



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

CURSO DE MEDICINA

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE UMA EQUIPE DA UNIDADE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA DO DISTRITO SANITÁRIO NORTE NA REGIÃO DA
TRÍPLICE FRONTEIRA**

MARILYN MORIA MAMANI CATACHURA

FOZ DO IGUAÇU

2024



UNILA

Universidade Federal
da Integração
Latino-Americana

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

CURSO DE MEDICINA

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE UMA EQUIPE DA UNIDADE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA DO DISTRITO SANITÁRIO NORTE NA REGIÃO DA
TRÍPLICE FRONTEIRA**

MARILYN MORIA MAMANI CATACHURA

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 parte das exigências para a conclusão do curso de Medicina.

Orientadora: Prof.^a Me. Alessandra Pawelec da Silva

FOZ DO IGUAÇU

2024

MARILYN MORIA MAMANI CATACHURA

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE UMA EQUIPE DA UNIDADE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA DO DISTRITO SANITÁRIO NORTE NA REGIÃO DA
TRÍPLICE FRONTEIRA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza, da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como parte das exigências para a conclusão do curso de Medicina.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof.^a Me. Alessandra Pawelec da Silva
UNILA

Prof.^a Rosana Alvarez Callejas
UNILA

Prof.^a Ana Cristina Carneiro De Camargo
UNILA

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de _____.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor: Marilyn Moria Mamani Catachura

Curso: Medicina

Documento de identificação: 014.130.259-35

E-mail: moria.catachura@gmail.com **Fone:** (45) 9 9983 1498

Tipo de Documento

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Graduação | <input type="checkbox"/> Artigo |
| <input type="checkbox"/> Especialização | <input checked="" type="checkbox"/> Trabalho de conclusão de curso |
| <input type="checkbox"/> Mestrado | <input type="checkbox"/> Monografia |
| <input type="checkbox"/> Doutorado | <input type="checkbox"/> Dissertação |
| | <input type="checkbox"/> Tese |
| | <input type="checkbox"/> CD/DVD – Obras audiovisuais |

Título do trabalho acadêmico: Diagnóstico Situacional de uma equipe da Unidade de Saúde da Família do Distrito Sanitário Norte na região da Tríplice Fronteira.

Nome da orientadora: Alessandra Pawelec da Silva

Data da Defesa: ____/____/____

Licença não exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

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

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

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

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

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de _____

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho aos meus pais, por todo o apoio e amparo que tem me dado no meu caminhar diário; aos meus amigos e amigas, que tem sido um suporte e motivação durante a minha vida universitária, e sobretudo a Deus, por ter me mostrado o poder do recomeço e a resiliência, porque sem ele, não teria voltado a sonhar novamente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a colaboração de todos os profissionais da Unidade Básica de Saúde Vila C Nova envolvidos no processo de coleta de dados e de imagens.

Aos profissionais que cederam informações para a construção do Diagnóstico, aqui apresentado.

Aos Agentes Comunitários de Saúde, enfermeiras, médicos e odontólogas responsáveis pelas Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal.

À Universidade Federal de Integração Latino-Americana – UNILA, à docente e aos médicos – especialmente a preceptora Dra. Hassma Coelho Farhat– que atendeu ao pedido da Dra. Regina para me receber, e pela disposição e apoio a este trabalho.

E à hospitalidade carinhosa que me foi brindada pelas servidoras responsáveis pela manutenção e higiene da UBS, e as recepcionistas pelo acolhimento e auxílio.

Enfim, a todos que contribuíram para a confecção do Diagnóstico Situacional da UBS Vila C Nova.

RESUMO

A Estratégia da Saúde da Família visa fortalecer a Atenção Primária à Saúde no Brasil por meio de práticas que ofereçam soluções mais eficazes para as necessidades de saúde, com enfoque no cuidado centrado na pessoa, família e comunidade. O processo de territorialização é essencial, pois permite que a equipe de saúde conheça e atenda às necessidades do território sob sua responsabilidade. Para melhorar e organizar a atenção em saúde, o Diagnóstico Situacional das unidades é uma ferramenta que ajuda a reconhecer, estruturar e monitorar dados da equipe vinculada a uma área de saúde específica. O trabalho objetivou descrever e analisar os perfis epidemiológico, demográfico e socioeconômico da população pertencente à USF Vila C Nova, adstrita da área 049, localizada na região da tríplice fronteira, por meio do diagnóstico situacional. Pelo método de estudo observacional, utilizando técnicas estatísticas e demográficas, os Relatórios Operacionais e Consolidados da Equipe 049 gerados pelo Ministério da Saúde na plataforma on-line e-SUS, SISAB e e-Gestor AB foram avaliados neste trabalho. Percebeu-se que os indicadores de saúde gerados pelo diagnóstico situacional podem ajudar a identificar o público mais prevalente nos atendimentos e as pessoas que estão mais distantes dos cuidados em saúde, tais como pessoas de outras nacionalidades, incluindo migrantes, solicitantes de refúgio e refugiados. Assim, foi possível avaliar e identificar os principais desafios e oportunidades de melhoria no território, permitindo que estratégias sejam traçadas, a fim de aprimorar e suprir as necessidades específicas dos usuários da unidade de saúde e à comunidade em geral.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Diagnóstico Situacional; Território.

ABSTRACT

The Family Health Strategy aims to strengthen Primary Health Care in Brazil through practices that offer more effective solutions to health needs, focusing on person-centered, family-centered, and community-centered care. The territorialization process is essential as it allows the health team to understand and meet the needs of the area under their responsibility. To improve and organize health care, the Situational Diagnosis of the units is a tool that helps to recognize, structure, and monitor data of the team linked to a specific health area. The work aimed to describe and analyze the epidemiological, demographic, and socioeconomic profiles of the population belonging to USF Vila C Nova, linked to area 049, located in the tri-border region, through situational diagnosis. By using the observational study method, employing statistical and demographic techniques, the Operational and Consolidated Reports of Team 049 generated by the Ministry of Health on the online platforms e-SUS, SISAB, and e-Gestor AB were evaluated in this work. It was observed that the health indicators generated by the situational diagnosis can help identify the most prevalent public in the services and the people who are furthest from health care, such as people of other nationalities, including migrants, asylum seekers, and refugees. Thus, it was possible to evaluate and identify the main challenges and opportunities for improvement in the territory, allowing strategies to be developed to enhance and meet the specific needs of the health unit users and the community in general.

Key-words: Primary Health Care; Situational Diagnosis; Territory.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. METODOLOGIA.....	13
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	14
3.1 PERFIL INSTITUCIONAL.....	14
3.2 PERFIL TERRITORIAL/AMBIENTAL.....	17
3.3 PERFIL DEMOGRÁFICO.....	18
3.4 PERFIL SOCIOECONÔMICO.....	21
3.5 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.....	23
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29

1 INTRODUÇÃO

Para (re)organizar os processos de trabalho em saúde na Atenção Primária à Saúde (APS), é fundamental compreender o processo saúde-doença da população. Esse processo envolve a análise das características demográficas, socioeconômicas, geográficas, culturais, epidemiológicas, das atividades produtivas existentes e outros equipamentos sociais, além da articulação administrativa entre os diversos componentes. Com base nessas informações e nos principais indicadores de saúde, é possível planejar ações mais focadas e efetivas em saúde, adequadas à realidade da área de abrangência (BRASIL, 2017).

Nessa linha, a realização do Diagnóstico Situacional é um processo que envolve a coleta, tratamento e análise de dados coletados no próprio local onde se deseja realizar o diagnóstico. Ele é considerado uma ferramenta essencial de gestão, uma vez que permite o reconhecimento das condições de saúde e dos riscos a que uma determinada população está exposta em um determinado local. A partir dessas informações, torna-se possível planejar e programar ações mais efetivas e direcionadas às necessidades de saúde da população em questão. O diagnóstico situacional é, portanto, uma etapa fundamental na implementação de políticas públicas e programas de saúde, uma vez que permite o desenvolvimento de estratégias mais adequadas e eficientes para a promoção da saúde e prevenção de doenças (SANT'ANNA; CEZAR-VAZ; CARDOSO, 2011).

O e-SUS Atenção Básica é uma estratégia vinculada ao Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), sendo adotada e implementada pelo Ministério da Saúde com o intuito de ter uma reestruturação das informações no contexto da APS. Com isto, é obtido como resultado um registro integrado sobre os pacientes e pode-se avaliar a eficiência e qualidade das ações e serviços em saúde (THUM; BALDISSEROTTO; CELESTE, 2019). Dito isto, o cuidado centrado na pessoa, na família e comunidade são suscetíveis a apresentarem maiores problemáticas dentro do campo da Atenção à Saúde.

Portanto, é essencial que as equipes tenham conhecimento e sensibilidade para lidar com as diferentes demandas e necessidades dos usuários. Além disso, é importante que estejam capacitadas para o trabalho em

equipe e para o uso das ferramentas de gestão que permitam a identificação e o acompanhamento das necessidades de saúde da população, de forma a promover a melhoria contínua do cuidado prestado. A abordagem integrada e centrada no usuário é uma das principais características da APS e contribui para a promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como para a qualidade do cuidado (THUM; BALDISSEROTTO; CELESTE, 2019).

Nesse panorama, a APS, por meio do processo integrativo de Ensino e Serviço, faz parte do módulo do internato em APS 1 do curso de Medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA). Cabe ressaltar que a UNILA, universidade com ampla presença de estudantes internacionais, situa-se na região da tríplice fronteira, que acolhe pessoas de diferentes nacionalidades, incluindo migrantes, solicitantes de refúgio e refugiados. Na atualidade, o movimento migratório perpassa por diversos eventos agudos, crises humanitárias, violência armada, instabilidade econômica, dentre outros, motivo pelo qual novas estratégias e ações em saúde são necessárias, a fim de abranger as especificidades das populações mencionadas (McAULIFFE et al., 2019).

Desse modo, visando um reconhecimento amplo do território e as ações em saúde, os alunos do curso de Medicina da UNILA são partícipes do processo de trabalho das equipes das unidades de saúde. Nesse sentido, atividades como a realização de atendimentos sob supervisão de um preceptor médico (integrante do Programa Federal Mais Médicos), a participação nos grupos operativos, a participação nas visitas domiciliares e campanhas de saúde, possibilitam a construção do senso crítico do aluno e a manutenção de um vínculo com as equipes e com os usuários da unidade.

No primeiro semestre de 2023, durante o internato em APS1, dois alunos estrangeiros do curso de Medicina da Unila tiveram a oportunidade de participar do processo de trabalho na Unidade de Saúde da Família (USF) da Vila C Nova, no município Foz do Iguaçu, região da tríplice fronteira. Através das vivências no internato, foi possível conhecer a história do bairro Vila C, que iniciou com a construção da hidrelétrica Itaipu e do movimento migratório decorrente. Este desencadeou a construção de um ambulatório para atendimento dos moradores, posteriormente substituído pela atual USF (JESUS, 2009).

E, diante da contínua necessidade de aprimoramento dos serviços de saúde, conforme a realidade encontrada, este trabalho foi elaborado a partir da perspectiva e das vivências dos internos de Medicina da UNILA, que estiveram junto às equipes da unidade em 2023, com o intuito de apresentar o diagnóstico situacional dessa USF de história peculiar, localizada em área fronteiriça, visando correlacionar com a literatura e permitir traçar estratégias de ação.

2 MÉTODO

O presente trabalho foi elaborado a partir de um estudo observacional realizado na Unidade de Saúde da Família (USF) Vila C Nova, especialmente na Equipe 3, responsável pela área 049, localizada na região norte de Foz do Iguaçu, Paraná. O objeto do estudo foi descrever e analisar a situação epidemiológica, demográfica e socioeconômica da população pertence à USF Vila C Nova, adstrita da área 049, por meio do diagnóstico situacional, a fim de propor medidas de intervenção visando garantir uma melhor atenção integral à saúde da população.

O estudo observacional utilizou técnicas de análise estatística e demográfica para interpretar os dados disponíveis em diferentes fontes, com o objetivo de obter informações precisas sobre a situação da unidade de saúde e sua população atendida. As plataformas de dados utilizadas podem ter incluído registros médicos eletrônicos, relatórios de saúde pública, dados demográficos e outras fontes relevantes para a análise.

Os dados foram coletados entre 02 de janeiro de 2023 e 24 de abril de 2023, e foram obtidos a partir de relatórios consolidados e operacionais do e-SUS, SISAB e e-Gestor AB da USF Vila C Nova. Após a coleta dos dados, iniciou-se a elaboração do diagnóstico situacional da unidade por meio da análise dos resultados obtidos e da relação destes com estudos teóricos e a realidade observada. Isso significa que a análise de dados foi realizada por meio da observação direta e registro de informações sobre o funcionamento da unidade, o atendimento oferecido aos pacientes e o desempenho dos indicadores de saúde estabelecidos pelo município.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 PERFIL INSTITUCIONAL

A história do bairro Vila C teve início com a construção da hidrelétrica Itaipu. Para abrigar trabalhadores da construção civil, barrageiros, entre outros trabalhadores braçais que migraram para a cidade atraídos pelas ofertas de emprego, houve a criação da “Vila Operária”, atualmente denominada Vila C.

Em 2006, a referência em saúde para os moradores da Vila C era apenas um ambulatório de madeira, conhecido como “Madeirão”, construído para o atendimento da população da Vila C (JESUS, 2009). O prédio deu lugar a uma estrutura em alvenaria, a primeira Unidade Básica de Saúde (UBS) da Vila C, denominada UBS Vila C Velha. Esta UBS ainda existe até hoje, entretanto, em decorrência da alta demanda da população, inaugurou-se a USF Vila C Nova para suprir as necessidades do território.

Na atualidade, a Unidade de Saúde da Família (USF), conta com três equipes, Equipe 1 área de abrangência 045, Equipe 2 área de abrangência 044 e equipe 3 área de abrangências 049. Além disso, possui duas Equipe de Saúde Bucal e 1 equipe multidisciplinar do Núcleo Ampliado de Estratégia de Saúde da Família (NASF) que abrange todo o distrito Norte. Ao todo, a USF Vila C Nova conta com um corpo profissional de 46 trabalhadores, sendo 16 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) os responsáveis pelo estabelecimento e fortalecimento de meios de comunicação entre a unidade de saúde e a comunidade assistida. Sob esta ótica, como mostrado no Quadro 1, a área 049 possui em sua equipe:

Quadro 1 – Composição da Equipe 03: área 049

Composição da Equipe de Saúde da Família da área 049	
Categoria	Quantidade
Médica	1
Enfermeira	1
Auxiliar de enfermagem	2
ACS Microárea 95	1
ACS Microárea 60	1
ACS Microárea 80	1
ACS Microárea 98	1
ACS Microárea 78	1
ACS Microárea 81	1

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

De acordo com as informações fornecidas, a USF tem capacidade para abrigar três equipes de atenção básica, porém sua infraestrutura física está mais adequada para uma unidade de porte II, uma vez que inicialmente a unidade contava com apenas duas equipes, com uma área construída de 502,82 m² e terreno com metragem de 2.193,94 m². Com base na análise da Portaria nº 340/2013, verificou-se que a unidade apresenta incompatibilidades em relação à sua infraestrutura física, quando comparada aos padrões da legislação.

A ausência de uma Farmácia na unidade pode dificultar o acesso aos medicamentos pelos pacientes, que precisam se deslocar para outra unidade (Vila C Velha) para retirá-los. Além disso, foram identificadas outras deficiências na infraestrutura, tais como a falta de uma sala para expurgo, a insuficiência de sanitários para pessoas com deficiência e a falta de um consultório habilitado para atender pacientes com necessidades especiais. A unidade também carece de uma área externa destinada ao embarque e desembarque de ambulâncias. Portanto, a USF atende só a 19 dos requisitos preconizados pela Portaria nº 340 do Ministério da Saúde.

Na área 049 existem duas regiões descobertas pela assistência da Atenção Primária em Saúde: o conjunto habitacional Grande Lago e as chácaras. O conjunto habitacional Grande Lago, localizado na Avenida Fiorino Brol, 2070, foi construído com o intuito de garantir o direito à moradia às famílias vulneráveis. Sendo assim, o condomínio de 296 apartamentos foi inaugurado e oficialmente

entregue às famílias beneficiadas em 19 de março de 2016 (RÁDIO CULTURA, 2015).

Após sua inauguração, o condomínio do Grande Lago foi integrado ao território da UBS Cidade Nova, todavia os moradores se negaram a ir até tal unidade devido à distância e dificuldade de locomoção, em que eles percorrem um trajeto de 2 quilômetros, deslocando-se a pé por cerca de 26 minutos. Por esse motivo, os moradores migraram em busca de atendimento nas unidades Vila C Nova e Vila C Velha. Nesta perspectiva, os moradores que são atendidos na Vila C Nova percorrem 1 quilômetro de distância, cerca de 16 minutos de caminhada.

As próprias unidades da Vila C Velha e Vila C Nova dividiram entre si o território de abrangência do Grande Lago pelos blocos do condomínio, sendo a área 049 da Vila C Nova responsável pelo atendimento dos blocos 32 ao 37. De forma semelhante, as chácaras, majoritariamente construídas pelos próprios moradores do território, localizam-se ao redor da Avenida Fiorino Brol. O território da área pertence à unidade de saúde Cidade Nova, mas não são todos os moradores que recebem atendimento pela referida unidade de saúde. Devido à proximidade, os moradores sempre se deslocaram para a Vila C Nova, o que contribuiu para o estabelecimento de um vínculo entre os pacientes e os profissionais de saúde.

Desta forma, muitos continuam sendo atendidos até os dias atuais pela unidade Vila C Nova, em que percorrem 1,1 quilômetro de distância, cerca de 13 minutos de caminhada; enquanto os que são atendidos na Cidade Nova percorrem 2 quilômetros de distância, cerca de 25 minutos de caminhada. As características da Atenção Básica, de acordo com a PNAB (BRASIL, 2017), são: desenvolver a descentralização e capilaridade, ou seja, ser próxima dos usuários, sendo o primeiro contato da população, a porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde e estas são ações que condizem com as diretrizes de regionalização e hierarquização.

Dentro das determinações da PNAB (BRASIL, 2017) para garantir a coordenação do cuidado e ampliar o acesso e a resolutividade da equipe há a possibilidade de ter outros arranjos de adstrição, conforme vulnerabilidade, risco e dinâmica comunitária. O condomínio Grande Lago e as chácaras se enquadram

neste arranjo por não necessariamente fazerem parte da área 049, mas receberem atendimento pelos responsáveis por tal área.

Em teoria iriam receber atendimento da Unidade de Saúde Cidade Nova, mas também como colocado anteriormente, houve uma recusa por parte dessa população em frequentar essa unidade devido à distância, o que também é um direito de acordo com a PNAB (BRASIL, 2017) que a unidade seja o mais próximo possível das residências. Sendo divididos então, entre as unidades Vila C Nova e Vila C Velha, mas com o parecer por parte das equipes que as unidades não comportam essa população.

A Atenção Básica visa planejar e implementar ações públicas para proteger a saúde da população, prevenir e controlar riscos, sendo um espaço de promoção e educação em saúde (BRASIL, 2017). Conversando com os profissionais, foi possível entender que, antes da pandemia, estas ações ocorriam com frequência, como os grupos de HIPERDIA, ações de promoção nas escolas da região, visitas domiciliares regulares dos ACS, além de visitas destinadas aos usuários acamados por problemas de saúde ou com limitações de mobilidade física. Porém, durante a pandemia da COVID-19, estas ações foram impedidas de acontecer devido às medidas de proteção contra o vírus e nota-se uma dificuldade de retomá-las após dois anos de pandemia, trazendo consequências, como a falta do desenvolvimento de uma atenção integral aos usuários.

3.2 PERFIL TERRITORIAL/AMBIENTAL

A área de abrangência da Equipe 3 da unidade Vila C Nova é composta por um total de 1.331 domicílios. Destes, 1.321 estão localizados em território urbano e 9 em território rural. Como observado na Tabela 1, o território apresenta-se com uma dinâmica de diferentes vertentes.

Tabela 1 – Tipos de imóveis que existem na área 049.

Descrição	Quantidade	Porcentagem
Domicílio	1.331	98,89%
Comércio	7	0,52%
Terreno baldio	1	0,07%

Pontos estratégico (cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte).	0	0,00%
Escola	0	0,00%
Creche	0	0,00%
Abrigo	0	0,00%
Instituição de longa permanências para idosos	0	0,00%
Unidade prisional	0	0,00%
Unidade de medida socioeducativa	0	0,00%
Delegacia	0	0,00%
Estabelecimento religioso	5	0,37%
Outros	2	0,15%
Total	1.346	100,00%

Fonte: Adaptado do relatório consolidado de cadastro individual do e-SUS, (2023).

É notória a ausência de escolas e creches no território de abrangência da área 049. No território há ainda o córrego Brasília, cuja nascente está localizada em uma área de preservação ambiental, na divisa entre os bairros Vila C Velha e Vila C Nova. A área de estudo possui o terreno levemente inclinado, cercado por áreas de bosque, além de uma extensa área de mata com alta umidade durante a maior parte do ano, provocando a sensação térmica elevada nos meses mais quentes.

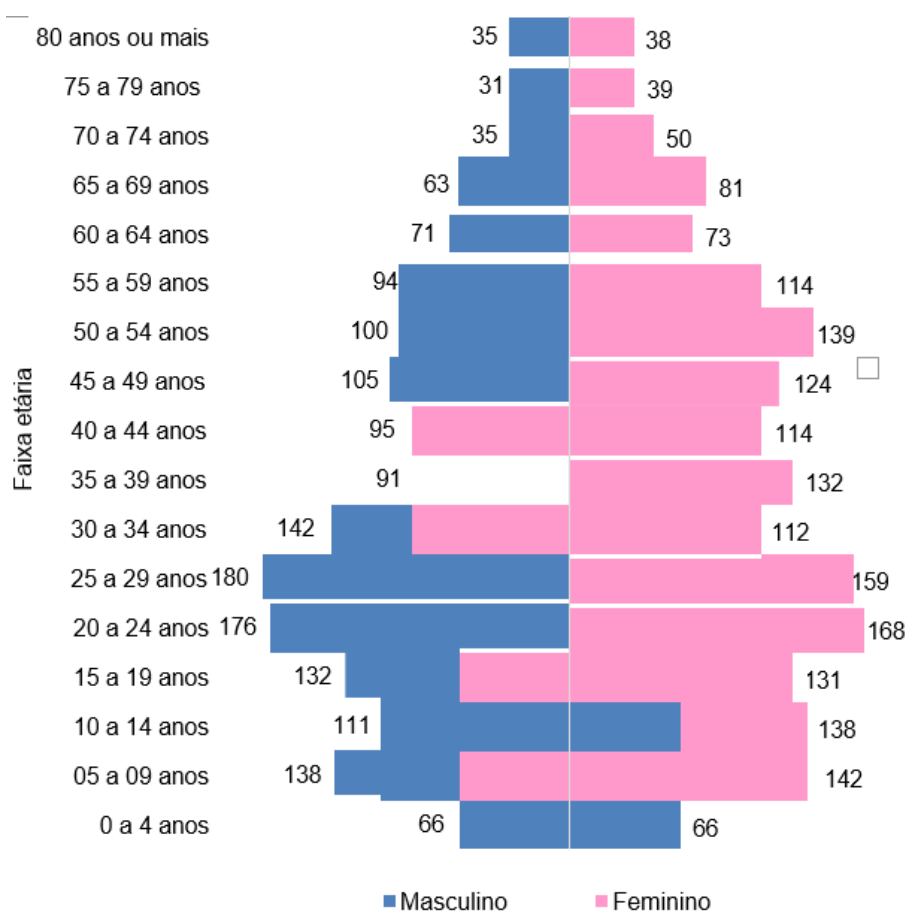
Em relação aos terrenos baldios, atualmente a área possui apenas 1, porém, ressalta-se que nele são evidenciados pontos com depósito de lixo a céu aberto e fontes de poluentes, tornando-o uma área de risco ambiental e de transmissão de doenças. Em todo o território observa-se o descarte inadequado do lixo, resultando em um ambiente propício a afetar o processo saúde-doença da população adscrita da área de abrangência. Além disso, outro ponto de extrema importância é a queimada dos lixos. Segundo a Lei nº 9.605 de 12 de fevereiro de 1998, o ato é configurado como crime de poluição, que coloca em risco a saúde humana, a segurança dos animais, além de promover a destruição da flora (BRASIL, 1998).

3.3 PERFIL DEMOGRÁFICO

De acordo com o e-SUS, no início do mês de março de 2023 havia uma população total de 3.485 indivíduos com cadastros ativos sob responsabilidade

da equipe 3 da área 049 e percebeu-se a saída de 447 cidadãos, dos quais 408 (91,28%) se mudaram e 39 (8,72%) foram a óbito. O número total de pessoas adscritas ao território estaria de acordo com o previsto na PNAB de 2017, que propõe um quantitativo entre 2.000 e 3.500 pessoas vinculadas a cada equipe (BRASIL, 2017a).

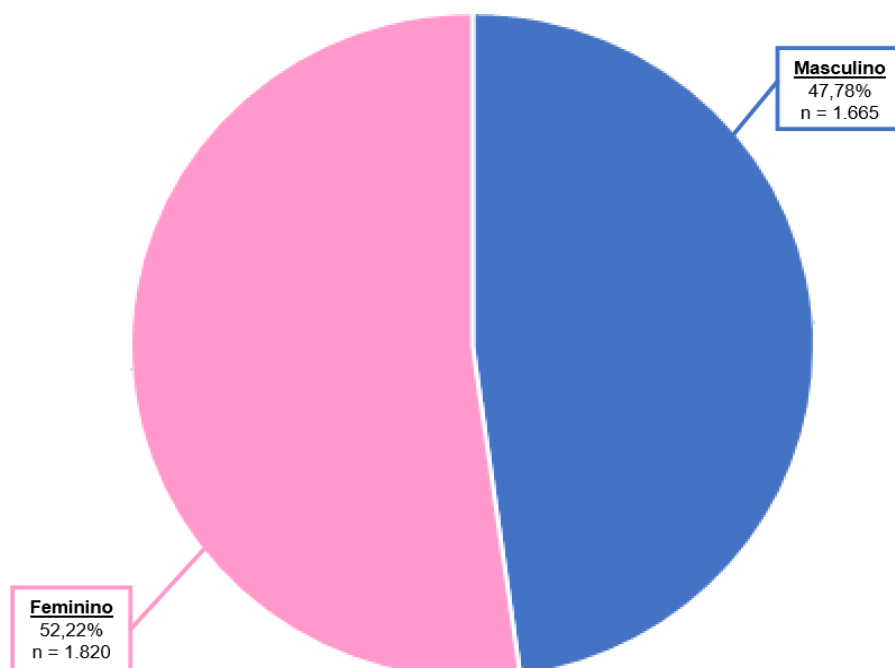
Gráfico 1 – Distribuição da população da área 049 segundo faixa etária e sexo.



Fonte: Adaptado do relatório de cadastro individual do e-SUS, (2023).

Com base no levantamento da distribuição da população da área 049 (Gráfico 1), a faixa etária de 20 a 49 anos tem percentual de 45,85%, mostrando que a maioria da população da equipe 3 corresponde à fase de atividade da vida humana, seja esta expressa nos estudos ou em questões laborais (FOZ DO IGUAÇU, 2018). Nesse contexto, também se evidencia uma predominância feminina, tal como pode ser observado no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Distribuição da população da área 049 segundo sexo.



Fonte: Adaptado do relatório de cadastro individual do e-SUS, (2023).

Ao analisar a nacionalidade, percebe-se que a maioria das pessoas residentes na área 049, são brasileiras, com 3.454 indivíduos, correspondendo a 99,11% da população, com um menor percentual de estrangeiros, 0,89% (31 pessoas). Na região da tríplice fronteira se desenvolve uma série de relações sociais onde estão presentes brasileiros, argentinos, paraguaios e indivíduos de outras nacionalidades, incluindo migrantes, solicitantes de refúgio e refugiados. Ainda, em 2010, com a abertura da UNILA, muitos estudantes de diversas nacionalidades chegaram à região e os serviços locais passaram a absorver as demandas de assistência desses migrantes (FOZ DO IGUAÇU, 2018).

Os migrantes em situação de vulnerabilidade podem ter necessidades específicas de cuidados devido a condições pré-existentes, bem como lesões e doenças relacionadas ao processo migratório. Eles podem ter sofrido violência, exploração ou abuso com consequências para a saúde, tanto física como mental, e podem não ter tido acesso a cuidados de saúde adequados. É necessário analisar os riscos de saúde específicos de cada indivíduo, considerando fatores pessoais, familiares, comunitários, estruturais e circunstanciais. Quando possível, deve ser realizada uma avaliação de saúde completa com uma abordagem de cuidados centrada no migrante (FOZ DO IGUAÇU, 2018).

Também, deve ser garantido ao migrante o acesso a uma fonte contínua e integral de cuidados.

A saúde na terceira idade é determinada pela capacidade individual de atender às necessidades biopsicossociais. A saúde é mais do que apenas a ausência de doenças ou condições médicas, é uma medida da capacidade da pessoa desfrutar da vida e atender às suas necessidades físicas, emocionais e sociais (MORAES et al., 2016). Considerando o grande número da população 60+, uma maneira objetiva de avaliar o risco a que os idosos estão expostos é por meio do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF-20) que classifica os critérios do idoso, como idade, autopercepção da saúde, atividades de vida diária, cognição, humor, mobilidade, comunicação e presença de múltiplas comorbidades. É uma forma abrangente e eficaz de avaliar a saúde do idoso e identificar as áreas que precisam de cuidados adicionais (MORAES et al., 2016).

Dentre os 3.485 usuários, existem 100 pessoas com alguma deficiência. Destas, o maior grupo é o das pessoas com deficiência física, com 58 cidadãos (58%). A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria do Ministério da Saúde nº 1.060/2002 e alterada pelo Decreto nº 5.296/2004, tem como objetivo garantir o acesso das pessoas com deficiência aos estabelecimentos de saúde e desenvolver programas de saúde para a inclusão social das pessoas com deficiência.

3.4 PERFIL SOCIOECONÔMICO

Os dados de renda mensal das famílias da região adstritas à equipe 3 da área 049 mostram que o número de famílias pobres é de 42,72% e extremamente pobres é de 1,98%, sendo menor em relação ao estimado do Brasil segundo o IBGE em 2017, que expõe que 7,5% das famílias vivem em extrema pobreza e 26,5% em pobreza (IBGE, 2017). Este é um dado essencial pois se não é considerado durante o atendimento em saúde isso pode representar obstáculos na linha de cuidado do usuário e na sua passagem pela rede de atenção à saúde, comprometendo a possibilidade de deslocamento para realização de exames complementares, participação em atividades grupais, consulta com especialistas em serviços de atenção especializada e também na aquisição de medicamentos

e outros produtos prescritos pela equipe, tendo um impacto direto no processo saúde-doença.

A partir dos dados coletados, a área 049 possui 111 cidadãos que informaram não possuir nenhum grau de instrução formal, ou seja, 3,19% de analfabetos. Essa percentagem está abaixo da média do município (4,67%) conforme o Atlas do Desenvolvimento Humano de Foz do Iguaçu (2010). Em relação à saúde, a falta de habilidades de leitura e escrita é um fator preocupante, uma vez que pode afetar negativamente a participação do paciente no processo de cuidado com sua própria saúde. Isso pode levar a problemas como baixa adesão ao tratamento e uso inadequado de medicamentos, colocando em risco a saúde do indivíduo. De fato, os profissionais de saúde têm um papel fundamental como fornecedores de informações sobre saúde, e é importante que estejam cientes das estratégias para reduzir a demanda de alfabetização em saúde por meio de uma comunicação interpessoal eficaz.

Por outro lado, a percentagem de desempregados na região (3,10%) é similar à percentagem nacional (8,7% no terceiro trimestre deste ano, segundo o IBGE), o que pode indicar que a situação de empregabilidade na região não é tão crítica quanto em outras partes (Tabela 2). As propostas de intervenção nesse quesito por meio de uma articulação multiprofissional, devem contemplar buscar o fortalecimento das condições de acesso à qualidade de vida pela população em situação de desemprego e oferecer suporte e apoio a esse grupo submetido a diversos riscos psicossociais.

Tabela 2 – Situação no mercado de trabalho.

Descrição	Quantidade	Percentagem
Empregador	5	0,14%
Assalariado com carteira de trabalho	732	21,00%
Assalariado sem carteira de trabalho	133	3,82%
Autônomo com previdência social	23	0,66%
Autônomo sem previdência social	156	4,48%
Aposentado / Pensionista	275	7,89%
Desempregado	108	3,10%
Não trabalha	683	19,60%
Servidor público / Militar	39	1,12%
Outro	140	4,02%
Não informado	1.191	34,18%

Total

3.485

100,00%

Fonte: Adaptado do relatório de cadastro individual do e-SUS, (2023).

Ao abordar a autodeclaração de identidade de orientação sexual e gênero, nota-se que a maioria dos indivíduos não informou esses dados (Tabela 3). Embora não sejam informações obrigatórias, é primordial para a promoção da equidade na atenção à saúde da população LGBTQIA+. Destarte, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, visa aprimorar a assistência prestada à comunidade LGBTQIA+, aprimorar a vigilância em saúde, integrar questões de saúde LGBTQIA+ nos programas de educação continuada para os profissionais e gestores de saúde do SUS e desenvolver materiais e métodos educacionais para promover, proteger e melhorar a saúde dessas pessoas. (BRASIL, 2013c).

Tabela 3 – Deseja informar a orientação de gênero.

Descrição		Quantidade	Percentagem
Deseja informar a orientação de gênero?	Sim	9	0,26%
	Não	2.787	79,97%
	Não informado	689	19,77%
Total		3.485	100,00%

Fonte: Adaptado do relatório de cadastro individual do e-SUS, (2023).

3.5 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Segundo os dados, existe uma precarização na atenção à saúde das crianças menores de cinco anos. Isto, pode ser decorrente de uma falta de acompanhamento por parte da Equipe da UBS, especialmente na questão da busca ativa, a qual é realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Nesse cenário, ressalva-se a necessidade de se ofertar um cuidado contínuo alinhado ao contexto epidemiológico durante a etapa infantil do crescimento e desenvolvimento humano, com o objetivo de fazer uso dos preceitos da APS.

No que se refere à promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos para com as crianças e seus contextos familiares, o programa de puericultura é uma estratégia da APS para acompanhamento dos diversos fatores que envolvem a saúde das crianças. Em vista disso, o Ministério da Saúde prevê que toda criança menor de 2 anos de idade deve passar por consulta de puericultura,

no mínimo 7 vezes no primeiro ano de vida. Aliás, considerando os casos em que as necessidades de saúde demandam maior atenção para com a criança, as consultas podem ser mais frequentes que o padrão geral preconizado (FERREIRA *et al.*, 2019).

Nesse sentido, ressalta-se a importância de se adotarem estratégias para um maior engajamento por parte das famílias a fim de levarem os filhos às consultas de puericultura segundo o período especificado. Para tal fim, a busca ativa se faz imprescindível para a criação do vínculo e disseminação das informações sobre a importância de receber um acompanhamento contínuo através da puericultura com vistas a garantir a qualidade na atenção à saúde por meio do cuidado integral e longitudinal.

De acordo com os dados do e-SUS, apenas 54,17% das crianças menores de um ano (pouco mais da metade da população) estão com o calendário vacinal completo, ou seja, devidamente imunizadas, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde. Esses números destacam a importância da promoção e prevenção da saúde por parte da equipe da USF, de modo que a vacinação seja realizada especialmente durante as consultas de puericultura, momento em que os familiares devem receber informações claras e completas sobre a importância das vacinas. Com isso, é possível atingir a meta de 100% de cobertura vacinal total, aumentando a eficácia da prevenção de doenças preveníveis.

De acordo com o relatório referente ao primeiro trimestre de 2023, pode-se observar que das 10 gestantes registradas na área 049, 70% delas estavam recebendo acompanhamento por meio de consultas de pré-natal realizadas por médico e enfermeira. As grávidas classificadas como Alto Risco e Risco Intermediário recebem cuidados contínuos tanto da equipe de saúde quanto do médico obstetra do Centro de Especialidades Médicas (CEM), para onde são encaminhadas pela médica da área de abrangência. Nesse sentido, o ACS tem a responsabilidade de identificar grupos específicos, como as gestantes, e orientá-las sobre o início adequado e acompanhamento do pré-natal, com o propósito de proporcionar um processo gestacional saudável tanto para a mulher grávida, quanto para o feto em desenvolvimento e a família (AQUINO, 2014).

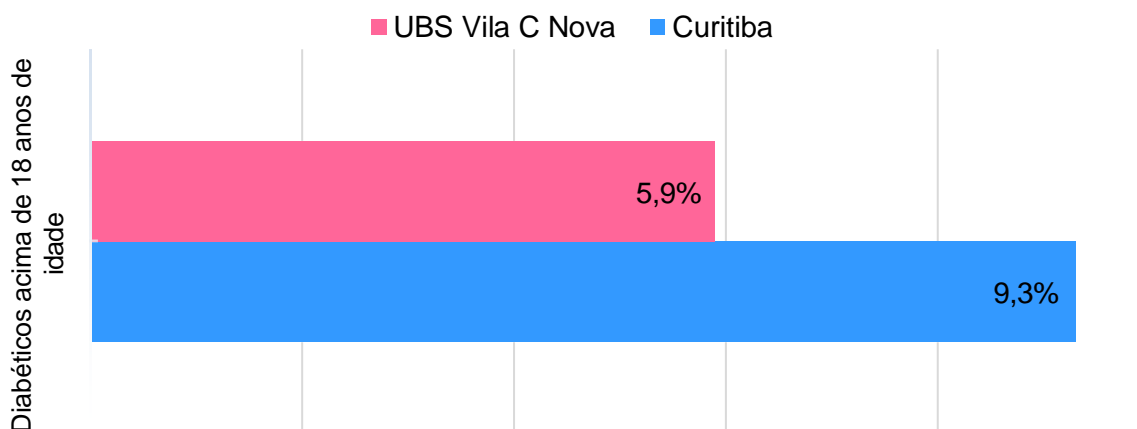
Já, segundo o relatório de risco cardiovascular, comparando-se os dados de Curitiba e da UBS Vila C Nova no que diz respeito à de Hipertensão Arterial

Sistêmica (HAS), observou-se que a população da capital paranaense apresenta uma taxa de diagnóstico de HAS de 28,1%, enquanto na UBS Vila C Nova essa taxa é de 13,8%, abaixo da média de Curitiba (VIGITEL 2021). Perante o exposto e de acordo com o material do Caderno de Atenção Básica (2014c), orienta-se que as consultas médicas e de enfermagem, de preferência, devem ser intercaladas para um seguimento dos casos de HAS. Aliás, deve também ser de acordo com as necessidades específicas segundo cada caso a partir da avaliação do risco cardiovascular feito através do escore de Framingham.

De acordo com o relatório, a população de adultos com mais de 20 anos na área é de 2.561 pessoas, sendo que 3,8% delas afirmaram ser tabagistas. Comparando esses dados com os resultados da pesquisa VIGITEL 2021, que indicam uma população tabagista de 13,1% na capital do Paraná, pode-se observar que o número de tabagistas na área 049 está abaixo da média da cidade. No entanto, essa não é uma questão de saúde menos importante. A USF Vila C Nova não possui atualmente um grupo de tabagismo para oferecer acompanhamento e orientação para aqueles que desejam parar de fumar. Dessa forma, é crucial a implementação de estratégias e grupos de apoio que possam ajudar a melhorar a qualidade de vida e reduzir o número de fumantes na área.

De acordo com o Gráfico 2, a quantidade de indivíduos maiores de 18 anos cadastrados como diabéticos corresponde a 5,9% da população total pertencente a área 049, enquanto na capital do Paraná, o percentual é de 9,28% (VIGITEL, 2021).

Gráfico 3 – Diabetes Mellitus em Curitiba e UBS Vila C Nova.



0,0% 2,0% 4,0% 6,0% 8,0%
 10,0%

Fonte: Adaptado do VIGITEL (2021) e relatório operacional de risco cardiovascular do e-SUS, (2023).

Dessa forma, denota-se que o contexto da USF Vila C Nova não está tão distante da situação vigente em Curitiba. Considerando que a Diabetes Mellitus (DM) apresenta diversas complicações próprias da doença, como retinopatia, pé diabético, nefropatia, entre outras, torna-se uma questão importante no contexto da saúde pública. Diante disso, a linha de cuidado para pacientes diabéticos busca qualificar a atenção à saúde, rastreando portadores e pessoas em risco, já que há um percentual significativo de pessoas que desconhecem ter DM (MUZY *et al.*, 2021).

De acordo com o relatório, houve um registro de 14 casos de infarto agudo do miocárdio (IAM), o que representa 0,55% do total de indivíduos com mais de 20 anos cadastrados na área de abrangência. Além disso, o relatório também destaca a presença de outras condições cardíacas na população, sendo que 63 indivíduos relataram ter doença cardíaca, dentre os quais 10 apresentam insuficiência cardíaca, 33 não possuem um diagnóstico específico e 20 apresentam outros tipos de enfermidades cardíacas.

Também foi registrado um percentual de 1,33% de Acidente Vascular Encefálico (AVE) na população total de adultos com mais de 18 anos, que é de 2.561 indivíduos. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 indicam que a região Sul do Brasil teve uma taxa de 1,8% de pessoas afetadas pelo AVE, ressaltando a importância da promoção, prevenção e tratamento adequado dos fatores de risco envolvidos. É fundamental o desenvolvimento de estratégias eficazes de prevenção e intervenção, a fim de reduzir a incidência de novos casos e os impactos negativos na saúde e qualidade de vida das pessoas afetadas.

Na APS, uma das principais queixas apontadas pelos pacientes é a perturbação da saúde mental. Nesse cenário, estima-se que uma a cada cinco pessoas atendidas apresenta algum transtorno comportamental ou mental, caracterizados geralmente por meio de alterações nas percepções, pensamento, relacionamentos, emoções e comportamento (BRASIL, 2013). No contexto da

área 049, o número de pessoas que tiveram algum problema de transtorno mental diagnosticado é de 2,50% (n = 86) da população total. Destarte, dados da literatura apontam que os principais transtornos mentais identificados nas unidades de saúde são os transtornos de humor como depressão e ansiedade, o que pode ser constatado nas consultas para renovação de receitas, em grande parte, de antidepressivos e/ou ansiolíticos. Em vista disso, uma abordagem biopsicossocial por parte dos profissionais de saúde permite uma atenção e cuidado mais humanizado, dado que os sintomas dos transtornos mentais geram instabilidade emocional e física na rotina diária dos pacientes e familiares (BRASIL, 2013).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base neste estudo, foi possível avaliar a situação atual da unidade e identificar os principais desafios e oportunidades de melhoria para aprimorar o atendimento e os serviços prestados aos usuários da unidade e à comunidade em geral. Nesse sentido, este trabalho permitiu ampliar o entendimento sobre o território, incluindo aspectos territoriais, geográficos, demográficos e socioeconômicos da população vinculada à Equipe 3 da USF Vila C Nova.

No que se refere ao território, foram identificadas diversas questões, incluindo a presença de doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), bem como de doenças de saúde mental, como os transtornos F32 e F41. Para lidar com essa situação, a USF Vila C Nova implementou a estratégia de agendamento para pacientes que estavam na fila de espera por atendimento em saúde mental, a fim de melhorar a estratificação de risco e priorizar o atendimento dos pacientes mais graves. No entanto, é importante ressaltar que ainda não há um Conselho Local de Saúde estabelecido no território, o que limita a compreensão mais ampla desses perfis de saúde.

A Equipe 3 da USF Vila C Nova atende a uma população adstrita de 3.485 cidadãos, o que está dentro da faixa esperada para cada equipe de saúde de acordo com a PNAB. A maioria dos pacientes são crianças, adolescentes e jovens adultos, principalmente entre 5 e 19 anos, e entre 20 e 29 anos. Isso

destaca a importância de identificar fatores de risco associados a infecções respiratórias, doenças sexualmente transmissíveis e infecções urinárias, bem como de implementar estratégias de promoção da saúde, rastreamento e prevenção de doenças evitáveis.

De acordo com a pesquisa, foi identificado que a cobertura vacinal de crianças com menos de 1 ano, está abaixo do recomendado pelo PNI. Assim, é importante que toda a equipe se dedique a aumentar a cobertura vacinal dessas crianças e garantir que elas estejam com suas vacinas em dia. Por último, o conhecimento da equipe e gerência sobre a importância da construção do Diagnóstico Situacional é fundamental para a organização bem-sucedida da atenção em saúde, uma vez que são eles que estão em contato direto com a população adstrita e têm percepções importantes sobre suas necessidades e demandas. Assim mesmo, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), tem um papel importante, uma vez que a obtenção e organização de dados dos usuários da unidade ajuda na elaboração de um planejamento que possa melhorar o atendimento à comunidade e o fluxo de trabalho dos profissionais.

REFERÊNCIAS

AQUINO, M. C. de. **O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ATENÇÃO À GESTANTE E À PUÉRPERA: Repercussões de uma Estratégia de Educação Permanente**. Biblioteca digital brasileira de tese, Salvador, 2014. Disponível em: <https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFBA2_fee0ecb0e3d57feaa678f40ea9ac2ab4>. Acesso em: 9 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. (Série E. Legislação de Saúde). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 08 abr. 2023.

BRASIL. Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu. **Site da Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu**. Disponível em: <<https://www5.pmfi.pr.gov.br/>>. Acesso em: 10 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 340, de 4 de marco de 2013**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0340_04_03_2013.html>. Acesso em: 9 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_sau_de_mental.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 9.605, de 12 de fevereiro de 1998**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9605.htm>. Acesso em: 9 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto n. 5.296, de 2 de dezembro de 2004**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm>. Acesso em: 9 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **e-SUS AB: Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica [Internet]**. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado em 10 de maio de 2023]. Disponível em: <<https://sisaps.saude.gov.br/esus/>>. Acesso em: 20 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **VIGITEL 2021**. Brasília: DF, 2022. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2021.pdf>. Acesso

em: 10 maio 2023.

CULTURA, R. O conjunto habitacional Grande Lago já está pronto e será entregue em outubro. **Rádio Cultura Foz**, 29 set. 2015. Disponível em: <<https://www.radioculturafoz.com.br/2015/09/29/o-conjunto-habitacional-grande-lago-ja-esta-pronto-e-sera-entregue-em-outubro/>>. Acesso em: 13 abr. 2023.

FERREIRA, F. A. et al. **Consulta de puericultura: problemas encontrados em menores de 2 anos**. Revista de Enfermagem online, Joao Pessoa, 2019. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1049353> >. Acesso em: 9 abr. 2023.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **História e fotos**. Foz do Iguaçu: IBGE, 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/foz-do-iguacu/historico>>. Acesso em: 18 abr. 2023.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados**. Foz do Iguaçu: IBGE, 2019. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/foz-do-iguacu.html>>. Acesso em: 29 mar. 2023.

JESUS, R. P. **De Vila Operária a bairro dos trabalhadores: processo de constituição do bairro vila c 1977 a 2008**. 2009. 138 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em História, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Marechal Cândido Rondon, 2009. Disponível em: <https://tede.unioeste.br/bitstream/tede/1764/1/Rodrigo_Jesus_2010>. Acesso em: 01 fev. 2023.

McAuliffe, M., Khadria, B., & Bauloz, C. (2019). World migration report 2020. **Geneva: International Organization for Migration**.

MORAES, E. N. de. et al. **Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil**. Revista Saúde Pública, Minas Gerais, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/HMMB75NZ93YFBzyysMWYgWG/?format=pdf&lang=pt> >. Acesso em: 9 abr. 2023.

MUZY, J. et al. **Prevalência de diabetes mellitus e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/B9Fhg54pjQ677YVx9g3mHwL#>>. Acesso em: 9 abr. 2023.

SANT'ANNA, C. F.; CEZAR -VAZ, M. R.; CARDOSO, L.S. **Comunidade: objeto coletivo do trabalho das enfermeiras da Estratégia Saúde da Família**. Acta Paul Enferm, 2011; 24(3):341. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/ape/a/prgBbkGjxQct4rrfpSprVwq/?format=pdf&lang=pt> >. Acesso em: 9 abr. 2023.

THUM, M. A.; BALDISSEROTTO, J.; CELESTE, R. K. **Utilização do e-SUS AB e fatores associados ao registro de procedimentos e consultas da atenção básica nos municípios brasileiros.** Cadernos de Saúde Pública, Porto Alegre, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/44wNdZPHsqZ7RRQ3FzPJpMp/#>>. Acesso em: 9 abr. 2023.