados, essa situação não está alinhada com as diretrizes da Linha Guia da Mãe Paranaense, que preconiza um mínimo de 7 consultas durante o pré-natal. No entanto, sabemos que os dados apenas não condizem com a realidade. Não há absenteísmo das gestantes nas consultas de pré-natal e todas as sextas-feiras pela manhã são reservadas para as

gestantes, estando a agenda sempre cheia. Essas consultas devem ser mensais até a 28ª semana de gestação, quinzenais entre a 28ª e a 36ª semana, e, a partir do termo, devem ocorrer semanalmente. É de extrema importância enfatizar que o acompanhamento pré-natal não deve ser interrompido antes do parto (PARANÁ, 2018)

Lamentavelmente, essas práticas não estão refletidas devidamente nos registros do e-SUS devido a inconsistências nos cadastros.

9.2.2 PROPORÇÃO DE GESTANTES CADASTRADAS NO E-SUS E ACOMPANHADAS PELO ACS

Taxa = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestantes com última VD de ACS há menos de 1 mês}}{\text{N}^\circ \text{ total de gestantes cadastradas no e-sus}} \times 100$

Taxa = $0/14 \times 100 = 0$

No que se refere ao acompanhamento das gestantes pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) no sistema E-SUS, é notável a falta de registros de visitas domiciliares às gestantes cadastradas no último mês. Até o momento, somente três gestantes receberam visitas este ano. Isso contrasta com o que é preconizado na atuação das agentes comunitárias de saúde no estado do Paraná.

Segundo as orientações presentes na Linha Guia da Mãe Paranaense, as ACS têm a incumbência de auxiliar na identificação e orientação das gestantes, incentivando um início precoce do acompanhamento pré-natal. Além disso, é de suma importância que elas expliquem a relevância de seguir o pré-natal de forma apropriada, orientem sobre a frequência das consultas, realizando visitas para verificar a situação de gestantes ausentes, encaminhem as gestantes para o serviço de saúde em caso de sinais de risco ou comuniquem o enfermeiro ou médico da equipe.

Por fim, é essencial que realizem visitas durante o período puerperal, sempre em coordenação com a equipe de enfermagem. Dentre suas tarefas, está incluída a busca ativa, por meio de visitas domiciliares a todas as gestantes cadastradas, com o propósito de verificar a acessibilidade às consultas e exames, garantir que as

orientações de autocuidado sejam seguidas e assegurar a eficácia da terapia prescrita (BRASIL, 2017).

9.2.3 PROPORÇÃO DE GESTANTES CADASTRADAS NO E-SUS ACOMPANHADAS PELA ODONTOLOGIA

Taxa = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestantes com registro de consulta odontológica}}{\text{N}^\circ \text{ total de gestantes cadastradas no e-sus}} \times 100$

$$\text{Taxa} = 2/14 \times 100 = 25\%$$

Das quatorze gestantes cadastradas no e-SUS, apenas três receberam acompanhamento odontológico durante a gravidez, o que representa uma taxa de 21,4%. No entanto, a cobertura ideal deveria ser de 100%, conforme recomenda a Linha Guia da Mãe Paranaense. Segundo as orientações, o acompanhamento odontológico deve ser iniciado, preferencialmente, no primeiro trimestre da gestação, incluindo, no mínimo, uma consulta durante o pré-natal e agendamentos subsequentes conforme as necessidades de cada gestante.

Para facilitar o acesso, os agendamentos devem ser organizados para coincidir, sempre que possível, com as consultas de pré-natal no mesmo dia. Além disso, a equipe de saúde bucal pode monitorar regularmente o registro de novas gestações no sistema e-SUS ou em sistemas internos, garantindo o agendamento adequado da primeira consulta odontológica para as gestantes.

9.2.4 PROPORÇÃO DE GESTANTES CADASTRADAS NO E-SUS COM DATA PROVÁVEL DE PARTO (DPP) VENCIDA E PUERPÉRIO REGISTRADO

Taxa = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestantes com registro de puerpério até 42 dias pós-parto}}{\text{N}^\circ \text{ total de gestantes cadastradas no e-sus}} \times 100$

$$\text{Taxa} = 2/14 \times 100 = 14,2\%$$

A análise dos dados no e-SUS revelou que 2 mulheres deram à luz, e duas delas tiveram consultas de puerpério registradas. A consulta até os 42 dias após o

parto é de extrema importância para garantir a assistência à saúde da mulher e do recém-nascido. Durante essa consulta, uma avaliação completa das condições de saúde da mãe e do bebê é realizada com o propósito de assegurar que ambos estejam se recuperando adequadamente após o parto. Isso inclui o registro de qualquer alteração de saúde, investigação e registro da amamentação, acompanhamento do retorno da menstruação e atividade sexual.

Além disso, a consulta proporciona a oportunidade de oferecer orientações e educação sobre os cuidados no período pós-parto, incentivar a amamentação, discutir o planejamento familiar e abordar outros tópicos relevantes. A equipe de saúde também pode lidar com quaisquer intercorrências ou preocupações que possam surgir e fornecer o apoio adequado. Portanto, é essencial que as consultas de puerpério sejam registradas de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde para garantir o bem-estar da mãe e do bebê durante o período pós-parto, contribuindo para uma transição mais suave para a vida após o nascimento.

9.2.5 PROPORÇÃO DE GESTANTES CADASTRADAS NO E-SUS COM A CONDIÇÃO DE ALTO RISCO

Pelas inconsistências analisadas no e-SUS não foram achados dados sobre a classificação de risco das gestantes cadastradas na área 103, contudo, pelas consultas acompanhadas nesse primeiro quadrimestre, a equipe 01 tem cinco gestantes de alto risco, sendo três hipertensas, duas obesas e uma gestação gemelar.

9.3 ADOLESCENTES

9.3.1 NÚMERO DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS CADASTRADAS NO E-SUS

Segundo dados do Relatório Operacional de Gestante/Puérpera do e-SUS emitido em 19 de maio de 2024, não há adolescentes grávidas vinculadas à Equipe 01. Contudo nos primeiros meses do ano corrente, duas gestantes adolescentes

foram atendidas pela equipe 01, uma delas com 14 anos e a outra com 16 anos. Esses dados estão disponíveis no sistema RP Saúde.

9.4 ADULTOS

Conforme os relatórios de cadastro individual do e-SUS obtidos em 01 de outubro de 2024, a equipe 1 registrou um total de 1027 pessoas com 20 anos ou mais.

9.4.1 NÚMERO TOTAL DE PESSOAS ACIMA DE 20 ANOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL CADASTRADOS POR ÁREA (AUTORREFERIDO E CLÍNICO).

Taxa = $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de pessoas} > 18 \text{ anos HAS (autorreferida e clínica)}}{\text{N}^\circ \text{ total de pessoas com mais de 20 anos}} \times 100$

Taxa = $199/1027 \times 100 = 23,4 \%$.

Na área 103, segundo dados obtidos no e-SUS, foram identificados 241 pacientes acompanhados pela equipe 01 por hipertensão arterial, abrangendo tanto autorreferidos quanto diagnósticos clínicos. Dado que a população nessa área com mais de 20 anos é composta por um total de 1027 pessoas, a proporção de hipertensos corresponde a 23,4%. No e-Gestor, foram encontrados 84 atendimentos médicos a hipertensos entre janeiro de 2024 a agosto de 2024.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 no Brasil, cerca de 23,9% da população com idade superior a 18 anos é diagnosticada com hipertensão arterial. No entanto, os dados da Equipe 01 estão alinhados com os resultados desse estudo. Conforme as taxas de hipertensão aumentam com o tempo, torna-se de extrema importância realizar medições regulares da pressão arterial, uma vez que o diagnóstico depende dessas medições. Isso desempenha papel fundamental na detecção precoce e, por conseguinte, na prevenção de complicações. Para aqueles com mais de 20 anos, é recomendado fazer pelo menos uma medição por ano, mas, se houver histórico de pressão alta na família, é aconselhável fazer no mínimo duas medições anualmente (IBGE, 2020).

A hipertensão arterial sistêmica frequentemente é uma condição assintomática, e mais de 50% das pessoas com hipertensão não têm o diagnóstico. Portanto, medidas de pressão arterial devem ser realizadas a partir dos 18 anos de idade em consultas médicas regulares e em programas de triagem estruturados. É essencial realizar medições regulares da pressão arterial.

Pessoas saudáveis com uma pressão arterial ótima no consultório (<120/80 mmHg) ou com pressão arterial normal (120- 129/80-84 mmHg) devem ter a pressão arterial medida novamente pelo menos anualmente, durante as consultas médicas. Pacientes com pré-hipertensão (130- 139/85-89 mmHg) devem ter a pressão arterial medida anualmente, ou preferencialmente com maior frequência, devido à probabilidade elevada de evoluir para hipertensão arterial.

Além disso, nos casos suspeitos de hipertensão mascarada, é recomendável realizar monitoramento ambulatorial da pressão arterial (MAPA) ou medição residencial da pressão arterial (MRPA) para identificar esse fenótipo. Dado que a pressão arterial pode variar consideravelmente, o diagnóstico de hipertensão não deve se basear apenas em uma única medição da pressão arterial em uma única consulta médica, a menos que a pressão arterial esteja substancialmente elevada (estágio 3 de hipertensão arterial, com pressão arterial ≥ 180) ou haja um diagnóstico prévio de lesão em órgão-alvo ou doença cardiovascular.

Para os demais pacientes, as medições repetidas da pressão arterial em consultas subsequentes devem ser usadas para confirmar uma elevação persistente da pressão arterial, bem como para classificar o estágio da hipertensão arterial. A diretriz recomenda o uso de medições da pressão arterial fora do consultório como uma estratégia alternativa às medições repetidas no consultório para confirmar o diagnóstico (BARROSO et al., 2020).

9.4.2 NÚMERO ABSOLUTO E PROPORÇÃO DE PESSOAS QUE TÊM A CONDIÇÃO AUTO REFERIDA DE HIPERTENSÃO, MAS NÃO HÁ NENHUM REGISTRO DE CONSULTA MÉDICA OU DE ENFERMAGEM

Taxa = $\frac{N \text{ o total de pessoas } > 18 \text{ anos HAS exclusivamente autorreferida}}{N^{\circ} \text{ total de pessoas com mais de 20 anos}} \times 100$

Nº total de pessoas com mais de 20 anos

Taxa = 0%.

Na área 103, não encontramos nenhum registro de hipertensão autorreferida; todos os casos de hipertensão foram diagnosticados clinicamente. Conforme quanto maior o estágio da HA, maior deverá ser o número de visitas e menor o intervalo de tempo entre elas.

Assim, pacientes em estágio 2 ou 3 poderão requerer mais visitas com intervalos de tempo mais curtos entre as visitas (dias ou semanas), enquanto aqueles com estágio 1 poderão requerer visitas após alguns meses, especialmente quando não há LOA e o risco CV é baixo. mencionado anteriormente, as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial de 2020 destacam que é comum as pessoas não terem consciência de que têm hipertensão, o que ocorre em mais de 50% dos casos, devido ao fato da maior parte do seu curso ser assintomática.

Portanto, é fundamental realizar medições da pressão arterial em pessoas com mais de 18 anos, pelo menos uma vez ao ano, como parte das práticas de prevenção e monitoramento da saúde (BARROSO et al., 2020).

9.4.3 PROPORÇÃO DE HIPERTENSOS COM A ÚLTIMA CONSULTA COM MÉDICO/ENFERMEIROS HÁ MENOS DE 6 MESES

Taxa = Número de hipertensos com consulta há 6 meses x 100

Nº de pessoas com hipertensão

Taxa = $50/247 \times 100 = 20,2\%$.

De acordo com os dados do e-SUS na área 103, dos 247 indivíduos com diagnóstico de hipertensão, apenas 50 buscaram consultas nos últimos 6 meses, sendo um total de 20,2%.

Conforme a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial de 2020, a frequência e o intervalo de consultas para pacientes hipertensos dependem do estágio da hipertensão arterial. Em outras palavras, quanto mais avançado o estágio, mais frequentes são as consultas e menor é o intervalo entre elas. No caso de pacientes em estágios 2 e 3, as consultas podem ocorrer em intervalos de dias a semanas, enquanto aqueles em estágio 1 podem necessitar de consultas após alguns meses,

especialmente quando não apresentam lesões em órgãos-alvo e possuem baixo risco cardiovascular. O objetivo é adaptar a frequência das consultas às necessidades individuais de cada paciente, visando um controle adequado da pressão arterial e a prevenção de complicações (BARROSO et al., 2020).

A abordagem de cuidado para pacientes hipertensos na atenção primária varia de acordo com o estágio da doença e o alcance das metas de tratamento estabelecidas para cada paciente. No estágio 1, na ausência de fatores de risco ou lesões em órgãos-alvo, é recomendada, no mínimo, uma consulta médica e uma consulta com um enfermeiro por ano. No entanto, se o paciente apresentar algum desses fatores de risco ou lesões, as consultas com médico e enfermeiro devem ser realizadas a cada 6 meses. Nos estágios 2 e 3 da hipertensão, os pacientes são inicialmente reavaliados em intervalos mais curtos.

À medida que o controle da pressão arterial é alcançado, no estágio 2, as consultas médicas podem ser realizadas no mínimo a cada 6 meses, e no estágio 3, a cada 4 meses. Isso visa garantir um acompanhamento adequado e ajustes no tratamento conforme necessário para controlar a pressão arterial e reduzir os riscos associados à hipertensão (BRASIL, 2017).

9.4.4 PROPORÇÃO DE HIPERTENSOS COM RASTREAMENTO DE RISCO CARDIOVASCULAR (RCV) HÁ MENOS DE 1 ANO

Taxa = $\frac{\text{Número de hipertensos com rastreamento RCV no último ano}}{\text{pessoas com hipertensão}} \times 100$

Taxa = $\frac{2}{247} \times 100 = 0,8\%$

Conforme as informações obtidas através do e-SUS, apenas em 2 dos 247 pacientes hipertensos acompanhados na unidade de saúde AKLP foi aplicado o rastreamento de risco cardiovascular. Isso é diferente da prática clínica, onde o médico da equipe realiza exames de rastreamento pelo menos uma vez ao ano para os pacientes com hipertensão e coloca o CID Z136 de rastreamento no SOAP. As inconsistências estão relacionadas à forma como o rastreamento é registrado no prontuário.

O rastreamento do risco cardiovascular é vital na atenção primária à saúde . A relação entre o aumento da pressão arterial e o risco de doença cardiovascular é amplamente reconhecida em todas as faixas etárias e grupos étnicos. A pressão arterial interage com outros fatores de risco cardiovasculares, e sua influência se intensifica à medida que esses fatores se tornam mais proeminentes. A doença cardiovascular é multifatorial, resultando da interação entre vários fatores no seu desenvolvimento.

Um aumento modesto em vários fatores de risco pode aumentar o risco cardiovascular mais do que um aumento significativo em um único fator de risco. Portanto, avaliar o risco cardiovascular em pacientes com hipertensão é crucial para orientar estratégias de prevenção e tratamento. A classificação do risco cardiovascular na atenção primária leva em consideração fatores como pressão arterial, fatores de risco cardiovascular (idade, sexo, tabagismo, A alimentação inadequada, inatividade física, dislipidemia, diagnóstico de diabetes e obesidade) lesões em órgãos-alvo, doenças cardiovasculares ou renais.

Vários escores foram desenvolvidos para categorizar pacientes hipertensos em baixo, moderado ou alto risco cardiovascular. No entanto, a busca por novos biomarcadores, precursores e preditores de doença cardiovascular é contínua, visando aprimorar a capacidade de prever o risco cardiovascular e reduzir a diferença entre o risco calculado e as taxas observadas de eventos, especialmente em indivíduos considerados de risco moderado (BARROSO et al., 2020).

O rastreamento do risco cardiovascular envolve a solicitação anual de exames laboratoriais, com frequência aumentada no diagnóstico do estágio 3 de hipertensão arterial sistêmica. Os exames incluem glicemia de jejum, perfil lipídico, creatinina, potássio, parcial de urina, além de eletrocardiograma (ECG) de repouso. A periodicidade dos exames subsequentes depende da evolução clínica do paciente (BRASIL, 2017).

9.4.5 PROPORÇÃO DE HIPERTENSOS COM ÚLTIMA VISITA DO ACS HÁ MENOS DE 2 MESES

Taxa= No de hipertensos com última visita do ACS < de 2 meses x 100
pessoas com hipertensão

Taxa = $6 / 247 \times 100 = 2,4\%$.

Ao analisar os registros do e-SUS, notamos que dos 247 pacientes cadastrados como hipertensos na área 103, apenas 6 pessoas receberam visitas domiciliares em um período inferior a 2 meses, o que corresponde a 2,4%. É importante destacar a necessidade de melhorar essas porcentagens, como mencionado a seguir.

É fundamental destacar o papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nos cuidados com os pacientes hipertensos, uma vez que desempenham uma função de extrema importância na assistência à saúde. Os ACS têm um contato mais próximo com as famílias, muitas vezes realizando visitas domiciliares.

Eles desempenham um papel crucial ao facilitar a comunicação entre o paciente hipertenso e o médico de família, agilizando a marcação de consultas, o controle da medicação, ajustes de medicamentos e encaminhamentos para exames. Essas ações contribuem significativamente para a adesão ao tratamento, uma vez que o paciente se sente cuidado e apoiado em seu processo de saúde. Conforme as diretrizes do Caderno de Atenção Básica para Hipertensão, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) têm atribuições essenciais, que incluem:

1. Educar a comunidade sobre os fatores de risco para doenças cardiovasculares, fornecendo orientações sobre medidas preventivas.
2. Realizar a triagem da hipertensão arterial em indivíduos com mais de 20 anos, pelo menos uma vez ao ano, mesmo na ausência de queixas
3. Encaminhar para consulta de enfermagem aqueles identificados como suspeitos de serem portadores de hipertensão.
4. Monitorar o comparecimento dos pacientes hipertensos às consultas agendadas na unidade de saúde.
5. Identificar a presença de sintomas de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares ou outras complicações decorrentes da hipertensão arterial e encaminhar para consultas adicionais.
6. Questionar regularmente os pacientes hipertensos sobre a adesão ao tratamento, incluindo a tomada regular dos medicamentos e o cumprimento das orientações relacionadas à dieta, atividade física, controle de peso, cessação do tabagismo e redução do consumo de álcool.

7. Registrar o diagnóstico de hipertensão e a estimativa do risco cardiovascular global de cada membro da família nos registros de acompanhamento.

9.4.6 NÚMERO DE TABAGISTAS CADASTRADOS NA ÁREA

Taxa = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de tabagistas na área}}{\text{N}^\circ \text{ total de pessoas com mais de 20 anos}} \times 100$

Nº total de pessoas com mais de 20 anos

Taxa = $44/1027 \times 100 = 4,2\%$

No relatório do e-SUS, de maneira auto relatada, foi constatada a presença de 44 tabagistas na área 103, representando 4,2% da população. No entanto, 531 pessoas não informaram sobre tabagismo, dado que dificulta a avaliação total de fumantes no território e, no Relatório de acompanhamento de condições de saúde, constam apenas 9 tabagistas.

No início do segundo quadrimestre deste ano, as atividades dos grupos de tabagismo na região norte foram retomadas, sendo a UBS AKLP uma das unidades onde essas atividades foram reiniciadas. Os encontros acontecem nas instalações do clube de moradores, com participantes de todo o distrito norte, que são inseridos em uma lista de convocados em ordem sequencial.

Os encontros ocorrem às quartas-feiras, com dois grupos ativos em horários diferentes, um às 14h e outro às 16h. Além dos encontros presenciais, os participantes fazem parte de um grupo no WhatsApp desde o primeiro encontro, e as consultas médicas começam após o segundo encontro. Nesse estágio, eles iniciam o uso de adesivos de nicotina e, posteriormente, a bupropiona, quando indicado.

Após a conclusão dos encontros presenciais, o acompanhamento prossegue através do grupo de WhatsApp denominado "Manutenção", e as consultas médicas continuam. O grupo se encontra no terceiro encontro, e houve dissidentes, no entanto as atividades se mantêm, e os pacientes restantes continuam a receber acompanhamento.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, naquele período, cerca de 14,7% da população brasileira estava fazendo uso de produtos derivados do tabaco. Essa porcentagem é significativamente maior do que a encontrada na

Equipe 1 do núcleo AKLP, isso demonstra a importância de implementar grupos de tabagistas tabagismo nas UBS (IBGE).

9.4.7 NÚMERO DE PESSOAS COM MAIS DE 20 ANOS PORTADORAS DE DIABETES CADASTRADOS POR ÁREA.

Taxa = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de diabéticos}}{\text{N}^\circ \text{ total de pessoas com mais de 20 anos}} \times 100$

Nº total de pessoas com mais de 20 anos

Taxa = $103/1027 \times 100 = 9,8\%$

Com base nos registros do e-SUS, a partir do relatório de cadastro individual a equipe 1, responsável pela área 103, possui um total de 92 pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes. No entanto, no relatório de acompanhamento de condições de saúde, há 103 pacientes. Levando em consideração que na área há um total de 1027 pessoas com mais de 20 anos, a proporção de diabéticos corresponde a 10,6%.

9.4.8 PROPORÇÃO DE DIABÉTICO COM A ÚLTIMA CONSULTA COM MÉDICO/ENFERMEIRO HÁ MENOS DE 4 MESES.

Taxa = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de diabéticos cadastrados com última consulta de } <4 \text{ meses}}{\text{N}^\circ \text{ total de pessoas com diabetes}} \times 100$

Nº total de pessoas com diabetes

Taxa = $61/103 \times 100 = 59,2\%$

Conforme os dados do Relatório de acompanhamento de situações de saúde obtido na área 103, há um total de 103 cadastros de pessoas com diabetes e, pelo e-gestor, constam 89 cadastrados. Desses, 61 tiveram consultas realizadas em um período inferior a 4 meses, representando 55,9% do total de pacientes diabéticos na área.

Para entender a importância das consultas oportunas para pacientes diabéticos, é fundamental considerar o curso natural da diabetes, uma vez que o curso natural da diabetes é caracterizado pelo surgimento de complicações crônicas, que geralmente se dividem em complicações microvasculares, como retinopatia,

nefropatia e neuropatia, e complicações macrovasculares, incluindo doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e doença vascular periférica.

Todas essas complicações contribuem significativamente para a morbimortalidade associada à diabetes. Embora os mecanismos exatos desencadeadores dessas complicações ainda não sejam completamente compreendidos, a duração da diabetes e seu controle desempenham papéis importantes. Além disso, a interação com outros fatores de risco é relevante. É crucial adotar medidas de controle intensivo, envolvendo tanto abordagens não farmacológicas quanto farmacológicas, para reduzir o risco de desenvolvimento de todas essas complicações em pelo menos 50% (BRASIL, 2013).

Em relação ao seguimento clínico na Atenção Primária à Saúde (APS) de pacientes com diabetes, o Ministério da Saúde recomenda a realização de exames de glicemia de jejum e Hb1A1c duas vezes por ano para pacientes que estejam dentro das metas glicêmicas estabelecidas. Caso o paciente esteja acima dessas metas, a frequência recomendada é de uma vez a cada três meses. Outros exames podem ser solicitados anualmente, levando em consideração as necessidades individuais de cada paciente e os protocolos locais (BRASIL, 2017)

9.4.9 PROPORÇÃO DE DIABÉTICOS COM RASTREAMENTO DE RCV HÁ MENOS DE 1 ANO

Não foi possível utilizar os dados do Relatório Operacional de Risco Cardiovascular devido à falta de congruência nos valores apresentados. Na unidade de saúde, as consultas dos pacientes diabéticos são programadas a cada 6 meses, visando à renovação de receitas, à solicitação de exames para monitoramento do risco cardiovascular e ao acompanhamento da adesão ao tratamento, bem como ao controle da pressão arterial.

Uma prática importante é a avaliação do risco cardiovascular, que envolve a análise de diversos fatores clínicos, como pressão arterial, tabagismo, índice de massa corpórea, diabetes e outros. Essa avaliação visa identificar o risco de ocorrência de doenças cardiovasculares e eventos em um período de aproximadamente dez anos, fornecendo orientações cruciais para a prevenção dessas enfermidades. A estratificação do risco cardiovascular é uma prática

disponível em todas as Unidades Básicas de Saúde, destinada a indivíduos com idades entre 40 e 74 anos. O Ministério da Saúde recomenda a realização periódica dessa avaliação, idealmente uma vez por ano, para manter um acompanhamento adequado da saúde cardiovascular (BRASIL, 2013).

9.4.10 PROPORÇÃO DE DIABÉTICOS COM ÚLTIMA CONSULTA AO DENTISTA HÁ MENOS DE 1 ANO

Taxa = $\frac{N^{\circ} \text{ de diabéticos cadastrados com última visita ao dentista} < 1 \text{ ano}}{\text{pessoas com diabetes}} \times 100$

Taxa = $14/103 \times 100 = 15,2\%$

Com base nos dados analisados provenientes da plataforma do e-SUS, dos 103 cadastrados como diabéticos, houve 14 atendimentos cadastrados como visita ao dentista no último ano.

A proporção de pacientes diabéticos que tiveram consultas odontológicas com intervalo inferior a um ano está em desacordo com as recomendações. Isso ressalta a necessidade de enfatizar a importância da avaliação anual com um cirurgião-dentista, uma vez que a doença periodontal se destaca como a complicação mais comum em pacientes com diabetes.

A doença periodontal é caracterizada por uma infecção localizada na gengiva e nos tecidos que sustentam os dentes. Ela se manifesta com sintomas como gengivas edemaciadas, hiperemiadas, dolorosas, sangrentas, halitose e, em estágios avançados, "amolecimento" e perda de dentes. Para prevenir essas complicações, é fundamental manter um controle glicêmico adequado, seguir práticas de higiene oral, como escovação e uso de fio dental, e realizar acompanhamento odontológico constante para evitar a perda de dentes e sangramentos gengivais. Portanto, o cuidado odontológico anual é fundamental para garantir a saúde bucal dos pacientes diabéticos.

9.4.11 PROPORÇÃO DE DIABÉTICOS COM ÚLTIMA VISITA DO ACS HÁ MENOS DE 2 MESES

Taxa = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de diabéticos com última visita do ACS há menos de 2 meses}}{\text{N}^\circ \text{ total de pessoas com mais de 20 anos}} \times 100$

Taxa = $2/1027 \times 100 = 0,19\%$

Como a área 103 está descoberta, já era esperado que a taxa de visitas fosse baixa ou até inexistente. As poucas visitas realizadas nessa área ocorrem na disponibilidade do uso do carro da unidade que fica à disposição para visitas multidisciplinares. No caso dos pacientes com diabetes, dos 92 pacientes com diabetes da área, foram encontrados 2 registros de atendimento do ACS em domicílio, o que representa 0,19% do total, contudo, o esperado é que indivíduos com esse diagnóstico sejam acompanhados pelo ACS ao menos uma vez por mês.

4.12 PROPORÇÃO DE PESSOAS COM DIABETES + HAS

Taxa = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de diabéticos} + \text{N}^\circ \text{ de hipertensos}}{\text{N}^\circ \text{ total de pessoas com mais de 20 anos}} \times 100$

Taxa = $(106 + 241)/1027 \times 100 = 33,7\%$

De acordo com o Relatório Operacional de Risco Cardiovascular do e-SUS, no território vinculado à Equipe 01, aproximadamente 33,7% (n=347) das pessoas relataram ter diagnóstico de diabetes ou hipertensão, com 106 indivíduos diagnosticados com diabetes e 241 com hipertensão. Esses números são indicativos de uma prevalência significativa dessas condições crônicas na comunidade, refletindo um desafio importante para a saúde pública.

A Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 revelou que a proporção de diabéticos na população brasileira era de 7,7%, enquanto a de hipertensos atingia 22,9%. É notável que os dados coletados pela Equipe 01 estejam alinhados com essas estatísticas nacionais, evidenciando uma correspondência positiva nas taxas de prevalência. Na área 103, especificamente, a porcentagem de diabéticos é de 8,7% e a de hipertensos é de 21,4% (IBGE, 2020), o que reforça a necessidade de estratégias direcionadas para o manejo e a prevenção dessas condições.

A hipertensão e o diabetes são fatores de risco críticos para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, que permanecem como uma das

principais causas de morbidade e mortalidade no Brasil. A convivência dessas condições com outros fatores, como sedentarismo, obesidade e alimentação inadequada, aumenta a urgência de intervenções em saúde pública.

Dada essa situação, é fundamental que a equipe de saúde desenvolva programas de conscientização e educação em saúde, promovendo hábitos saudáveis e a adesão ao tratamento. Além disso, ações de monitoramento e triagem regular podem facilitar a detecção precoce dessas doenças, contribuindo para a implementação de estratégias de controle mais eficazes. Um acompanhamento contínuo e a integração dos serviços de saúde são essenciais para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e reduzir as complicações associadas a essas condições crônicas.

9.4.13 NÚMERO ABSOLUTO E PROPORÇÃO DE PESSOAS QUE TIVERAM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)

Taxa = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pessoas que tiveram IAM}}{\text{N}^\circ \text{ total de pessoas com mais de 20 anos}} \times 100$

Nº total de pessoas com mais de 20 anos

Taxa = $\frac{2}{1027} \times 100 = 0,19\%$

De acordo com o Relatório de Cadastro Individual do e-SUS, no território vinculado à Equipe 01, apenas 2 indivíduos responderam que já apresentaram Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e, no relatório de acompanhamento de condições de saúde, consta apenas uma paciente. No entanto, durante as consultas foram atendidos um número maior de pacientes que relataram histórico de IAM. Nesse caso, a porcentagem de cadastrados que sofreram com infarto do miocárdio foi de 0,19%.

9.4.14 NÚMERO ABSOLUTO E PROPORÇÃO DE PESSOAS QUE TIVERAM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)/DERRAME

Taxa = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pessoas que tiveram AVE}}{\text{N}^\circ \text{ total de pessoas com mais de 20 anos}} \times 100$

Nº total de pessoas com mais de 20 anos

Taxa = $\frac{24}{1027} \times 100 = 2,3\%$

De acordo com o Relatório de Cadastro Individual do e-SUS, no território da Equipe 01, aproximadamente 2,3% da população cadastrada (n=24) relatou ter sofrido um Acidente Vascular Encefálico (AVE) ou derrame. No entanto, é importante destacar que 524 indivíduos não forneceram essa informação em seus cadastros, o que representa uma lacuna significativa nos dados disponíveis.

Essa discrepância sugere que o número real de casos de AVE pode ser muito maior do que o indicado, uma vez que muitos pacientes podem não estar cientes de sua condição ou podem ter dificuldades em comunicar essa informação durante o processo de cadastro. O AVE é uma condição de saúde grave, com potenciais consequências a longo prazo, como incapacidades físicas e cognitivas, e sua identificação precoce é crucial para intervenções adequadas.

9.4.15 INCIDÊNCIAS DE CASO DE TUBERCULOSE NA ÁREA

De acordo com o Relatório de Cadastro Individual do e-SUS, no território da Equipe 01, consta apenas um paciente diagnosticado com tuberculose, enquanto 522 registros não informaram essa condição. No entanto, é fundamental ressaltar que esses dados podem não ser totalmente confiáveis. Na prática, a equipe tem observado a presença de diversos pacientes que frequentam a unidade para a administração de medicamentos relacionados ao tratamento da tuberculose, indicando que o número real de casos pode ser significativamente maior do que o registrado. Essa discrepância destaca a necessidade de uma revisão e atualização dos dados para refletir a verdadeira situação da doença na comunidade.

9.4.16 PROPORÇÃO DE PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER NA ÁREA

Taxa = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pessoas com diagnóstico de câncer}}{\text{N}^\circ \text{ total de pessoas com mais de 20 anos}} \times 100$

Taxa = $11/1027 \times 100 = 1,0\%$.

Com base na análise dos dados do Relatório de Cadastro Individual do e-SUS, das 967 pessoas registradas como maiores de 20 anos, apenas 11 delas

têm câncer, o que corresponde a 1%. Nota-se um número significativamente alto de pessoas que não informaram sua condição de saúde, totalizando 524 indivíduos.

9.4.17 NÚMERO DE USUÁRIOS COM HANSENÍASE CADASTRADOS POR ÁREA (CASOS NOVOS DO ÚLTIMO ANO)

Conforme os dados do Relatório de Cadastro Individual do e-SUS, não há registros de casos da condição em questão. No entanto, na prática clínica, a equipe está ativamente acompanhando vários pacientes, o que indica que os dados disponíveis podem não refletir a realidade. Essa discrepância sugere que os registros no sistema podem estar comprometidos em sua confiabilidade.

Adicionalmente, um número substancial de pessoas não informou sua condição de saúde durante o cadastro, o que agrava ainda mais a situação e introduz uma camada adicional de incerteza aos dados. Essa falta de informações pode ser atribuída a fatores como o desconhecimento dos pacientes sobre suas condições ou dificuldades na comunicação durante o processo de registro. É imperativo que sejam implementadas estratégias para melhorar a coleta de dados, garantindo que as informações reflitam com precisão o estado de saúde da população. Essa atualização é essencial não apenas para a adequação dos serviços prestados, mas também para embasar políticas de saúde pública mais efetivas e direcionadas às necessidades reais da comunidade.

9.4.18 PROPORÇÃO DE PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC) NA ÁREA

Taxa = $\frac{\text{Nº de pessoas com insuficiência renal crônica}}{\text{Nº total de pessoas com mais de 20 anos}} \times 100$

Nº total de pessoas com mais de 20 anos

Taxa = $3/1027 \times 100 = 0,29\%$.

Conforme o Relatório de Cadastro Individual, na área 103, das 929 pessoas maiores de 20 anos acompanhadas pela Equipe 1, 03 delas apresentam o diagnóstico de insuficiência renal, o que corresponde a um total de 0,32%. No entanto, não há especificação acerca da cronicidade da doença. Outra problemática

reside no fato de 570 pessoas não terem informado essa informação, o que dificulta a fidedignidade do levantamento das mesmas.

9.4.19 PROPORÇÃO DE PESSOAS COM ASMA NA ÁREA

Na área atendida pela Equipe 01, os dados do e-SUS indicam a ausência de pessoas cadastradas com asma. No entanto, essa informação parece inconsistente, uma vez que a equipe lida diariamente com um número significativo de pacientes asmáticos na UBS. Essa discrepância pode ser atribuída a um sub registro no cadastro ou à falta de reconhecimento da condição respiratória durante o preenchimento do cadastro individual.

A asma é uma condição inflamatória crônica, caracterizada predominantemente pela presença de eosinófilos, que leva à obstrução das vias respiratórias em graus variados de gravidade. Ela é uma das principais causas de visitas frequentes a serviços de emergência, especialmente em pediatria. No Brasil, a asma é um problema de saúde respiratória comum, afetando aproximadamente 23,2% da população, com incidências variando de 19,8% a 24,9% em diferentes regiões.

A discrepância nos dados do e-SUS, que apontam 0% de casos de asma na área da Equipe 01, sublinha a urgência de uma revisão e atualização dos registros. É fundamental que esses dados reflitam com precisão a realidade local, garantindo que a prevalência da asma e a necessidade de intervenções adequadas sejam devidamente reconhecidas e abordadas. Essa atualização não apenas melhoraria a qualidade do atendimento prestado, mas também informaria políticas públicas e estratégias de saúde que visem melhorar o cuidado aos pacientes asmáticos.

9.4.20 PROPORÇÃO DE PESSOAS COM EXCESSO DE PESO NA ÁREA

Taxa = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pessoas com excesso de peso}}{\text{N}^\circ \text{ total de pessoas com mais de 20 anos}} \times 100$

Nº total de pessoas com mais de 20 anos

Taxa = $105/1027 \times 100 = 10,2\%$.

Na população da área 103, ao analisar o relatório de cadastro individual, notamos que, das 1.027 pessoas cadastradas com mais de 20 anos, 105 apresentam excesso de peso, o que equivale a 10,2% do total. No entanto, é importante destacar que 774 pessoas não informaram sua condição, o que indica um elevado grau de absenteísmo e sugere uma lacuna significativa na informação sobre as condições de saúde da população.

Ainda assim, a prevalência de sobrepeso e obesidade é alarmante. Estudos têm demonstrado que o sobrepeso e a obesidade estão associados a um risco maior de doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e várias outras comorbidades, impactando diretamente a saúde pública (SILVA et al., 2018). A obesidade é uma condição de saúde crônica multifatorial, que envolve origens biológicas, históricas, ecológicas, econômicas, sociais, culturais e políticas, o que a torna um grave problema de saúde pública. Nas últimas décadas, mudanças significativas nos hábitos alimentares da população brasileira têm sido observadas, incluindo a redução do consumo de alimentos naturais e o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, o que está diretamente relacionado à epidemia de obesidade.

Diante desse cenário, é fundamental implementar estratégias efetivas para sensibilizar a comunidade sobre a importância da alimentação saudável e da atividade física. Isso inclui campanhas de educação em saúde, oficinas de culinária, incentivo à prática de atividades físicas em grupo e a promoção de ambientes que favoreçam escolhas saudáveis, como mercados de produtores locais e áreas de lazer.

Além disso, o diagnóstico precoce da obesidade deve ser uma prioridade nas ações de saúde pública. A avaliação regular do estado nutricional, por meio de triagens e consultas nutricionais, pode facilitar a identificação precoce de indivíduos em risco e a implementação de intervenções adequadas. A prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade desempenham um papel crucial na promoção da saúde e na redução da morbimortalidade, uma vez que a obesidade é um fator de risco para diversas outras doenças, impactando não apenas a qualidade de vida, mas também a longevidade e a saúde mental dos indivíduos (BRASIL, 2020).

Portanto, o engajamento da comunidade e o fortalecimento das ações de saúde são essenciais para combater a obesidade e suas consequências, promovendo um futuro mais saudável para a população da área 103.

9.4.21 NÚMERO ABSOLUTO E PROPORÇÃO DE PESSOAS QUE ESTÃO NA CONDIÇÃO DE ACAMADO/DOMICILIADO NA ÁREA

Taxa = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pessoas domiciliadas + acamadas}}{\text{N}^\circ \text{ total de pessoas cadastradas}} \times 100$

Nº total de pessoas cadastradas

Taxa = $(13 + 6)/1313 \times 100 = 1,44\%$

Ao analisar os dados do Relatório de Cadastro Individual na área 103, observamos que, entre as 1.313 pessoas registradas, apenas 13 são domiciliadas, sendo 6 acamadas, o que corresponde a 1,44% do total. No entanto, é importante ressaltar que há uma quantidade significativa de respostas ausentes, sugerindo que o número real de pacientes acamados ou restritos à mobilidade é consideravelmente maior devido à demanda por visitas domiciliares.

Conhecer a situação das pessoas acamadas ou com mobilidade restrita na área 103, seja de forma temporária ou permanente, é fundamental para a equipe 1, uma vez que isso está diretamente relacionado à elegibilidade para a atenção domiciliar. Este tipo de cuidado desempenha um papel crucial na promoção de princípios como acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade do atendimento. Além disso, fortalece atributos essenciais da atenção primária à saúde, como a longitudinalidade e a continuidade do cuidado.

Um desafio significativo enfrentado pela equipe atualmente é a oferta eficiente de visitas domiciliares a esses pacientes. A ausência de residentes na equipe, combinada com a sobrecarga de aproximadamente 40 atendimentos por turno, tem dificultado a capacidade de atender todas as demandas adequadamente. Isso pode resultar em lacunas no cuidado, prejudicando a qualidade das intervenções e o acompanhamento das condições de saúde dos pacientes.

A atenção domiciliar é uma estratégia que busca evitar a fragmentação do cuidado, integrando-se às linhas de cuidado com base nas necessidades das pessoas e suas famílias. Essa abordagem permite que a equipe compreenda melhor as demandas por meio de uma escuta qualificada, proporcionando respostas mais adequadas a cada caso apresentado na atenção primária à saúde. Assim, a atenção domiciliar não apenas atende às necessidades imediatas dos pacientes, mas

também contribui para o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, promovendo uma saúde mais integrada e humana (BRASIL, 2020).

Diante desse cenário, é essencial que, além de a equipe buscar soluções para superar os desafios enfrentados, é imprescindível que haja respaldo governamental, aumentando equipes, garantindo mais profissionais para diminuir a carga extenuante de trabalho aos poucos componentes da equipe, de modo que a equidade como princípio seja garantida. a fim de que todos os pacientes recebam o cuidado necessário e digno que merecem.

9.4.22 NÚMERO ABSOLUTO E PROPORÇÃO DE PESSOAS QUE FORAM INTERNADAS NO ÚLTIMO ANO

Taxa = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pessoas que referem ter sido internada no último ano}}{\text{N}^\circ \text{ total de pessoas cadastradas}} \times 100$

Taxa = $19/1313 \times 100 = 1,44\%$.

A importância de conhecer a quantidade de pessoas que foram internadas no último ano reside na capacidade da equipe 1 de identificar aqueles que necessitam de consultas de cuidado continuado e visitas domiciliares mais frequentes. Essas informações são essenciais não apenas para o planejamento de intervenções mais eficazes, mas também para a alocação de recursos e a otimização das estratégias de atendimento. O monitoramento das internações permite à equipe avaliar a gravidade dos casos, as condições de saúde predominantes na comunidade e as lacunas existentes no acesso a cuidados preventivos e terapêuticos.

De acordo com o Relatório de Cadastro Individual, 19 pessoas, o que equivale a 1,44% dos usuários, referiram ter sido internadas nos últimos 12 meses. Essa taxa de internação, embora pareça baixa, sugere a necessidade de um aprofundamento na análise das condições de saúde que levaram a essas internações. É fundamental investigar se as internações estão relacionadas a problemas crônicos não tratados, descompensações de condições de saúde mental ou mesmo questões sociais que impactam a saúde, como a falta de apoio familiar ou condições de habitação inadequadas.

Além disso, a identificação de pacientes com histórico recente de internação permite à equipe implementar ações específicas de prevenção e promoção da saúde, como programas de reabilitação, acompanhamento psicológico, e educação em saúde para esses indivíduos e suas famílias. Tais iniciativas podem ajudar a reduzir a necessidade de futuras internações, promovendo um modelo de cuidado mais proativo e centrado no paciente.

Portanto, o levantamento e a análise contínua das taxas de internação não só informam sobre a situação atual de saúde da população atendida, mas também permitem à equipe de saúde criar estratégias direcionadas que visem melhorar a qualidade de vida dos usuários e, conseqüentemente, a eficácia do sistema de saúde como um todo.

9.4.23 NÚMERO DE PESSOAS QUE TIVERAM ALGUM PROBLEMA DE TRANSTORNO MENTAL DIAGNOSTICADO

Taxa = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pessoas que têm algum transtorno mental}}{\text{N}^\circ \text{ total de pessoas cadastradas}} \times 100$

Taxa = $\frac{37}{1313} \times 100 = 2,8\%$.

Conforme evidenciado nos dados do Relatório de Cadastro Individual do e-SUS, no território da Equipe 01, 37 indivíduos relataram diagnóstico de transtorno mental, o que corresponde a 2,8% da população atendida. É pertinente destacar a significativa quantidade de 529 pessoas que não forneceu essa informação, revelando uma lacuna na compreensão da morbidade mental na comunidade.

Um desafio crítico identificado na prática clínica é a falta de noção de morbidade dos pacientes sobre seus transtornos mentais, o chamado *insight* na psiquiatria. Durante a troca de experiência com os mesmos, nota-se a ignorância acerca do próprio diagnóstico, tratando da condição como se trata uma gripe. Além disso, há o fato de que muitos pacientes em acompanhamento estão utilizando medicamentos psiquiátricos prescritos por médicos sem o devido acompanhamento ou escalonamento do tratamento. Percebe-se pacientes tomando a mesma medicação, com a mesma dosagem e posologia há muitos anos, sem revisão de qualquer profissional. Essa situação é frequentemente atribuída às longas filas de

espera para consultas com profissionais especializados, como psicólogos e psiquiatras, que podem exceder um ano; no entanto, podem e devem ser revisadas pelo médico de família que acompanha o paciente.

As intervenções em saúde mental devem ser direcionadas à criação de novas oportunidades que promovam e melhorem as condições de vida dos indivíduos, com ênfase na promoção da saúde e do bem-estar. Essa abordagem se fundamenta na premissa de que a experiência da vida é multifacetada e pode ser percebida e vivida de maneiras diversas. Assim, é essencial considerar o indivíduo em sua totalidade, levando em conta seus desejos, aspirações, valores e escolhas.

Na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental ocorre no cotidiano dos encontros entre profissionais de saúde e pacientes. Esses encontros são espaços colaborativos, onde ambos trabalham juntos na criação de ferramentas e estratégias para o cuidado compartilhado. Os profissionais de saúde têm um papel crucial na implementação de intervenções que oferecem suporte emocional a pacientes que enfrentam situações de sofrimento psíquico.

Neste trabalho, apresentaremos e exploraremos duas dessas intervenções, destacando a importância de um cuidado integrado e centrado no paciente, conforme orientações estabelecidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

9.4.24 NÚMERO DE PESSOAS QUE USARAM SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS NOS ÚLTIMOS 12 MESES

Taxa = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pessoas que utilizam substâncias ilícitas}}{\text{N}^\circ \text{ total de pessoas cadastradas}} \times 100$

Nº total de pessoas cadastradas

Taxa = $2/1313 \times 100 = 0.15\%$

De acordo com os dados do Relatório de Cadastro Individual do e-SUS, no território da Equipe 01, apenas duas pessoas dentre as 1.313 cadastradas relataram o uso de substâncias ilícitas, representando apenas 0,15% da população. No entanto, é alarmante que 526 pessoas, uma parcela significativa, não tenham informado sobre esse aspecto, revelando um desafio de invisibilidade do problema na área 103. A identificação do consumo de substâncias ilícitas é crucial para a equipe, especialmente considerando as barreiras que os usuários enfrentam, como

a tendência a adiar a busca por tratamento e a falta de conscientização sobre os riscos associados. Estudos recentes mostram que o uso de substâncias ilícitas pode ter efeitos diretos e indiretos na saúde física e mental, incluindo aumento da prevalência de doenças crônicas e transtornos mentais (SILVA; PEREIRA, 2023).

Diante disso, a abordagem da atenção primária deve incluir triagens regulares para identificação precoce de problemas relacionados ao uso de substâncias, assim como a implementação de programas de prevenção e conscientização.

Os profissionais de saúde da atenção primária devem adotar uma abordagem integral que inclua escuta ativa, acolhimento das demandas familiares, aconselhamento e visitas domiciliares. Isso vai além do tratamento das questões orgânicas e permite uma compreensão mais profunda das realidades enfrentadas pelas famílias. A formação contínua em temas como saúde mental, dependência química e manejo de crises é fundamental para que os profissionais possam oferecer um atendimento de qualidade.

Além disso, o envolvimento das equipes especializadas é essencial para oferecer suporte em casos mais complexos, como o uso de medicamentos controlados e transtornos psiquiátricos coexistentes, garantindo que os usuários recebam o cuidado necessário de forma integrada. A implementação de protocolos de cuidado que incluam terapia cognitivo-comportamental e abordagens de redução de danos pode ser particularmente eficaz.

O papel das famílias é igualmente fundamental, uma vez que os usuários frequentemente não buscam ajuda para problemas relacionados ao abuso de drogas. Queixas e preocupações familiares podem atuar como um elo entre os profissionais de saúde e os usuários, facilitando o acompanhamento e a intervenção. Ao promover intervenções direcionadas aos familiares, a UBS fortalece o vínculo com a comunidade, promovendo a corresponsabilização de todos os envolvidos no cuidado.

Essas estratégias não apenas melhoram o acesso ao tratamento, mas também promovem um ambiente de apoio e compreensão. Ao alinhar essas práticas com os princípios da atenção primária, a UBS AKLP não apenas atende às necessidades imediatas da comunidade, mas também investe em um modelo de saúde que prioriza a prevenção, a educação e o bem-estar coletivo. Essa abordagem holística é essencial para enfrentar os desafios complexos associados

ao uso de substâncias ilícitas e promover uma saúde pública mais eficaz e integrada.

9.4.25 ACHADOS GERAIS DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

A análise dos dados do e-SUS e do e-Gestor revela uma discrepância entre a população cadastrada e aquela que foi vinculada à equipe devido às consultas realizadas. Essa divergência representa um desafio não apenas para a Equipe 1, mas para a UBS AKLP como um todo, devido à escassez de recursos humanos, em especial o número reduzido de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por equipe. Na equipe 1, por exemplo, há apenas uma ACS responsável por uma microárea, embora a equipe tenha a responsabilidade de cobrir seis microáreas. Isso resulta em uma cobertura de aproximadamente 16% da área total, o que cria dificuldades para obter uma visão abrangente da saúde na área 103. Muitos membros da população não estão cadastrados, ou seus cadastros estão desatualizados, prejudicando a análise precisa dos perfis de saúde.

Além disso, observa-se que, nas perguntas feitas pelos ACS no cadastro individual, há uma porcentagem significativa de pessoas que optam por não informar algumas condições de saúde. Esse comportamento é recorrente em várias situações e sugere a necessidade de melhorias na educação em saúde, uma vez que algumas pessoas podem ter relutância em divulgar certas informações sobre sua saúde. Isso ressalta a importância de aprimorar as estratégias de comunicação e educação em saúde para incentivar a população a compartilhar informações relevantes, promovendo uma compreensão mais completa das necessidades de saúde da comunidade.

10. INDICADORES DE FINANCIAMENTO DA APS

O programa Previne Brasil começou a ser implementado em 2020, sendo que no ano anterior, em 2019, foi publicada a Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019, que instituiu o Programa Previne Brasil (BRASIL, 2019). Isso como fruto da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), com o intuito de aprimorar a distribuição e organização dos recursos em saúde em nível nacional. A implementação foi

paulatinamente sendo um processo de repasses baseado nos resultados reais das equipes de saúde.

Os indicadores do pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil, consoante à Portaria 102/2022, publicada em 21 de janeiro, organizou que a partir do ano de 2022 fossem estabelecidos sete indicadores compreendendo as ações de Saúde da Mulher, Saúde Bucal, Pré-natal, Saúde da Criança e Doenças Crônicas - Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (BRASIL, 2021).

O financiamento da atenção primária é tripartite, isto é, engloba os âmbitos federal, estadual e municipal. A transferência de recursos para financiar as ações e serviços ocorre todo mês regularmente e de modo automático a partir do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde (BRASIL, 2021).

A transferência de recursos federais para as entidades municipais está baseada em um conjunto de variáveis como captação ponderada, pagamento com base no desempenho e incentivos para ações estratégicas (BRASIL, 2021). Abaixo a descrição dos sete indicadores:

- Indicador 1: proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação. Meta de 2022: 45%;
- Indicador 2: proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV. Meta de 2022: 60%;
- Indicador 3: proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado. Meta de 2022: 60%;
- Indicador 4: proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS. Meta de 2022: 40%;
- Indicador 5: proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por *Haemophilus influenzae* tipo b Poliomielite inativada. Meta de 2022: 95%; Indicador 6: proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre. Meta de 2022: 50%; e
- Indicador 7: proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre. Meta de 2022: 50%.

10.1 SÉRIE HISTÓRICA DE TODOS OS 7 INDICADORES DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU DESDE 2018

Essa sequência histórica tem como objetivo a atualização de dados anteriormente registrados em diagnósticos situacionais anteriores, referentes à série histórica de sete indicadores de saúde. Dessa forma, apresentamos a seguir, por meio de gráficos e tabelas, a evolução dos sete indicadores de saúde do município de Foz do Iguaçu a partir de 2018.

Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação

O valor do indicador a nível municipal é de 66%, sendo o melhor resultado alcançado desde o início dos registros em 2018 e superando a meta nacional. Embora tenha havido uma tendência linear de crescimento de 2018 até o segundo quadrimestre de 2021, houve uma redução nos quadrimestres seguintes, incluindo o terceiro quadrimestre de 2023. Esse declínio reflete uma fragilidade no acompanhamento das gestantes, comprometendo a continuidade do progresso observado nos anos anteriores.

Apesar dessa queda, o quadro começou a ser revertido em 2024, com um aumento considerável na cobertura do indicador, sinalizando uma recuperação positiva. No entanto, é importante ressaltar que essas oscilações ao longo do período indicam a necessidade de melhorias estruturais no acompanhamento pré-natal. Embora o crescimento pontual em 2024 seja promissor, as quedas anteriores sugerem que o sistema de saúde ainda enfrenta desafios na manutenção da consistência do serviço.

É possível que fatores como escassez de profissionais, falta de infraestrutura adequada ou barreiras sociais e econômicas estejam impactando a continuidade do atendimento às gestantes. Para garantir que esse progresso seja sustentável, é essencial adotar políticas públicas com foco na prevenção de futuras quedas. Além disso, o monitoramento contínuo e eficiente deve ser aprimorado para identificar

rapidamente os fatores que causam essas flutuações e implementar soluções preventivas.

Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV

O indicador a nível municipal atingiu 88%, representando uma melhora significativa em comparação ao quadrimestre anterior, quando a taxa era de 60%. Desde 2018, observa-se uma tendência de crescimento linear, que culminou no melhor desempenho registrado no primeiro quadrimestre de 2021, com uma taxa de 83%. No entanto, essa trajetória positiva foi interrompida por uma queda de 15% no segundo quadrimestre de 2021, sinalizando uma inflexão importante. A partir desse momento, os valores passaram a oscilar nos meses subsequentes.

A recuperação observada no primeiro quadrimestre de 2021 é notável, mas a queda no segundo quadrimestre e as flutuações subsequentes são motivo de preocupação. Esse padrão sugere possíveis fragilidades estruturais no sistema de saúde, como dificuldades de acesso contínuo às consultas de pré-natal, falta de capacitação ou recursos adequados para a realização de exames preventivos, ou ainda fatores sociais e econômicos que podem afetar a adesão das gestantes ao acompanhamento.

Esses dados estão diretamente relacionados às consultas de pré-natal, que desempenham um papel crucial na solicitação de exames preventivos e de rastreamento, como os testes rápidos e outros procedimentos essenciais para o acompanhamento da saúde gestacional. Assim, as flutuações nas taxas podem refletir lacunas na cobertura e na continuidade dessas consultas, comprometendo a efetividade das ações preventivas.

Para garantir a estabilidade e o crescimento constante do indicador, torna-se necessária uma abordagem mais estratégica e integrada. A queda e as oscilações indicam que, apesar dos avanços, ainda há espaço para melhorias em termos de gestão de recursos, acessibilidade e conscientização. Fortalecer a continuidade do pré-natal, sobretudo nos momentos críticos de maior queda, exige políticas públicas que assegurem maior acessibilidade, ampliação de serviços e uma melhor articulação entre os profissionais de saúde e as gestantes.

Proporção de gestantes que receberam atendimento odontológico

O valor do indicador a nível municipal é de 62%, apresentando uma trajetória parabólica no gráfico de desempenho. Observou-se uma queda significativa de 14% entre o terceiro quadrimestre de 2019, que marcou o ápice do indicador, e o terceiro quadrimestre de 2020, ficando bem abaixo da meta de 60%. A partir de 2020, houve um incremento progressivo, embora com variações modestas. O indicador atingiu 49% no segundo quadrimestre de 2023 e, no primeiro quadrimestre de 2024, finalmente superou a meta, alcançando 62%.

Esse comportamento revela oscilações que indicam fragilidades estruturais no acompanhamento e na implementação de políticas públicas, principalmente no período em que a meta ficou distante. O crescimento lento, embora positivo, sugere a necessidade de ajustes estratégicos para garantir que o avanço seja mais expressivo e sustentável.

A superação da meta no primeiro quadrimestre de 2024 é um resultado importante, mas não pode mascarar o fato de que houve períodos prolongados de baixo desempenho. Reforçar o acompanhamento, investir em melhorias contínuas na infraestrutura e na capacitação dos profissionais de saúde, e promover maior acesso e conscientização por parte das gestantes são medidas essenciais para evitar novas quedas e manter o desempenho em níveis elevados.

Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS.

O valor do indicador a nível municipal é de 29%, mantendo-se igual ao do quadrimestre anterior e ainda distante da meta mínima de 40%. Trabalhos anteriores já haviam destacado os níveis consistentemente baixos deste indicador para o município, com valores sempre abaixo de 30%. No entanto, o atual índice de 29% representa um dos melhores resultados já registrados na série histórica.

Para melhorar esse cenário, é fundamental intensificar a busca ativa e dar atenção aos relatórios desatualizados e inconsistentes relacionados às mulheres na faixa etária recomendada (25 a 64 anos) que necessitam de coleta de citopatológico. Embora os mutirões de coleta programada sejam uma solução imediata, eles não garantem sustentabilidade a longo prazo.

Portanto, uma organização gradual e contínua para rastrear essa população de maneira eficiente, seja durante atendimentos médicos regulares ou por meio das visitas das Agentes Comunitárias de Saúde, mostra-se como uma estratégia mais apropriada. Isso permitirá que o acompanhamento se torne mais sistemático e eficaz, com uma maior chance de impacto positivo a longo prazo, superando os desafios de cobertura insuficiente e alcançando as metas estipuladas.

Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo B e Poliomielite inativada:

O valor do indicador a nível municipal atingiu 86% neste quadrimestre, refletindo uma importante recuperação na cobertura vacinal após anos de oscilações. Nos últimos cinco anos, a eficiência vacinal do município variou consideravelmente, com um pico de 100% em 2018 e uma queda drástica para 19% em 2021, durante o período crítico da pandemia de Covid-19. Desde então, a cobertura não voltou a cair abaixo de 50%, mas manteve-se flutuante até o terceiro quadrimestre de 2023, quando registrou 69%.

A atual taxa de 86% representa um avanço expressivo, que indica que as ações recentes têm surtido efeito. No entanto, o histórico de oscilações revela falhas persistentes no planejamento diário e nas campanhas de vacinação do município. Para sustentar esse progresso, é essencial reforçar a verificação do aprazamento das carteiras de vacinação durante as consultas, além de intensificar a busca ativa por parte das agentes comunitárias de saúde.

Esse aumento recente demonstra que, com uma estratégia adequada e contínua, é possível elevar a cobertura vacinal a níveis mais próximos das metas estabelecidas. Contudo, é necessário que o município mantenha um planejamento de modo a evitar novas flutuações, consolidando o avanço observado e garantindo a proteção da população a longo prazo.

Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.

O valor do indicador a nível municipal é de 21%, marcando uma leve queda em relação ao quadrimestre anterior, que era de 22%. Entre todos os indicadores analisados, este foi o único a apresentar declínio. Conforme já destacado em estudos anteriores, a medição da pressão arterial (PA) é fundamental em todas as consultas de pacientes hipertensos, sendo um elemento essencial para avaliar a eficácia do tratamento e garantir o controle da condição.

Historicamente, o indicador sempre esteve abaixo de 30%, com incrementos discretos ao longo da série, mas o valor atual, no primeiro trimestre de 2024, ainda representa menos da metade da meta de 50% estabelecida pelo programa. Um fator que pode estar contribuindo para esses resultados insatisfatórios é a possibilidade de que a aferição da PA esteja sendo realizada, mas não devidamente registrada nos prontuários pela equipe de saúde. Essa falha de registro não só compromete a avaliação real da cobertura, mas também distorce os dados, levando a índices inferiores à realidade.

Para melhorar esse cenário, é essencial que os profissionais de saúde tenham pleno conhecimento de que não basta realizar as ações corretamente; é igualmente importante garantir que os registros sejam adequados e completos nos prontuários. O reforço na capacitação das equipes e a adoção de protocolos que garantam o registro sistemático de procedimentos podem ser medidas interventivas eficazes para corrigir essa lacuna e aumentar a adesão às metas propostas.

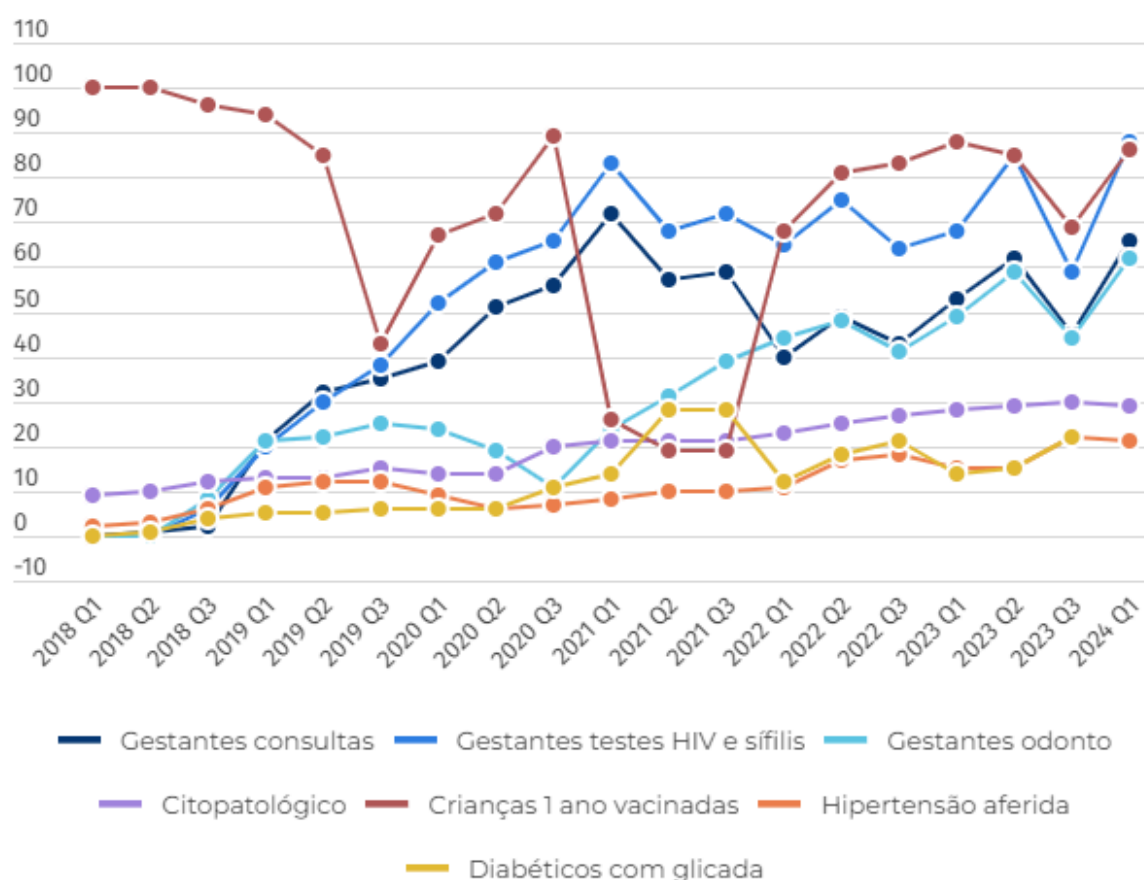
Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.

O indicador a nível municipal permanece em 21%, repetindo o valor do quadrimestre anterior. Esse baixo desempenho pode ser parcialmente atribuído à inadequação no registro dos prontuários, pois a ausência do CID correto compromete a identificação de condições crônicas, como o diabetes. Sem o devido registro de que o paciente é diabético, exames essenciais para o rastreamento, como a hemoglobina glicada, deixam de ser contabilizados como parte do cuidado contínuo a essas pessoas. Esse problema não é apenas técnico, mas também afeta diretamente a qualidade do cuidado integral, um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS).

A falta de progresso significativo, com os índices permanecendo abaixo de 30% ao longo da série histórica, e longe da meta de 50%, reflete uma fragilidade na articulação entre os níveis de atenção à saúde. O SUS preconiza a integralidade do cuidado e a equidade no acesso, mas falhas no registro impedem a adequada alocação de recursos e o monitoramento efetivo das condições crônicas.

Para avançar, é necessário investir em capacitação das equipes, melhorar a infraestrutura tecnológica e promover uma maior sensibilização dos profissionais para a importância do correto preenchimento dos prontuários, garantindo que o cuidado prestado seja registrado de forma precisa e que as políticas de saúde possam, de fato, atender à população de forma equitativa. O terceiro quadrimestre de 2023 mantém o percentual estagnado em 21%, reforçando a necessidade de ações corretivas urgentes.

Gráfico 28- Série histórica dos indicadores em saúde correspondente ao município de Foz do Iguaçu.



Fonte: Dados extraídos do e-GESTOR (01/10/2024). Quadro produzido pela autora (2024).

Quadro 07- Série histórica de todos os 7 indicadores do município de Foz do Iguaçu, desde 2018.

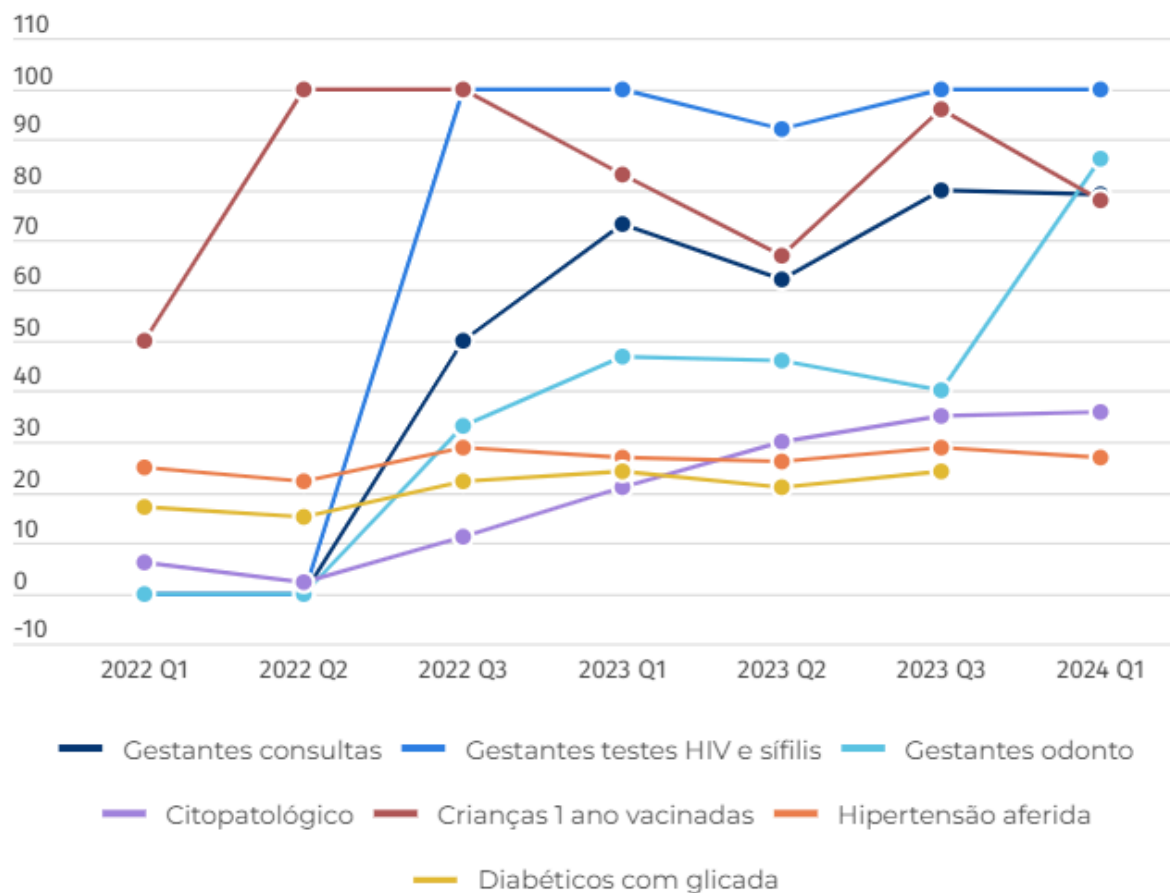
Indicadores/ Quadrimestre	Pré-Natal (Consultas 6%)	Pré- Natal (Sífilis e HIV) (%)	Gestantes Saúde Bucal (%)	Cobertura Citopatoló gico (%)	Cobertura Pólio e Penta (%)	PA Aferida (%)	Hemoglobina Glicada (%)
2018 Q1	0	0	0	9	100	2	0
2018 Q2	1	0	0	10	100	3	1
2018 Q3	2	6	8	12	96	6	4
2019 Q1	21	20	21	13	94	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	28
2022 Q1	40	65	44	23	68	11	12
2022 Q2	49	75	48	25	81	17	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	86	21	21

Fonte: Dados extraídos do e-GESTOR. Quadro produzido pela autora (2024)

2. SÉRIE HISTÓRICA DA ÁREA 103 DO NÚCLEO DE SAÚDE AKLP

Os dados abaixo, retratam a atualização de diagnósticos situacionais prévios acerca dos quadrimestres correspondentes aos dados do ano corrente. Assim, é apresentado a análise da série histórica dos indicadores da Equipe 01 (INE: 2019388) do Núcleo de Saúde AKLP. Os dados disponibilizados no e-GESTOR correspondem aos anos de 2022 e 2024.

Gráfico 30- Série histórica dos indicadores em saúde correspondente a equipe 1 do Núcleo de Saúde AKLP.



Fonte: Dados extraídos do e-GESTOR (01/10/2024). Quadro produzido pela autora (2024)

Conforme observado em períodos anteriores, a equipe passou de indicadores inexpressivos para uma taxa superior à média municipal. Embora tenha havido oscilações ao longo do tempo, os sete indicadores apresentaram um progresso significativo para a equipe 103. Contudo, é importante destacar que erros frequentes, comuns em outras unidades – como falhas no registro adequado de prontuários, por exemplo – acabam impactando negativamente os resultados. Isso se reflete na queda dos indicadores, como no caso da regressão observada em todos os comparativos entre o primeiro e o segundo quadrimestre de 2023.

Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação.

O valor do indicador de nível da equipe (INE: 2019388) é de 79%, o que representa um desempenho notável, superior à média do município, que é de 66%. Esse resultado reflete uma melhoria significativa nos aspectos do pré-natal, evidenciando um impacto positivo na qualidade do atendimento. Além disso, o valor está bem acima da meta estabelecida de 45%. Medidas como a busca ativa pelas agentes, o correto preenchimento dos prontuários e o agendamento de retornos para as gestantes têm contribuído de maneira eficaz para esses resultados positivos, demonstrando um comprometimento da equipe com a saúde e bem-estar das gestantes. Esse esforço coletivo é fundamental para garantir um acompanhamento adequado e uma gestação saudável.

Proporção de gestantes que realizaram exames para sífilis e HIV.

O valor do indicador de nível da equipe (INE: 2019388) é de 100%, destacando-se de forma excepcional em comparação ao indicador do município, que é de 88%. Essa porcentagem não apenas supera a média municipal, mas também ultrapassa a meta do programa, estabelecida em 60%. Esses resultados positivos refletem o compromisso da equipe e estão diretamente ligados ao acompanhamento detalhado realizado durante as consultas, onde são verificados os exames necessários e um check-list é utilizado para garantir que o rastreamento laboratorial da gestante esteja completo.

Entretanto, é fundamental manter um rigoroso acompanhamento para evitar perdas, como as observadas no segundo quadrimestre de 2023, quando houve uma redução de 8%, caindo de 100% para 92%. Esse monitoramento constante é essencial para assegurar que a qualidade do atendimento se mantenha elevada e que todas as gestantes recebam o suporte necessário durante sua jornada de cuidados.

Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.

O valor do indicador de nível da equipe (INE: 2019388) é de 86%. Neste quadrimestre de 2024, observamos um aumento expressivo em relação ao quadrimestre anterior, que registrou apenas 46%, ficando abaixo da meta de 60%. Um aspecto importante, destacado em estudos anteriores, é a necessidade de abordar a saúde bucal com as gestantes durante as consultas de pré-natal. O

agendamento e a pactuação com a equipe para garantir esse atendimento já na primeira consulta odontológica são soluções eficazes que podem contribuir significativamente para a melhoria deste indicador. Essa abordagem integrada não apenas reforça a importância da saúde bucal, mas também promove um cuidado mais abrangente e eficaz para as gestantes.

Indicador: Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS.

O valor do indicador de nível da equipe (INE: 2019388) é de 36%. Embora esse número esteja acima do percentual do município, que é de 28%, ele ainda está abaixo da meta de 2022, que é de pelo menos 40%. Apesar do aumento de 2% em relação ao ano anterior (que registrou 30%), o valor continua sendo crítico, sinalizando a necessidade urgente de ações para incentivar as mulheres a realizarem os exames e garantir o adequado registro nos prontuários.

Uma estratégia identificada nos diagnósticos situacionais é a criação de agendas específicas para esses atendimentos. Embora essa medida enfrente desafios devido à alta demanda da unidade, ela é essencial para melhorar esse indicador e garantir que mais mulheres recebam os cuidados necessários. Implementar essa abordagem pode ter um impacto significativo na saúde das mulheres atendidas e no cumprimento das metas estabelecidas.

Indicador: Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo B e Poliomielite inativada.

O valor do indicador de nível da equipe (INE: 2019388) é de 78%. Embora esse número seja positivo, ele ainda está abaixo do indicador municipal, que é de 86%, e da meta estabelecida de 95%. No entanto, é encorajador observar uma boa conscientização por parte dos responsáveis pelas crianças, o que indica um potencial a ser explorado.

Para melhorar esse desempenho, é fundamental implementar medidas de prevenção primária e proteção específica, sem negligenciar a importância da educação em saúde. Campanhas educativas nas comunidades podem ser realizadas para destacar a relevância da vacinação e do acompanhamento regular.

Além disso, promover oficinas e palestras direcionadas aos responsáveis ajudaria a esclarecer dúvidas e desmistificar informações sobre vacinas e saúde infantil.

Outra estratégia importante é a busca ativa, que consiste em identificar e contatar famílias com crianças que estão com esquemas vacinais atrasados. Estabelecer parcerias com escolas e instituições locais também pode ser eficaz, permitindo a promoção de eventos de vacinação e a disseminação de informações sobre o calendário vacinal.

Por fim, é essencial melhorar os sistemas de registro e acompanhamento vacinal, garantindo que os dados sejam atualizados e acessíveis para toda a equipe de saúde. Essas ações não apenas promoverão a saúde das crianças, mas também contribuirão para elevar os indicadores da equipe, aproximando-os das metas estabelecidas.

Indicador: Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.

Valor do indicador nível equipe (INE: 2019388): 27%. O índice é superior ao do município de 15%, ambos inferiores da meta de 50% preconizada pelo programa. A aferição da PA precisa ser registrada e o paciente ter o CID de hipertensão primária. Conhecimento esse necessário aos profissionais que acabam perdendo números por esse erro.

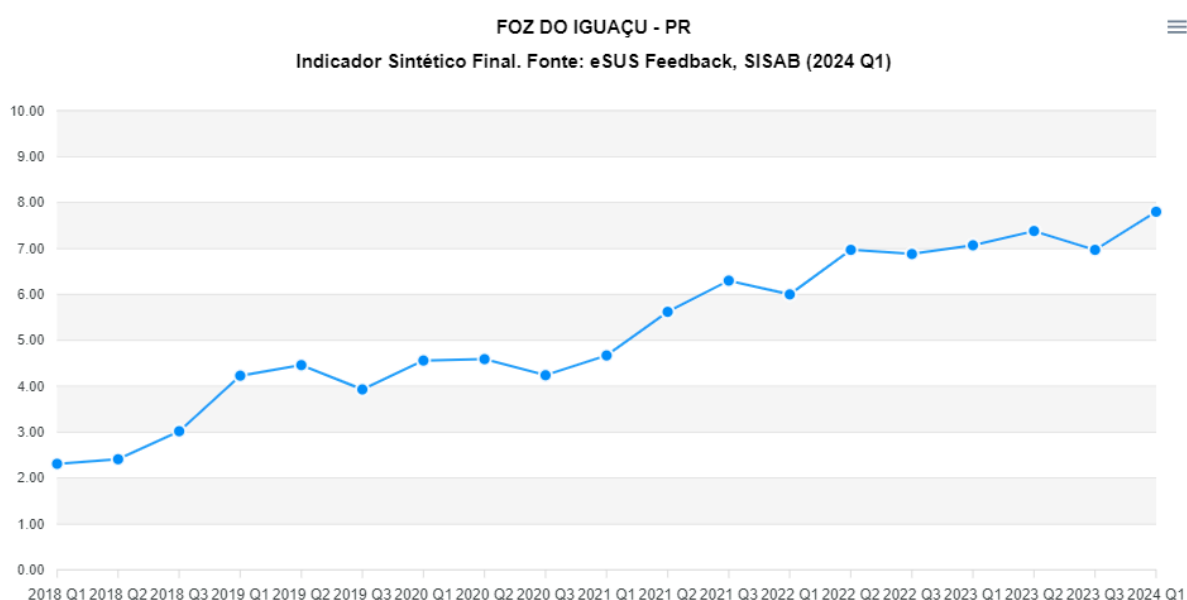
Proporção de pessoas com diabetes que realizaram consulta e tiveram a hemoglobina glicada solicitada no último semestre

O valor do indicador a nível de equipe (INE: 2019388) é de 29%, mantendo-se acima da média municipal, que é de 15%. No entanto, ainda há uma condição que requer melhoria: o registro do Código Internacional de Doenças (CID) na mesma consulta em que é solicitado o exame de hemoglobina glicada, especialmente nos momentos apropriados.

10.3 SÉRIE HISTÓRICA DO INDICADOR SINTÉTICO FINAL DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU

No intuito de continuidade de análise e comparação ao diagnóstico situacional prévio, este trabalho retrata a série histórica do Indicador Sintético Final do Município. Os dados disponíveis são referentes aos três quadrimestres do ano de 2022 e os dois quadrimestres de 2023. O melhor percentual obtido passou a ser no primeiro quadrimestre de 2023, com valor de 78,2%.

QUADRO 8- SÉRIE HISTÓRICA DO INDICADOR SINTÉTICO FINAL DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU-PR



A tabela segue a lógica do Programa Previne Brasil, ou seja, o repasse de recursos federais aos entes municipais usa um modelo composto pelas variáveis captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas (BRASIL, 2021).

De modo consequente, melhores rendimentos nos indicadores impactam diretamente no melhor percentual de repasse de valores dos recursos federais, e isso por fim culmina em melhores recursos para poder promover ações em saúde.

10.4 GESTANTES VALIDADAS E NÃO VALIDADAS NO PREVINE BRASIL NO 1º QUADRIMESTRE DE 2024

Quadro 09 - Indicadores referentes às gestantes do Núcleo de Saúde AKLP, equipe 01.

Gestantes no 1º quadrimestre 2024		
Indicadores	Validadas	Não Validadas
Pré-natal (6 consultas)	79%	21%
Pré-natal (sífilis e HIV)	100%	-
Gestante Saúde Bucal	86%	14%

Fonte: dados extraídos do e-GESTOR. Quadro produzido pela autora (2024)

Quanto ao Previne Brasil, a respeito do acompanhamento das gestantes da equipe 01, as invalidações na quantidade de consultas somam 21% do total, valor que pode estar relacionado com o atendimento à gestantes residentes no Paraguai e que chegam nos últimos meses de gestação para terem acesso ao parto no Brasil. Um outro motivo é a falta de ACSs para realizar a busca ativa dessas mulheres, dando sequência ao pré-natal. Houve invalidação de 14% das gestantes na assistência prestada em saúde bucal, o que pode ser explicado pelo fato de que algumas gestantes fazem consultas com dentistas da rede particular e outras não aceitam passar pela avaliação odontológica, diminuindo assim o número de validações dos indicadores de desempenho.

10. 5 PESSOAS HIPERTENSAS VALIDADAS E NÃO VALIDADAS NO PREVINE BRASIL NO 1º QUADRIMESTRE DE 2024

Quadro 10 - Indicadores referentes às pessoas hipertensas do Núcleo de Saúde AKLP, equipe 01.

Hipertensos no 1º quadrimestre 2024		
Indicador	Validadas	Não validadas
Consulta (PA aferida)	27%	73%

Fonte: Dados extraídos do e-GESTOR. Quadro produzido pela autora (2024).

No acompanhamento de hipertensos, o número de invalidações é muito grande, porém não condiz com a realidade do grupo de hipertensos da equipe 01. Durante os atendimentos a esses cidadãos, especialmente no momento de

renovação de receitas, foi possível observar que muitas vezes o registro do CID não era feito adequadamente, o que deixou de gerar dados consolidados para o sistema e-Gestor.

10.6 MULHERES ENTRE 25 E 64 ANOS DE IDADE ELEGÍVEIS PARA O EXAME COLPOCITOLÓGICO, VALIDADAS E NÃO VALIDADAS NO PREVINE BRASIL NO 1º QUADRIMESTRE DE 2024.

Quadro 08 - Indicadores referentes às mulheres do Núcleo de Saúde AKLP, equipe 01.

Citopatológico / Mulheres entre 25 e 64 anos		
Indicador	Validadas	Não Validadas
Cobertura de citopatológico	36%	64%

Fonte: Dados extraídos do e-GESTOR. Quadro produzido pela autora (2024).

O número de mulheres que passaram pelo exame preventivo de citologia oncológica é baixo em relação ao preconizado pelo Previne Brasil, o qual estima como boa cobertura a taxa de 40%. Esse resultado certamente está relacionado à falta de cobertura de ACS na área 103, o que claramente prejudica a busca ativa do público alvo dessa ação preventiva.

10.7 CRIANÇAS ELEGÍVEIS PARA SEREM VACINADAS VALIDADAS E NÃO VALIDADAS NO PREVINE BRASIL NO 1º QUADRIMESTRE DE 2024

Quadro 09 - Indicadores referentes às crianças menores de um ano do Núcleo de Saúde AKLP, equipe 01.

Imunização em Crianças de até 01 ano		
Indicador	Validadas	Não Validadas
Pentavalente e Poliomielite	78%	22%

Fonte: Dados extraídos do e-GESTOR. Quadro produzido pela autora (2024).

Houveram poucas invalidações no Previne Brasil quanto a imunização no primeiro ano de vida das crianças assistidas pela equipe 01. Mesmo assim, esse pequeno valor pode estar relacionado ao movimento pendular de algumas famílias entre o Brasil e os países vizinhos, levando a imunização em rede internacional sem que haja registros a nível do SUS para validação desses dados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, espera-se que este diagnóstico situacional contribua de maneira significativa para uma compreensão mais aprofundada da abrangência da Equipe 01, suas potencialidades, desafios e, especialmente, as dificuldades atuais e futuras. Por meio deste trabalho, foi possível mapear a realidade epidemiológica, geográfica e socioeconômica da população atendida pelo Núcleo de Saúde AKLP, oferecendo uma base sólida para a formulação de intervenções mais eficazes.

Os dados coletados para a elaboração do relatório revelaram inúmeras inconsistências entre os relatórios consolidados, os dados operacionais e as informações do sistema RP. Essas discrepâncias, que incluem o número total de pessoas cadastradas e a presença de dados incompletos, prejudicaram a obtenção de uma compreensão precisa da situação no território analisado. Para abordar essas falhas, recomenda-se uma revisão dos processos de coleta e análise de dados, além da implementação de treinamentos regulares para os profissionais envolvidos.

É imprescindível destacar que uma parte significativa da população permanece sem registro cadastral, o que limita a capacidade da equipe em identificar e atender grupos vulneráveis. Essa lacuna decorre do número insuficiente de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que desempenham um papel fundamental na promoção do vínculo entre a unidade de saúde e a comunidade. A atuação efetiva dos ACS não só facilita o cadastro da população, mas também permite uma definição mais clara do panorama local, essencial para a implementação de políticas públicas direcionadas.

Em relação ao perfil territorial e ambiental, a região enfrenta desafios significativos, como o descarte inadequado de resíduos próximos a cursos d'água e o risco de inundação em residências situadas em encostas. A coleta de lixo, embora realizada em muitas residências, é feita de forma inadequada, resultando no

acúmulo de resíduos e na proliferação de vetores. Portanto, é essencial promover campanhas de conscientização sobre a importância do descarte correto de resíduos, bem como realizar intervenções de saúde pública focadas na prevenção de doenças.

Analisando o perfil socioeconômico, os dados do e-SUS indicam que a maioria dos moradores apresenta condições econômicas razoáveis, com uma renda média próxima a dois salários mínimos e predominância de Ensino Médio Completo. No entanto, essa análise pode ocultar a realidade de muitos que vivem em condições de vulnerabilidade. É vital que a aplicação da Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi seja incentivada, visando uma estratificação de risco mais precisa que possa direcionar intervenções adequadas para os grupos mais necessitados.

O perfil demográfico revela uma tendência de redução da taxa de fecundidade, com predominância de adultos e idosos. Nesse contexto, a equipe deve priorizar o rastreamento da hipertensão arterial em 929 indivíduos a partir de 20 anos, evidenciando a importância de uma vigilância constante sobre fatores de risco cardiovasculares e a gestão de doenças crônicas.

Em relação aos indicadores de financiamento da APS, embora tenha havido melhorias em áreas como pré-natal e exames de sífilis e HIV, persistem desafios em saúde bucal durante a gestação e na coleta de exames citopatológicos. É fundamental estabelecer um acompanhamento contínuo para garantir que as metas estabelecidas sejam atingidas, além de promover ações integradas que abordem essas lacunas.

A presença de alunos internos no serviço tem se mostrado uma estratégia promissora, pois contribui para o registro de diagnósticos e para a busca ativa da população em risco. Essa colaboração reforça a importância do vínculo entre a UBS e as instituições de ensino, permitindo uma troca de saberes que enriquece a prática da atenção primária à saúde.

Finalmente, as experiências e interações com os profissionais da equipe de saúde durante o estágio proporcionaram um aprendizado prático valioso sobre o papel do médico na atenção primária e os laços que conectam a equipe multidisciplinar. Apesar de alguns atritos naturais em qualquer ambiente de trabalho, a equipe demonstra motivação e um compromisso compartilhado de oferecer um atendimento humanizado e de qualidade. Para fortalecer essa abordagem,

recomenda-se a continuidade de iniciativas de capacitação e a melhoria na comunicação entre os membros da equipe, além da realização de encontros regulares para discutir avanços, desafios e estratégias a serem adotadas no atendimento à comunidade.

Em suma, é crucial que as recomendações aqui apresentadas sejam implementadas para que a Equipe 01 possa não apenas atender às necessidades da população, mas também se tornar um modelo de excelência em Atenção Primária à Saúde, contribuindo assim para a melhoria geral da saúde pública no município.

12. REFERÊNCIAS

BARROSO, W. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/207940>>. Acesso em: 19 de fev. 2024.

BERTOLINI, D. N. P.; SIMONETTI, J. P. O gênero masculino e os cuidados de saúde: a experiência de homens de um centro de saúde. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 722–727, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/ZN5j8Q58Rgwwht3q5WMLyTt/?lang=pt#>>. Acesso em: 20 de mar 2024.

BEZERRA, Marcos Vinicius da Rocha et al. Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. **Saúde em Debate** [online]. v. 43, n. 8, p. 05-323, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S822>. Acesso em 20 mar 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília; 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.htm
[tencao-a-saude-departamento-de-atencao/view](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.htm)>. Acesso em 18 mar 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 340, de 4 de março de 2013. **Redefine o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS)**. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0340_04_03_2013.html>. Acesso em: 23 de abr de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual instrutivo financiamento do APS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_financiamento_aps.pdf> Acesso em: 20 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html>. Acesso em: 10 de mai 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência – Brasília : Ministério da Saúde, 2020. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf> Acesso em 4 mai. 2024.

BRASIL. **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). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 11 de mai. 2024.

FOZ DO IGUAÇU. Foz do Iguaçu tem aumento de 11,45% em número de moradores, segundo Censo. Portal da transparência, Foz do Iguaçu, 2023. Disponível em: <https://www5.pmfi.pr.gov.br/noticia.php?id=52241>. Acesso em: 18 mai 2024.

GOMES, Irene. Pobreza cai para 31,6% da população em 2022, após alcançar 36,7% em 2021. Agência Notícias IBGE. Brasil, 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38545-pobreza-cai-para-31-6-da-populacao-em-2022-apos-alcancar-36-7-em-2021>. Acesso em: 18 mai 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pela primeira vez, PNAD Contínua reúne e disponibiliza dados sobre pessoas com deficiência.** Secretaria de Comunicação Social, 2023. Disponível em <<https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2023/07/pela-primeira-vez-pnad-continua-reune-e-disponibiliza-dados-sobre-pessoas-com-deficiencia>>. Acesso em 20 de mar. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Parâmetros técnicos para rastreamento do câncer de mama.** Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parametros_tecnicos_rastreamento_ca>. Acesso em: 23 de mar 2024.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 8, p. 387-406, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/H5BtBJTGvQZgSXKvNrTKphp/>. Acesso em: 04 de abr de 2024.

SAVASSI, L. C. M; LAGE, J. L; COELHO, F. L. G. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: escala de risco familiar de Coelho-Savassi. **Journal of Management and Primary Health Care**, v. 3, n. 2, p. 179-185, 2012. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/155/158>>. Acesso em: 02 de abr de 2024.

SILVA, João da; PEREIRA, Maria das Dores. **Impactos do uso de substâncias ilícitas na saúde física e mental: uma revisão sistemática.** Revista Brasileira de Saúde Pública, v. 45, n. 3, p. 123-134, 2023. DOI: 10.1590/S0102-311X2023000300123.

Khan SS, Ning H, Wilkins JT, et al. **Associação do Índice de Massa Corporal com Risco Vitalício de Doença Cardiovascular e Compressão da Morbidade.** JAMA Cardiol. 2018;3(4):280–287. doi:10.1001/jamacardio.2018.0022

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a prevenção e o controle da obesidade.** Brasília, 2020.

SILVA, João; OLIVEIRA, Maria; PEREIRA, Ana. **Impactos do sobrepeso e obesidade na saúde cardiovascular: uma revisão.** Revista Brasileira de Cardiologia, v. 31, n. 2, p. 112-123, 2018. DOI: 10.5935/1679-4414.20180028.