



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

MEDICINA

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA EQUIPE 01 DA ÁREA 31 DA UNIDADE DE SAÚDE
PADRE MONTI EM FOZ DO IGUAÇU – PR: INDICADORES DE DESEMPENHO
PREVINE BRASIL**

UMA ABORDAGEM LITERÁRIA E ANALÍTICA

GRECIA GISSELLE SILVERO VERA

**Foz do Iguaçu
2022**



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

MEDICINA

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA EQUIPE 01 DA ÁREA 31 DA UNIDADE DE SAÚDE
PADRE MONTI EM FOZ DO IGUAÇU – PR: INDICADORES DE DESEMPENHO
PREVINE BRASIL**

UMA ABORDAGEM LITERÁRIA E ANALÍTICA

GRECIA GISSELLE SILVERO VERA

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

Orientador: Prof. Bruno Costa Sicuro De Moraes
Coorientador: Prof. Flavio Luiz Tavares

**Foz do Iguaçu
2022**

GRECIA GISSELLE SILVERO VERA

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA EQUIPE 01 DA ÁREA 31 DA UNIDADE DE SAÚDE
PADRE MONTI EM FOZ DO IGUAÇU – PR: INDICADORES DE DESEMPENHO
PREVINE BRASIL**

UMA ABORDAGEM LITERÁRIA E ANALÍTICA

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

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Bruno Costa Sicuro De Moraes
UNILA

Coorientador Prof. Flavio Luiz Tavares (Pós-Doutorado)
UNILA

Prof. (Titulação) (Nome do Professor)
UNILA

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de 2022

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Grecia Gisselle Silvero Vera

Curso: Medicina

	Tipo de Documento
(X) graduação	(..) artigo
(..) especialização	(X) trabalho de conclusão de curso
(..) mestrado	(..) monografia
(..) doutorado	(..) dissertação
	(..) tese
	(..) CD/DVD – obras audiovisuais

Título do trabalho acadêmico: Diagnóstico Situacional da equipe 01 da área 31 da Unidade de Saúde Padre Monti em Foz do Iguaçu – PR: Indicadores de Desempenho Previne Brasil – Uma abordagem literária e analítica.

Nome do orientador: Prof. Bruno Costa Sicuro De Moraes

Nome do Coorientador: Prof Flavio Luiz Tavares

Data da Defesa: ____ / ____ / ____

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

- Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.
- Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.
- Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

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

Foz do Iguaçu, ____ de ____ de ____.

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho a minha querida mãe, meu amado esposo, aos meus irmãos ao e aos meus seres queridos que partiram desta vida, pilares da minha formação como ser humano.

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus por iluminar a minha vida, minha jornada de cada dia, por manter-me firme e todo momento, por ajudarem a superar cada adversidade.

A minha linda mãe por toda a educação, cuidado amor e incentivo, e principalmente por dar-me todo o apoio que precisei nesta jornada.

A meu amado companheiro que Deus me colocou para caminhar o resto da minha vida meu esposo, que sempre esteve no meu lado nos bons momentos, mas principalmente nos difíceis, dando-me todo apoio que podia.

Aos irmãos (IGLLG) por serem umas das pessoas mais importantes na minha vida, pelas brigas e brincadeiras durante o nosso crescimento desde a infância hasta hoje em dia, vocês são uns dos motivos pelos quais não posso deixar de batalhar, agradeço todo o apoio que recebo de vocês.

Aos meus seres queridos (RZL) que já não estão de forma presencial para compartilharem comigo este momento, mas sei que desde onde eles estejam estarão felizes por mim.

A uma pessoa que também faz parte da minha vida a minha cunhada por estar presente e por brindar-me um apoio incondicional nesta minha jornada.

Não posso deixar atrás aos meus professores orientadores que me auxiliaram nesta etapa da minha vida, ao professor Bruno e Flavio, não tenho palavras para agradecer o que vocês fizeram por mim por estarem nesta fase da minha vida, não sou por auxiliar-me, mas também pela sua amizade

À universidade por abrir as portas para conseguir tornar meus sonhos em realidade, uma trajetória difícil, mas que consegui superar, aos professores que exerceram sua profissão com tanta dedicação e retidão.

A todos a minha eterna Gratidão.

Mas sejam fortes e não desanimem pois o trabalho de vocês será recompensado.

2 crônicas 15:7

RESUMO

Introdução: Em 1988 formulou-se uma nova constituição Brasileira na qual se estabeleceram as bases para o modelo atual de assistência pública à área da saúde, sendo então instituídos seus princípios norteadores. Nesta carta magna, o cumprimento dos mesmos passou a ser responsabilidade compartilhada entre gestores públicos das esferas federal, estadual e municipal. Um dos métodos para cumprir as responsabilidades da Atenção Primária à Saúde (APS) ocorre por meio do diagnóstico situacional. Este pode ser entendido como o resultado de um processo de coleta, tratamento e análise dos dados colhidos no local onde se deseja realizá-lo. A territorialização representa um importante instrumento de coordenação dos processos de trabalho e das práticas de saúde, não sendo um processo exclusivo o conhecimento apenas de pontos relacionados sobre a área de abrangência. **Objetivo:** Elaborar o perfil para o diagnóstico situacional da equipe 01 da UBS Padre Monti em Foz do Iguaçu-PR, correspondente à área 31 (INE:0000384682), para poder avaliar e entender o novo modelo de financiamento da atenção primária à saúde (Previne Brasil), e auxiliar na elaboração de planos que melhorem o conhecimento sobre o tema e ajudem a desenvolver estratégias voltadas para as necessidades do território e usuários, assim como a melhoria dos indicadores de saúde da equipe e respectiva população. **Metodologia/Resultados:** Delineamento do estudo inclui uma abordagem qualitativa procurando analisar e refletir sobre os dados coletados, levando em consideração todas as nuances subjetivas ao diagnóstico situacional da UBS Padre Monti, realizado entre as datas de novembro e dezembro de 2021. Utilizando-se materiais de apoio (PNS 2019, IBGE, Portarias produzidas pelo Ministério de Saúde, Sociedades médicas brasileiras etc.). **Considerações finais:** Os dados obtidos após a análise dos perfis socioeconômico, demográfico e epidemiológico ajudam na realização de estratégias para um melhor cuidado da população com certas condições de saúde, um conhecimento da população inserida na área (RN, crianças menores de 5 anos, gestantes/puérperas etc.) assim como a população alvo para rastreios e aqueles que necessitam de acompanhamentos por meio de visitas domiciliares e consultas com médico/enfermeiro de forma mais regular, possibilitando desta forma entender como o programa previne Brasil está sendo implementado com o intuito de acolher melhor aquelas populações desprovidas de assistência à saúde.

Palavras chaves: Diagnóstico situacional. Territorialização. Atenção primária à saúde. Coordenação do cuidado. Financiamento. Previne Brasil.

RESUMEN

Introducción: En el año de 1988, se formuló una nueva constitución brasileña, en la que se establecieron las bases del actual modelo de asistencia pública en el área de la salud, y luego se instituyeron sus principios rectores. En esta carta magna, el cumplimiento de los mismos pasos se convierte en una responsabilidad compartida entre los gestores públicos a nivel federal, estatal y municipal. Uno de los métodos para cumplir con las responsabilidades de la Atención Primaria de Salud (APS) es a través del diagnóstico situacional. Esta puede entenderse como el resultado de un proceso de recogida, tratamiento y análisis de los datos recogidos en el lugar donde se quiere llevar a cabo. La territorialización representa una herramienta importante para la coordinación de procesos de trabajo y prácticas de salud, siendo el conocimiento sólo de puntos relacionados con el área de cobertura, no siendo un proceso excluyente. **Objetivo:** Elaborar el perfil para el diagnóstico situacional del equipo 01 de la UBS Padre Monti en Foz do Iguazu-PR, correspondiente al área 31 (INE:0000384682), para poder evaluar y comprender el nuevo modelo de financiación de la atención primaria de salud care (Previne Brasil), y auxiliar en la elaboración de planes que mejoren el conocimiento sobre el tema y ayuden a desarrollar estrategias dirigidas a las necesidades del territorio y de los usuarios, así como a la mejora de los indicadores de salud del equipo y población respectiva. **Metodología/Resultados:** El diseño del estudio incluye un abordaje cualitativo, buscando analizar y reflexionar sobre los datos recolectados, teniendo en cuenta todos los matices subjetivos del diagnóstico situacional de la UBS Padre Monti, realizado entre noviembre y diciembre de 2021. Utilizando materiales de apoyo (PNS 2019, IBGE, Ordenanzas del Ministerio de Salud, sociedades médicas brasileñas, etc.). **Consideraciones finales:** Los datos obtenidos luego del análisis de los perfiles socioeconómico, demográfico y epidemiológico ayudan en la implementación de estrategias para una mejor atención de la población con ciertas condiciones de salud, conocimiento de la población inserta en el área (RN, niños menores de 5 años, gestantes /mujeres puérperas, etc.), así como la población objetivo para el tamizaje y aquellas que necesitan seguimiento a través de visitas domiciliarias y consultas con un médico/enfermera de forma más regular, lo que permite comprender cómo funciona el programa Previne Brasil. siendo implementado con el objetivo de acomodar mejor a aquellas poblaciones carentes de atención médica.

Palabras clave: Diagnóstico situacional. territorialización. Primeros auxilios. Coordinación de cuidados. Financiación. Previne Brasil.

ABSTRACT

Introduction: In 1988, a new Brazilian constitution was formulated, in which the bases for the current model of public assistance in the health area were established, and its guiding principles were then instituted. In this magna carta, compliance with the same steps becomes a shared responsibility among public managers at the federal, state and municipal levels. One of the methods to fulfill Primary Health Care (PHC) responsibilities is through situational diagnosis. This can be understood as the result of a process of collecting, processing, and analyzing the data collected in the place where you want to carry it out. Territorialization represents an important tool for coordinating work processes and health practices, with knowledge only of related points about the coverage area not being an exclusive process. **Objective:** To elaborate the profile for the situational diagnosis of team 01 of UBS Padre Monti in Foz do Iguaçu-PR, corresponding to area 31 (INE:0000384682), in order to be able to evaluate and understand the new financing model of primary health care (Previne Brazil), and assist in the preparation of plans that improve knowledge on the subject and help to develop strategies aimed at the needs of the territory and users, as well as the improvement of the health indicators of the team and the respective population. **Methodology/Results:** The study design includes a qualitative approach, seeking to analyze and reflect on the collected data, taking into account all the subjective nuances of the situational diagnosis of UBS Padre Monti, carried out between November and December 2021. Using materials support (PNS 2019, IBGE, Ordinances produced by the Ministry of Health, Brazilian medical societies, etc.). **Final considerations:** The data obtained after analyzing the socioeconomic, demographic and epidemiological profiles help in implementing strategies for better care of the population with certain health conditions, knowledge of the population inserted in the area (NB, children under 5 years of age, pregnant women /postpartum women, etc.) as well as the target population for screening and those who need follow-up through home visits and consultations with a doctor/nurse on a more regular basis, thus making it possible to understand how the Prevent Brazil program is being implemented with the aim of better accommodate those populations devoid of health care.

Keywords: Situational diagnosis. territorialization. Primary health care. Care coordination. Financing. Prevent Brail.

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Fotografia 1: Equipe 01 da UBS Padre Monti	26
Fotografia 2: Antiga Unidade CAIC - Porto Meira	27
Fotografia 3: UBS 24 horas Padre Ítalo	27
Fotografia 4: Poliambulatório Nossa Senhora Aparecida	28
Fotografia 5: UBS Padre Monti	28
Fotografia 6: Entrada da UBS Padre Monti.....	29
Fotografia 7: Farmácia UBS localizada na ala central do prédio	30
Fotografia 8: Membros da Unidade Padre Monti	31
Fotografia 9: Recepção.....	32
Fotografia 10: Consultório Medico	33
Fotografia 11: Sala de Acolhimento	33
Fotografia 12: Consultório de Enfermagem	33
Fotografia 13: Sala de Vacinação.....	34
Fotografia 14: Consultório Odontológico	34
Fotografia 15: Sala da Gerente.....	34
Fotografia 16: Copa	35
Fotografia 17: Almoxarifado.....	35

LISTA DE IMAGEM

IMAGEM 1	Padrões Mínimos de estrutura física para UBS porte 3.....	31
IMAGEM 2	Condições de moradias da área 31, UBS Padre Monti	37
IMAGEM 3	Distância da UBS Padre Monti até o Centro da Cidade	37
IMAGEM 4	Área de abrangência da área 31	38
IMAGEM 5	Bairros Incluídos dentro da área 31	38
IMAGEM 6	Delimitação das áreas das equipes dentro do território da UBS	39
IMAGEM 7	Distribuição das Microáreas da equipe 01	40
IMAGEM 8	Principais pontos estratégicos localizados na área 31	41
IMAGEM 9	Renda dos moradores da área 31	42
IMAGEM 10	Material predominante na construção das paredes externas	45
IMAGEM 11	Forma de escoamento do banheiro	47
IMAGEM 12	Destino do Lixo	47
IMAGEM 13	Disponibilidade de energia elétrica	47
IMAGEM 14	Animas nos domicílios	48
IMAGEM 15	Dados sobre a população da área 31	49
IMAGEM 16	Projeção da População Brasileira	50
IMAGEM 17	Distribuição da população por sexo e idade - Foz do Iguaçu	51
IMAGEM 18	Pirâmide de risco funcional para população	61
IMAGEM 19	Grau de Escolaridade da população da área 31	65
IMAGEM: 20	Identidade de gênero e orientação sexual.....	68
IMAGEM 21	Ocupações mais frequentes dentro da área 31	70
IMAGEM 22	Renda por pessoas em Foz do Iguaçu no ano de 2010	72
IMAGEM 23	Pessoas em condições de Rua	73
IMAGEM 24	Árvore de Problemas do Programa Previne Brasil	112

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Condições de moradias da área 31	43
Figura 2: Condição de Moradia	44
Figura 3: Tipos de acesso aos domicílios	45
Figura 4: Abastecimento de água.....	46
Figura 5: Condição de água para consumo	46
Figura 6: População de acordo com o sexo	49
Figura 7: Distribuição da população por sexo e idade.....	52
Figura 8: Comparação entre a área 31 e Foz do Iguaçu.....	52
Figura 9: População de acordo com a Nacionalidade	53
Figura 10: População de acordo ao serviço de saúde utilizado	54
Figura 11: População menores de 5 anos de acordo ao sexo	56
Figura 12: População Feminina elegível para preventivo.....	58
Figura 13: População feminina entre 50 a 69 anos de idade, elegível para rastreamento do câncer de mama.....	59
Figura 14: População elegível para estratificação de risco	60
Figura 15: População acima de 18 anos indicado para rastreamento de hipertensão arterial.	62
Figura 16: População entre 10 a 19 anos elegíveis para cuidado e EPS.....	63
Figura 17: População da área 31 com deficiência.....	67
Figura 18: Parâmetros de comparação entre Foz do Iguaçu e a área 31	67
Figura 19: Situação Laboral dentro do território da área 31	69
Figura 20: Renda Familiar da população da área 31	72
Figura 21: Percentil da população infantil até 5 anos de idade	74
Figura 22: Acompanhamento das crianças menores de 2 anos.....	74
Figura 23: Acompanhamento das crianças menores de 2 nos últimos 4 meses.....	75
Figura 24: Acompanhamento médico das crianças de 2 a 5 anos	75
Figura 25: Acompanhamento de crianças de 2 a 5 anos a menos de 1 ano.....	76
Figura 26: Registro de Primeira consulta na criança.....	76
Figura 27: Acompanhamento do ACS a Crianças menores de 5 anos	77
Figura 28: Acompanhamento das crianças menores de 5 anos nos últimos 2 meses	77
Figura 29: Medidas antropométricas das crianças	78

Figura 30: Estado Nutricional das Crianças	79
Figura 31: Situação Vacinal.....	80
Figura 32: Registro de Consulta das Gestantes/Puérperas	81
Figura 33: Acompanhamento de Gestante/Puérperas no último mês	81
Figura 34: Registos das gestantes/puérperas acompanhadas pelo ACS	82
Figura 35: Visitas domiciliar nos últimos meses	82
Figura 36: Registro Odontológicos das Gestantes.....	83
Figura 37: Condição de DPP das Gestantes/Puérperas	83
Figura 38: Consultas de Puerpério.....	84
Figura 39: Proporção de Gestantes Adolescentes	85
Figura 40: Porcentagem das gestantes da área 31 de acordo a estratificação de risco	86
Figura 41: Pessoas maiores de 18 anos com HAS	88
Figura 42: Cadastro de pessoas Hipertensas	88
Figura 43: Consultas de Hipertensos	89
Figura 44: Visita dos ACS aos Hipertensos.....	90
Figura 45: População com Diabetes Mellitus	91
Figura 46: Registro de Consultas dos pacientes com DM.....	91
Figura 47: População diabética com registro de Consulta Odontológica	92
Figura 48: Visita domiciliar dos ACS aos pacientes com DM.....	93
Figura 49: Pacientes HAS e DM associados.....	93
Figura 50: Porcentagem da População Fumante	94
Figura 51: Tabagistas da população da área 31	95
Figura 52: Pessoas com Infarto na área 31	96
Figura 53: Pessoas com AVC/Derrame	96
Figura 54: Incidência de Tuberculose	98
Figura 55: População com acometimento pulmonar	100
Figura 56: Proporção da população total com câncer na área 31	101
Figura 57: População acima de 20 anos com câncer.....	101
Figura 58: População com mais de 20 anos com doença renal	103
Figura 59: Acometimento Renal na população acima de 30 anos.....	103
Figura 60: Condição de peso da população	104
Figura 61: Pessoas com excesso de peso.....	105

Figura 62: Pessoas acamadas	106
Figura 63: População Internada nos últimos 12 meses.....	106
Figura 64: Pessoas com Doença Mental.....	107
Figura 65: População usuárias de substâncias ilícitas	108
Figura 66: População maiores de 20 anos usuários de substâncias ilícitas	109

LISTA DE TABELA

Tabela 1: Indicadores de Pagamento	114
Tabela 2: Indicadores de desempenho.....	116

ACRÔNIMOS E SIGNIFICADOS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
AVD	Atividades básicas da vida diária
CAIC	Centro de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DATASUS	Departamento Informático do SUS
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DCV	Doença Cardiovascular
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DIAB	Diretoria de Atenção Básica
DM	Diabetes Mellitus
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DPP	Data Provável do Parto
EPS	Educação Permanente em Saúde
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FRCV	Fator de Risco Cardiovascular
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HbA1c	Hemoglobina Glicada
HURSO	Hospital de Urgência da Região Sudoeste

IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
IMC	Índice de Massa Corporal
INE	Identificador Nacional de Equipes
LGBTQIA+	Lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis, queer, intersexo e assexuais
LOA	Lesões em Órgãos-alvo
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RN	Recém-nascido
SANEPAR	Companhia de Saneamento do Paraná
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TOTG	Teste Oral de Tolerância à Glicose
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	20
2. OBJETIVOS	22
OBJETIVO GERAL	22
OBJETIVOS ESPECIFICOS	22
3. CAMINHO TEÓRICO - METODOLÓGICO	23
4. DESENVOLVIMENTO	25
4.1 Seção Perfil Institucional.....	25
4.2 Diagnóstico Local: Perfil Territorial – Equipe 31.....	36
4.2.1 Território.....	36
4.2.2 Geografia e Ambiente.....	39
4.2.3 Delimitação Do Território Da UBS No Mapa.....	39
4.2.4 Renda Familiar dos moradores do território da área 31	42
4.2.5 Urbanização e acesso	42
4.2.6 Características dos domicílios/condições de moradia	43
4.3 Perfil Demográfico	48
4.3.1 População total sob responsabilidade da equipe.....	48
4.3.2 População segundo faixa etária, sexo	49
4.3.3 Percentual de pessoas por raça.....	52
4.3.4 Nacionalidade brasileira, estrangeira e naturalizados	53
4.3.5 População com plano de saúde.	53
4.3.6 Identificação de população alvo para prevenção e promoção de saúde segundo faixa etária – crianças menores de 2 anos e menores de 5 anos. 54	
4.3.7 População feminina entre 25 anos e 64 anos de idade elegível para rastreamento de câncer de colo feminino.....	56
4.3.8 População feminina entre 50 a 69 anos de idade, elegível para rastreamento do câncer de mama.....	58

4.3.9	População com idade maior que 60 anos elegível para estratificação de risco do idoso.	59
4.3.10	População acima de 18 anos de idade para realizar o rastreamento de hipertensão arterial.	61
4.3.11	População entre 10 a 19 anos de idade elegível para cuidados e EPS ao adolescente.	62
4.4	Perfil Socioeconômico.....	64
4.4.1	Educação.....	64
4.4.2	Nº total de família segundo o grau de risco	66
4.4.3	Plano de Saúde privado	66
4.4.4	Pessoas com deficiência	66
4.4.5	População LGBTQIA+	68
4.4.6	Ocupação mais frequente no território.....	68
4.4.7	Pessoas pobres e extremamente pobres da área 31.....	71
4.4.8	Cidadãos em situação de rua	73
4.5	Perfil Epidemiológico.....	73
4.5.1	Crianças menores de 5 anos	73
4.5.2	Gestantes	80
4.5.3	Adultos - Condições e patologias prioritárias para a faixa etária adulta, podendo abranger outras faixas etárias.	87
4.6	Formulação do Programa de Financiamento da APS – Previne Brasil. 109	
4.6.1	Indicadores De Saúde	113
4.6.2	Perfil dos Indicadores de desempenho da equipe de referência para o Financiamento da APS	114
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
	BIBLIOGRAFIA	120

1. INTRODUÇÃO

No ano de 1988 formulou-se a constituição Brasileira onde estabeleceu as bases para o modelo atual de assistência pública à saúde, instituindo o princípio de universalidade, a descentralização a municípios e um novo formato de organização dos serviços de saúde, sob lógica de integralidade, da regionalização e da hierarquização, com definição de porta de entrada. Menciona-se também que as ações preventivas e curativas passaram a ser responsabilidade compartilhada entre gestores públicos das esferas federais, estaduais e municipais.

Subsequentemente para a consumação e operacionalização da regulamentação foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei 8080/1990, que abarca as ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, com o objetivo de realizar o gerenciamento de forma direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

A atenção Primária à Saúde é responsável por fornecer cuidados primários à população, por meio de ações de promoções e proteções da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos e doenças, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde no SUS, sendo assim mais de 40mil unidades de saúde nas quais atuam aproximadamente 700 mil profissionais em todos os municípios do País (Brasil, 2021).

Um dos métodos para cumprir as responsabilidades da APS é por meio do diagnóstico situacional. Entende-se por diagnóstico situacional o resultado de um processo de coleta, tratamento e análise dos dados colhidos no local onde se deseja realizá-lo. Sendo um instrumento que ajuda conhecer os problemas e as necessidades sociais como: necessidade de saúde, educação, saneamento, segurança, transporte e habitação. Tal como proporciona entender como é a organização dos serviços de saúde (SANT'ANNA, *et. al* (2011), citado por SILVA *et, al* (2016)).

Monken & Barcellos (2005), citado por Santos & Rigotto (2011) determinam que territorialização representa um importante instrumento de coordenação dos processos

de trabalho e das práticas de saúde. A execução das práticas de saúde sobre um territorial já vem sendo utilizada por distintas iniciativas no SUS. Sendo o território o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças (PEREIRA e BARCELLOS, 2006).

Para Santos & Rigotto (2011), não é processo da territorialização a exclusividade de conhecer apenas pontos relacionados sobre área de abrangência, senão, também identificar todos os aspectos envolvidos no processo saúde-doença daquela população, para planejar ações que envolvam a promoção da saúde, prevenção das doenças, recuperação e reabilitação. Além de oferecer dados que ajudam na vigilância epidemiológica. A AB se torna a principal fonte de indicadores de saúde, tendo importante impacto no financiamento das ESF.

Para garantir a oferta das ações e serviços essenciais da APS, para um impacto efetivo na situação de saúde da população, o Ministério da Saúde (MS) tem o compromisso de destinar, mensalmente, recursos federais para compor o financiamento tripartite de APS, de maneira regular e automática, prevendo entre outras formas, a transferência entre o Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde para custeio e investimento de ações e serviços (BRASIL, 2017).

Neste ponto diante da relevância de superar desafios organizacionais e garantir recursos para APS, um método de financiamento que busca consolidar esses níveis de atenção como um potente ordenador do sistema de saúde, concretizando os principais da universalidade, da integralidade e da equidade do SUS. Com essa perspectiva no ano de 2019 pactuou-se, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) a elaboração do modelo financeiro que culminou na publicação da Portaria GM/MS nº 2.979, na qual ficou instituído o Programa Previne Brasil (BRASIL, 2019 e 2011).

Neste intuito, o nascimento e aplicação do objetivo “Desenvolver a construção do perfil para o diagnóstico situacional da equipe 01 da UBS Padre Monti em Foz do Iguaçu-PR, correspondente a área 31 (INE:0000384682), para poder avaliar e entender o novo modelo de financiamento da atenção primária à saúde (Previne Brasil), e poder planejar planos que melhorem o conhecimento sobre o tema e ajudem a desenvolver estratégias voltadas para as necessidades do território e usuários, assim como a melhoria dos indicadores de saúde da equipe”.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Desenvolver a construção do perfil para o diagnóstico situacional da equipe 01 da UBS Padre Monti em Foz do Iguaçu-PR, correspondente a área 31 (INE:0000384682), para poder avaliar e entender o novo modelo de financiamento da atenção primária à saúde (Previne Brasil), e poder planejar planos que melhorem o conhecimento sobre o tema e ajudem a desenvolver estratégias voltadas para as necessidades do território e usuários, assim como a melhoria dos indicadores de saúde da equipe.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analisar o perfil institucional nos aspectos de recursos humanos, sua relação com a portaria do MS Nº 340/2013, resolução RDC Nº 50/2002 da Anvisa, rotina dos serviços e a integração da UBS com instituições de ensino e prefeitura;
- Identificar e conhecer o território da área de abrangência da equipe, delimitação territorial, famílias, urbanismo e características dos domicílios e condições de moradia.
- Analisar o perfil demográfico da População total sob responsabilidade da equipe 31
- Estratificar a população adscrita segundo sexo, faixa etária, raça, nacionalidade e LGBTQIA+.
- Analisar condições socioeconômicas e níveis de escolaridade.
- Identificar quadro epidemiológico de condições de saúde (HAS, DM, obesidade, gestação, câncer, tabagismo, acamados, e outras condições relevantes)
- Identificar provável população alvo para com o intuito de ofertar prevenções e promoções de saúde.
- Indicadores de saúde: conceitos e utilidades
- Entender sobre os modelos de financiamento de sistema de saúde e pagamento por serviços de saúde.
- Analisar o perfil dos indicadores de desempenho da equipe

3. CAMINHO TEÓRICO - METODOLÓGICO

Delineamento do estudo:

Atendendo aos objetivos traçados neste trabalho, foi utilizada uma abordagem de pesquisa mista, que incluiu a análise documental por meio de abordagens qualitativas.

A abordagem qualitativa deste estudo procura analisar e refletir os dados coletados, levando em consideração todas as nuances subjetivas aos Diagnóstico Situacional de uma determinada localidade e os indicadores de desempenho em saúde. Este trabalho buscou identificar os temas “Diagnóstico Situacionais” e “Indicadores de saúde”, ou dizer, a priori houve necessidade de conhecer o objetivo de estudo e sua incorporação.

Documentos

Para alcance dos objetivos pretendidos foram realizadas a utilização do roteiro disponível no Guia do Internato (Plano de estágio) como modelo guia, seguido de estudos de dados correspondendo então a avaliação dos registros dos profissionais da equipe, extraídos do e-SUS, dos Relatórios Consolidados de Cadastros Domiciliar e Territorial, do Cadastro Individual, do Relatório Consolidado de Situação do Território e do Cadastro Territorial. Sendo estes dados avaliados, com a data de 21 de novembro de 2021. A parte correspondente dos indicadores de Saúde foram extraídos diretamente de e-gestor e IBGE.

Também foi adotado a revisão bibliográfica dos conceitos relevantes de Atenção Primária a Saúde e seu financiamento, assim como análise crítica dos normativas que disciplinam o novo modelo proposto e artigos publicados pela equipe do Ministério da saúde versando sobre o processo de elaboração, que serão citados ao longo do trabalho.

A seção primária do trabalho foi dedicada a revisão da literatura sobre a Atenção Primária à Saúde e ao modelo de financiamentos. Foi realizada a coleta indireta de dados por meio de pesquisa documental abrangendo materiais de leituras em livros, buscas selecionadas nas bases de dados de Pubmed, Scielo, UpToDate, assim como páginas da OMS, Portarias do Ministério de saúde do Brasil, Notas técnicas

produzidos pelos Ministério de Saúde, ANVISA, DATASUS, CNES e IBGE. Utilizando os DeCS: Territorialização da Atenção Primária; Diagnóstico da Situação de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde; Assistência Integral à Saúde; Assistência Integral à Saúde da Mulher; Assistência Integral à Saúde da Criança e do Adolescente; Assistência Integral à Saúde do Idoso; Fatores de Risco de Doenças Cardíacas; Programas de Rastreamento, Indicadores de Saúde, e Previnde Brasil.

Na seção secundária parte do trabalho foram avaliados a adequação dos estudos, notas técnicas e normativas. Foram utilizadas as técnicas de árvore de problema matriz de modelo logico.

Na seção terceira parte do trabalho se dedicou a identificar e avaliar os principais risco para concretização dos objetivos do programa previne brasil, e como esse novo modelo de financiamento da APS está dentro do Município de Foz do Iguaçu

4. DESENVOLVIMENTO

4.1 Seção Perfil Institucional

Secretaria Municipal De Saúde De Foz Do Iguaçu

Diretoria De Atenção Básica

Nome do Distrito Sanitário: Distrito Sul

Nome da Unidade de Saúde: UBS Padre Monti

Gerente da UBS: Rosangela Valentin dos Santos

Fisioterapeuta do Distrito: 1 profissional

Servidores Terceirizados

- **Técnica de Enfermagem para Laboratório:** 1 profissional
- **Recepção:** 4 profissionais
- **Zeladoras:** 2 profissionais

Farmacêutica: 3 profissionais

CNES da UBS: 3448363

Nº da Equipe: 1

INE: 0000384682

Área de Cobertura: Área 31

Tipo de Equipe: ESF

Reuniões da equipe: Quinzenais, nas sextas-feiras.

E-mail: esfpadremonti@gmail.com; us.padremonti@pmfi.pr.gov.br;

Telefone: (45) 9 9973-0460; (45) 3529-7497 RAMAL 204

Composição da Equipe 31 e Alunos de Medicina

- **Médico:** Felipe Sgorla (Clínico Geral)
- **Enfermeira:** Cinthya de Fátima Oliveira Strada
- **Auxiliares de enfermagem:** Dirce Maria do Nascimento e Marines Muniz Neckel.

- **ACS's:** sete profissionais. Adriana Borges dos Chagas; André Jones Dorlenes Bittencourt; Elaine Luise Wille; Gisele Cristina da Silva Oliveira; Jefferson Gregório Franco; Luciane Aparecida de Souza; Vera Lúcia de Araújo
- **Dentista da Equipe:** Elizabeth Pletkovitz
- **Auxiliar de dentista:** Suellen Alves
- **Interno/a de medicina:** Grecia Gisselle Silvero Vera e Maurício Lucas Honetta Anziliero

Fotografia 1: Equipe 01 da UBS Padre Monti



Fonte: Autor

A unidade de saúde CAIC – Porto Meira, contava com as equipes das áreas 31 e 42. Estava localizada na R. Paulino Ferreira, Vila Boa Esperança, Foz do Iguaçu – PR. (Fotografia 2). A unidade sofreu mudança na localização devido a necessidade de reforma e ampliação. No decorrer desse processo, acabou se tornando a UBS 24hrs Padre Ítalo (conhecida popularmente como Upinha), para atender a alta demanda de casos de dengue encontrada nessa região, no ano de 2019. Como ambas as unidades estariam muito próximas, foi necessário a transferência dessas duas equipes para a UBS Padre Monti, se fundindo com a equipe da área 41.

Fotografia 2: Antiga Unidade CAIC - Porto Meira



Fonte: Autor

Segundo o prefeito Chico Brasileiro, em uma entrevista publicada em março de 2020: a região do Porto Meira tem 50 mil moradores. A unidade (Padre Ítalo) é fundamental para atender a alta demanda da região, distribuir os serviços e melhorar o fluxo de atendimento em Foz do Iguaçu (Fotografia 3). Sendo essa, outra explicação para a modificação da localidade da UBS CAIC para o complexo de saúde do Poliambulatório Nossa Senhora Aparecida, onde ocupa hoje a ala sul do prédio (Fotografia 4).

Fotografia 3: UBS 24 horas Padre Ítalo



Fonte: Autor

A Congressão Filhos Imaculada Conceição e o Instituto das Irmãs de Nossa Senhora Consoladora criaram o local (Poliambulatório) em 1997. Em 1998 o curso de enfermagem da UNIOESTE passou a realizar atendimentos no local. A partir daí a

prefeitura realizou contrato de aluguel com o Poliambulatório para que ele abrigasse a UBS Padre Monti e o Centro de Especialidades Médicas.

Fotografia 4: Poliambulatório Nossa Senhora Aparecida



Fonte: Autor

A UBS Padre Monti está localizada sobre a Av. Morenitas, nº 2047, CEP 85855190, no bairro Jardim Morenitas II, na cidade de Foz do Iguaçu - PR, próximo à fronteira com a Argentina (Fotografia 5 e 6). Estando localizada no prédio do Poliambulatório Nossa Senhora Aparecida que conta com diversas especialidades médicas. A UBS está localizada entorno de 3 grandes invasões urbanas (Morenitas 1 e 2 e o BUBAS – assentamentos). A região onde está localizada a UBS Padre Monti é uma região estigmatizada pela pobreza, nos últimos anos tem vivenciado avanço econômico e de urbanização.

Fotografia 5: UBS Padre Monti



Fonte: Autor

Fotografia 6: Entrada da UBS Padre Monti



Fonte: Autor

Para acesso à UBS, logo à frente existe um ponto de ônibus, uma ciclovia, uma faixa de pedestre elevada, uma avenida de mão dupla (asfaltada) e espaço para estacionamento, que facilita o acesso para usuários com mobilidade reduzida. O prédio conta também com estacionamento para os usuários e profissionais dentro do terreno, mas o espaço não possui sinalização de vagas. O estacionamento conta com pavimentação poliédrica e isso prejudica a mobilidade de cadeirantes ao estacionarem nesse local. O acesso final se dá pelo portão do Poliambulatório, por uma calçada que leva até a recepção da UBS.

A UBS funciona de segunda-feira à sexta-feira, das 7:00 até as 19:00 horas. Contando com três equipes de saúde que cobrem suas respectivas áreas em horários distintos (Fotografia 7):

- Área 31: segunda-feira a sexta-feira das 7:00 às 13:00 horas
- Área 41: segunda-feira, terça-feira, quarta-feira e quinta-feira das 7:30 às 13:30 horas e sexta-feira das 14:00 às 19:00 horas
- Área 42: segunda-feira a sexta-feira das 13:00 as 19:00

A UBS em questão divide espaço, como já citado, com o Poliambulatório Nossa Senhora Aparecida (Fotografia 4), que possui atendimento até as 22hrs para pacientes em pós-operatório, porém permanece aberto 24hrs. Não há um vínculo direto entre a UBS Padre Monti e o Poliambulatório, para uso das suas especialidades.

Entretanto, os usuários possuem acesso a esse centro de especialidades, por uma via de fluxos de encaminhamentos de todas as unidades básicas de saúde de Foz do Iguaçu. O prédio conta ainda com uma farmácia (Fotografia 7) municipal que dá suporte tanto a UBS quanto ao Poliambulatório.

Fotografia 7: Farmácia UBS localizada na ala central do prédio



Fonte: Autor

As equipes que formam parte da UBS Padre Monti, são: equipe 1, da área 31 (a qual estamos inseridos); equipe 2, da área 41 e equipe 3, da área 42. As mesmas possuem, cada uma, sua equipe de saúde bucal, com um dentista, um técnico e um auxiliar em saúde bucal. Detalhando mais a equipe 31, a mesma possui um médico generalista, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem e sete ACS's. Além desses funcionários, há uma profissional de fisioterapia (responsável pelo distrito Sul – vai à unidade 1 vez na semana).

A unidade conta ainda, em seus recursos humanos, com 2 médicos especialistas em medicina da família e comunidade e 1 médico generalista (todos possuem vínculo de trabalho com a prefeitura por meio de concursos), 3 enfermeiros, 7 auxiliares de enfermagem, 18 ACS's, 1 gerente (Técnica de enfermagem), 3 recepcionistas, 1 técnico de enfermagem para coleta de exames e 2 zeladoras. Não contando com equipe de segurança no local (Fotografia 8).

Fotografia 8: Membros da Unidade Padre Monti



Fonte: Autor

Por ser uma das unidades do município com espaço físico pertencente a uma instituição privada, estando previsto o uso em um contrato com a prefeitura, sua planta base não detêm os padrões mínimos propostos pela portaria MS340 – 2013 (Imagem 1).

IMAGEM 1 Padrões Mínimos de estrutura física para UBS porte 3

N°	AMBIENTES	3 EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA		
		Qtd. (un)	Área unit. (m²)	Área total (m²)
1	Sala de recepção e espera	45 pessoas		
		1	68	68
2	Sanitário para pessoa com deficiência	3	2,55	7,65
3	Sala de imunização	1	9	9
4	Farmácia (estocagem/dispensação de medicamentos)	1	14	14
5	Consultório indiferenciado /Acolhimento	4	9	36
6	Consultório com sanitário anexo	2	9	18
6.1	Sanitário do consultório (pessoa com deficiência)	1	2,55	2,55
6.2	Sanitário do consultório	1	1,6	1,6
7	Consultório odontológico			
7.1	Consultório odontológico para 2 Equipos	1	20	20
7.2	Consultório odontológico para 3 Equipos	1	30	30
8	Sala de inalação coletiva	6 pacientes		
		1	9	9
9	Sala de coleta	1	4	4
10	Sala de curativos	1	9	9
11	Sala de Procedimento/Coleta	0	0	0
11.1	Banheiro	0	0	0
12	Sala de Procedimento	1	10	10
12.1	Banheiro	1	4,8	4,8
13	CME simplificada - tipo I			
13.1	Ex p u r g o	1	5	5
13.2	Sala de esterilização/estocagem de material esterilizado	1	5	5
14	Sala de administração e gerência	1	12,5	12,5
15	Sala de atividades coletivas/Sala de ACS	1	25	25
16	Almoxarifado	1	3	3
17	Copa	1	6	6
18	Banheiro para funcionários	2	3,5	7
19	Depósito de material de limpeza (DML)	1	2	2
20	Abrigo externo de resíduos sólidos			
20.1	Depósito de Resíduos Comuns	1	2,3	2,3
20.2	Depósito de Resíduos Contaminados	1	1,5	1,5
20.3	Depósito de Resíduos Recicláveis	1	1,5	1,5
21	Área externa para embarque e desembarque deambulância	1	21	21

Fonte: Portaria MS 3450-2013. Ministério da Saúde

Ao começar já pela primeira disparidade, a unidade não conta com uma sala específica para recepção (sala de espera) (Fotografia 9), a única unidade que existe no prédio é de uso único do Poliambulatório Nossa Senhora Aparecida. Sendo assim, os pacientes devem esperar do lado de fora da entrada da UBS.

Fotografia 13: Recepção



Fonte: Autor

No espaço da UBS também não há sanitários adaptados para pessoas com deficiência física. Os dois consultórios médicos não possuem banheiros próprios, apenas os dois consultórios da enfermagem os possuem. A sala de medicação é ampla, porém não há banheiros. Na UBS há somente um banheiro, adaptado, para funcionários.

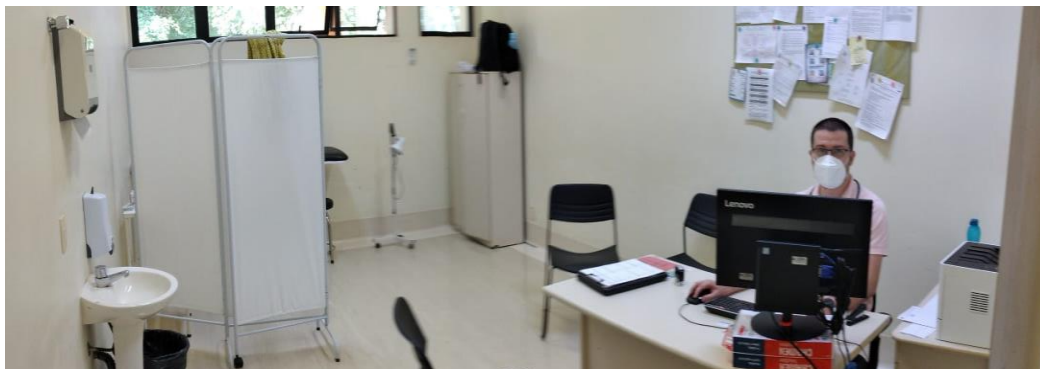
Ambas as equipes da unidade compartilham a mesma sala para acolhimento de seus usuários, sendo esse, também, o mesmo lugar da realização das imunizações em campanhas. A unidade conta com uma sala própria para imunização.

A unidade não conta com: local específico para Expurgo nem sala de esterilização, apenas conta com estoque de material esterilizado; uma sala específica para a gerência, a mesma é adaptação devido à necessidade; almoxarifado e nem local próprio de embarque e desembarque da ambulância.

Os seguintes locais: abrigo externo de resíduos sólidos; depósitos de resíduos comuns; depósitos de resíduos contaminados; depósitos de resíduos recicláveis são compartilhados com o Poliambulatório.

A unidade cumpre com os demais parâmetros mínimos exigidos na portaria.

Fotografia 21: Consultório Médico



Fonte: Autor

Fotografia 29: Sala de Acolhimento



Fonte: Autor

Fotografia 37: Consultório de Enfermagem



Fonte: Autor

Fotografia 45: Sala de Vacinação



Fonte: Autor

Fotografia 53: Consultório Odontológico



Fonte: Autor

Fotografia 61: Sala da Gerente



Fonte: Autor

Fotografia 69: Copa



Fonte: Autor

Fotografia 77: Almojarifado



Fonte: Autor

A área da equipe 31 não conta com nenhuma microárea descoberta. A unidade também não conta com nenhuma área descoberta, entretanto algumas microáreas, das outras equipes, estão sem acompanhamento no momento, devido à falta de profissionais ACS's.

Atualmente o principal meio de comunicação da unidade com seus usuários compete aos ACS em suas visitas domiciliares ou por meio do WhatsApp, E-mail da unidade e chamadas telefônicas nos números já informados nesse texto.

A unidade conta com o apoio do NASF, mas não existe uma unidade física do NASF no distrito sul. Os especialistas ficam na UBS PROFLURB II e fazem rotações semanais entre as unidades do distrito. Por exemplo, às terças-feiras, a fisioterapeuta está realizando atividades na nossa unidade.

Existe um Conselho Local de Saúde na unidade Padre Monti, composto por membros da comunidade de cada equipe, porém as reuniões mensais estão suspensas devido a pandemia do SARS-COV-2. Entretanto, esse ano a última reunião foi realizada de forma virtual, no mês de abril.

A unidade recebe acadêmicos de enfermagem e medicina (4° e 5° ano), atualmente conta apenas com 5 estagiários de medicina da UNILA do 5° ano, distribuídos com as 3 equipes. 1 profissional em curso de residência médica em medicina de família e comunidade. Atualmente não conta com estagiários de outras áreas de graduação.

4.2 Diagnóstico Local: Perfil Territorial – Equipe 31

4.2.1 Território

A equipe 1, referente a área 31, da Unidade Básica de Saúde Padre Monti, a qual está localizada no Distrito Sul da Cidade, possui a predominância na localização das moradias urbana (96,6%), uma população com moradia na área rural de 0,65% e o não informado 2,7%. A área 31 da UBS Padre Monti (Imagem 2) conta no total com 1219 domicílios no Relatório Consolidado de Cadastro Domiciliar e territorial. Assim como, atualmente não existem mais áreas rurais (de acordo com o registro existe 8 pontos), que em conversas com a equipe essas áreas deixaram de existir no território.

IMAGEM 2 Condições de moradias da área 31, UBS Padre Monti

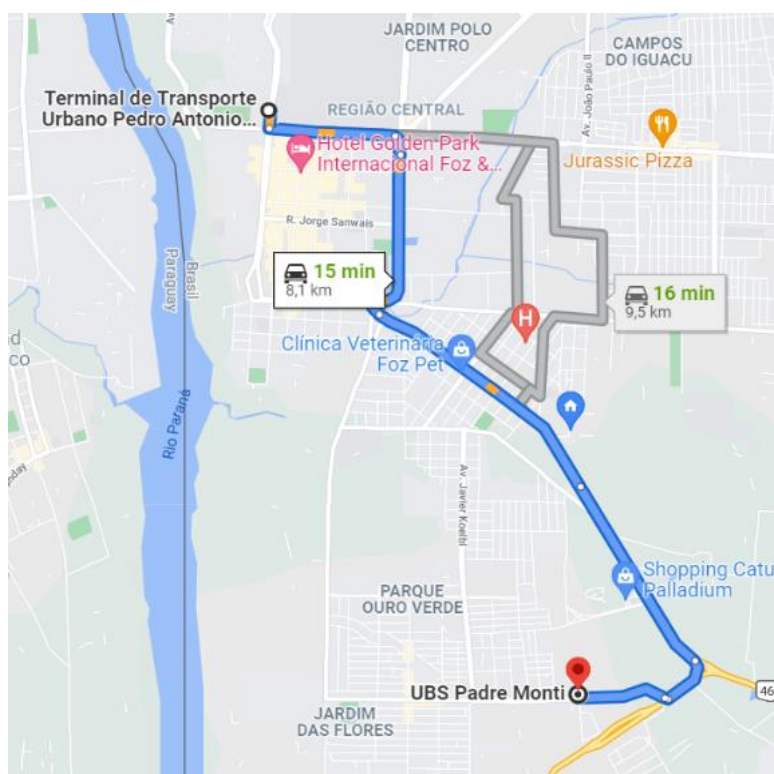
Condições de moradia - Localização

Descrição	Quantidade
Urbana	1178
Rural	8
Não informado	33
Total:	1219

Fonte: Relatório Consolidado de Cadastro Domiciliar e Territorial, e-SUS, novembro de 2021

A distância da UBS Padre Monti até o centro de Foz do Iguaçu, sendo usado como ponto de referência, o terminal de transporte urbano (TTU) Pedro Antônio Nadai, localizado na Rua Juscelino Kubitscheck, nº 1385, é de 8.1 km (Imagem 3). Existindo várias vias alternativas que conectam o local ao centro. As linhas de ônibus disponíveis para a conexão entre o bairro-centro são 105 (com parada em frente à unidade) ,116 e o 120 (com paradas próximas a unidade).

IMAGEM 3 Distância da UBS Padre Monti até o Centro da Cidade



Fonte: Google Maps. Acesso novembro do 2022

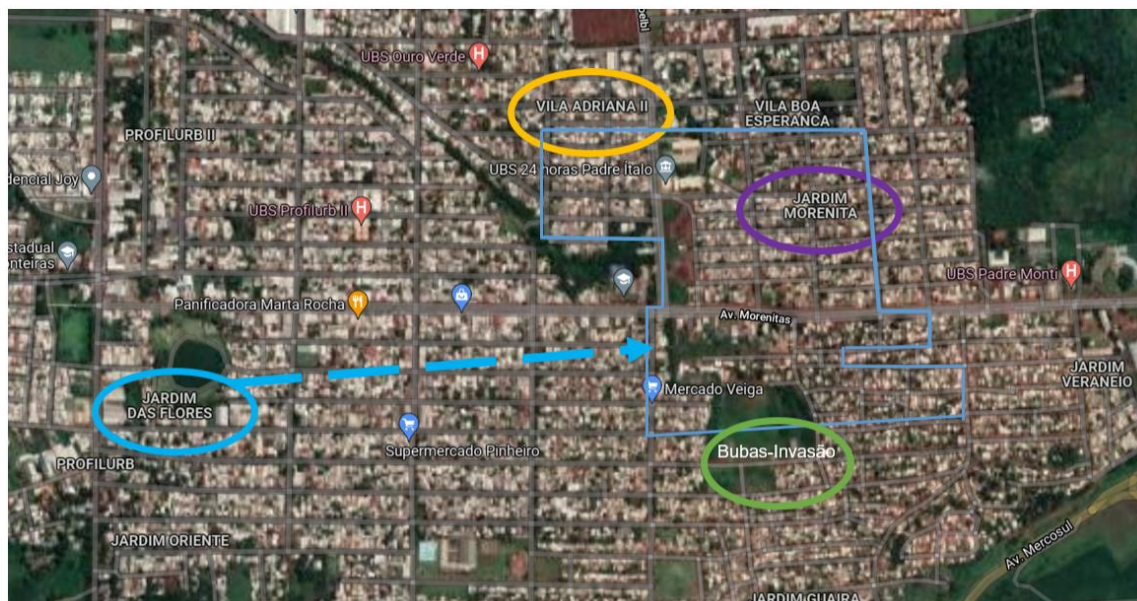
Atualmente são 5 bairros sob responsabilidade da equipe 31, sendo o bairro Morenitas I incluído em sua totalidade e os demais bairros incluídos de forma parcial: Morenitas II, Bubas-Invasão, Jardim das Flores e Vila Adriana II. Todos esses bairros estão incluídos nas áreas de abrangências da UBS (Imagem 4 e 5) colocar mapa com bairros), conforme áreas de atuação das equipes da diretoria de atenção básica (DIAB).

IMAGEM 4 Área de abrangência da área 31



Fonte: Identificação das áreas de atuação das equipes da DIAB (2020). Adaptado pela autoria

IMAGEM 5 Bairros Incluídos dentro da área 31



Fonte: Identificação das áreas de atuação das equipes da DIAB (2020). Adaptado pela autoria

4.2.2 Geografia e Ambiente

Na topografia da área 31 não existe uma grande oscilação no relevo, a tendência do terreno é ser mais alto no Norte e ir reduzindo de altitude em direção ao sul conforme aproximação ao Rio Iguaçu. As fontes de água como Rio Iguaçu, por mais que não esteja tão perto da área, tem uso recreativo como nado e pescas para as pessoas. Não são encontrados relatos de moradores que utilizam a água do rio para higiene pessoal. Na área também existe um córrego canalizado e não existem barreiras geográficas.

4.2.3 Delimitação Do Território Da UBS No Mapa

A UBS Padre Monti conta com 3 áreas: 31, 41 e 42. Cada uma em responsabilidade da sua Equipe de Saúde da Família (eSF), na (Imagem 6) podemos observar a distribuição de cada área das eSF. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), cada equipe deveria possuir uma população em torno de 2000 a 3500 pessoas. (BRASIL, 2017.).

A área 31 da equipe 1 na qual estamos inseridos contam com 7 microáreas. Sendo elas de responsabilidades: microárea 05 ACS Luciane; microárea 07 ACS Vera; microárea 08 ACS Adriana; microárea 09 ACS Elaine; microárea 23 ACS Gisele; microárea 26 ACS Jefferson e microárea 27 ACS André. Na (Imagem 7) possibilita a observação da distribuição de cada microárea da equipe 1.

IMAGEM 6 Delimitação das áreas das equipes dentro do território da UBS



Fonte: Google Maps. Adaptado pela autoria.

IMAGEM 7 Distribuição das Microáreas da equipe 01



Fonte: Google Maps. Adaptado pela autoria.

A seguir os principais pontos estratégicos localizados na área 31, a maioria não consta figuram no Cadastro domiciliar e territorial da equipe. Sendo eles:

- Pontos de atenção à saúde: UBS 24s Padre Ítalo. Localizado R. Paulino Ferreira, 2-36 - Vila Boa Esperança, Foz do Iguaçu - PR, 85854-360. Este dado não está no cadastro, mas pertence a área 31.
- Equipamentos e serviços sociais: de acordo com o cadastro a área não conta com escolas e creche, mas na verdade existe um Centro de atenção Integral à Criança e ao Adolescente (CAIC), o qual tem inserido nele uma creche e escola. Ainda de acordo com o Cadastro, não existe estabelecimentos religiosos ou centros espíritas, mas em explorações de território realizadas com equipe 31 foi possível identificar vários desses locais.
- De acordo com o Cadastro não existem locais como borracharia, bares, centros comerciais, farmácias e veterinárias. No cadastro consta apenas áreas de terrenos baldios, comércios (mercados) e um abrigo. Como é possível ver no mapa, existem vários desses locais em toda a extensão da área 31, além de outros pontos como: cabelereiros, padarias e lanchonetes, e atualmente não

existe mais na área a presença do abrigo, que pertencia à antiga localização da área 31.

- Áreas de Lazer: não constam no Cadastro nada sobre parques ou academias ao ar livre, campos de futebol e pistas de caminhada. Locais estes, que vimos quando percorremos o território.
- De acordo com Cadastro e com a nossa exploração do território, não contamos com Instituição de longa permanência para Idosos, Unidades prisional, Unidade de medida socioeducativas, assim como delegacias.
- Área rural: atualmente a área 31 não possui localidade rural em seu território.
- A área 31 conta com uma área de invasão, sendo denominada de Invasão do Bubas, em alusão ao sobrenome da família dona do terreno. A região conta com construções pertinentes a de uma favela e ainda com assentamentos regularizados pela prefeitura (Morenitas I e II).
- Riscos ambientais: a área não conta com lixão, áreas sujeitas a deslizamentos soterramentos ou inundação. Mas existem fontes poluentes com queima de lixo e como a invasão Bubas não conta com fonte de coleta de esgoto e lixo, todo esse território é considerado com riscos ambientais. Ainda na localidade, há a existência de inúmeros locais, como ferros-velhos (ao ar livre) e terrenos baldios que podem ser possíveis criadouros de mosquitos.

De acordo com a nossa exploração da área, a equipe conta com os seguintes pontos estratégicos (Imagem 8).

IMAGEM 8 Principais pontos estratégicos localizados na área 31



Fonte: Google Maps. Adaptado pela autoria

4.2.4 Renda Familiar dos moradores do território da área 31

No Relatório Consolidado de Cadastro Domiciliar do e-SUS existem dados poucos atualizados ou mal-informados, isto se deve a um registro inadequado da renda familiar dos cidadãos, por parte da equipe.

De um total de 1080 famílias cadastradas, apenas 3 famílias contam com ¼ de salário-mínimo, 5 famílias com meio salário-mínimo, 39 famílias com um salário-mínimo, 72 famílias com dois salários-mínimos, 12 famílias com três salários-mínimos e 949 famílias não informados (Imagem 9). De acordo ao cadastro, somente 131 famílias recebem algum tipo de salário, mas ainda assim, estão abaixo da meta de R\$ 5.886,50 (salário-mínimo necessário por família para outubro de 2021, segundo DIEESE).

Cabe ressaltar que estes dados nos direcionam a dois pensamentos. O primeiro, nos deparamos com uma população extremamente vulnerável socioeconomicamente, e o segundo, os responsáveis por realizar a correta coleta destes dados não estão cientes da importância de saber a renda familiar e como isso orienta os profissionais a ver as áreas com mais vulnerabilidades.

IMAGEM 9 Renda dos moradores da área 31

Famílias - Renda familiar

Descrição	Quantidade
1/4 de salário mínimo	3
Meio salário mínimo	5
Um salário mínimo	39
Dois salários mínimos	72
Três salários mínimos	12
Quatro salários mínimos	0
Acima de quatro salários mínimos	0
Não informado	949
Total:	1080

Fonte: Relatório Consolidado de Cadastro Domiciliar e Territorial, e-SUS, novembro de 2021

4.2.5 Urbanização e acesso

As principais ruas dentro da área 31, são as avenidas: Morenitas e Javier Koelbl. Essa são totalmente pavimentadas com asfalto, possuindo pinturas e placas de sinalizações e luminosidade noturna. Adentrando aos bairros da área, como Morenitas II, Jardim das Flores e vila Adriana, o acesso se dá por ruas empedradas, com poucas sinalizações, mas com iluminação. Já na área da invasão Bubas, o acesso é por ruas de terra vermelha, não contam com pavimentação, nem com área de sinalização ou iluminação.

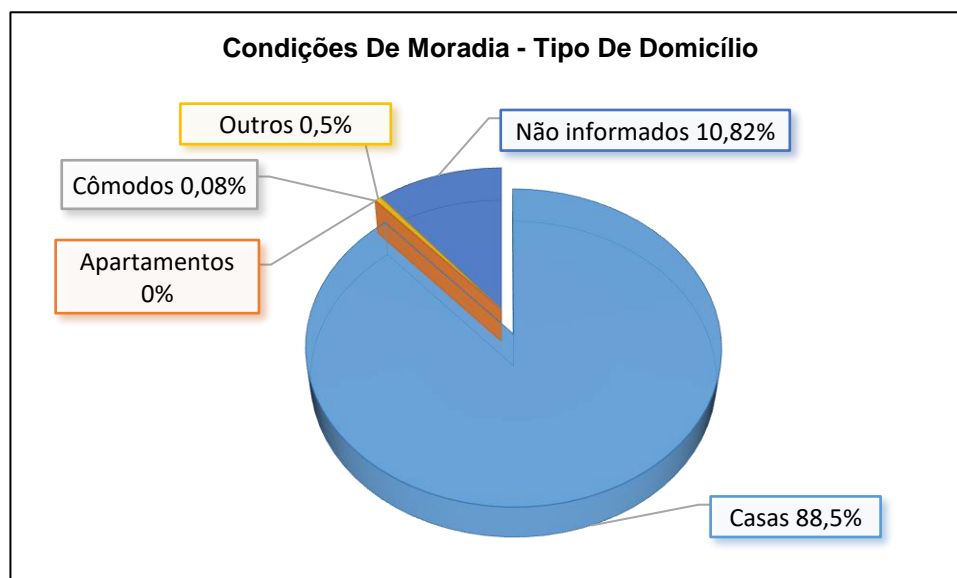
Os pontos de Ônibus que comunicam os bairros de abrangência da UBS ao centro de Foz do Iguaçu, são: 105, 116 e 120. Estas linhas são os responsáveis pelo transporte da população dos bairros para determinados locais como, centro da cidade, hospitais, mercados ou outro local que desejam. Nas redondezas há a presença de pontos de mototáxis e táxis.

4.2.6 Características dos domicílios/condições de moradia

De acordo ao tipo de imóvel informado no Relatório Consolidado de Cadastro Territorial e Domiciliar existe no total 1219 imóveis, dos quais 1185 correspondem a domicílios, 11 comércios e 20 terrenos baldios. No cadastro consta também um abrigo, mas que atualmente está desativado.

Os Tipos de Moradias presentes na região são: casas (88,5%), apartamentos (0%), cômodos (0,08%), outros (0,5%) e não informados (10,82%). (Figura 1)

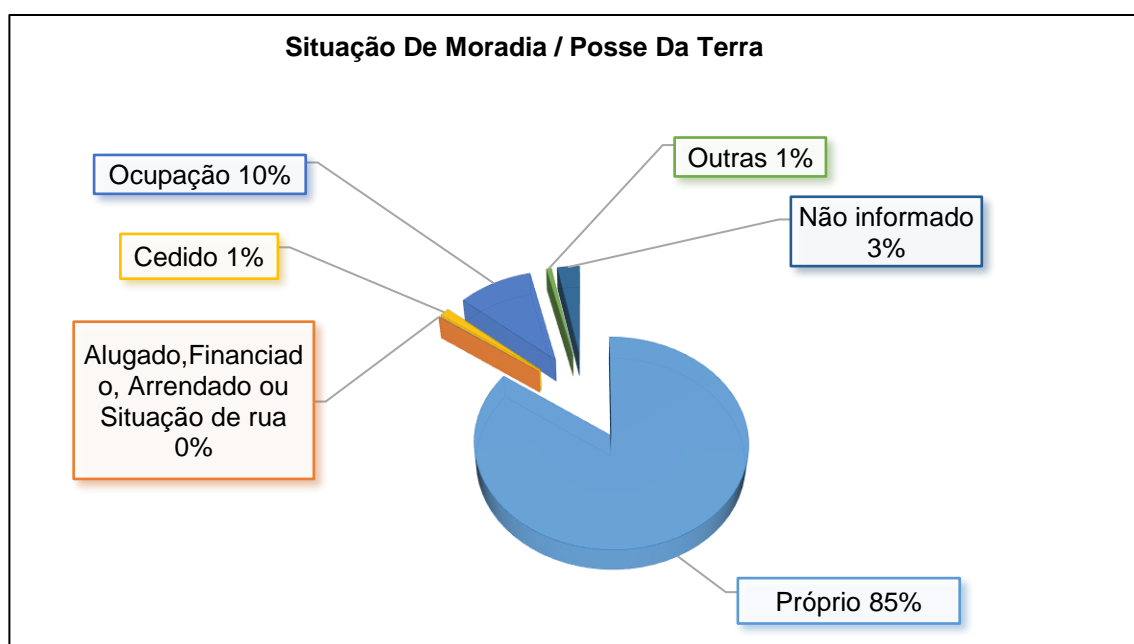
Figura 1: Condições de moradias da área 31



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

Nas condições de moradia, a condição de posse e uso de terra diz que 7 famílias são proprietários e que 1212 não foram informadas. Em relação a situação de moradia e posse da terra os dados mostram que 77,3% são proprietários, 8,9% alugam o imóvel, 1,2% foram cedidos, 9,1 tiveram por meio de ocupação, 0,6 outras formas, 2,7 não informaram e 0% dos imóveis/terras foram financiados, arredados ou em situações de rua (Figura 2)

Figura 2: Condição de Moradia



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

Em relação aos materiais predominantes na construção das paredes externas, o relatório menciona que das 1219 moradias, 64,64% possuem alvenaria com revestimentos, 2,6% alvenaria sem revestimentos, 1,4 % taipa com revestimento, 0,5% taipa sem revestimento, 4,34 % madeira aparelhada, 0,41% material aproveitado, 0% palha, 0,08% outros materiais e 26% não informados (Imagem 10). Cabe mencionar ainda, que na Região de Foz do Iguaçu, não existem casas feitas a base de taipas, é um registro equivocado ou mal registrado.

IMAGEM 10 Material predominante na construção das paredes externas

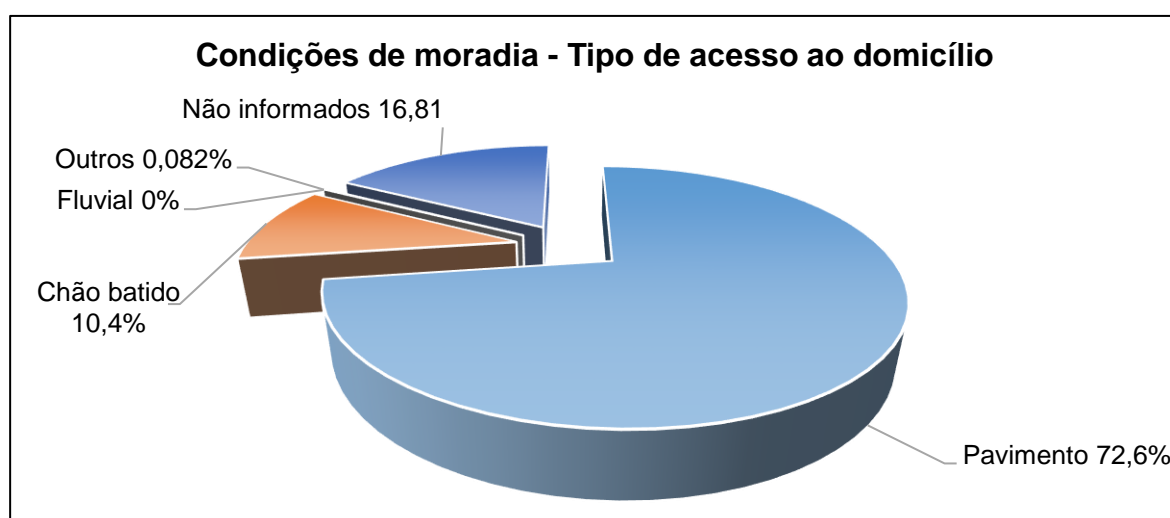
Condições de moradia - Material predominante na construção das paredes externas

Descrição	Quantidade
Alvenaria com revestimento	788
Alvenaria sem revestimento	32
Taipa com revestimento	17
Taipa sem revestimento	6
Madeira aparelhada	53
Material aproveitado	5
Palha	0
Outro material	1
Não informado	317
Total:	1219

Fonte: Relatório Consolidado de Cadastro Domiciliar e Territorial, e-SUS, novembro de 2021

Com relação ao Acesso ao domicílio, registrou-se que das 1219 moradias 72,6% possuem rua pavimentada, 10,4% possuem chão batido, 0% fluvial, 0,08% outros e 16,81% não foram informadas (Figura 3). Sendo assim a maior parte das moradias da área possuem o acesso por meio de pavimentação.

Figura 3: Tipos de acesso aos domicílios

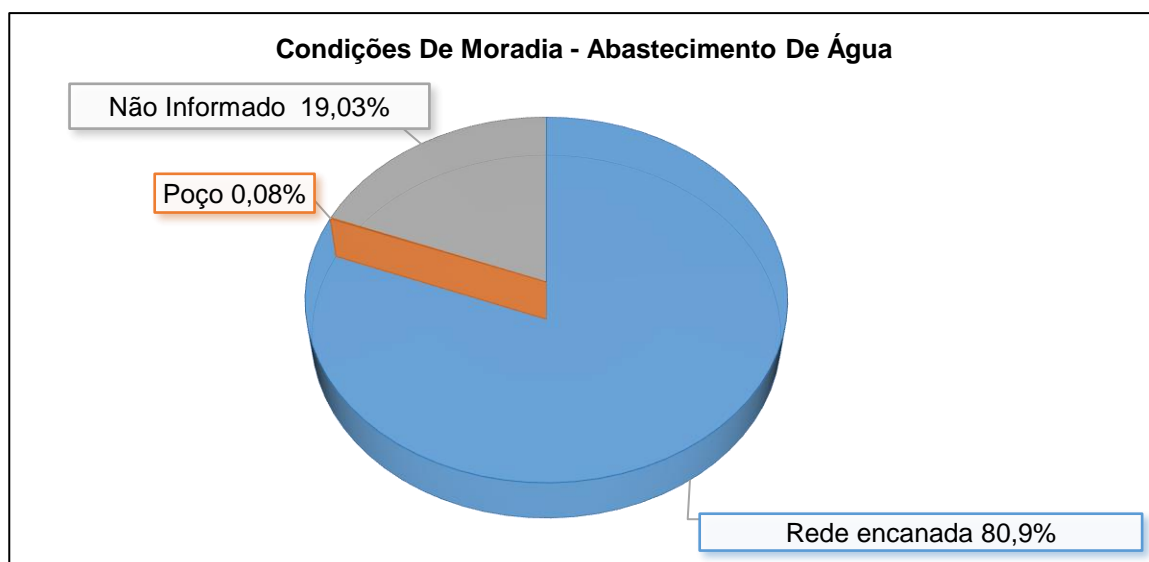


Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

No que tange o saneamento básico, na parte do abastecimento de água nas residências, das 1219 moradia, 986 (80,9%) correspondem a domicílios que recebem abastecimento de água pela rede encanada fornecida pela Companhia de Saneamento do Paraná (SANEPAR), 1 (0,08%) domicílio conta com poço e 232 locais

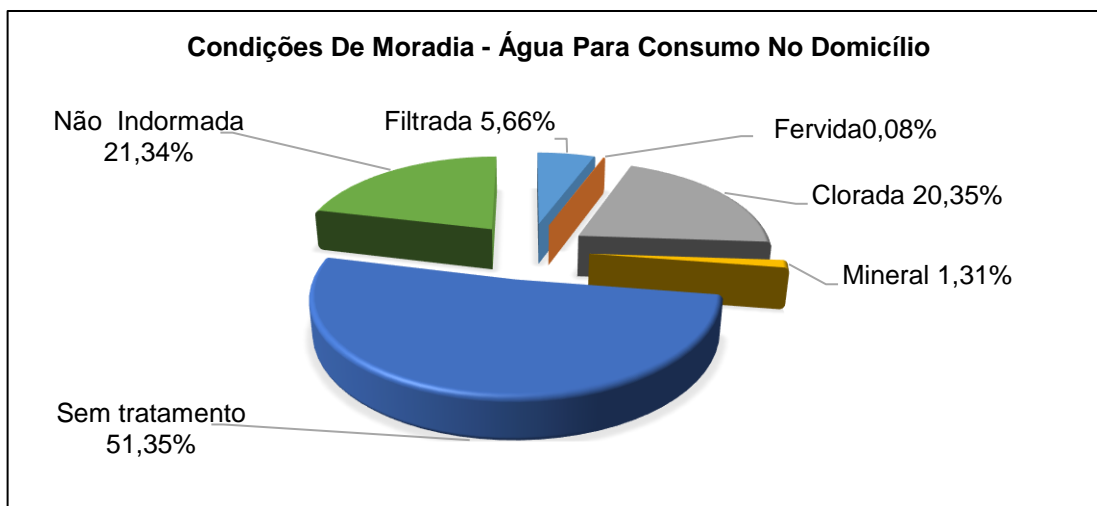
(19,03%) não passaram informação de como está sendo o abastecimento de água. (Figura 4). O Relatório Consolidado de Cadastro Territorial e Domiciliar afirma que desses 1219 domicílios, 5,66% utilizam água filtrada, 0,08% utilizam água fervida, 20,35% afirmam que utilizam água clorada, 1,31% utilizam água mineral, 51,35% não tratam a água e 21,24% não possuem dados informados (Figura 5). Com respeito ao tratamento da água de forma clorada, identificamos em conversas com a equipe, que os mesmos cadastravam as famílias que diziam receber água tratada da SANEPAR como “água clorada”, quando na verdade, para fazer esse tipo de cadastramento, as pessoas deveriam clorar a água que recebiam da SANEPAR novamente em suas residências. Identificando assim uma inconsistência nesses 20,35% que dizem ter água clorada em suas residências.

Figura 4: Abastecimento de água



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

Figura 5: Condição de água para consumo



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

Ainda com relação ao saneamento básico (lixo), 80,3% das moradias possuem coleta de lixo, 0,24% outras formas e 19,3% não informados (Imagem 11). Esses dados podem ser melhorados com uma melhor capacitação dos profissionais para realizarem um cadastro de forma adequado, visto que na região da Invasão Bubas não conta com coleta de lixo segundo relatos dos profissionais (principalmente em conversa com os ACS's).

No que corresponde à parte de esgoto, no levantamento sobre a forma de escoamento do banheiro ou sanitário, observa-se que 69,2% possuem rede coletora de esgoto ou pluvial, 10,41% fossa séptica, 0,32% fossa rudimentar, 0,08% vão direto para um rio, 19,9% não foi informado e 0% para Céu aberto assim como outras formas (Imagem 12).

IMAGEM 12 Destino do Lixo

Condições de moradia - Destino do lixo

Descrição	Quantidade
Coletado	980
Queimado / Enterrado	0
Céu aberto	0
Outro	3
Não informado	236
Total:	1219

Fonte: Relatório Consolidado de Cadastro Domiciliar e Territorial, e-SUS, novembro de 2021

IMAGEM 11 Forma de escoamento do banheiro

Condições de moradia - Forma de escoamento do banheiro ou sanitário

Descrição	Quantidade
Rede coletora de esgoto ou pluvial	844
Fossa séptica	127
Fossa rudimentar	4
Direto para um rio, lago ou mar	1
Céu aberto	0
Outra forma	0
Não informado	243
Total:	1219

Fonte: Relatório Consolidado de Cadastro Domiciliar e Territorial, e-SUS, novembro de 2021

Quando ao fornecimento de energia elétrica, o relatório mostra que 68,99% das moradias possuem energia elétrica, 0,65% não contam com energia e 30,35% não foram informados (Imagem 13).

IMAGEM 13 Disponibilidade de energia elétrica

Condições de moradia - Disponibilidade de energia elétrica

Descrição	Quantidade
Sim	841
Não	8
Não informado	370
Total:	1219

Fonte: Relatório Consolidado de Cadastro Domiciliar e Territorial, e-SUS, novembro de 2021

A presença de animais nas residências se dá conforme o Relatório do Cadastro Domiciliar e Territorial, com 295 famílias afirmando terem algum tipo de animal, sendo estes: 22,37% gatos, 85,7% cachorros, 4,4% algum tipo de pássaro e 5,4% outros. Os demais 924 familiares afirmam não terem animais no domicílio (Imagem 14).

IMAGEM 14 Animas nos domicílios

Animais no domicílio

Descrição	Quantidade	
Animais no domicílio?	Sim	295
	Não	924
Gato		66
Cachorro		253
Pássaro		13
Outros		16

Fonte: Relatório Consolidado de Cadastro Domiciliar e Territorial, e-SUS, novembro de 2021

4.3 Perfil Demográfico

4.3.1 População total sob responsabilidade da equipe

Nesta seção visa-se delimitar as características demográficas da população adscrita à área 31 da UBS Padre Monti – Foz do Iguaçu. Com isso conseguir fazer uma elucidação de prioridades e vulnerabilidades sociais presentes no território e sua população, com o intuito de auxiliar no planejamento de ações de saúde para a comunidade.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017), a população adscrita por equipe deve ser de 2000 a 3500 pessoas, garantindo a esta os princípios e diretrizes da Atenção Básica.

De acordo com o censo do IBGE (2010) há 3,22 pessoas por família, sendo assim, a estimativa da população na área 31 é de 3815 pessoas, constando no cadastro individual 4448, sendo esses, 2777 cidadãos ativos e 1671 cidadãos com saídas do cadastro (Imagem 15). Sendo identificado então, que faltam verificar a condição de aproximadamente 1038 cidadãos.

IMAGEM 15 Dados sobre a população da área 31

Dados gerais

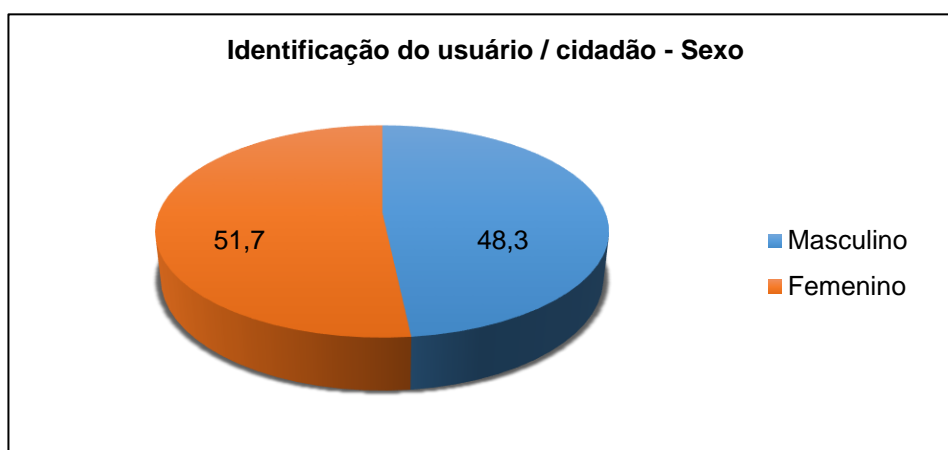
Descrição	Quantidade
Cidadãos ativos	2777
Saída de cidadãos do cadastro	1671
Total:	4448

Fonte: Relatório Consolidado de Cadastro Domiciliar e Territorial, e-SUS, novembro de 2021

4.3.2 População segundo faixa etária, sexo

Na área 31 de acordo com o Relatório de Cadastro Individual dos 2777 cidadão ativos, 1343 (48,3%) corresponde ao sexo masculino e 1434 (51,7%) do sexo feminino. Resultado em uma predominância de usuários do sexo feminino. (Figura 6).

Figura 6: População de acordo com o sexo



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

O censo populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), acontece no Brasil de dez em dez anos. O último censo deveria ter sido no 2020, mas em função das orientações do Ministério da Saúde relacionadas ao quadro de emergência de saúde pública causado pelo COVID-19, o IBGE decidiu adiar a realização do Censo Demográfico para o ano de 2022.

A projeção da população do Brasil e das Unidades de Federação no dia 24/11/21 as 16:17hs foi de 213,892,132 pessoas, estimando um tempo médio para aumento da população a cada 21 segundo (Imagem 16).

IMAGEM 16 Projeção da População Brasileira

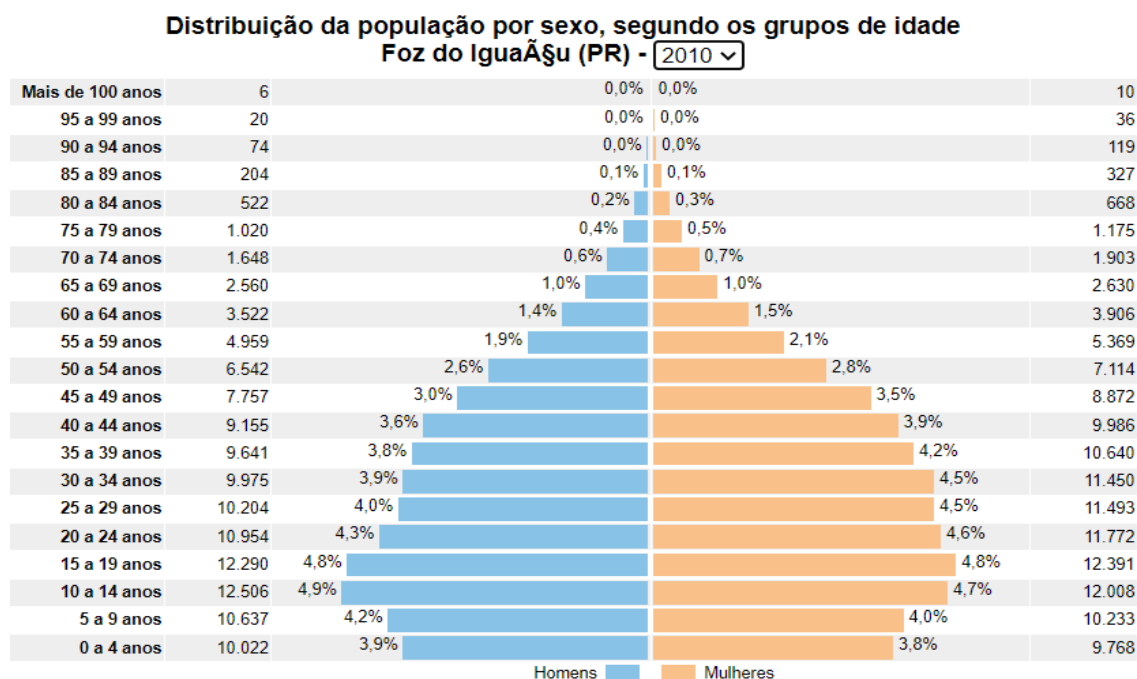


Fonte: Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação

Conforme o último levantamento populacional realizado no ano de 2010, a população total de Foz do Iguaçu era de 256.088, dos quais 51,49% correspondem ao sexo feminino e 48,51% ao sexo masculino (porcentagem bastante semelhante aos dados cadastrais da área 31). A população estimada para o ano de 2021 é de 257.971 pessoas.

Ao observar a pirâmide etária, podemos fazer uma análise a respeito da evolução da população de Foz do Iguaçu. A pirâmide de 2010 indica que a predominância da faixa etária fica para as populações de crianças e adolescentes (10 a 19 anos) com predomínio do sexo masculino. A Pirâmide apresenta uma base mais estreita, representando redução das taxas de fecundidade e de natalidade, seguida por um alargamento nas primeiras faixas da base, indicando aumento da população jovem. Na pirâmide também é possível observar o topo/ápice mais alargado, indicando melhores expectativas e qualidade de vida. É dizer que, o volume da população idosa está aumentando acarretando o desenvolvimento de novas políticas públicas específicas para esta faixa etária. (Imagem 17).

IMAGEM 17 Distribuição da população por sexo e idade - Foz do Iguaçu



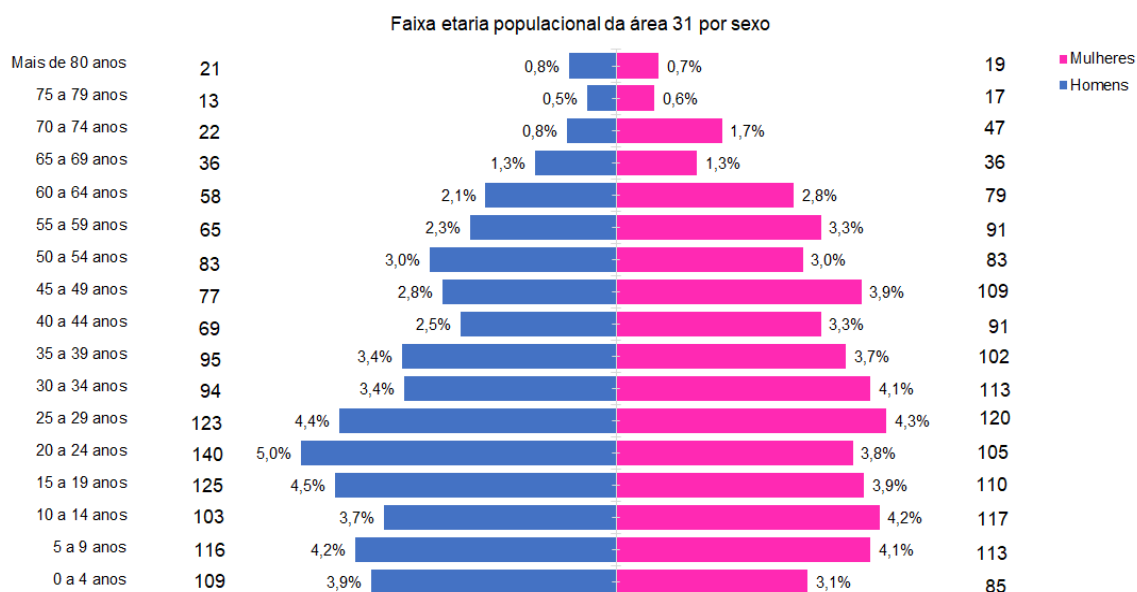
Fonte: IBGE, 2010.

A pirâmide etária da área 31 mostra uma base estreita representando uma redução da fecundação e natalidade, seguida por um alargamento nas seguintes bases de faixas, indicando um aumento da população adulto jovem (15 a 24 anos) com predomínio no sexo masculino. Na pirâmide é possível ver o ápice mais alargado indicando maior expectativa de vida. (Figura 7)

Ao observarmos as duas pirâmides etárias, essas refletem a evolução demográfica, demonstrando sua expansão populacional, declínio e/ou estabilidade de uma população.

A pirâmide de Foz do Iguaçu-2010 assim como a da área 31, indicam um declínio de natalidade, visto que as bases se apresentam mais estreitas. Um ponto a se enfatizar, é que no IBGE de 2010 há um alargamento nas primeiras faixas da base, indicando aumento da população jovem, entre 10 e 19 anos, em ambos os sexos. Já na pirâmide da área 31, as bases há um aumento da população adulto jovem (15 a 24 anos), com predomínio no sexo masculino. Já no ápice, ambas pirâmides indicam que está havendo uma maior expectativa de vida da população.

Figura 7: Distribuição da população por sexo e idade

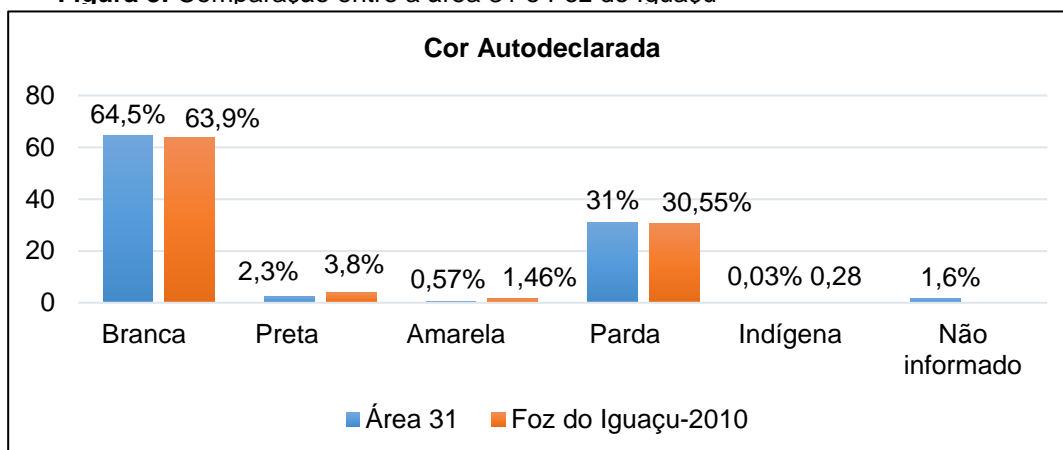


Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

4.3.3 Percentual de pessoas por raça.

A população da área 31 apresenta uma distribuição semelhante aos dos dados fornecidos pelo IBGE 2010 de Foz do Iguaçu. Das 2777 pessoas cadastradas na área 31, 64,5% são brancas, 2,3% são pretas, 0,57% são amarelas, 31% são pardas, 0,03% são indígenas e não informado são 1,6%. Em Foz do Iguaçu-2010, das 256.088 pessoas, 63,9% são brancas, 3,8% são pretas, 1,46% são amarelos, 30,55% são pardas e 0,28 são indígenas (Figura 8).

Figura 8: Comparação entre a área 31 e Foz do Iguaçu

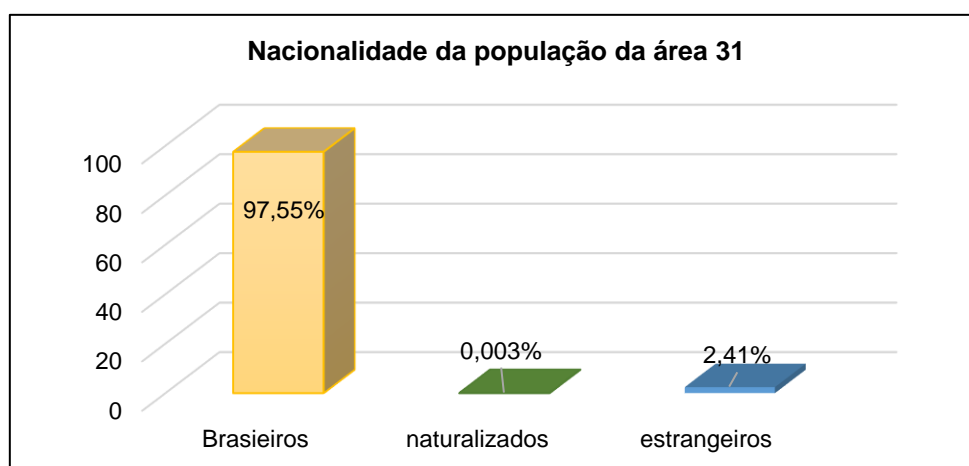


Fonte: e-SUS, novembro de 2021. IBGE 2010.

4.3.4 Nacionalidade brasileira, estrangeira e naturalizados

Aqui vale mencionar que Foz do Iguaçu faz parte de uma tríplice fronteira, com as cidades de Puerto Iguaçu (Argentina) e Cidade do Leste (Paraguai), fazendo com que exista uma grande diversidade cultural na região. Foz do Iguaçu tem ainda mais uma porta de entrada para estrangeiro da América Latina e Caribe, a Universidade Federal da Integração Latino-americana (UNILA), e isso faz com que as áreas de saúde enlacem cidadãos de vários países, não somente da região fronteiriça. Sendo assim, das 2777 pessoas cadastradas da área 31 existem: 2709 (97,55%) Brasileiros; 1 (0,003%) Naturalizado e 67 (2,41%) estrangeiros (Figura 9).

Figura 9: População de acordo com a Nacionalidade



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

4.3.5 População com plano de saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista do povo brasileiro, garantido pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, por meio da Lei nº. 8.080/1990. O SUS é o único sistema de saúde pública do mundo que atende mais de 190 milhões de pessoas, sendo que 80% delas dependem exclusivamente dele para qualquer atendimento de saúde (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2015).

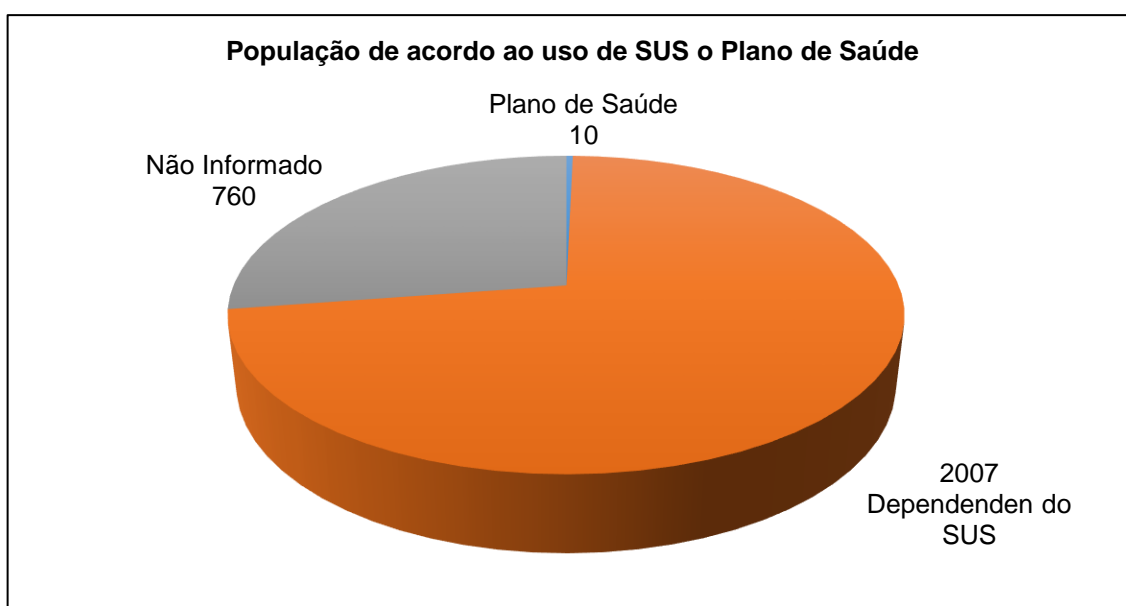
Segundo uma pesquisa do Ministério da Saúde, realizada em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), revela que 71,1% da população foram a estabelecimentos públicos de saúde para serem atendidos. Deste total, 47,9%

apontaram as Unidades Básicas de Saúde como sua principal porta de entrada aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

A PNS (Pesquisa Nacional de Saúde) 2019 investigou aspectos da cobertura dos planos de saúde, saúde suplementar, estimando a proporção de pessoas que têm acesso a tais serviços, inclusive odontológicos, seus respectivos gastos, e em que medida os planos de saúde lhes atendem. Em 2019, 59,7 milhões de pessoas, o correspondente a 28,5% da população residente do País, possuíam algum plano de saúde, médico ou odontológico.

De acordo com o relatório dos 2777 cadastrados 10 pessoas afirmam possuir plano de saúde, e 2007 não o possuem (dependem exclusivamente do SUS) e 760 não informaram se possuem ou não algum tipo de plano de saúde (Figura 10).

Figura 10: População de acordo ao serviço de saúde utilizado



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

4.3.6 Identificação de população alvo para prevenção e promoção de saúde segundo faixa etária – crianças menores de 2 anos e menores de 5 anos.

Na área 31 da eSF há 62 crianças com menos de 2 anos, das quais 30 (49%) correspondem ao sexo masculino e 32 (51%) ao feminino, sendo então o sexo feminino com maior prevalência.

O caderno de Nº 33 – Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento (2012), traz que a aproximação da equipe de saúde do contexto de vida das famílias, por meio das visitas domiciliares, torna-se um instrumento importante para a troca de informações vinculadas às necessidades particulares de cada indivíduo, favorecendo, desta forma, atividades educativas e mais humanizadas.

A portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, menciona que as visitas domiciliares são umas das atividades principais realizadas pelos ACS. Cabe mencionar que a visita domiciliar é umas das atribuições das equipes de saúde na atenção básica e é uma das principais atividades preconizadas para o agente comunitário segundo o MS (BRASIL, 2001).

A permissão de entrada em uma casa representa algo muito significativo, que envolve confiança no ACS e merece todo o respeito. É o que poderia ser chamado de “procedimento de alta complexidade” ou pelo menos de “alta delicadeza” (Ministério da Saúde, 2009)

No caderno Nº 33 (2012) menciona sobre um estudo realizado por FERRAZ e AERTS, 2005, onde deixa claro ainda que tal prática e as atividades que envolvem bebês e crianças em geral são as atividades preferidas dos agentes comunitários de saúde.

Amaral (2004) mencionada no Caderno Nº 33 (2012), que em todas as visitas domiciliares, é fundamental que o profissional saiba identificar sinais de perigo à saúde da criança. Alguns desses sinais são recusa alimentar (a criança não consegue beber ou mamar), vômitos, convulsões ou apneia, Frequência cardíaca diminuída, Atividade reduzida (a criança movimenta-se menos do que o habitual), febre entre outros. Relembrando que as crianças são frequentemente acometidas por doenças respiratórias e gastrointestinais, motivos esses que sempre devem os deixar atentos sobre as condições de saúde da criança.

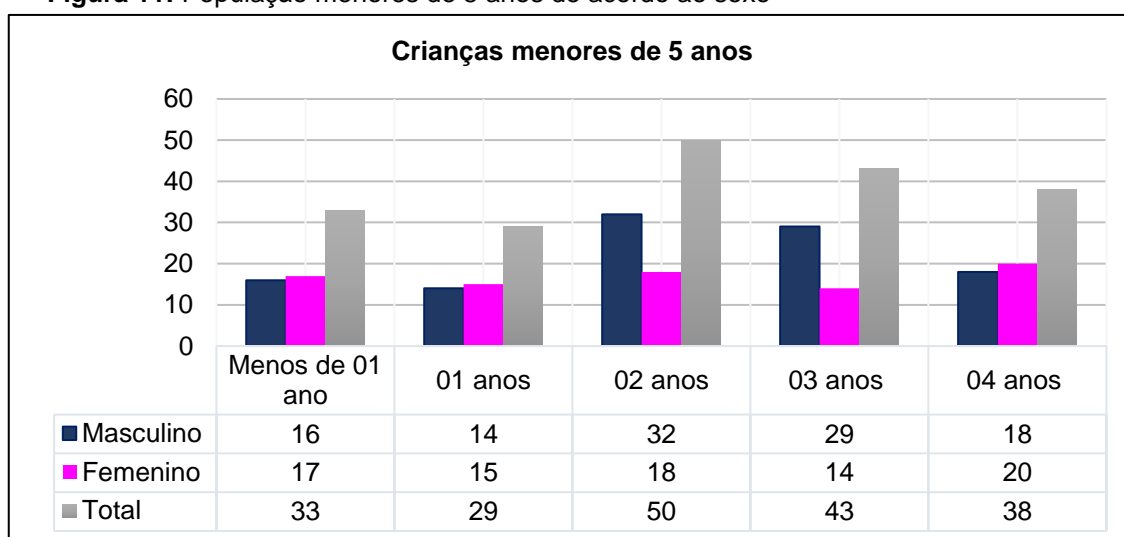
Os principais objetivos das visita domiciliar para os recém-nascidos e à sua família é de observar as relações familiares, facilitar o acesso ao serviço de saúde, escutar e oferecer suporte emocional nessa etapa de crise vital da família (nascimento de um filho), orientar a família sobre os cuidados com o bebê, identificar sinais de depressão puerperal, promover o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida, prevenir lesões não intencionais, identificar sinais de perigo à saúde da criança entre

outros. Assim como também avaliar as situações de vulnerabilidades como crianças que residem em áreas de riscos, com mães com menos de 18 anos de idade, mães com baixa escolaridades entre outros pontos importantes. (CADERNO Nº 33, 2012).

Dentro da área 31 existem 193 crianças menores que 5 anos, de acordo ao relatório do Cadastro Individual, das quais 56,47% são do sexo masculino e 43,53% do sexo feminino, havendo predominância do sexo masculino nesta faixa etária (Figura 11).

O Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e de orientações sobre promoção de saúde e prevenção de doenças. As crianças que necessitem de maior atenção devem ser levadas a consultas com maior frequência (CADERNO Nº 33 2012).

Figura 11: População menores de 5 anos de acordo ao sexo



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

4.3.7 População feminina entre 25 anos e 64 anos de idade elegível para rastreamento de câncer de colo feminino.

O INCA (2021) traz que, de acordo com a OMS (2017), as metas para a detecção precoce de câncer de colo uterino, se vê em torno de um diagnóstico antecipado e do rastreamento. Os quais serão dados por meio de abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas da doença, assim como a aplicação de um teste ou exame numa população assintomática (aparentemente saudável), com o objetivo de identificar lesões sugestivas (câncer) e encaminhar para investigação e tratamento.

Para o controle do câncer, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda ações de prevenção, detecção precoce e acesso ao tratamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017 apud INCA, 2021, p.96)

O câncer do colo do útero desenvolve-se na parte inferior do útero, que fica no fundo da vagina (INCA, 2021). O Câncer de colo (cérvix, cérvice) consiste no terço inferior do útero da mulher adulta, tem forma cilíndrica e é revestido por epitélio escamoso na superfície junto à vagina (ectocérvice) e por epitélio glandular no seu canal (endocérvice). O câncer de colo pode originar-se em um ou em ambos os epitélios. (DUNCAN *et. al.* 2013).

O Instituto Nacional de Câncer (2016) menciona que o método de rastreamento do câncer de colo do útero no Brasil é o exame citopatológico (Papanicolau), que deve ser ofertado às mulheres, que estão na faixa etária de 25 a 64 anos de idade que já tiveram atividade sexual. O rastreamento pode incluir em homens trans e pessoas não binária designada mulher ao nascer (CONNOLLY, HUGHES, BERNER; 2020; WHO, 2021 apud INCA, 2021).

A periodicidade recomendada para o rastreamento no Brasil do câncer de colo uterino é a realização do exame citopatológico em mulheres dentro da faixa etária correspondente a cada três anos, após dois exames anuais consecutivos normais. (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2016).

O rastreamento antes dos 25 anos deve ser evitado. Os exames periódicos devem seguir até os 64 anos de idade, a cessação deve ser realizada quando essas mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. (INCA, 2016)

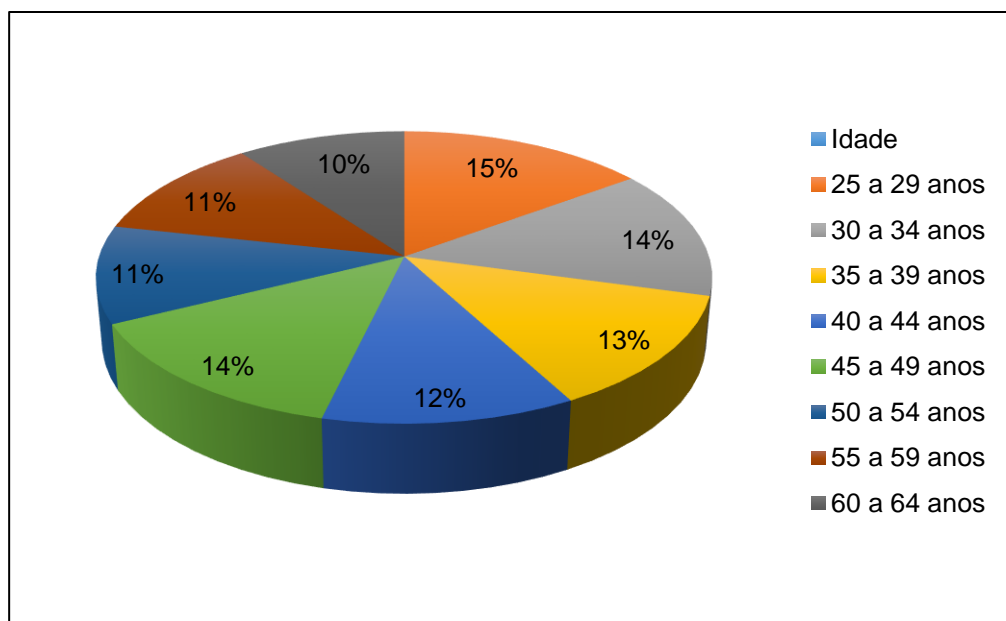
Para mulheres com mais 64 anos de idade e que nunca se submeteram ao exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos.

Se ambos os exames forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais.

Sendo assim, dentro da área 31 existe um total 1434 mulheres das quais 789 (55%) mulheres estão entre a faixa etária de 25 a 64 anos, sendo essas elegíveis para o rastreamento de câncer de colo uterino.

Comparando os dados epidemiológicos com as informações sobre o rastreamento é possível estipular que haja no mínimo 1 exame citopatológico para cada 3 mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos para considerar o rastreamento como efetivo, portanto deveriam ser realizados pelo menos 263 exames citopatológicos por ano na população feminina da área 31.

Figura 12: População Feminina elegível para preventivo



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

4.3.8 População feminina entre 50 a 69 anos de idade, elegível para rastreamento do câncer de mama.

O câncer de mama (carcinoma mamário) é uma doença heterogênea, que engloba tumores biologicamente diferentes, com variadas manifestações clínicas e morfológicas (INCA, 2021).

O Instituto de Câncer de José Alencar Gomes da Silva (2021) no material Detecção Precoce do Câncer traz que o risco de câncer de mama aumenta com o avançar dos anos, mulheres a partir dos 50 anos tem maior risco de desenvolver

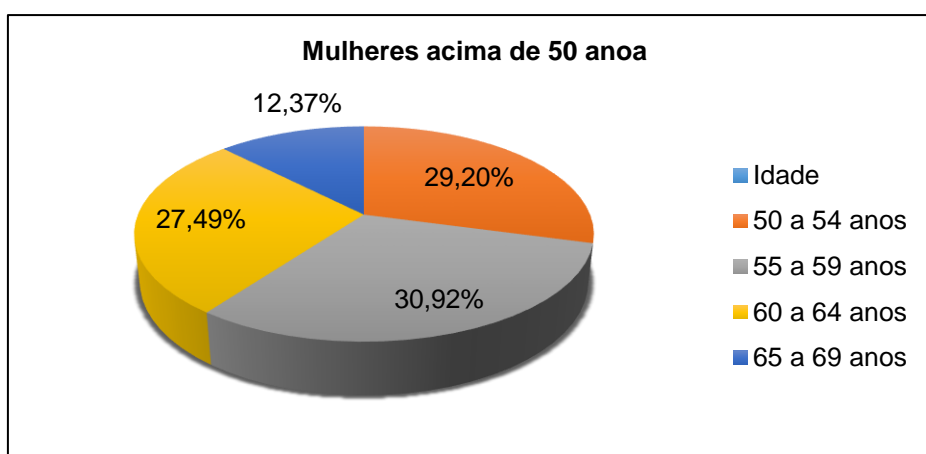
câncer de mama, devido ao acúmulo de exposições a diversos fatores de risco ao longo da vida e das alterações biológicas proveniente do envelhecimento. Menciona ainda que antes dos 35 anos, a incidência de câncer é muito rara.

As estratégias para a detecção precoce do câncer de mama são o rastreamento e diagnósticos precoce. Atualmente, a mamografia é considerada o exame padrão para o rastreamento. (INCA 2021). A recomendação do Instituto de câncer (2021) é que a mamografia de rastreamento seja oferecida às mulheres de 50 a 69 anos, uma vez a cada dois anos. A recomendação para as mulheres de 50 a 69 anos é a realização de mamografia a cada dois anos e do exame clínico das mamas anual. (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, N°13, 2013, P.93).

INCA (2021) menciona também que o câncer de mama pode acometer a homens, porém é raro, representando apenas 1% do total de casos da doença.

Na área 31 existe um total de 1434 mulheres cadastradas no relatório individual das quais 291 (20,29%) estão dentro da faixa etária dos 50 a 69 anos, ou seja, elegível para rastreamento de câncer de mama. A Figura 13 representa a quantidade de mulheres dentro das faixas etárias indicadas para o rastreamento.

Figura 13: População feminina entre 50 a 69 anos de idade, elegível para rastreamento do câncer de mama



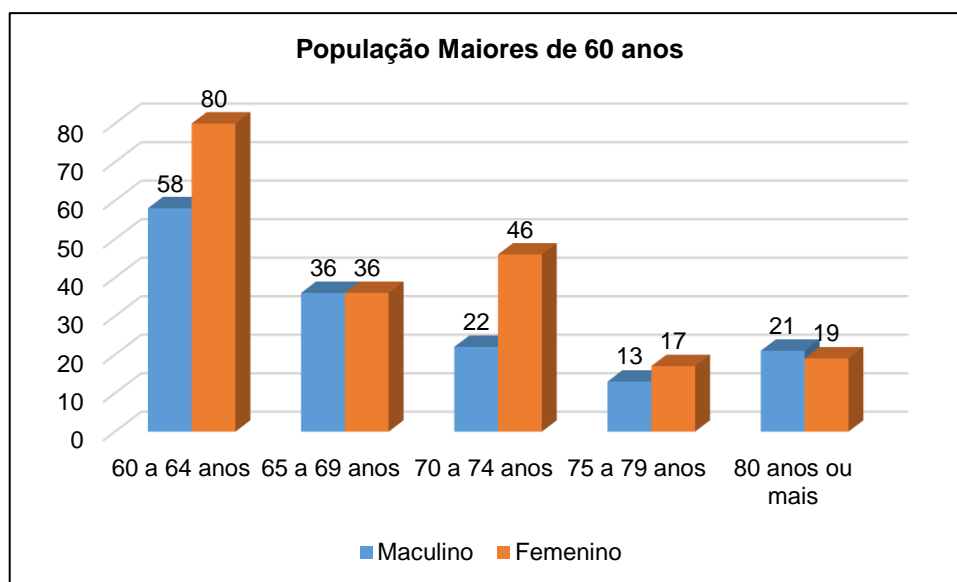
Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

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

O Caderno de Atenção Básica n.º 19 (2006), traz que todas as alterações decorrentes do processo fisiológico do envelhecimento terão repercussão nos mecanismos homeostáticos do/a idoso/a e em sua resposta orgânica, diminuindo assim a sua capacidade de reserva, de defesa e de adaptação, o que o torna mais vulnerável a quaisquer estímulos (traumático, infeccioso ou psicológico)

De acordo com Relatório de Cadastro Individual, das 2777 pessoas da área 31 da UBS Padre Monti, há 348 (12,53%) indivíduos maiores de 60 anos, os quais são elegíveis para a estratificação de riscos. Na Figura 14 visualiza-se a população idosa de acordo ao sexo e idade.

Figura 14: População elegível para estratificação de risco



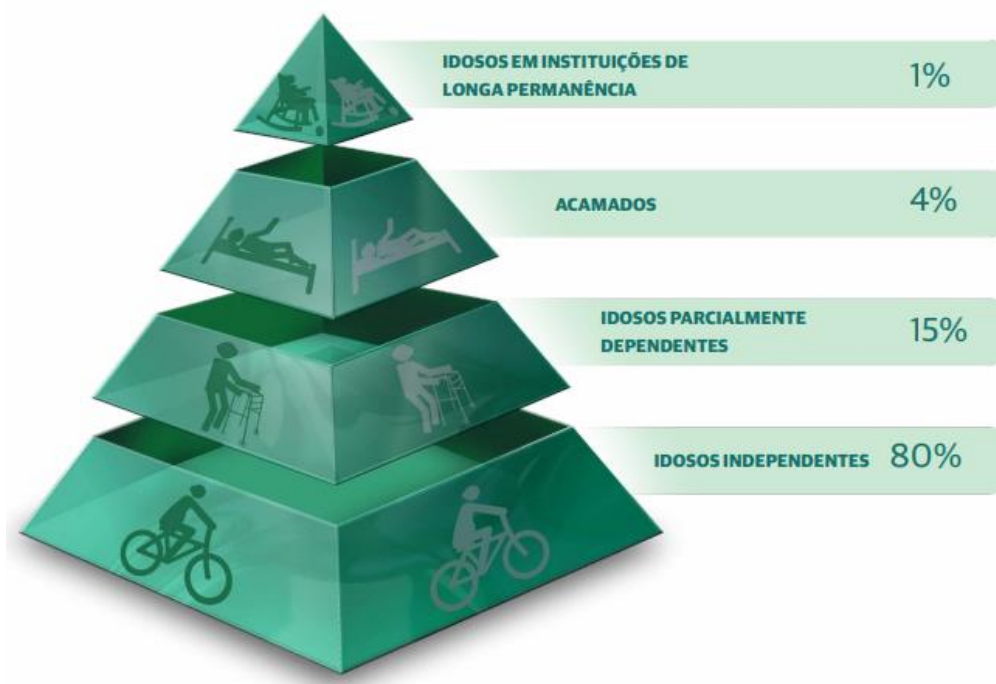
Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

Na avaliação do idoso, a Atenção básica tem como objetivo a avaliação global com ênfase na funcionalidade. A presença de declínio funcional pode sugerir a presença de doenças ou alterações ainda não diagnosticadas. (Caderno de Atenção Básica n.º 19, 2006, P. 30).

Dento do contexto das ações da Atenção Básicas, a avaliação funcional servirá como base para determinação da pirâmide de risco funcional (Imagem 18). Deve-se verificar a distribuição da população da área adscrita à eSF, com a finalidade de reconhecer a proporção de idosos: que vivem em Instituições de Longa Permanência para Idosos; que se encontram com alta dependência funcional; acamados;

independentes; e que já apresentam alguma incapacidade funcional para atividades básicas da vida diária (AVD), como tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se da cama para a cadeira, ser continente e alimentar-se com a própria mão (PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006, mencionadas em UNA-SUS, 2014)

IMAGEM 18 Pirâmide de risco funcional para população



Fonte: UNA-SUS, 2014.

4.3.10 População acima de 18 anos de idade para realizar o rastreamento de hipertensão arterial.

O Caderno de Atenção Básica, Nº 37 (2014), menciona que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta uma alta morbimortalidade, assim como a perda da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce.

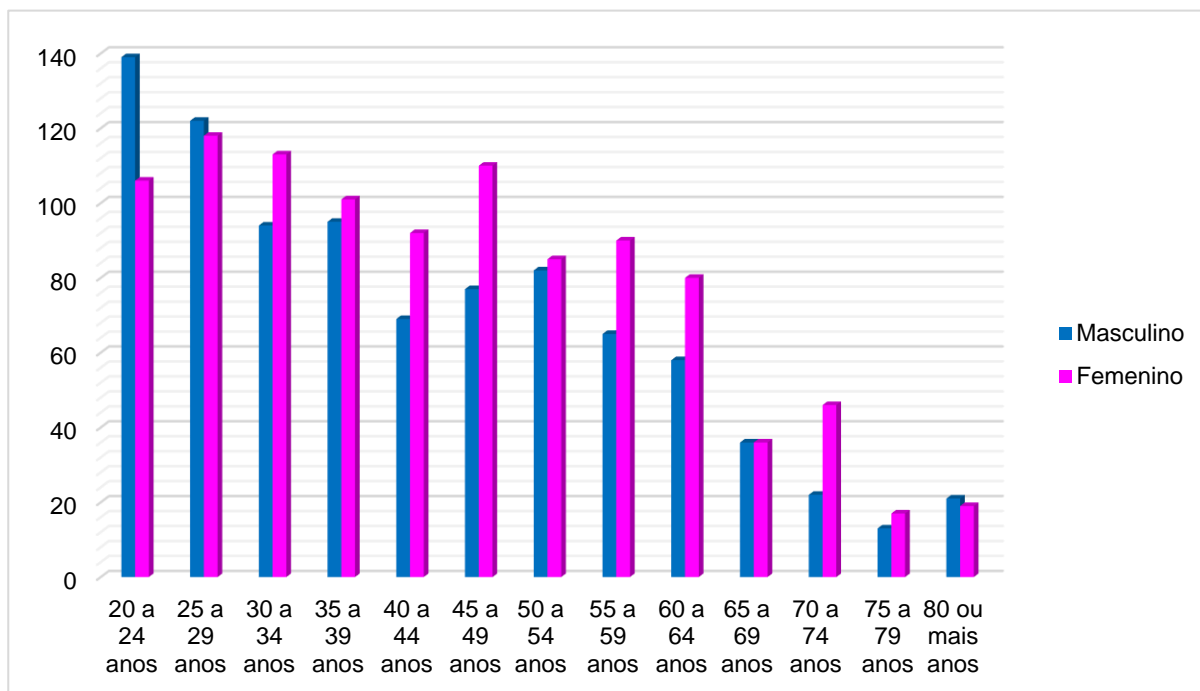
Todo adulto com 18 anos ou mais, quando vier à UBS para consulta, procedimentos, entre outros, e não tiver registro nos prontuários de ao menos uma verificação nos últimos dois anos, devera tê-la verificada e registrada (BRASIL, 2014).

O diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro

dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, N° 37, 2014, P.31).

Na população adscrita na área 31 existem 1.906 (68,63%) pessoas acima de 18 anos, nas quais devem ser realizado o rastreamento para HAS. Na Figura 15 especifica-se o sexo de acordo com a idade.

Figura 15: População acima de 18 anos indicado para rastreamento de hipertensão arterial.



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

4.3.11 População entre 10 a 19 anos de idade elegível para cuidados e EPS ao adolescente.

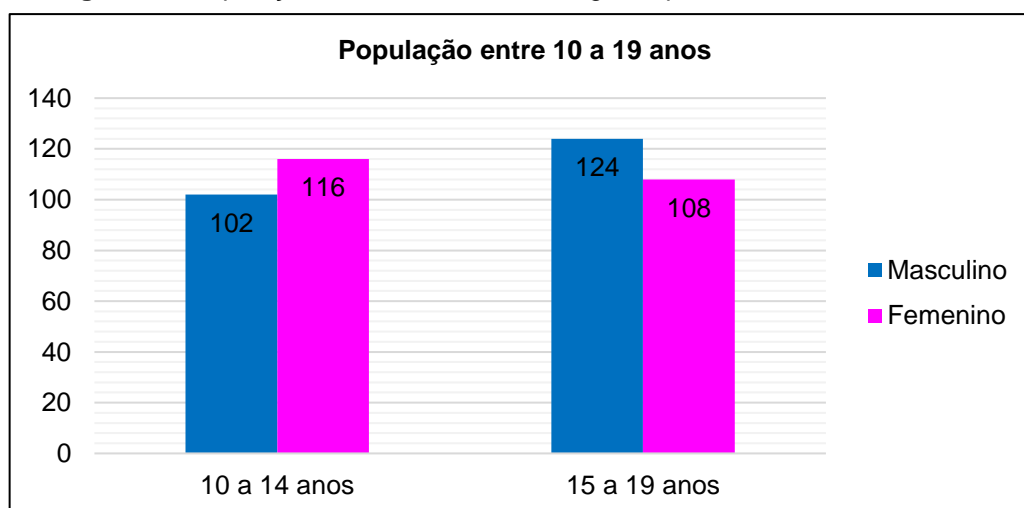
Os adolescentes não tendem a escolher os serviços de saúde como espaços de deslocamento, portanto é necessário programas de saúde, que visam estratégias para encontrar esses adolescentes. A equipe de saúde deve ser capaz de compreender as necessidades dos jovens, que estão em volta de assuntos como a busca de compressão das mudanças vividas, autopercepção, orientações, sexualidade, dentre outras (SILVA; R, 2006 mencionada por UNA-SUS, 2014. P.8)

A adolescência é conceituada como uma fase de desenvolvimento do ser humano, situada entre a infância e a idade adulta. Neste período, são obtidas as características físicas, psicológicas e sociais de adulto. O crescimento e o desenvolvimento são eventos geneticamente predeterminados que estão intimamente relacionados às crianças e adolescentes, sendo fortemente influenciados por fatores ambientais (socioeconômicos, políticos) e específicos (nutricionais, hormonais e emocionais) (UNA-SUS, 2014)

O material de Saúde do Adolescente e a Saúde da Família (2014) menciona que o desenvolvimento é dividido por idade ou através de etapas, sendo estas: Fase inicial da adolescência (10 a 13 anos), marcado pelo rápido crescimento e pela entrada na puberdade; adolescência intermediária (14 a 16 anos), caracterizada pelo desenvolvimento intelectual e pela valorização do grupo; e a adolescência tardia (17 a 20 anos), que consolida as etapas anteriores.

Dentro da população da área 31, existem 450 adolescentes, dos quais 50,22% correspondem ao sexo masculino e 49,78% do sexo feminino. Das 2777 pessoas dentro do território 16,2% são adolescentes. A Figura 16 especifica o sexo de acordo com a idade.

Figura 16: População entre 10 a 19 anos elegíveis para cuidado e EPS



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

4.4 Perfil Socioeconômico

4.4.1 Educação

Dos 2777 usuários cadastrados no Relatório Consolidado de Cadastro Individual, da área 31, 1738 (62,59%) pessoas não tiveram seus níveis de escolaridade informados. Isso compromete significativamente a análise do cadastro individual. Dos 1039 usuários que possuem este registro, 308 (29,64%) são analfabetos, ficando mais de 5 vezes acima do percentual esperado de analfabetos para Foz do Iguaçu, que, segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano deveria ser de 5,64%, para pessoas acima de 15 anos, no ano de 2010 (PNUD, 2010). Entre os demais níveis de escolaridade para a população adscrita na área 31, se destacam os 184 usuários (17,71%) que cursaram entre a 5ª e 8ª série; 131 usuários (12,61%) que cursaram entre a 1ª e 4ª série; 122 usuários (11,74%) que cursaram o ensino médio especial; e 113 usuários (10,87%) que cursaram ensino técnico.

A quantidade de usuários acima de 14 anos, ou seja, que são elegíveis para terem a conclusão do ensino médio, é de 2138 usuários. Desses, apenas 284 (13,28%) possuem o registro de que concluíram ensino médio. Os usuários com idade elegível para terem concluído o ensino superior (acima de 25 anos) da área 31, é de 1661 usuários. Desses, apenas 51 possuem o registro de terem finalizado o ensino superior (3,07%). Como é possível observar, ambos os percentuais estão abaixo do esperado, para pessoas que concluíram o ensino médio e pessoas com ensino superior (24,7% e 13,4%, respectivamente), segundo os dados do Atlas do Desenvolvimento Humano, Foz do Iguaçu, 2010.

Para efeito de discriminação, dos 284 usuários que têm o registro de conclusão do ensino médio, 113 completaram o ensino médio 2º ciclo (científico, técnico), 122 fizeram o ensino médio especial e 49 fizeram o ensino médio supletivo (EJA).

Das 193 crianças abaixo de 5 anos, que possuem registro no Relatório do Cadastro Individual, apenas: 10,88% vão à creche; 1,55% frequentam a pré-escola; e 4,14% vão à classe de alfabetização.

De acordo com a Lei n. 11.274 de 2006, instituiu-se o ensino fundamental obrigatório com duração de 9 anos, com início aos 6 anos de idade. Essa medida fez com que a Classe de Alfabetização – CA, fosse absorvida ao primeiro ano do ensino fundamental, passando esse a ser atualmente de 9 anos. Como a implantação dessa mudança foi gradual, os instrumentos de coleta foram adaptados para acompanhar o período de transição. A partir da divulgação dos resultados de 2017, os indicadores de anos de estudo e nível de instrução foram adaptados ao ensino fundamental de 9 anos (PNAD, 2017).

A Constituição Nacional (Art.7, inciso XXV) garante 100% das vagas para crianças, desde o nascimento até os 5 anos de idade, frequentarem creches e pré-escola, em nosso relatório é possível ver que há uma baixa cobertura de creches no bairro ou há um registro inadequado dos cadastros por parte da equipe.

Das 421 crianças de 0 a 9 anos, 192 ficam com adulto responsável, uma foi registrada no campo “outros” e apenas 2 ficam na creche, isso discorda do texto anterior, podendo ser uma inconsistência nos cadastros.

A tabela a seguir, representa o grau de escolaridade da população adscrita na área 31, da UBS Padre Monti.

IMAGEM 19 Grau de Escolaridade da população da área 31

Informações sociodemográficas - Qual é o curso mais elevado que frequenta ou frequentou

Descrição	Quantidade
Creche	21
Pré-escola (exceto CA)	3
Classe de alfabetização - CA	8
Ensino fundamental 1ª a 4ª séries	131
Ensino fundamental 5ª a 8ª séries	184
Ensino fundamental completo	17
Ensino fundamental especial	4
Ensino fundamental EJA - séries iniciais (supletivo 1ª a 4ª)	12
Ensino fundamental EJA - séries finais (supletivo 5ª a 8ª)	16
Ensino médio, médio 2º ciclo (científico, técnico e etc)	113
Ensino médio especial	122
Ensino médio EJA (supletivo)	49
Superior, aperfeiçoamento, especialização, mestrado, doutorado	51
Alfabetização para adultos (Mobral, etc)	0
Nenhum	308
Não informado	1738
Total:	2777

Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

4.4.2 N° total de família segundo o grau de risco

A estratégia de saúde da família, tem como um dos seus pilares, o conhecimento integral das famílias adstritas para poder atuar preventivamente, intervindo nos fatores de riscos clínicos e sociais. Para poder obter esses pontos é necessário saber a classificação do grau de risco. (CANDIDO et al.,2011 mencionado por PEREIRA G., 2014).

Durante a classificação de risco das famílias, devem participar os membros da equipe. A avaliação dos riscos familiares é uma ferramenta eficaz no direcionamento das ações para as famílias com maiores necessidades.

Lastimavelmente, na área 31, em conversa com diferentes membros da equipe, chegamos à conclusão de que não foi implantado nenhuma escala como a de Coelho e Savassi, para tentar classificar o grau de risco familiar. Com isso fica claro que este item não poderá ser analisado, mas sim faz parte do diagnostico situacional.

4.4.3 Plano de Saúde privado

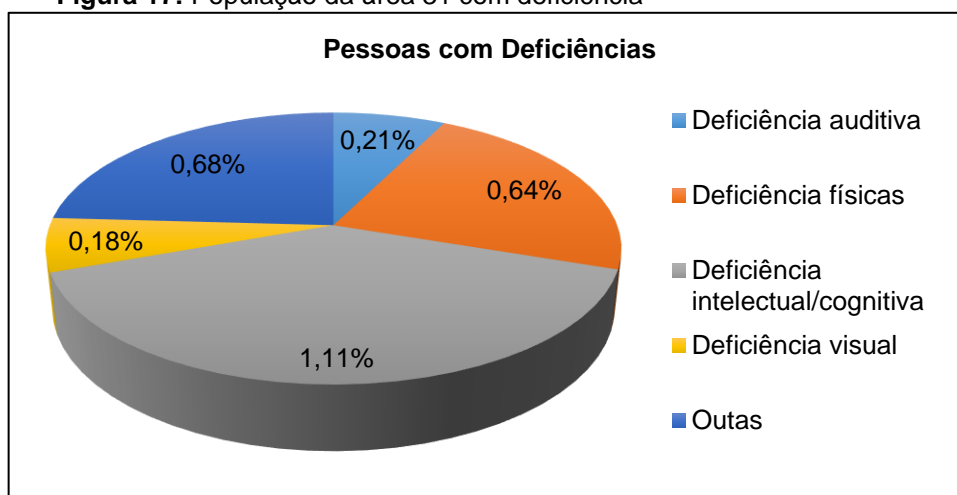
Como mencionado no ponto 4.3.5 sobre plano de saúde, do total de usuários adscritos na área, 2777, 10 possuem o registro de algum tipo de plano de saúde, e 2007 afirmam não possuir plano de saúde, 760 pessoas não informam se possuem ou não.

Para realizar o cálculo de quantas pessoas assistidas pelo SUS foi preciso subtrair do total 2777 a população que não informo nada 760, sedo assim a base para o cálculo se torna 2017 pessoas, das quais 0,49% afirmam possuir plano de Saúde e 99,50% não conta com plano de saúde, isso demonstra que o SUS é o principal ponto de apoio à saúde nessa região.

4.4.4 Pessoas com deficiência

O total de pessoas com algum tipo de deficiência da área 31 são 74 que corresponde a 2,66% da população. Sendo registradas no Cadastro 6 pessoas (0,21%) com deficiência auditiva, 18 (0,64%) com deficiências físicas, 31 (1,11%) com deficiência intelectual/cognitiva, 5 (0,18%) com deficiência visual e 19 (0,68%) possuem outros tipos de deficiência. Visualizadas no gráfico a seguir (Figura 17).

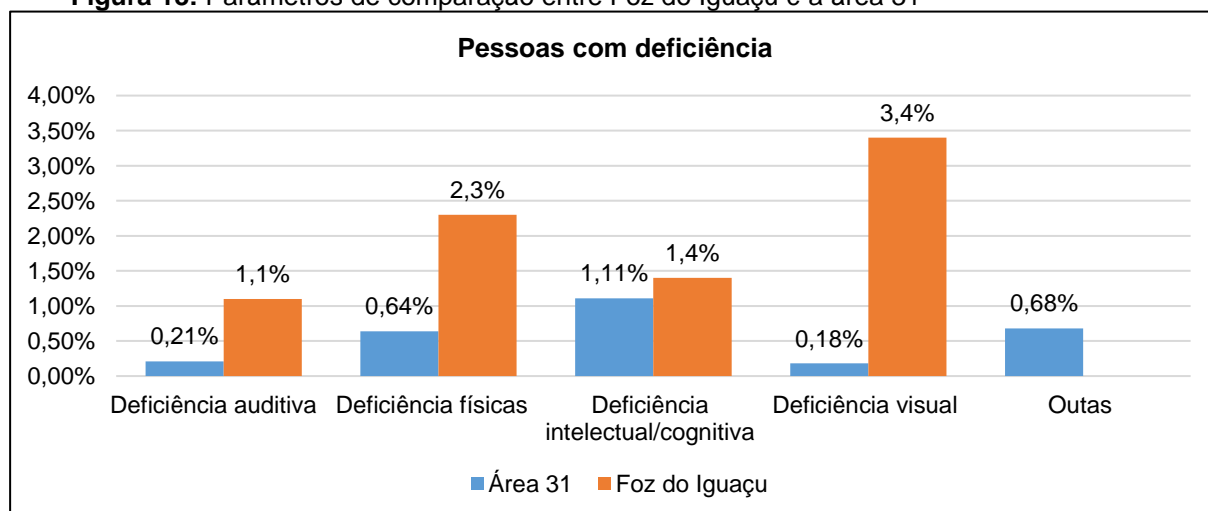
Figura 17: População da área 31 com deficiência



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

Conforme o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), em Foz do Iguaçu a população com deficiência visual corresponde ao 3,4%, deficiência motora 2,3%, deficiência auditiva 1,1% e deficiência mental/intelectual 1,4%. Os dados da área 31, quando comparados com os de Foz do Iguaçu, mostram resultados próximos em porcentagem nessas populações. O Gráfico a seguir faz uma comparação ente a área 31 e o Município de foz do Iguaçu (Figura 18).

Figura 18: Parâmetros de comparação entre Foz do Iguaçu é a área 31



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

4.4.5 População LGBTQIA+

O registro da população LGBTQIA+ não possui nenhum dado no Relatório. Entre as 2777 pessoas cadastradas, somente 4 pessoas tiveram suas identidades de gênero informadas, sendo 3 desses, marcados como outras opções. 1880 usuários não desejaram informar e 893 não informaram. O cadastro quanto a orientação sexual está nas mesmas condições, 57 pessoas decidiram informar sua orientação sexual, sendo informada somente 31, que afirmam ser heterossexual, 1852 optaram por não informar, assim como um 868 não informaram (Imagem 20). Nesse tipo de registro é necessário a dedicação de mais tempo para conseguir coletar todos os dados. Visto que com estas informações não conseguimos ver como é realmente a população e nem poder pensar em políticas públicas voltadas para essas pessoas.

IMAGEM: 20 Identidade de gênero e orientação sexual

Informações sociodemográficas - Identidade de gênero

Descrição	Quantidade
Deseja informar identidade de gênero?	
Sim	4
Não	1880
N. Inf	893
Homem transsexual	0
Mulher transsexual	0
Travesti	0
Outro	3

Informações sociodemográficas - Orientação sexual

Descrição	Quantidade
Deseja informar orientação sexual?	
Sim	57
Não	1852
N. Inf	868
Heterossexual	31
Homossexual (gay / lésbica)	0
Bissexual	0
Outro	0

Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

4.4.6 Ocupação mais frequente no território

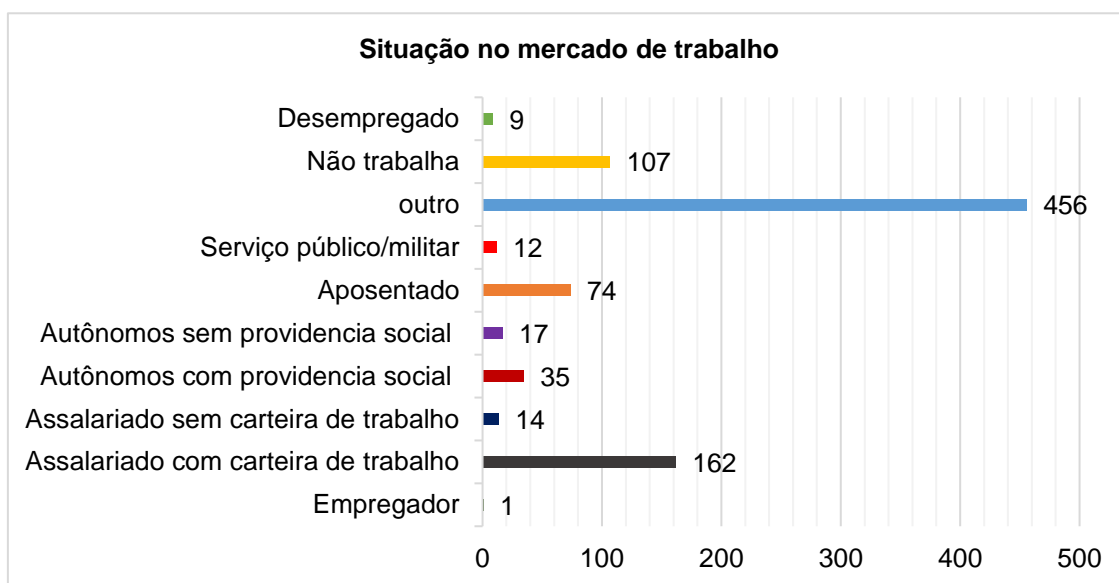
Num total de 2777 pessoas adscritas na área 31, 1890 (68%) não informaram o tipo de emprego que possuem e 887 (31,94%) o informaram. Para o cálculo total da situação de emprego no mercado foi considerado somente aqueles que o informaram. Sendo então: assalariados com carteira de trabalhando assinada 162 (18,26%), sem carteira de trabalho 14 (1,57%), autônomos com previdência social 35 (3,94%), autônomos sem previdência social 17 (1,91%), aposentados 74 (8,34%), trabalhadores do serviço público/militar 12 (1,35%), empregador 1 (0,11%), que

realizam outras atividades 456 (51,40%), desempregados 9 (1,01%) e não trabalham 107 (12,06%) (Figura 19).

Vale mencionar que, se os cadastros dos não informados fosse melhorado com um bom cadastramento por parte restante da equipe, como já vem sendo feito durante a consulta médica, os resultados acima poderiam condizer mais com a realidade dos usuários da equipe.

No Brasil e em Foz do Iguaçu, existem os Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), como a UBS Padre Monti está situada no distrito SUL, a sua referência é o CRAS SUL, que é o órgão responsável por coordenar as atividades assistências no bairro. A unidade tem o objetivo de atender famílias em situação de vulnerabilidade que precisem de auxílio social. (BOLSA FAMILIA, 2021).

Figura 19: Situação Laboral dentro do território da área 31



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

Sobre os tipos de ocupações, do total de cadastrados, 98,27% não tiveram suas ocupações laborais informadas, somente 1,72% relataram. Esse é um dos motivos pelos quais há dificuldade para realizar uma análise verídica dos relatórios da área. Entretanto, de acordo aos registros, existem 7 pedreiros, 3 empregados domésticos (serviços gerais), 2 empregados domésticos (diaristas), 2 camareiros de hotel, 2 professores da educação, 2 zeladores. Nas demais ocupações somente estão registados um usuário de cada profissão e isso se deve a recente iniciativa do médio

da área em começar a realizar esses cadastramentos, após termos iniciado a investigação para esse relatório (Imagem 21).

Para conseguir planejar ações de prevenção e saúde para essa população trabalhadora é necessário um melhor registro de suas ocupações, visto que os “não informados” estão em grande porcentagem, e a porcentagem dos informado é muito pequena, isso estaria mascarando a realidade dessa população.

IMAGEM 21 Ocupações mais frequentes dentro da área 31

Informações sociodemográficas - Ocupação

Descrição	Quantidade
ADVOGADO	1
AGENTE DE VENDAS DE SERVIÇOS	1
ALIMENTADOR DE LINHA DE PRODUÇÃO	1
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	1
ASSISTENTE DE VENDAS	1
ATENDENTE DE FARMÁCIA - BALCONISTA	1
ATENDENTE DE LANCHONETE	1
ATENDENTE DE LOJAS E MERCADOS	1
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	1
AUXILIAR DE LAVANDERIA	1
CABELEIREIRO	1
CAMAREIRO DE HOTEL	2
CARPINTEIRO	1
CATADOR DE MATERIAL RECLÁVEL	1
COMERCIANTE VAREJISTA	1
COZINHADOR (CONSERVAÇÃO DE ALIMENTOS)	1
COZINHEIRO GERAL	2
CUIDADOR DE IDOSOS	1
ELETROMECÂNICO DE MANUTENÇÃO DE ELEVADORES	1
EMPREGADO DOMÉSTICO DIARISTA	2
EMPREGADO DOMÉSTICO NOS SERVIÇOS GERAIS	3
ENTREGADOR DE PUBLICAÇÕES	1
MOTORISTA DE CAMINHÃO (ROTAS REGIONAIS E INTERNACIONAIS)	1
OPERADOR DE CAIXA	1
PEDAGOGO	1
PEDREIRO	7

Informações sociodemográficas - Ocupação

Descrição	Quantidade
PEDREIRO DE CONSERVAÇÃO DE VIAS PERMANENTES (EXCETO TRILHOS)	1
PROFESSOR DA EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS DO ENSINO FUNDAMENTAL (PRIMEIRA A QUARTA SÉRIE)	2
PROFESSOR DE NÍVEL SUPERIOR NA EDUCAÇÃO INFANTIL (QUATRO A SEIS ANOS)	1
PROFESSOR DE TÉCNICAS DE ENFERMAGEM	1
REPOSITOR DE MERCADORIAS	1
SOLDADOR	2
TRABALHADOR DE SERVIÇOS DE LIMPEZA E CONSERVAÇÃO DE ÁREAS PÚBLICAS	1
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	1
VENDEDOR DE COMÉRCIO VAREJISTA	1
Não informado	2729
Total:	2777

Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

4.4.7 Pessoas pobres e extremamente pobres da área 31

De acordo ao IBGE (2017) no Brasil 7,5% das pessoas vivem com menos de R\$ 145,00 por mês, sendo considerados extremamente pobres e 26,5% são pessoas pobres que vivem com menos de R\$ 450,00 por mês.

Avaliando o território da área 31, há 1080 famílias. Destas, 131 (12,12%) informaram sua renda familiar, enquanto 949 (87,87%) famílias não informaram (Figura 20).

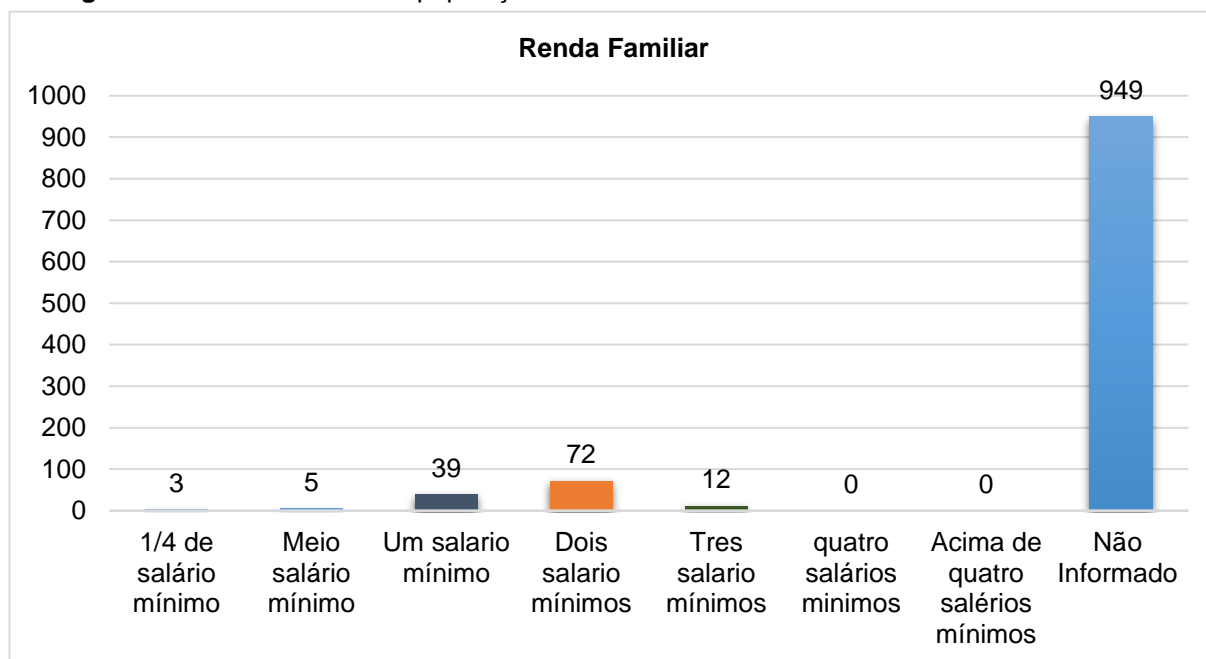
Entre as 131 famílias que informaram a renda familiar, observamos que, 3 (2,29%) recebem menos $\frac{1}{4}$ do salário-mínimo, 5 (3,81%) vivem com meio salário mínimo, 39 (29,77%) contam com um salário mínimo, 72 (54,96%) vivem com dois salários mínimo e 12 (9,16%) famílias se sustentam com 3 salários mínimo.

Como a área conta com 949 cadastros sem informações de renda familiar, fica difícil a compreensão da vulnerabilidade, ou como é o perfil econômico da área (pobre ou extremamente pobre), isso é devido à falta de levantamentos adequados durante o preenchimento das fichas familiares.

Conforme o último censo do IBGE-2010, a população de Foz de Iguaçu que se encontra em situação de extrema pobreza, ou seja, com renda mensal menor a R\$ 145,00, é de 27,75% da população.

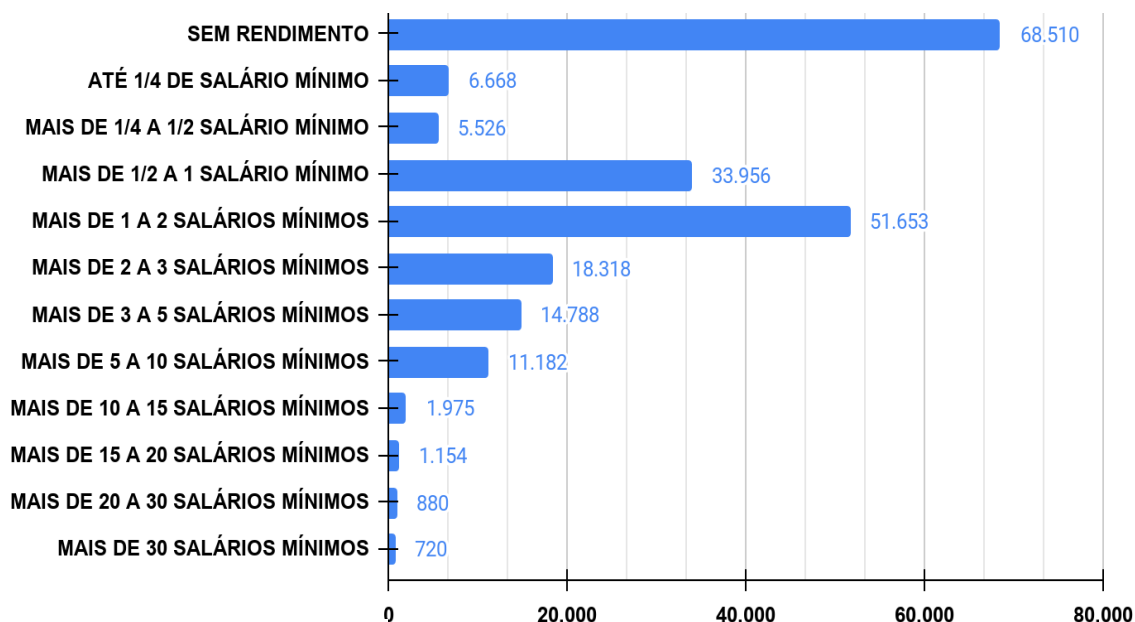
Se nos guiarmos pelos dados de 131 famílias, 8 famílias (6,10%) vivem em condições extremamente pobres e 39 famílias (29,77%) vivem em condições de pobreza. Essa porcentagem não se enquadra com a realidade das famílias que vivem em 3 invasões, conhecendo toda a área 31, em visitas domiciliares e saídas de campo, pudemos ver que esses dados não são fidedignos, sendo que a maioria dessa população vive em condições muito precárias.

Figura 20: Renda Familiar da população da área 31



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

IMAGEM 22 Renda por pessoas em Foz do Iguaçu no ano de 2010



Fonte: IBGE, 2010.

4.4.8 Cidadãos em situação de rua

No registro da área 31, os dados presentes são insuficientes para poder analisar parâmetros como tempo em que vive na rua, quantas vezes se alimenta, origem do alimento e sobre a higiene pessoal. Se visualizamos a tabela a seguir preservemos que não há cidadão em situação de rua

IMAGEM 23 Pessoas em condições de Rua

Cidadão em situação de rua			
Descrição	Sim	Não	Não Inf.
É acompanhado por outra instituição	0	2	2775
Possui referência familiar?	0	1	2776
Recebe algum benefício	0	1	2776
Visita algum familiar com frequência	0	1	2776

Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

4.5 Perfil Epidemiológico

4.5.1 Crianças menores de 5 anos

De acordo com a Linha Guia Mãe Paranaense (2018), toda criança deve ser estratificada ao nascer e ser acompanhada desde o 5º dia de vida até o 1º ano. Sendo necessárias, no mínimo, 8 consultas com médico/a e enfermeiro/a nesse primeiro ano de vida. Sendo essas realizadas no começo de forma mensal, até os 6 meses de vida, passando para consultas trimestrais dos 6 a 12 meses e a partir dos 2 anos essas devem ser de forma semestral. Já após os 3 anos as consultas são anuais.

Essa divisão se dá com objetivo de acompanhar e controlar o desenvolvimento antropométrico e neuropsicomotor das crianças, controle vacinal e estratificação de

riscos. Todo atendimento deve ser registrado no prontuário eletrônico e na carteira da criança (LINHA GUIA MÃE PARANAENSE, 2018, P.29)

Analisando os dados coletados no e-SUS, da área 31, o número total de crianças menores de 5 anos é de 234. Destes, foram descartados 65 registros devido a cadastros duplicados, sem INE e aqueles que não indicam o endereço de residência. Sendo assim, o número total a ser considerado é apenas 169 crianças.

Das 169 crianças, 109 (64,49%) correspondem a crianças com idade entre 2 e 5 anos e 60 (35,51%) correspondem a crianças menores de 2 anos (Figura 21).

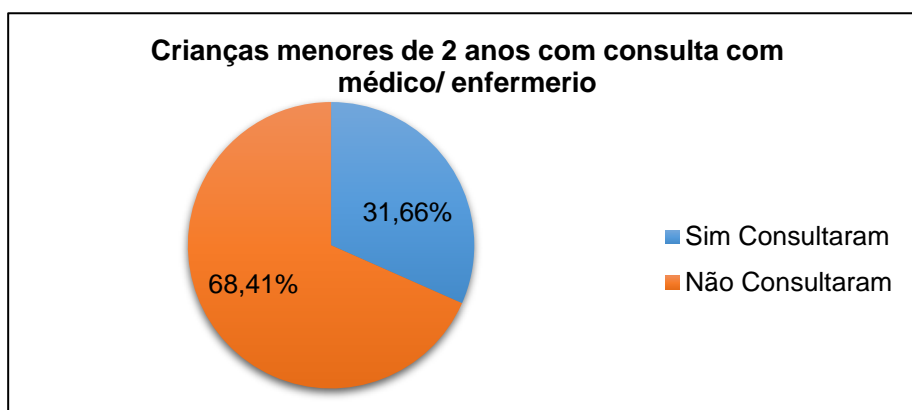
Figura 21: Percentil da população infantil até 5 anos de idade



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

Entre as 60 crianças menores de 2 anos, somente 19 (31,66%) têm registros de acompanhamento pelo médico/a e/ou enfermeiro/a, as demais 41 (68,33%) crianças não tiveram registros acompanhamento. (Figura 22).

Figura 22: Acompanhamento das crianças menores de 2 anos

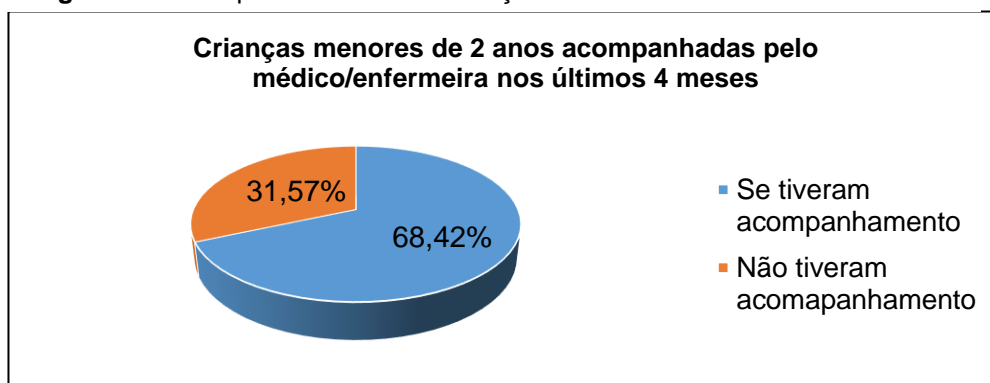


Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

Das 19 crianças menores de 2 anos acompanhadas pelo médico/a e/ou enfermeiro/a, 13 (68,42%) foram consultadas nos últimos 4 meses e 6 (31,57%) tiveram a última consulta a mais de 4 meses de acordo ao relatório operacional (Figura 23).

Esse evento pode ser resultado da falta de registro eletrônico ou pela falta das mães das crianças de buscarem atendimento. Em situações onde se detecta a falta de acompanhamento das crianças, deve-se alertar a equipe e acionar estratégias para realizar buscas ativas, por meio dos ACS em visitas domiciliares. Ressalta-se, nesse ponto, a importância da inserção dos pais no cuidado da criança, para conseguir assim um aproveitamento melhor durante as consultas de puericultura. (LINHA GUIA MÃE PARANAENSE, 2018, P.30)

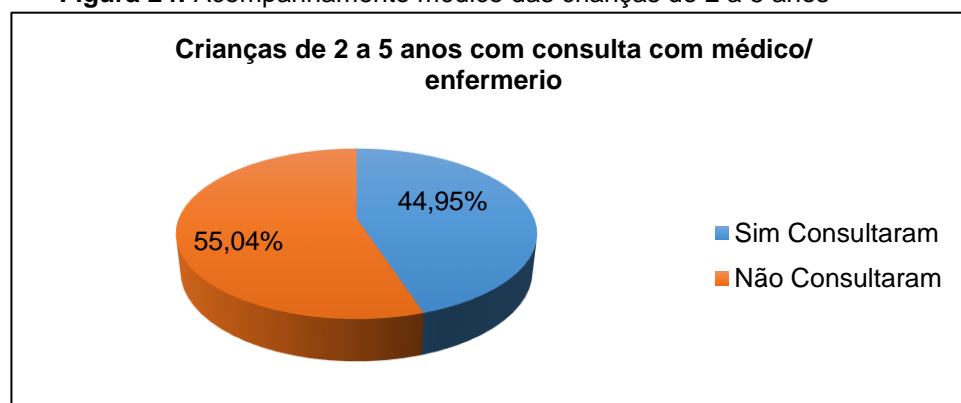
Figura 23: Acompanhamento das crianças menores de 2 nos últimos 4 meses



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

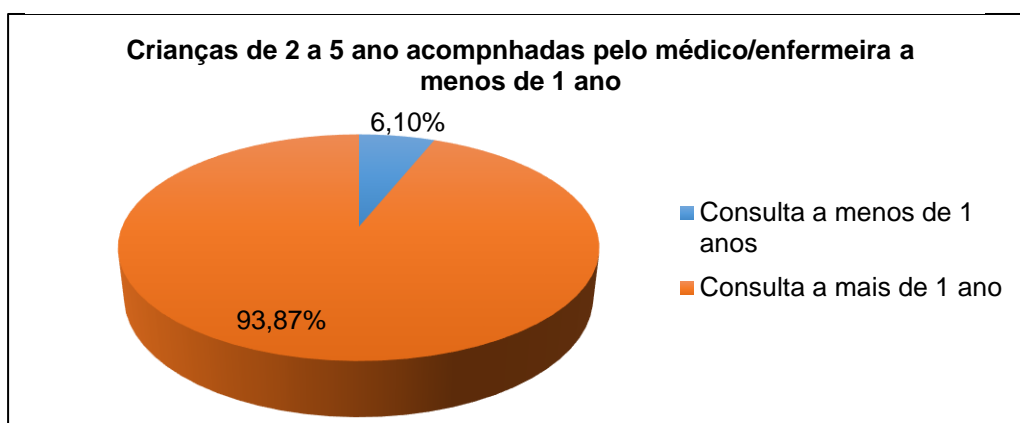
Das 109 crianças entre 2 a 5 anos de idade, somente 49 (44,95%) possuem registros de que foram acompanhadas pelo médico/a e/ou enfermeiro/a e 60 (55,04%) não possuem tal anotação (Figura 24). Das 49 crianças devidamente registradas, somente 3 (6,1%) tiveram a última consulta em menos de 1 ano e 46 (93,87%) fizeram a última consulta a mais tempo (Figura 25).

Figura 24: Acompanhamento médico das crianças de 2 a 5 anos



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

Figura 25: Acompanhamento de crianças de 2 a 5 anos a menos de 1 ano



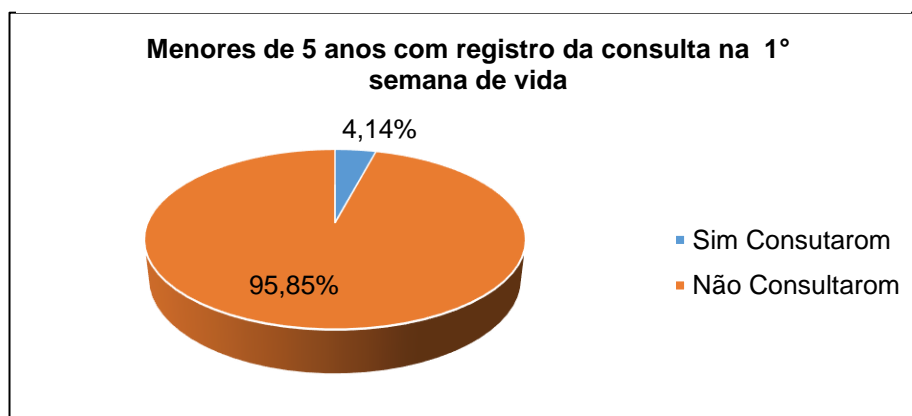
Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

Tal dado expostos acima, discorda com a referência literária que diz que 100% das crianças menores de 2 anos devem ter mais de 8 consultas de puericultura, assim com aquelas acima de 3 anos deveriam ter pelo menos 1 consulta anual. (LINHA GUIA MÃE PARANAENSE, 2018).

Vale mencionar que todos os cadastros, referentes as crianças, estão inconclusos devido à falta de registros adequados, assim como os registros de acompanhamentos das crianças durante a puericulturas. Vale ainda mencionar que, todos os dados provenientes do RP Saúde levam 30 dias para serem exportados ao e-SUS podendo explicar a falta de alguns desses dados.

Do total de crianças menores de 5 anos de idade (169), somente 7 (4,14%) tiveram registrado a primeira consulta na 1ª semana de vida, concluindo então que 162 (95,85%) crianças não tiveram a sua primeira consulta antes do término da primeira semana após o parto (Figura 26). Esses dados são muitos discrepantes conforme vemos o dia a dia na unidade.

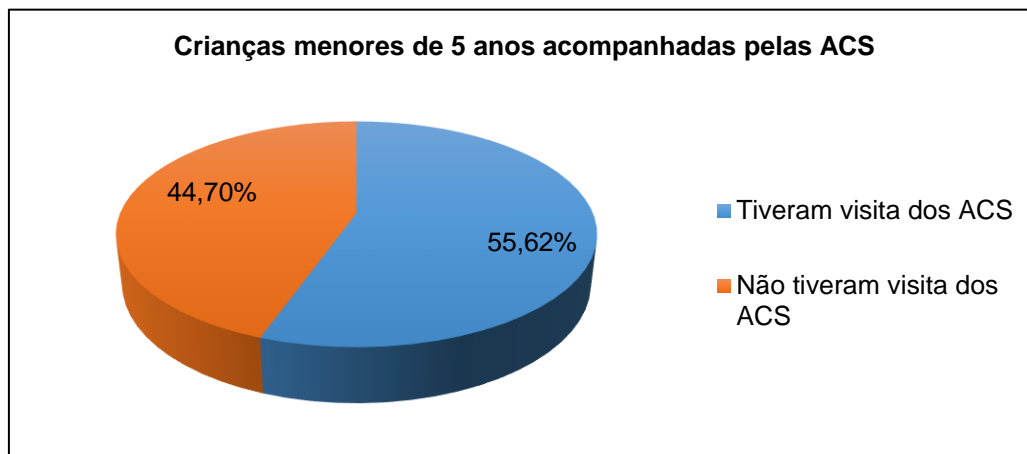
Figura 26: Registro de Primeira consulta na criança



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

No âmbito das visitas domiciliares realizadas pelo ACS, das 169 crianças, existe no registro que apenas 94 (55,62%) foram visitadas e 75 (44,37%) não contam com registro algum de visitas ou acompanhamento por parte dos ACS's (Figura 27).

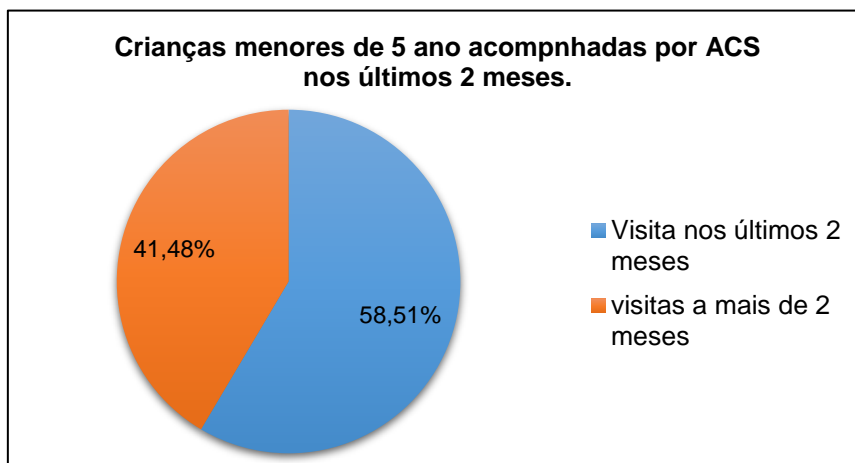
Figura 27: Acompanhamento do ACS a Crianças menores de 5 anos



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

Cabe ressaltar a importância de que o ACS tem ao visitar 100% das crianças da sua microárea. Dentro da área 31, das 94 crianças que foram registradas como visitas somente 55 (58,51%) tiveram visitas nos últimos 2 meses e 39 (41,48%) não possuem tal assistência domiciliar segundo os registros (Figura 28).

Figura 28: Acompanhamento das crianças menores de 5 anos nos últimos 2 meses



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

O Caderno de Atenção Básica N° 33 (2012), menciona a importância da monitorização do crescimento de forma rotineira. O registro do peso, da estatura e do

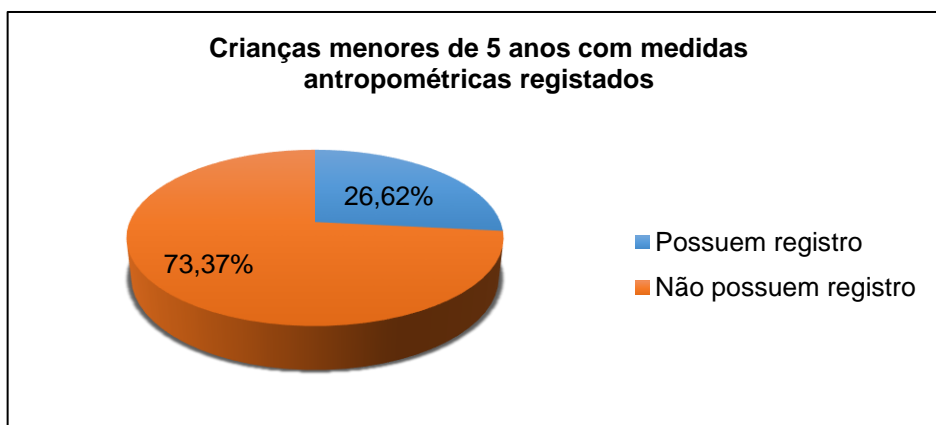
comprimento, bem como do perímetro cefálico da criança, aferidos nos gráficos de crescimento, são recomendáveis para todas as consultas, para crianças de risco ou não, até os 2 anos de idade.

No mesmo caderno é mencionado que crianças entre 2 a 10 anos de idade devem aferir o peso e alturas e plotá-los nos gráficos nas consultas realizadas. Vale mencionar que a altura para a idade é o melhor indicador de crescimento da criança. O índice de massa corporal (IMC), é um marcador de adiposidade e sobrepeso, além do fato de que seu valor na infância pode ser preditivo do IMC da vida adulta (TANAKA et al., 2001 *apud* CADERNO DA ATENÇÃO BÁSICA N° 33, 2012, P.63).

O registro antropométrico, durante as consultas de puericultura, nos auxilia nos dando uma visão geral das condições de saúde da criança, e com isso podemos realizar a melhor conduta de acordo a cada situação.

Dentro da área 31 das 169 crianças menos de 5 anos, somente 45 (26,62%) possuem registros antropométricos e 124 (73,37%) não possuem nenhum registro (Figura 29).

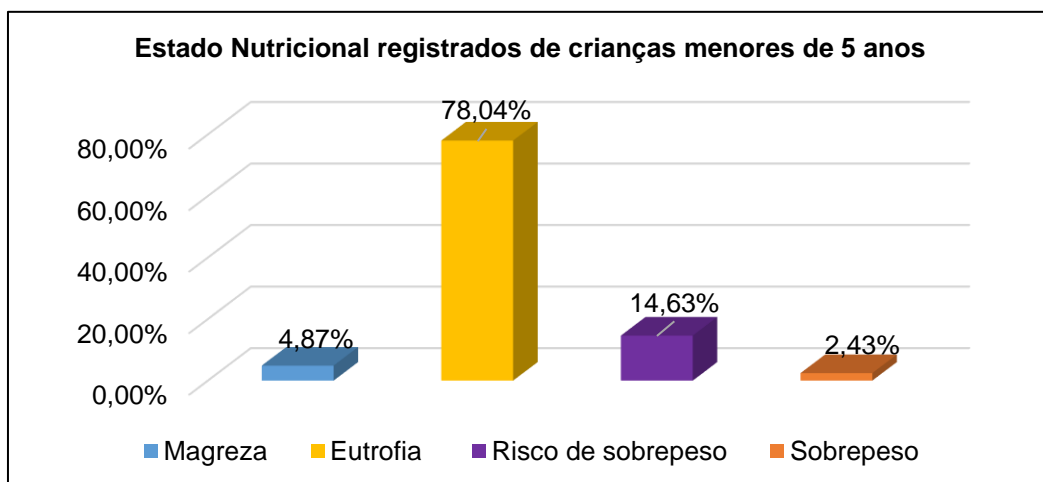
Figura 29: Medidas antropométricas das crianças



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

Das 169 crianças somente 41 (24,26%) tem registro sobre o estado nutricional e 128 (75,73%) não contam com tais registros. Destas 41 crianças há 2 (4,87%) em situação de magreza, 32 (78,04%) encontram-se eutrófico, 6 (14,63) estão em risco de sobrepeso e 1 (2,43%) criança está com sobrepeso de acordo aos relatórios operacionais (Figura 30). É necessário que sejam registrados, de forma correta, todos os itens para poder ter avaliação mais clara das condições antropométricas e nutricionais das crianças assim como nos outros pontos.

Figura 30: Estado Nutricional das Crianças



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

Continuando a falar sobre a saúde da criança, com relação as imunizações, o MS (2020), está atualmente com 48 imunobiológicos que são distribuídos anualmente pelo PNI (vacinas, imunobiológicos especiais, soros e imunoglobulinas). Desses, 20 vacinas são ofertadas para às crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes conforme o Calendário Nacional de Vacinação. Das 20, a grande maioria (18) são vacinas ofertadas somente para crianças e adolescentes no Calendário Nacional de Vacinação.

Durante as consultas de puericultura, sempre se deve solicitar a carteira de vacinação da criança para a verificação sobre a situação vacinal, atrasos e se necessária recomendar as imunizações correspondentes.

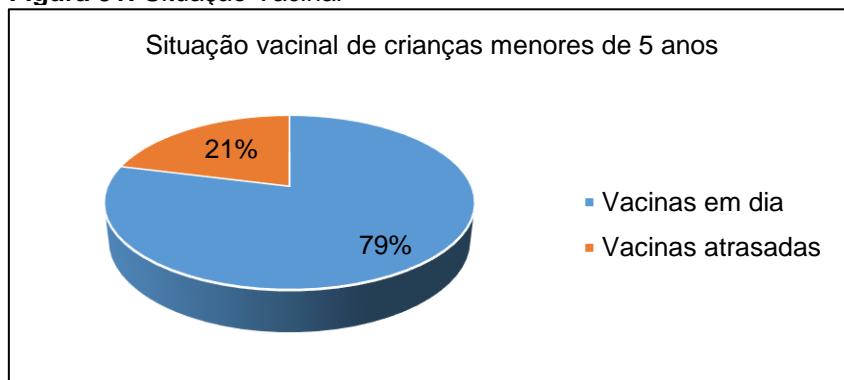
Dentro do relatório operacional das 169 crianças menores de 5 anos, somente 38 (22,48%) informam sobre o registro de vacinação e 131 (77,51%) dos cadastros não conta com nenhum registro deste ponto.

Entre as 38 crianças que foram registradas, 30 (78,94%) possuem registros de que as vacinas estão em dia e 8 (21,05%) dizem não estar em dia com as vacinas. (Figura 31).

Para essas 8 crianças que sabemos estarem com a vacinação atrasada é importante que seja realizado uma busca ativa, e aplicar estratégias para regularizar as vacinas faltantes, assim como explicar aos pais sobre a importância de vacinar os menores.

Também seria importante, fazer uma busca ativa dessas 131 crianças que não possuem registros de como estão seus cartões vacinais, e assim identificar as que estão em dia, mas principalmente as que estão com vacinações atrasadas e poder realizar ações como campanhas vacinais para cobrir essa população.

Figura 31: Situação Vacinal



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

4.5.2 Gestantes

A Linha Guia Mãe Paranaense (2018), menciona que a captação precoce da gestante para o pré-natal é realizada na APS, a qual pode ser pelo ACS, pela equipe Saúde da Família ou pela UBS.

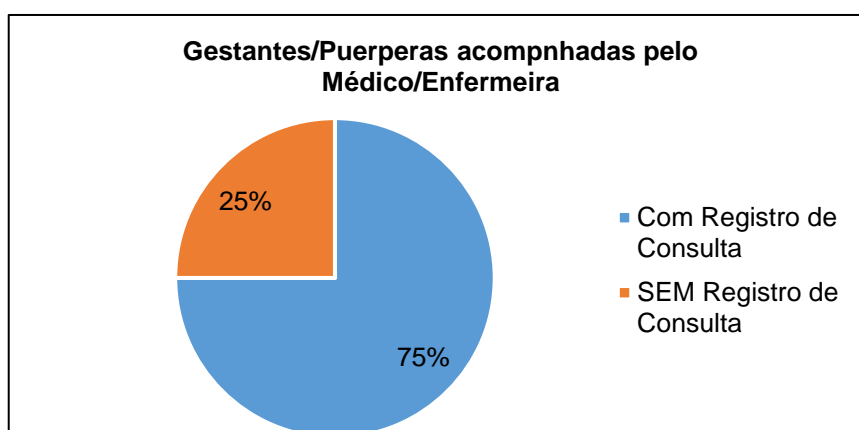
Uma vez feita a confirmação da gravidez, deve-se realizar os cadastros correspondente no E-SUS e no SUSPRENATAL WEB para poder ser realizado o acompanhamento das gestantes. (LINHA GUIA PARANAENSE, 2018, P.22) Em Foz do Iguaçu utiliza-se o sistema RP-Saúde, onde fica o prontuário eletrônico registrando todas as consultas/acompanhamento do pré-natal. Na sequência do registro, deve-se identificar o risco e a respectiva vinculação ao serviço hospitalar que fará o parto. É importante que o pai/parceiro acompanhe a gestante no pré-natal.

Dentro da Linha Guia Mãe Paranaense (2018), menciona-se que a primeira consulta deve ser realizada o mais precoce possível, ou até o final do 3º mês de gestação, podendo assim ser garantido no mínimo 7 consultas durante a gravidez e 1 no puerpério. No total, são 8 consultas para o atendimento à gestante na seguinte distribuição: 2 no primeiro trimestre; 2 no segundo trimestre; 3 no terceiro trimestre da gestação; 1 no puerpério.

De acordo com o Relatório Operacional de Gestantes/Puérperas, do período de um ano (2020 a 2021), há um total de 72 gestantes, das quais 16 foram descartadas por possuírem cadastros duplicados. Restando no total 56 gestantes/puérperas acompanhadas pela equipe 31.

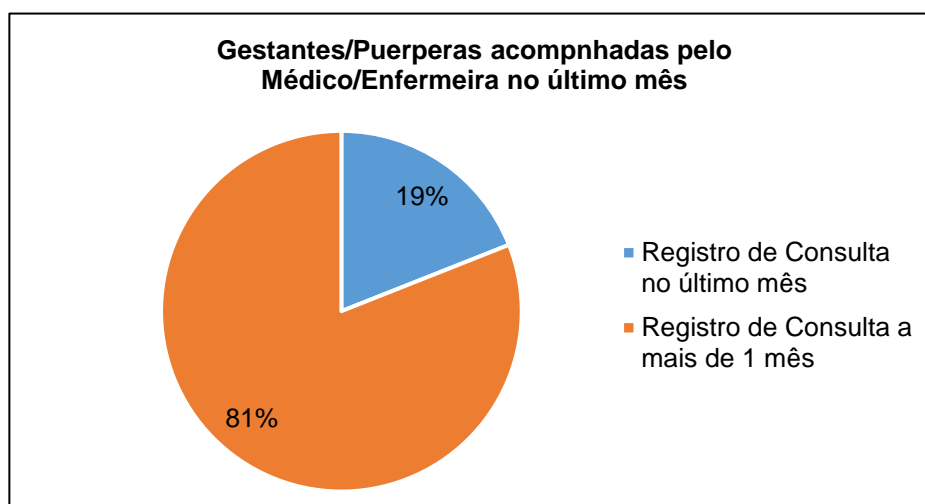
Das 56 gestantes/puérperas, 42 (75%) têm registro da última consulta e 14 (25%) não possuem tal registro (Figura 32). Entre as 42 gestantes/puérperas, 8 (19%) tiveram a última consulta no último mês, as outras 34 (81%) tiveram a mais de 1 mês a última consulta (Figura 33). Cabe mencionar a importância de realizar um bom pré-natal, acionando a equipe caso seja necessário realizar alguma ação sobre as gestantes. Os dados presentes precisam de um aprimoramento durante os cadastros para poder obter assim melhores indicadores.

Figura 32: Registro de Consulta das Gestantes/Puérperas



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

Figura 33: Acompanhamento de Gestante/Puérperas no último mês

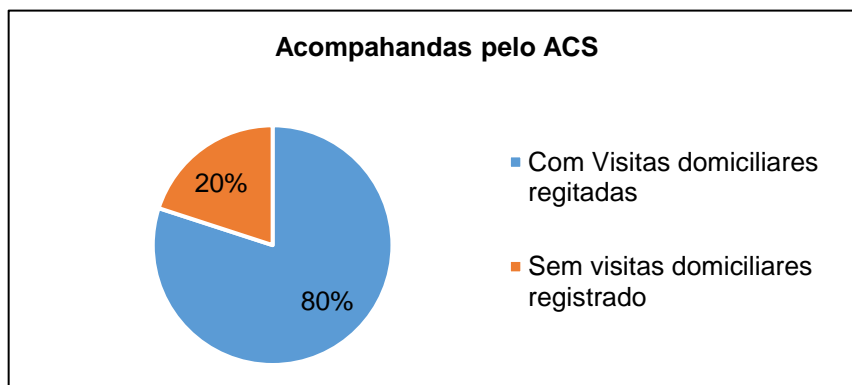


Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

Das 56 gestantes/puérperas foi realizado visitas domiciliares em 45 (80%) e em 11 (20%) não foram registados a última visita dos ACS (Figura 34).

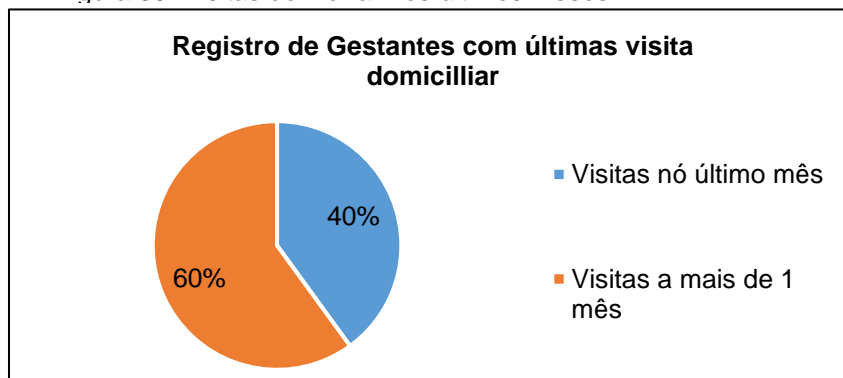
Entre as 45 visitas registradas, 18 (40%) foram realizados no último mês, e os restantes, que são 27 (60%), as visitas foram a mais de 1 mês.

Figura 34:Registos das gestantes/puérperas acompanhadas pelo ACS



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

Figura 35: Visitas domiciliar nos últimos meses



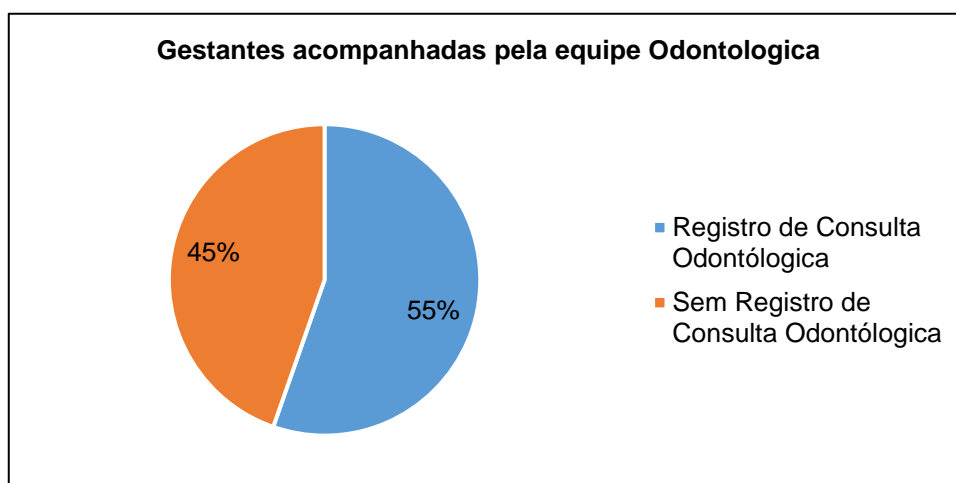
Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

É recomendado o exame odontológico, preferencialmente no 1º trimestre, este acompanhamento tem como objetivo prevenir e controlar as cáries. (LINHA GUIA MÃE PARANAENSE, 2018). Além de que as gestantes devem ter pelo menos 1 consulta odontológica durante a gestação.

Dentro do relatório operacional, das 56 gestantes/puérperas, 31 (55,35%) tiveram registro de pelo menos uma consulta odontológica, das restantes, 25 (44,65%), não há registro da possível data de consulta caso foram realizadas (Figura

36). Mas pelo que vem sendo visto em nossos acompanhamentos e em discussões realizadas pelos membros da equipe, havia sim um acompanhamento de quase 100% das gestantes em consultas com a odontologia. Entretanto, não havia, por parte do profissional odontólogo, o registro adequado, na parte de procedimentos, no RP-Saúde, sendo esse um erro visualizado e que já estava em processo de correção desde antes de iniciarmos o relatório.

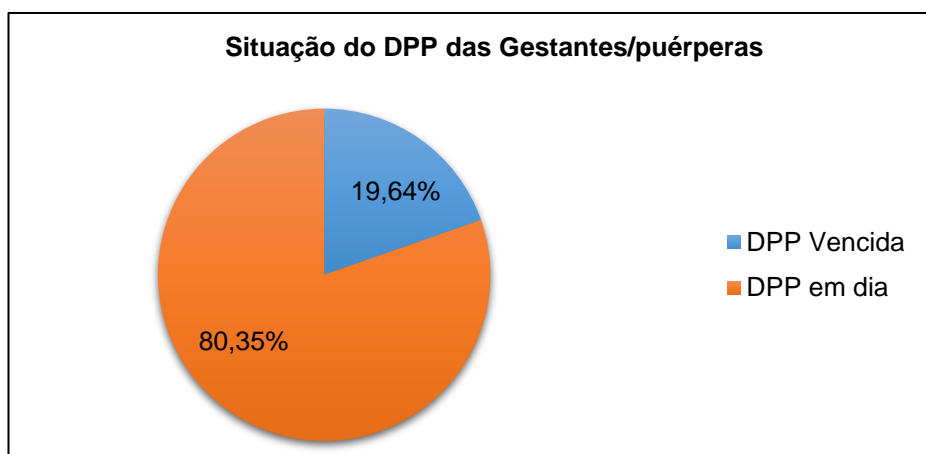
Figura 36: Registro Odontológicos das Gestantes.



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

Das 56 gestantes/puérperas há registro de que 11 (19,64%) correspondem a mulheres com DPP vencida e das 45 (80,35%) restantes a DPP ainda não está vencida (Figura 37).

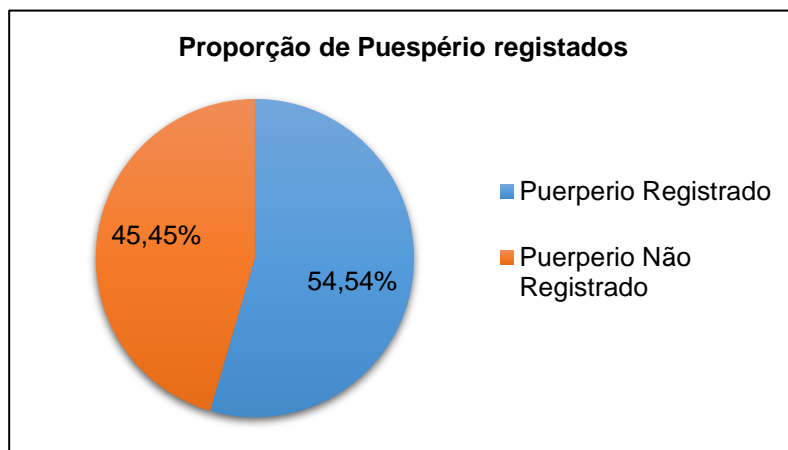
Figura 37: Condição de DPP das Gestantes/Puérperas



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

Entre as 11 mulheres com DPP vencido 6 (54,54%) já estão com o registro marcado, entretanto, 5 (45,45%) ainda não têm registros de consultas do puerpério e isso pode estar acontecendo devido ao tempo que leva para a exportação dos dados do RP para o E-SUS, que ocorre uma vez por mês (Figura 38).

Figura 38: Consultas de Puerpério



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

Na Linha Guia Mãe Paranaense (2018), menciona que a equipe da APS deverá realizar visitas domiciliares na primeira semana após o parto e nascimento (até o 5º dia), para que seja realizado o acompanhamento da puérpera e da criança. Deve ser realizado 1 consulta no puerpério imediato, primeira semana após o parto, podendo este se estender até 10º dia do pós-parto. Para a mulher, essa consulta deve permitir o acesso para ações de planejamento familiar e estímulo para o aleitamento materno. Recomenda-se também a presença/estimulação do pai nas consultas.

No Caderno de Atenção Básica N° 32 (2012), fala que não existe um único motivo para a gravidez na adolescência. As causas são múltiplas e estão relacionadas aos aspectos sociais, econômicos, pessoais, materiais de vida, exercício da sexualidade, desejo de maternidade e às múltiplas relações de desigualdade que constituem a vida social e cultural. Menciona-se também a falta ou a inadequação das informações quanto à sexualidade e aos métodos contraceptivos, o baixo acesso aos serviços de saúde e a falta de comunicação com os pais.

De acordo com a OMS, mencionada pelo INDICA (2014), diz que do ponto de vista biomédico e orgânico, adolescência é definida segundo faixa etária. Sendo a pré-

adolescência de 10 a 14 anos e adolescência dos 15 a 19 anos. Uma gravidez dentro dessas faixas etárias é considerada, pela OMS, como “gravidez na adolescência”

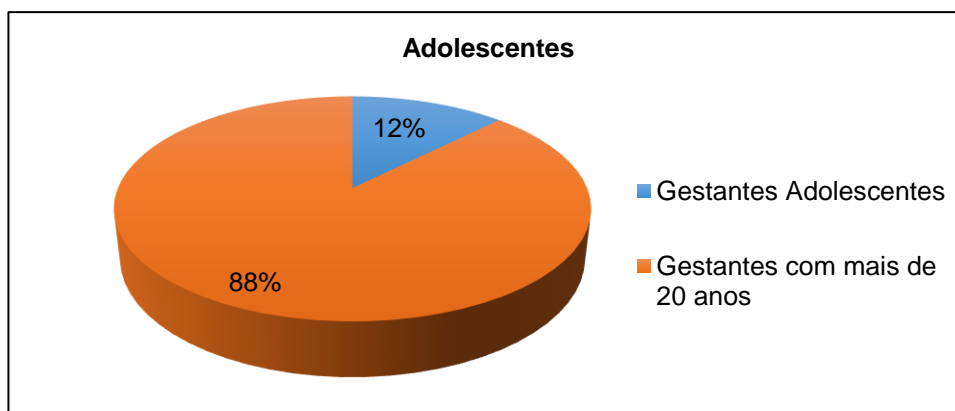
O INDICA (2018) menciona ainda que, segundo especialistas, a gravidez na adolescência constitui um problema de saúde pública, pois essa faixa etária está mais propensa a situações que podem pôr em risco a vida da gestante, como abortos, trabalhos prematuros, anemia, desnutrição, HAS e sobrepeso, podendo refletir no recém-nascido.

Das 56 gestantes acompanhadas pela equipe 01, foram contabilizadas 7 adolescentes entre as faixas etárias de 17 a 19 anos, isso corresponde a 12,5% das gestantes, já as 49 (87,5%) gestantes restantes têm mais de 20 anos (Figura 39). Mesmo sendo uma porcentagem relativamente grande (12,5%), comparando com o percentual de 17,4% trazido pelo INDICA (2014), esses valores estão abaixo do nível nacional.

Segundo o Linha Guia Mãe Paranaense, deve-se estratificar o risco da mesma forma que as gestantes, as crianças após o nascimento, para garantir um cuidado mais intensivo. Nesse caso, crianças filhas de mães adolescentes devem ter uma atenção especial. Em uma parte do Guia, ele menciona sobre a estratificação de risco para a criança, dizendo que: crianças cujas mães possuem idade inferior a 15 anos devem receber estratificação de risco intermediário, sendo crianças que apresentam fatores de risco relacionados às características maternas.

Na APS, a Rede Mãe Paranaense estabeleceu a estratificação de risco (habitual, intermediário e alto). A partir da identificação do risco gestacional, se oferece o atendimento em diversos níveis da atenção para a gestante e criança.

Figura 39: Proporção de Gestantes Adolescentes



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

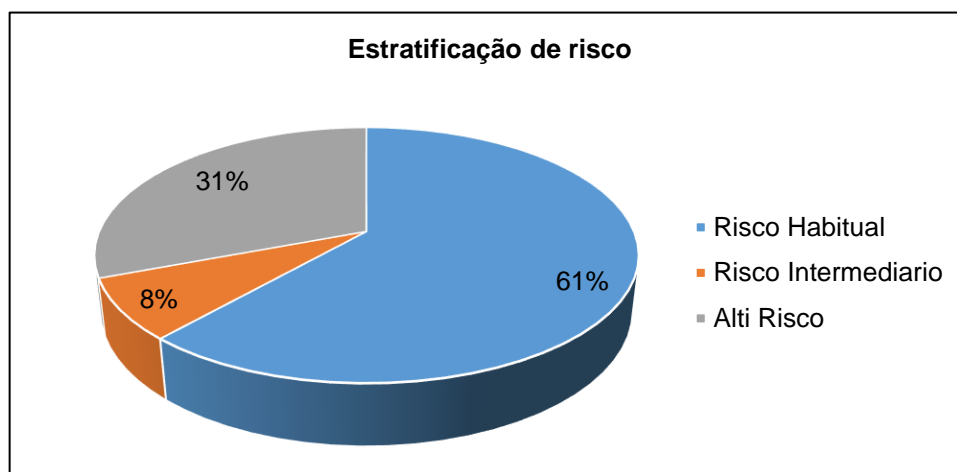
Toda gestante e criança consideradas de Risco intermediário e Alto serão encaminhadas para os serviços secundários (ambulatorios), segundo a constituição da Rede na região e na macrorregião e, dependendo do caso, para uma referência estadual.

No relatório do e-SUS a busca de condições de saúde para gestações de risco intermediário ou alto resultou em 8 gestantes, das quais nenhuma delas está atualmente grávida. Foi decidido então, realizar a extração atual do sistema RP Saúde das gestantes que estão sendo acompanhados pela equipe, para poder analisar os dados atuais da equipe.

Atualmente na área 31, há 26 gestantes em acompanhamento com a equipe, sendo classificadas da seguintes maneiras: 16 (61,53%) gestantes como Risco Habitual, 2 (7,69%) como Risco Intermediário e 8 (30,76%) como Alto Risco (Figura 40).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) ressalta que a prevalência estimada de gestantes de risco habitual é de aproximadamente 85%, enquanto a de alto risco representa de 10 a 15% do total de gestante. Atualmente a porcentagem de gestantes de alto risco da área 31 é o dobro do esperado para gestantes de Alto Risco, segundo percentual acima mencionado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2016, p.7). Estas gestantes devem ser bem acompanhadas e encaminhadas nos locais correspondentes para um melhor cuidado.

Figura 40: Porcentagem das gestantes da área 31 de acordo a estratificação de risco



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

4.5.3 Adultos - Condições e patologias prioritárias para a faixa etária adulta, podendo abranger outras faixas etárias.

4.5.3.1 Hipertensos

A Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2020) menciona que a hipertensão arterial é uma doença crônica não transmissível (DCNT) definida por níveis pressóricos elevados, em que os benefícios do tratamento (não medicamentoso e/ ou medicamentoso) superam os riscos. Trata-se de uma condição multifatorial, que depende de fatores genéticos/ epigenéticos, ambientais e sociais.

De acordo com o PNS (2019), a proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que referiram diagnóstico de hipertensão arterial no Brasil foi de 23,9% em 2019 o que corresponde a 38,1 milhões de pessoas.

O Caderno da Atenção Básica N° 37 (2013) menciona que todo adulto com mais de 18 anos de idade, quando vier à UBS para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros, e não tiver registrado no prontuário ao menos uma verificação da pressão arterial (PA) nos últimos dois anos, deverá tê-la verificada e registrada.

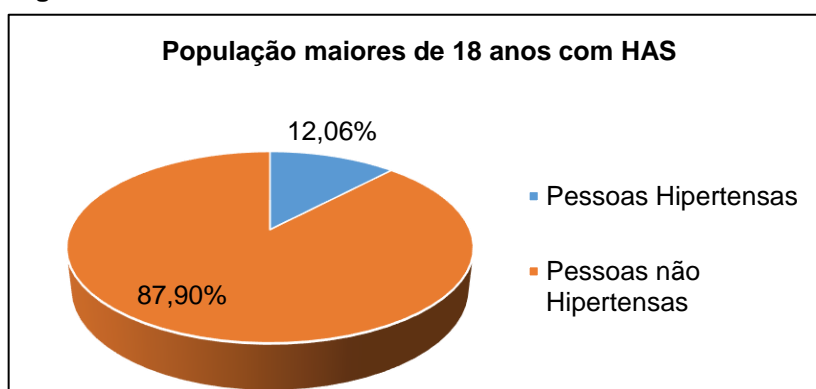
A PA atua de forma sinérgica com outros fatores de risco para DCV, e seu efeito pró-aterogênico será maior quanto maior for o número e a intensidade desses fatores adicionais (DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2020, P. 552).

Na Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2020), se menciona que quantificar o risco do paciente hipertenso, ou seja, a probabilidade do indivíduo desenvolver DCV em um determinado período de tempo é parte essencial do processo e pode nortear estratégias preventivas e de tratamento. Menciona ainda, que a classificação do risco cardiovascular depende dos níveis da PA, dos FRCV associados, da presença de lesões em órgãos-alvo (LOA), que são lesões estruturais e/ou funcionais decorrentes da hipertensão arterial em vasos, coração, cérebro, rins e retina, e/ou da existência de DCV ou doença renal estabelecidas

De acordo com o Relatório Operacional de Risco Cardiovascular, a equipe 01 conta com 335 hipertensos, todos estes maiores de 18 anos de idade. No Cadastro Individual traz a existência de 416 hipertensos. Há uma diferença de 81 pessoas faltantes ou mal cadastradas, em relação a esses dois cadastros. Por tal discordância, será utilizado os dados do relatório operacional para realizar os levantamentos de dados.

Então das 2777 pessoas da área 31, há 335 que são portadoras de HAS, isso corresponde à 12,06% e os 87,9% restantes, não tem registro de padecer dessa doença (Figura 41).

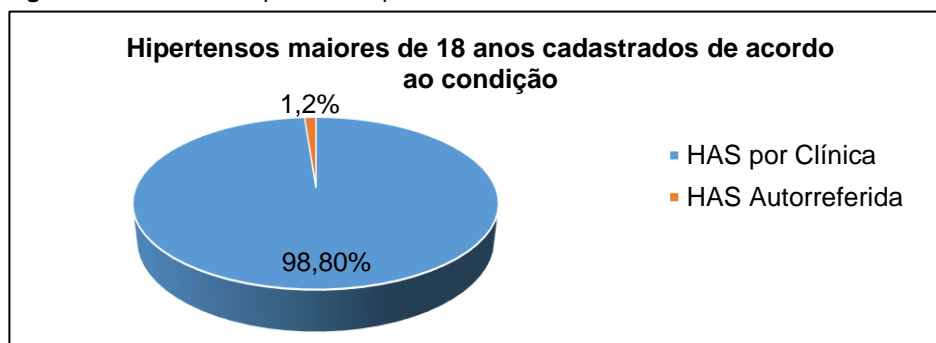
Figura 41: Pessoas maiores de 18 anos com HAS



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

Dessas 335 pessoas com HAS, 331 (98,8%) foram registrados por condições clínicas e os 4 (1,2%) restantes foram autorreferidas (Figura 42). Comparando com os dados da PNS (2019), em que havia uma prevalência de 23,9% em indivíduos maiores de 18 anos, no Brasil, a área 31 possui, em sua população maior de 18 anos, a prevalência de 12,06% o que nos indica que a população da área está abaixo da média nacional.

Figura 42: Cadastro de pessoas Hipertensas

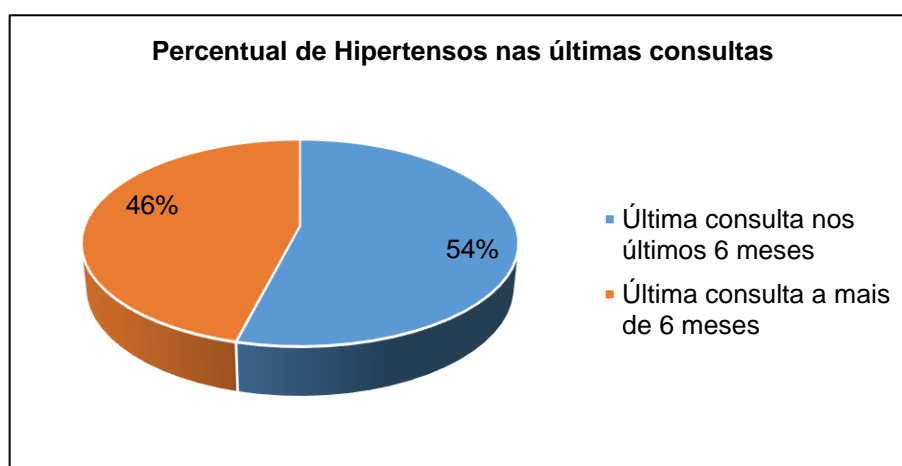


Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

Entre as 4 pessoas que estão com registro de condição de saúde (HAS) autorreferido, nenhuma deles tem registro de consulta médica ou de enfermagem de acordo com o Relatório Operacional de Risco Cardiovascular. Vale mencionar a importância da equipe de saúde realizar busca ativa nessas pessoas, para poder realizar consultas, seja com o médico/a ou enfermeiro/a.

Dos 335 hipertensos, 181 tiveram a sua consulta nos últimos 6 meses (54%) e os 154 (46%) restante tiveram sua última consulta a mais de 6 meses (Figura 43).

Figura 43: Consultas de Hipertensos

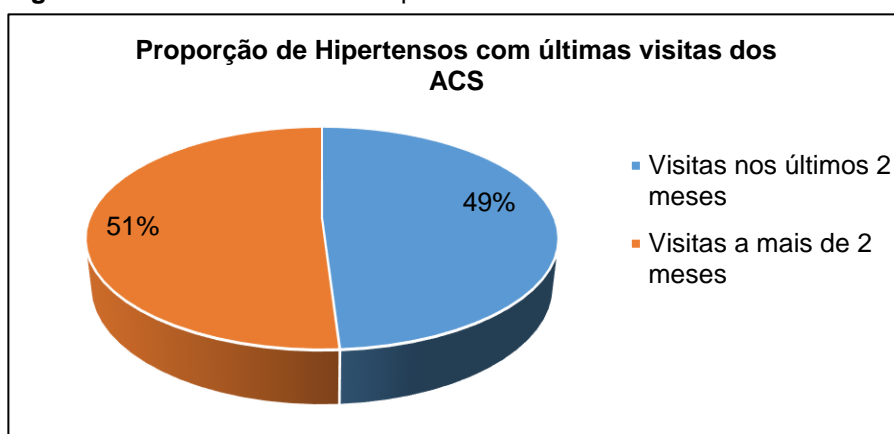


Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

Dentro do Relatório Operacional de Risco Cardiovascular dos 335 hipertensos somente 7 tiveram rastreamento de RCV, mas esses dados são do ano de 2018 ultrapassando o critério solicitado que é da consulta a menos de 1 ano, os 328 restantes não têm registro da data do possível rastreamento de risco cardiovascular.

A proporção de hipertensos com registro da última visita dos ACS nos últimos 2 meses é de 164 (49%) pessoas, os 51% restantes tiveram a última visita dos ACS a mais de 2 meses. (Figura 44). Neste ponto é importante recordar que todo hipertenso deve receber visitas mensais dos agentes comunitários.

Figura 44: Visita dos ACS aos Hipertensos



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

4.5.3.2 Diabetes

O Caderno de Atenção Básica N° 36 (2013), traz a seguinte definição, dada pela OMS (1999), acerca do diabetes mellitus (DM): refere-se ao transtorno metabólicos de etiologia heterogênea, caracterizado por hiperglicemia e distúrbio no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina. O DM vem aumentando sua importância pela crescente prevalência e por estar habitualmente associado à dislipidemia, HAS e disfunção endotelial (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA N°36, 2013, P.19).

Os critérios clássicos para o diagnóstico de DM é: glicemia de jejum $\geq 126\text{mg/dL}$, 2 horas no TOTG $\geq 200\text{mg/dL}$, ou hemoglobina glicada (HbA1c) $\geq 6,5\%$ (SBD, 2020, P.20).

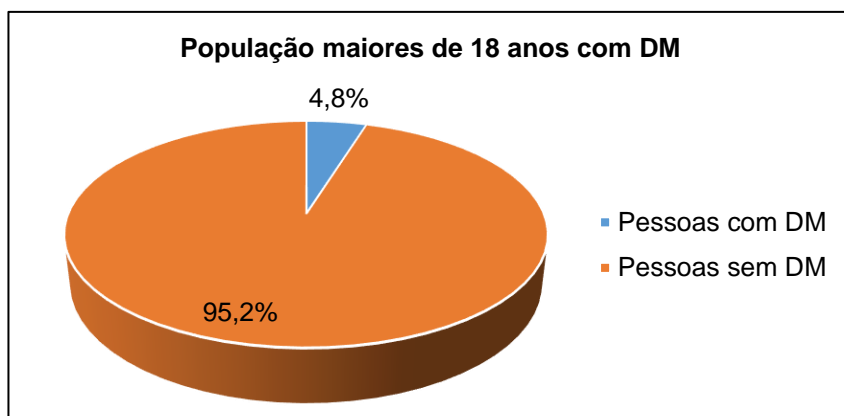
Em 2019, a Pesquisa Nacional de Saúde estimou que no Brasil 7,7% da população acima de 18 anos de idade referiram diagnóstico médico de DM, o equivalente a um contingente de 12,3 milhões de pessoas.

De acordo com o Relatório Operacional de Risco Cardiovascular da área 31 existem 134 portadores da condição de saúde DM, todos estes maiores de 18 anos. No Cadastro Individual há 137 diabéticos na população, havendo então uma diferença de 3 pessoas. Essa diferença pode ser algum tipo de erro ou falta de atualização nos cadastros. Para realizar os cálculos solicitados será utilizado os dados fornecidos pelo relatório Operacional.

Das 2777 pessoas cadastradas na área, 134 pessoas são diabéticas o que corresponde ao 4,8%, o restante (95,2%) não diabético (Figura 45).

Realizando uma comparação com a PNS (2019) que menciona que 7,7% da população, maiores de 18 anos, são portadores de DM, dentro da área 31 esta porcentagem é de 4,8%, demonstrando que estamos dentro dos parâmetros nacionais.

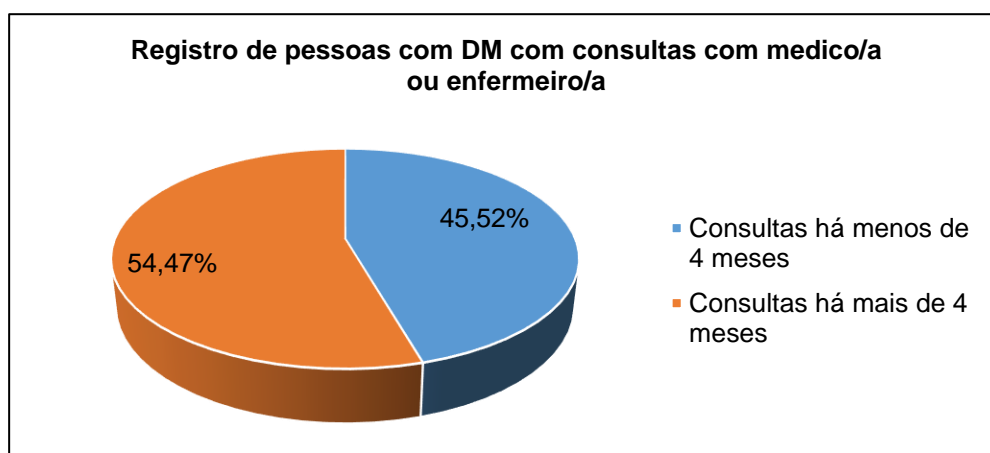
Figura 45: População com Diabetes Mellitus



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

Entre as 134 pessoas com DM, somente 61 (45,52%) tiveram consulta com medico/a ou enfermeiro/a nos últimos 4 meses e 73 (54,47%) pessoas tiveram a última consulta a mais de 4 meses de (Figura 46). Vale mencionar que todo paciente diabético deve ter pelo menos 3 consultas ao ano com o médico/a ou enfermeiro/a

Figura 46: Registro de Consultas dos pacientes com DM



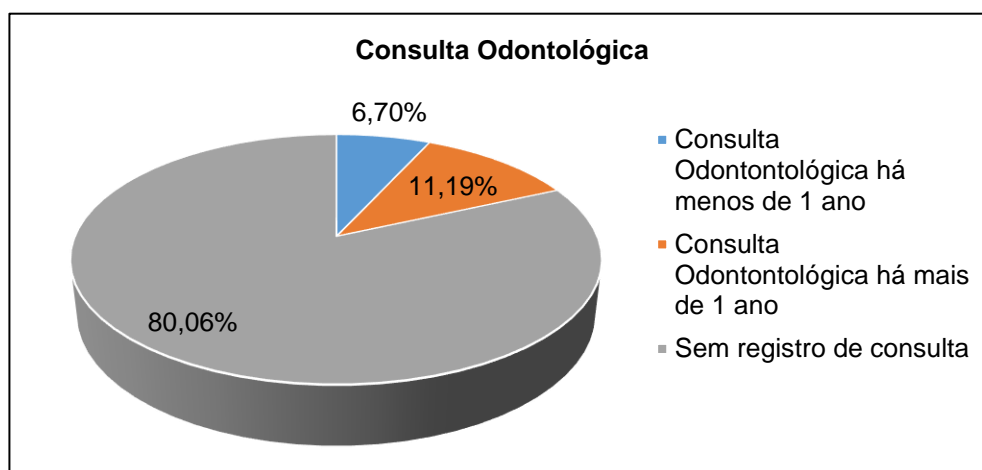
Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

Dentro do Relatório Operacional de Risco Cardiovascular dos 134 Diabéticos, somente 3 tiveram rastreamento de RCV, mais esses dados são do ano de 2018 ultrapassando o critério solicitado que é deveria ser a menos de 1 ano, os 131 restantes não têm registro da data do rastreamento de risco cardiovascular.

De acordo Caderno de Atenção Básica N° 36 (2013), estes pacientes devem realizar regularmente exames laboratoriais. Sugere-se que os exames de glicemia de jejum e HbA1C sejam realizados duas vezes ao ano, nas situações em que a pessoa se encontra dentro da meta glicêmica estabelecida e, a cada três meses, se acima da meta pactuada.

A proporção dos 134 diabéticos que tiveram consulta odontológica a menos de 1 ano é de 9 (6,7%) pessoas, 15 (11,19%) tiveram a consulta há mais de 1 anos e as 110 (82,06%) não têm registros da última consulta odontológica (Figura 47).

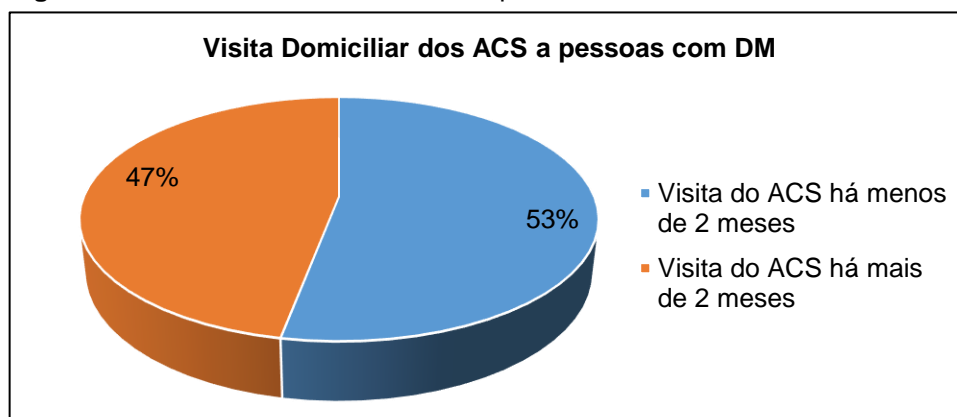
Figura 47: População diabética com registro de Consulta Odontológica



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

Das 134 pessoas com DM, 71 receberam visita domiciliar dos ACS há menos de 2 meses o que corresponde ao 53% e os 63 (47%) restante receberam a visita dos ACS a mais de 2 meses de acordo com os registros do relatório Operacional (Figura 48).

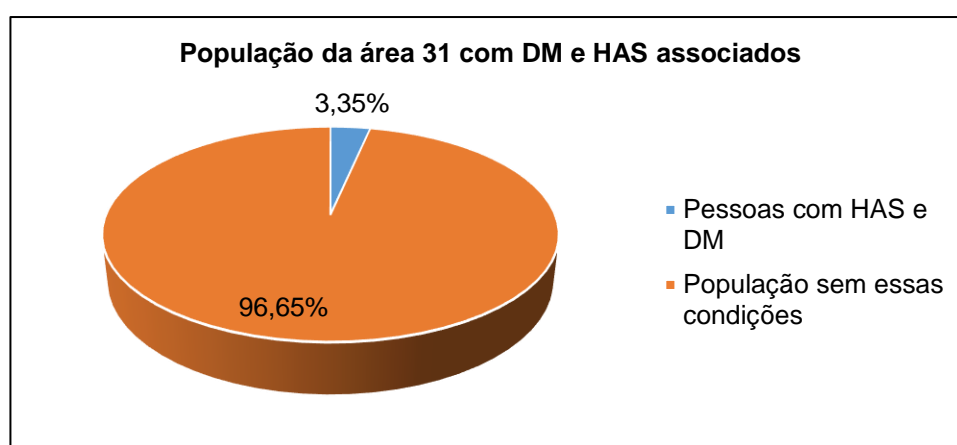
Figura 48: Visita domiciliar dos ACS aos pacientes com DM



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

De acordo com o Relatório Operacional de Risco Cardiovascular, Entre a população da área 31, há 93 pessoas com as condições de saúde de HAS e DM associadas, o que corresponde ao 3,35% da população total (Figura 49).

Figura 49: Pacientes HAS e DM associados



A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares e quando acompanhada pelo Diabetes Mellitus, tende a trazer mais complicações às pessoas nessas condições.

De acordo com a Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020), a hipertensão arterial é um achado comum nos pacientes com DM, especialmente o tipo 2. As evidências mostram benefícios na redução da PA nessa população, com redução de eventos macro e microvasculares e da mortalidade. As pessoas com essas condições associadas, tem um alto risco cardiovascular.

4.5.3.3 Tabagistas

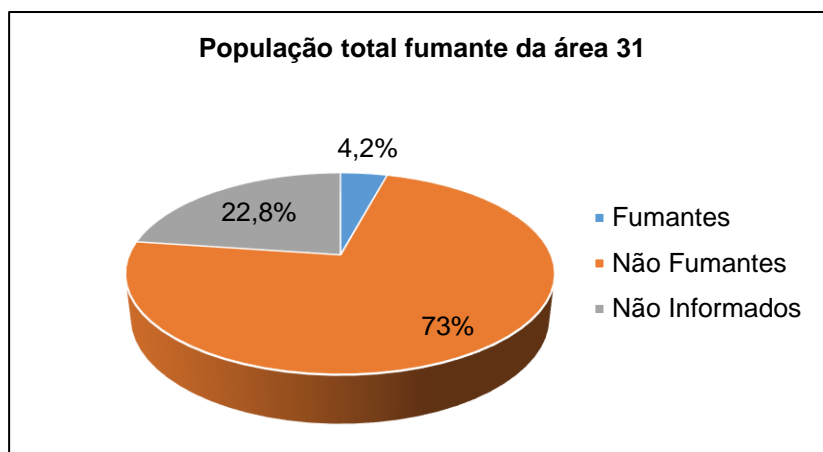
O Caderno de Atenção Básica N° 40 (2015), diz que o consumo de tabaco pela humanidade está presente há milhares de anos. O seu uso contribui para o desenvolvimento de diversos agravos de saúde, gerando custos sociais e econômicos.

De acordo com a OMS (2020) mencionado pelo IBGE (2021), o tabagismo é uma das maiores ameaças à saúde pública que o mundo já enfrentou, matando mais de 8 milhões de pessoas por ano em todo mundo.

A prevalência do tabagismo no Brasil, de acordo à PNS (2019), vem reduzindo ao longo das décadas. Dados da Vigitel mencionada pela PNS (2019), aponta que em 2006 o percentual total de fumantes com 18 ou mais anos de idade era de 15,7%, no ano de 2019 isto foi passando para 9,8%.

Utilizando dados do cadastro Individual há 117 (4,2%) fumantes, 2030 (73%) registro de não fumantes e 630 (22,8%) não informados (Figura 50).

Figura 50: Porcentagem da População Fumante

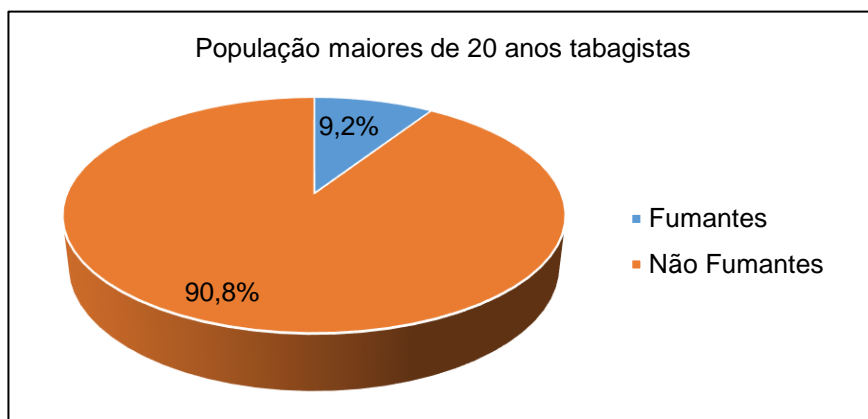


Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

Para realizar uma comparação com os dados expostos é necessário que dos 2777 cadastrados, sejam removidos os menores de 20 anos e aqueles que não informaram a sua condição. Então dos 2777 cadastros ficaram 1276, dos quais 117 (9,2%) têm registro de serem fumantes e 1159 (90,8%) são não fumantes (Figura 51).

Comparando com os dados da Vigitel que menciona que no 2019 a população fumante, acima de 18 anos no Brasil, era de 9,8% e dentro da área 31 está população possui a prevalência de 9,2%. A área 31 possui porcentagem bem próxima à da população brasileira, podendo ter esse percentual ainda mais elevado caso os cadastros estivessem bem preenchidos.

Figura 51: Tabagistas da população da área 31



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

4.5.3.4 Infarto

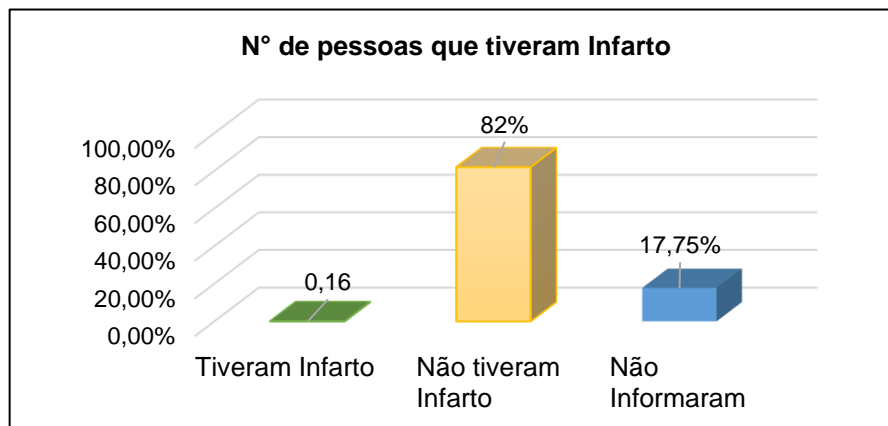
De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2021) a incidência de ataques cardíacos na população Brasileira em 2010 era de 116 por 100.000 habitantes, ou 0,11% da população.

De acordo com o relatório de cadastro Individual das 2777 pessoas, 1899 fazem parte da população acima de 19 anos, dessas, 3 (0,16%) afirmam que já tiveram infarto (Figura 52). Comparando os dados da SBC com os da área 31, os casos de infarto, da área, ultrapassam os dados à nível nacional.

Pensando nisso, devemos nos manter de mente e olhos abertos para cuidar dessa parcela da população adscrita na área 31. Sabendo que IAM é a principal causa de mortes no Brasil (SBC, 2019). Devemos sempre pensar em formas de prevenir as doenças cardiovasculares e evitar mortes por infarto. Além das medidas não-farmacológicas, as medidas farmacológicas são eficazes e devem ser aplicadas

seguindo a estratificação do risco cardiovascular e o uso de medicamentos baseados em evidências científicas (SBC, 2021).

Figura 52: Pessoas com Infarto na área 31

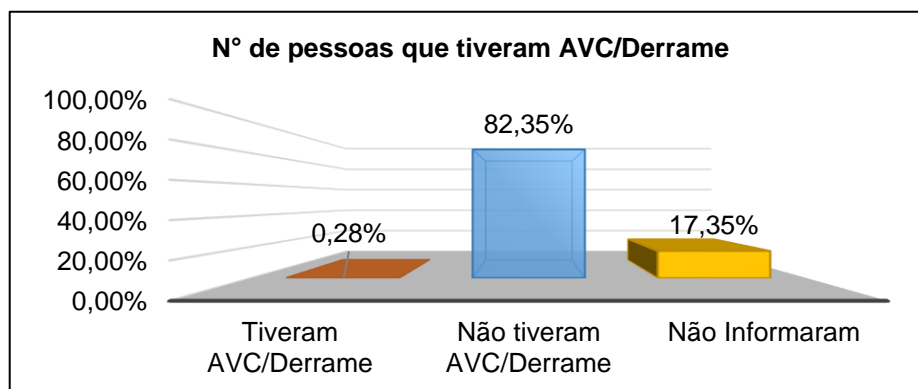


Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

4.5.3.5 AVC/Derrame

No que diz a respeito à população com casos de AVC/Derrame na área 31, estipula-se que 8 (0,28%) pessoas já tiveram a doença, 2287 (82,35%) afirmam não terem essa condição e 482 (17,35%) não informaram (Figura 53). Ao não contabilizar as pessoas menores de 20 e os que não informaram nos resta uma população de 1424 pessoas para usarmos como denominador, tornando-se uma porcentagem de 0,56% dos cadastrados na área 31 que já sofreram de AVC/Derrame, isso como podemos ver é o dobro se comparamos os dois resultados obtidos de pessoas na área que já tiveram AVC/Derrame.

Figura 53: Pessoas com AVC/Derrame



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

De acordo com a Pesquisa Nacional da Saúde (PNS), em 2019, havia uma prevalência de 2,0% da população brasileira, acima de 18 anos, com AVC/Derrame, representando aproximadamente 3,1 milhões de pessoas. A proporção de pessoas com diagnóstico médico de AVC tende a aumentar conforme idades mais avançadas: variando de 0,3% entre as pessoas de 18 anos a 29 anos até 9,5% entre as com 75 anos ou mais de idade. (IBGE, 2020, P.66)

Ao compararmos os dados obtidos da área 31 (0,56%) e os dados da PNS (2%), observamos que o percentual de pessoas com esse diagnóstico dentro da população acima de 20 anos da área está dentro do esperado, segundo a PNS.

Bensenor, et al. (2015), menciona que há poucos dados em relação a prevalência de AVC no Brasil, mas ele traz uma comparação entre essa doença e o nível de escolaridade das pessoas, raça/cor e localização das moradias. Ele menciona que foi observado uma maior prevalência em indivíduos com menor nível escolar, que tende a diminuir conforme as pessoas detêm maiores avanços dos estudos. A prevalência não mudou de acordo com a raça/cor de pele, mas há uma maior prevalência em áreas urbanas do que em áreas rurais.

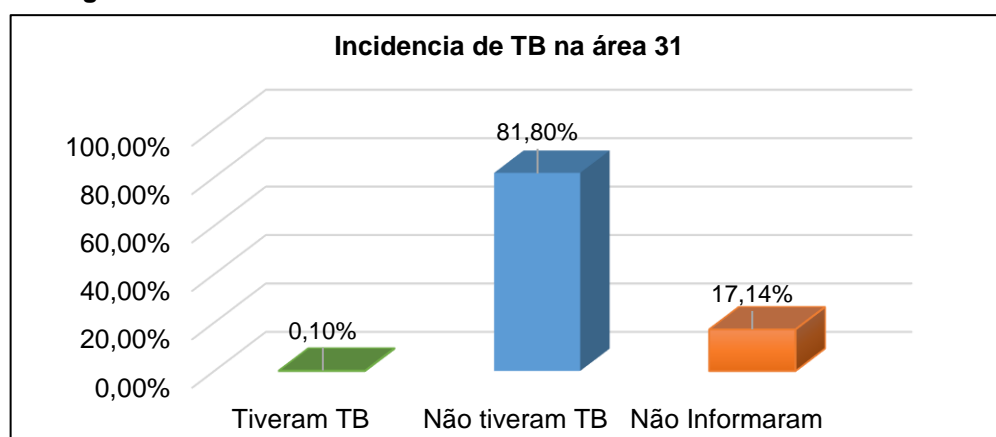
4.5.3.6 Tuberculose

Com relação a Tuberculose (TB), a mesma continua sendo um problema de saúde pública mundial. É estimado que em 2019 havia cerca de 10 milhões de pessoas com TB no mundo e 1,2 Milhões morreram devido à doença (OMS 2020 MENCIONADA NO BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE TUBERCULOSE, 2021, P.11).

A Secretaria de Vigilância em Saúde/MS (2019), disse haver cerca de 35,1 casos por 100 mil habitantes no Brasil, nesse mesmo ano foram notificados cerca de 4,5 mil óbitos causados por essa doença, com um coeficiente de mortalidade de 2,2 óbitos a cada 100 mil habitantes. Já no ano de 2020, no Brasil, foram registrados 66,819 novos casos de TB, com um coeficiente de incidência de 1,6 casos por 100 mil habitantes.

Do total de 2777 registrados na área 31, há 3 (0,10%) pessoas que afirmam ter a doença TB, 2273 (81,8%) não tiveram e 476 (17,14%) não informaram (Figura 54). Realizando o cálculo recomendado pelo roteiro, das 2777 pessoas foram descontados os menores de 20 anos e os que não informaram, restando então 1430 pessoas, desse valor 3 pessoas afirmam ter TB o que corresponde a 0,20%, e os 1427 (99,80%) não tiveram a doença.

Figura 54: Incidência de Tuberculose



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

4.5.3.7 Hanseníase

Com referência a Hanseníase, em 2019, foram reportados à OMS 202.185 novos casos da doença. Desses 29.946 (93%) ocorreram na região das Américas e 27.864 foram notificados no Brasil. Do total de casos novos diagnosticados nos pais, 1.545 (5,5%) ocorreram em menores de 15 anos. (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE HANSENÍASE, 2020).

O Boletim Epidemiológico de Hanseníase (2020) menciona que, segundo a OMS (2020), o Brasil é classificado como um país de alta carga para a doença, ocupando o segundo lugar na relação de países com maior número de casos no mundo, atrás apenas da Índia. Na área 31 até o momento não há registros de casos notificados dessa doença.

4.5.3.8 Asma

Na Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, menciona que de acordo a OMS (2016) a asma ocupa o primeiro lugar, em prevalência, entre as Doenças Respiratórias Crônicas. A PNS (2019) apurou que 5,3% da população brasileira acima de 18 anos possuem o diagnóstico médico dessa doença (asma) ou de bronquite asmática, totalizando 8,4 milhões de pessoas.

Na área 31 há um total de 23 cadastrados que afirmam ter alguma doença respiratória, 2007 dizem que não possuem essas doenças e 749 não informaram. Para a realização do cálculo, foram removidas pessoas menores de 20 a população que não informo sua condição de saúde. Restando para base numérica um total de 1157 cadastrados.

Entre estes 1157, 23 indivíduos afirmam possuir algum tipo de doença respiratória, isso corresponde a 1,98% e os 1134 (98,02%) restante não possuem tais doenças. Das 23 pessoas cadastradas com essas doenças, 7 (30,43%) afirmam ter asma, 10 (43,47%) dizem ter DPOC/Enfisema e 6 (26%) pessoas dizem ter outro tipo de doença respiratória (Figura 55).

Comparando com os dados da PNS (2019), que apurou que 5,3% das pessoas referiram diagnóstico de asma, a prevalência dessa doença na população da área 31 encontra-se muito acima nesse da média nacional (30,43%).

Segundo Leal *et al* (2011), as Portarias Ministeriais permitem que cada município trate suas necessidades com iniciativas locais, baseadas na busca dos indicadores de saúde em parceria com as universidades. Poderíamos, mediante a alta prevalência desse indicador na área, fazer um levantamento a nível municipal e, constatando que há um indicador elevado para essa doença, solicitar a inicialização de um modelo de Programa de Asma no município. Contando com uma equipe multidisciplinar que envolva os profissionais da rede, equipe técnica e representantes de instituições científicas e da universidade. O processo de implantação desse programa passa necessariamente pela sensibilização e informação dos gestores e equipes de saúde devidamente envolvidos.

Figura 55: População com acometimento pulmonar



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

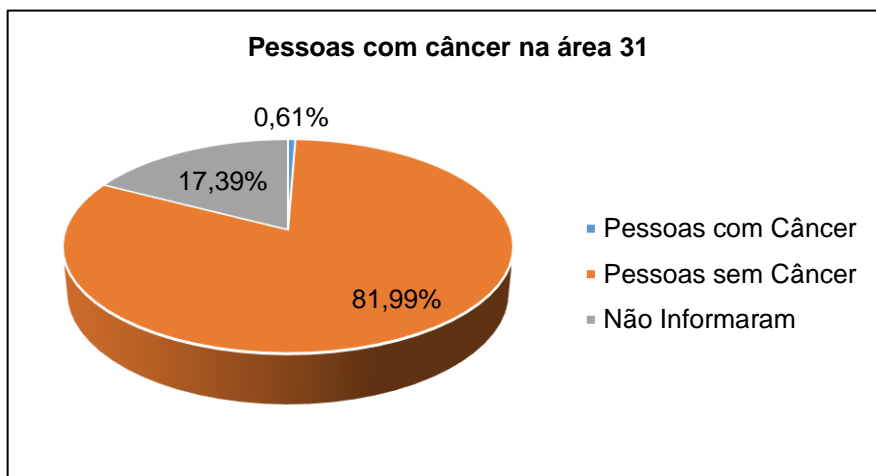
4.5.3.9 Câncer

Referente ao câncer (neoplasia), o IBGE (2020), menciona que esse é um nome dado a mais de 100 doença que tem em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecido e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo (metástase). Esta doença tem causas multifatoriais desde hábitos de vida, costumes, ambiente social e cultural, doenças infecciosas, fatores genéticos o próprio envelhecimento entre outros.

Segundo a referência mais atualizada da PNS (2019), estimou-se que 2,6% das pessoas acima de 18 anos (4,1 milhões de adultos), referiram diagnóstico médico de câncer no Brasil. Entre as regiões do Brasil, a Região Sul mostrou-se com o maior percentual (3,5%) dos casos na população acima de 18 anos, seguida das Regiões Sudeste (3,0%) e Centro-Oeste (2,4%). As Regiões Norte e Nordeste, apresentaram menores prevalência, correspondendo a 1,3% e 1,8%, respectivamente (IBGE, 2002, P. 71).

Na área 31 das 2777 pessoas cadastradas, 17 (0,61%) pessoas possuem no registro que tiveram câncer, 2277 (81,99%) têm o registro de não ter tido câncer, e 483 (17,39%) não informaram, (Figura 56).

Figura 56: Proporção da população total com câncer na área 31

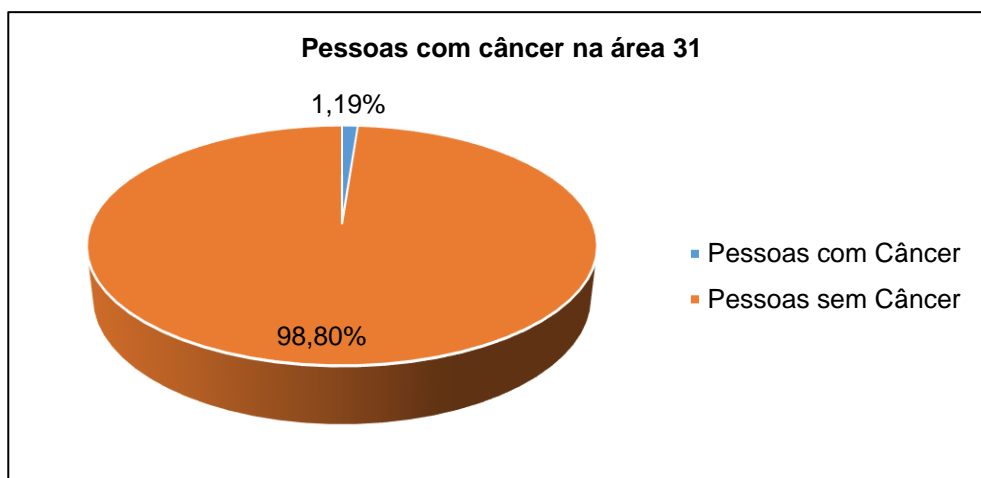


Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

Para realizar análise foi necessário subtrair a população menores de 20 anos e também não considerar os não informados para a conta final, então das 2777 pessoas cadastradas serão considerados 1423. Dessas 1423 pessoas somente 17 tem registro de padecer de câncer correspondendo à 1,19%, e os 1406 que não possuem a doença equivale ao 98,8%, (Figura 57).

Realizando a comparação com os últimos dados da PNS (2019) supracitado, a área 31 está abaixo dessa estimativa contendo apenas 1,19%, sendo considerado um bom dado. Comparando com a estimativa para a Região Sul também estamos dentro dos parâmetros.

Figura 57: População acima de 20 anos com câncer



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

4.5.3.10 Doença Renal Crônica

Já a Doença renal crônica, caracterizada pela presença de anormalidade na estrutura ou na função renal, por mais de três meses, traz sérias complicações para a Saúde. Os principais fatores de risco são DM, HAS, história familiar de nefropatia, envelhecimento e obesidade. (KDIGO, 2012; MOURA, 2015 MENCIONADA POR PNS, 2019, P.70)

Na PNS (2019), estimou-se que, dentre as pessoas de 18 anos ou mais, 1,5% referiram diagnóstico médico de insuficiência renal crônica. Entre as pessoas de 18 a 29 anos a prevalência foi menor (0,7%), já nas populações acima dos 75 anos essa prevalência foi de 3,1%. Em resumo, à medida que a idade aumenta a prevalência também.

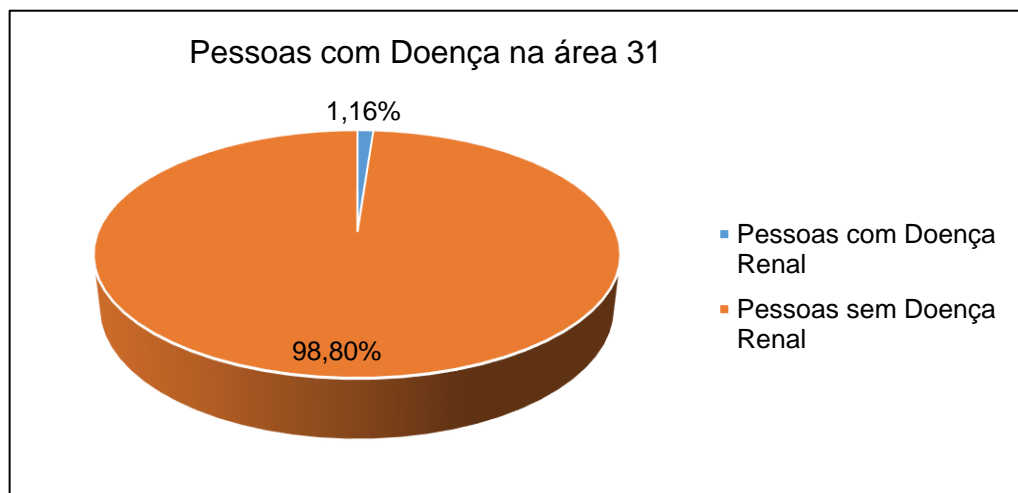
Segundo dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (2013), a prevalência da doença renal crônica no mundo é de 7,2% para indivíduos acima de 30 anos e 28% a 46% em indivíduos acima de 64 anos.

De acordo aos nossos cadastrados, das 2777 pessoas, 13 (0,46%) tem o registro de possuírem problemas renais, 1978 (71,22%) não possuem tais complicações e 786 (28,30%) não informam.

Para poder realizar uma comparação com os dados da PNS (2019), será necessário subtrair menores de 20 anos e os que não informaram sua condição de saúde. Sendo então a população considerada para o cálculo 1120 pessoas, das quais 13 (1,16%) afirmam ter doenças renais 1107 (98,8%) não possuem de acordo aos registros (Figura 58). Das 13 pessoas que possuem o registro de acometimento renal, 2 (15,38%) são de insuficiências renais, 8 (31,5%) são outras doenças de acometimento renal e 3 (23%) não especificaram.

Comparando com dos dados da PNS (2019) que traz uma prevalência de 1,5% nas populações acima de 18 anos, na área 31 conta-se com 1,16% de prevalência para o cometimento renal, demonstrando que estamos dentro dos parâmetros.

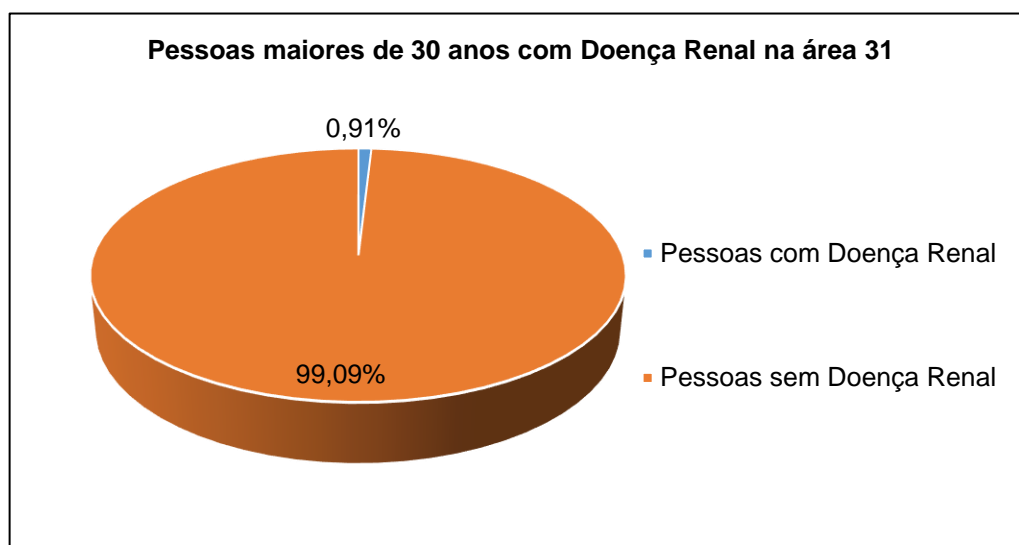
Figura 58: População com mais de 20 anos com doença renal



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

Para realizar uma comparação com dado fornecido pela SBN (2013), em que temos uma prevalência de 7,2%, necessitamos comparar com a nossa população acima de 30 anos. A população da área 31 maiores de 30 anos é de 1421 cadastrados, dos quais 13 (0,91%) possuem alguma doença renal de acordo ao relatório e 1408 (99,09%) não possui doença (Figura 59). Realizando a comparação da população maiores de 30 anos da SBN (2013) e da área 31, podemos observar que a população da área 31 bem abaixo na comparação a nível mundial.

Figura 59: Acometimento Renal na população acima de 30 anos



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

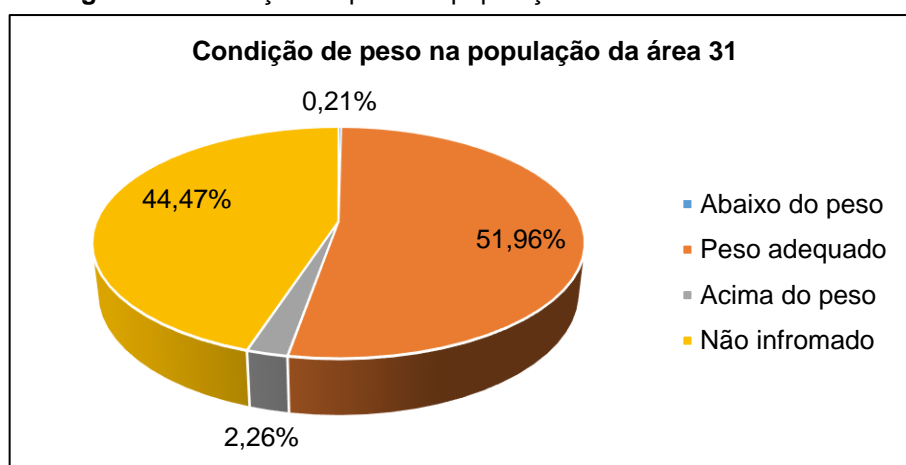
4.5.3.11 Condição de peso

De acordo com a OMS, citado pela Agência de notícias IBGE (2020), a avaliação antropométrica nutricional de adultos deve ser feita a partir da relação entre peso e altura. Pessoa com Índice de Massa Corporal (IMC) abaixo de 18,5 kg/m² pode ser classificado com déficit de peso, pessoas com IMC igual ou acima de 25kg/m² podem ter excesso de peso e, igual ou acima de 30 kg/m², obesidade.

O estudo da PNS (2019), traz que a obesidade entre as pessoas com 20 anos ou mais passou de 12,3% para 26,7% entre 2002/2003 e 2019. Diz também que 61,7% da população brasileira adulta estava com excesso de peso, enquanto em 2002/2003 esse percentual era 43,3% (AGÊNCIA DE NOTÍCIAS IBGE, 2020).

Na população total da área 31 (2777 pessoas) é possível ver, dentro dos registros de cadastro individual, que 6 (0,21%) pessoas estão abaixo do peso, 1443 (51,96%) estão com peso adequado, 93 (2,26%) acima de peso e 1235 (44,47%) não informaram (Figura 60).

Figura 60: Condição de peso da população

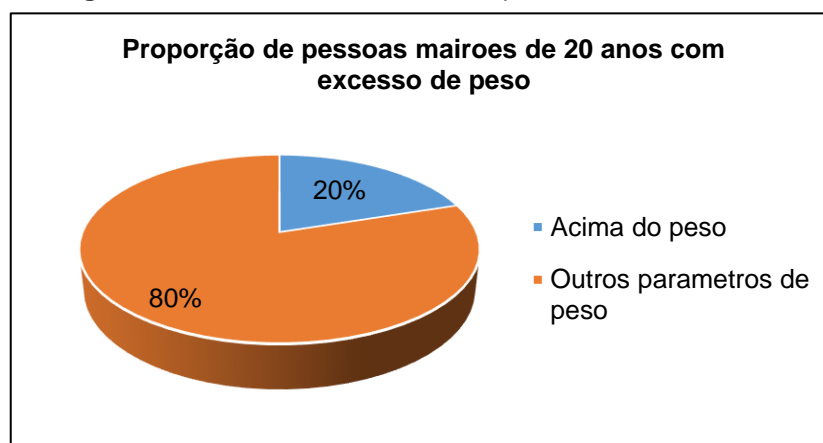


Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

Realizado o cálculo para a população acima de 20 anos, será necessário que dos 2777 indivíduos cadastrados se subtraia 1443 das pessoas que não informaram sobre o peso e a população que está debaixo dos 20 anos de idade. Sendo assim o total da população acima de 20 anos, para esse cálculo de IMC, é de 463 pessoas, das quais 93(20%) indicam que estão acima do peso e 370 (80%) estão dentro dos outros parâmetros de peso (Figura 61).

Se comparamos esse dado da população da área 31, acima de 20 anos, com a PNS (2019) que traz que a obesidade é de 26,7% entre as pessoas nessa faixa etária. A área 31 está dentro dos parâmetros populacionais para Brasil no que diz respeito ao excesso de peso.

Figura 61: Pessoas com excesso de peso



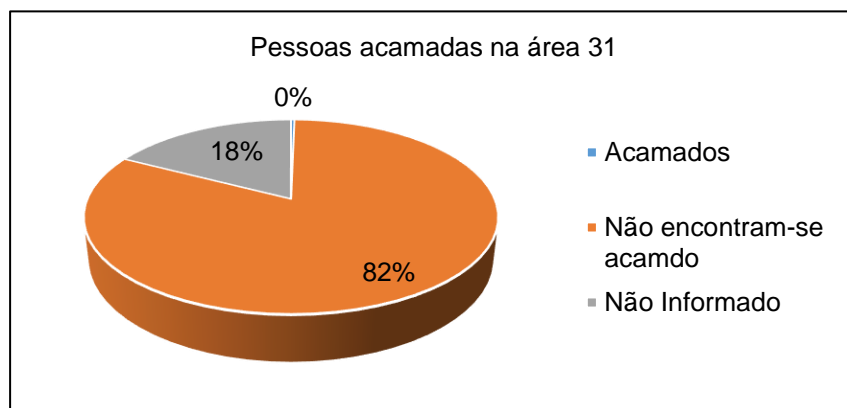
Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

4.5.3.12 Pessoas acamadas e internadas

No estudo Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas (2017), traz a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência - Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), que estabelece as ações e os serviços de saúde pública destinados à pessoa com deficiência devendo assegurar, entre outros, diagnóstico, intervenção precoce, atendimento domiciliar multidisciplinar, tratamento ambulatorial e internação, assim como atendimento psicológico, inclusive para seus familiares e atendentes pessoais.

Dentro do território da área 31, existem, de acordo ao relatório, 9 (0,32%) pessoas em condição de acamadas, 2285 (82,28%) não se encontra nessa situação e 483 (17,39%) não informam (Figura 62).

Figura 62: Pessoas acamadas

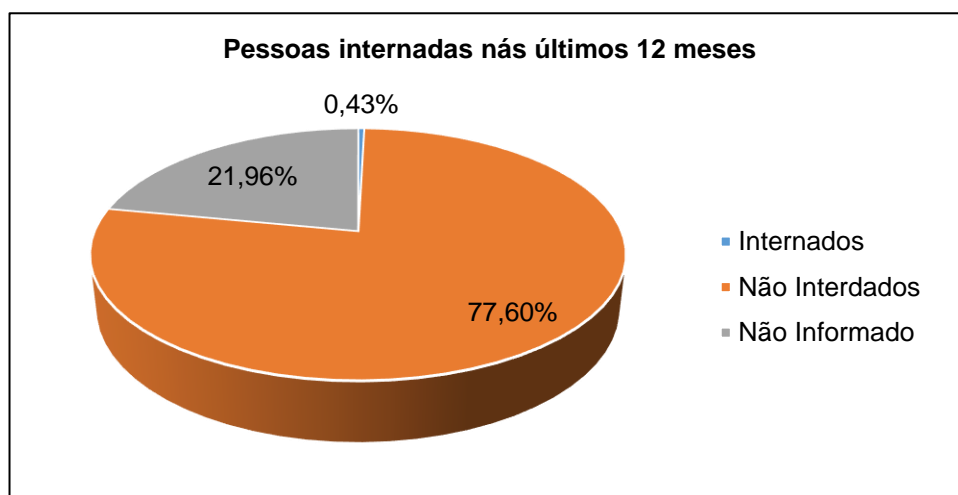


Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

O transcurso do paciente internado para o domicílio, pode expor os mesmos a eventos adversos durante o período pós-alta e acarretar em reinternações e maior custo ao sistema de saúde. O importante das ações como: educação do usuário; planejamento de alta estruturada; reconciliação de medicamentos; visitas de acompanhamento ou chamadas telefônicas após a alta, é que são estratégias que oferecem apoio a esses pacientes. (SOONG *et. al.*, 2014 mencionada por ATENÇÃO DOMICILIAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, 2020, P.56).

Dentro da área 31 existe de acordo com o relatório 12 (0,43%) pessoas que tiveram internação nos últimos 12 meses, 2155 (77,60%) tem registrado que não tiveram internação e 610 (21,96%) não informaram (Figura 63).

Figura 63: População Internada nos últimos 12 meses



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

4.5.3.13 Saúde Mental

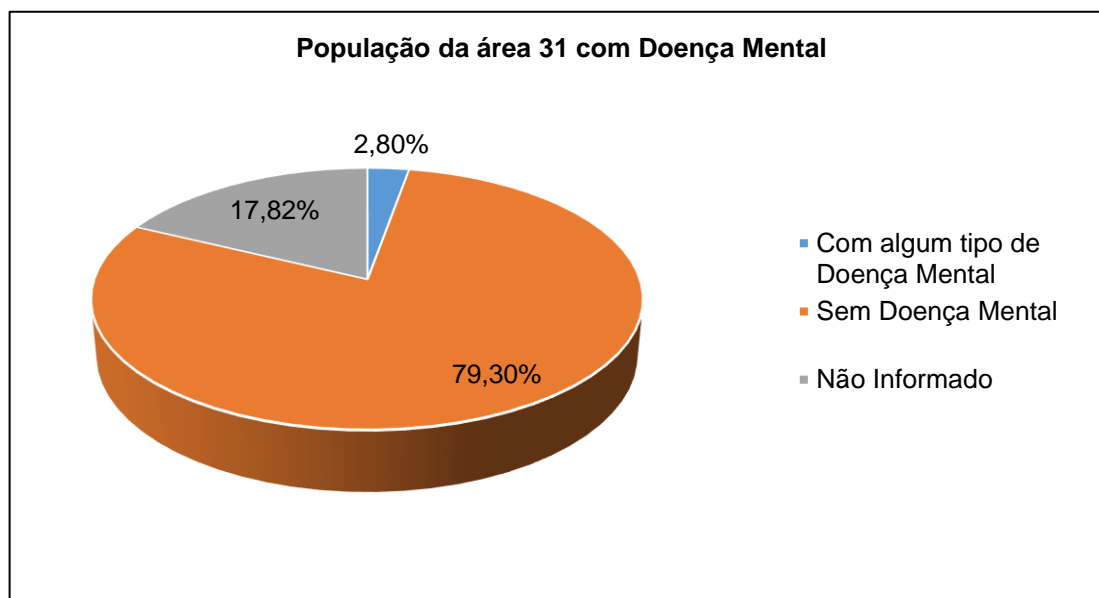
A Atenção Básica tem como um de seus princípios, possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. (CADERNO DA ATENÇÃO BÁSICA N°34, 2013, P. 19)

O Caderno da Atenção Básica N°34 (2013) traz que os profissionais de Saúde realizam diariamente, por meio de intervenções e ações próprias do processo de trabalho das equipes, atitudes que possibilitam suporte emocional aos pacientes em situação de sofrimento.

O site do HURSO, no ano de 2020, trouxe que a população brasileira tem sido cada vez mais acometida por problemas de saúde mental, mencionando também que, segundo a OMS, o Brasil é o segundo país com maior número de depressivos da América, com 5,8% da população.

De acordo com os registros da área 31 dos 2777 indivíduos cadastrados, 79 (2,8%) pessoas tiveram diagnóstico de algum problema de saúde mental, 2203 (79,3%) não tiveram e 495 (17,82%) não informaram (Figura 64).

Figura 64: Pessoas com Doença Mental



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

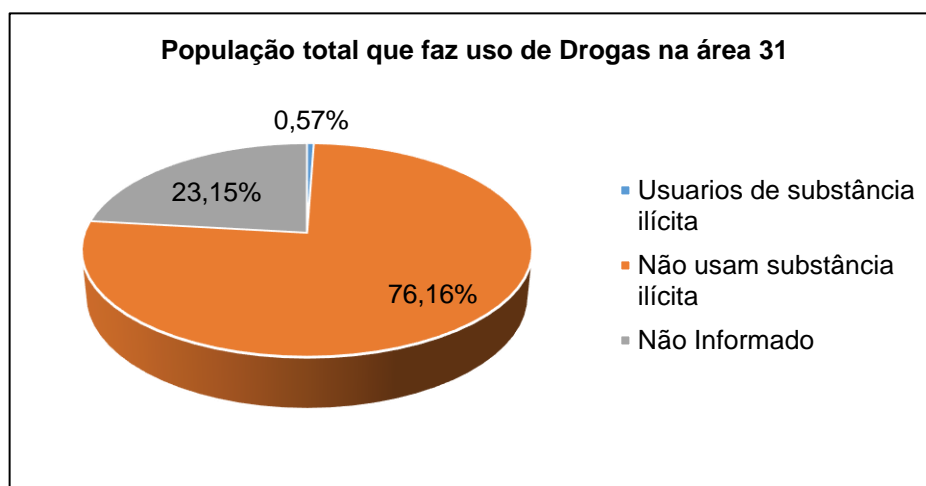
4.5.3.14 Usuários de Drogas

Krapp J. (2019) menciona que foi realizado uma entrevista com cerca de 17 mil pessoas entre 12 a 65 anos, em todo o Brasil, com o objetivo de estimar e avaliar os parâmetros epidemiológicos do uso de drogas.

Os dados obtidos pelo 3º Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira (2017), revelam que 3,2% dos brasileiros usaram substâncias ilícitas nos 12 meses anteriores à pesquisa, o que equivale a 4,9 milhões de pessoas. Esse percentual é muito maior entre os homens 5%, quando comparado com 1,5% das mulheres. Entre os jovens 7,4% das pessoas entre 18 e 24 anos haviam consumido drogas ilegais no ano anterior à entrevista.

Das 2777 pessoas cadastradas no Relatório de Cadastro Individual, 16 (0,57%) indicam que fizeram uso de alguma substância ilícita, 2118 (76,26%) estão registrados como que não fizeram uso e 643 (23,15%) não informaram (GRAFICO).

Figura 65: População usuárias de substâncias ilícitas

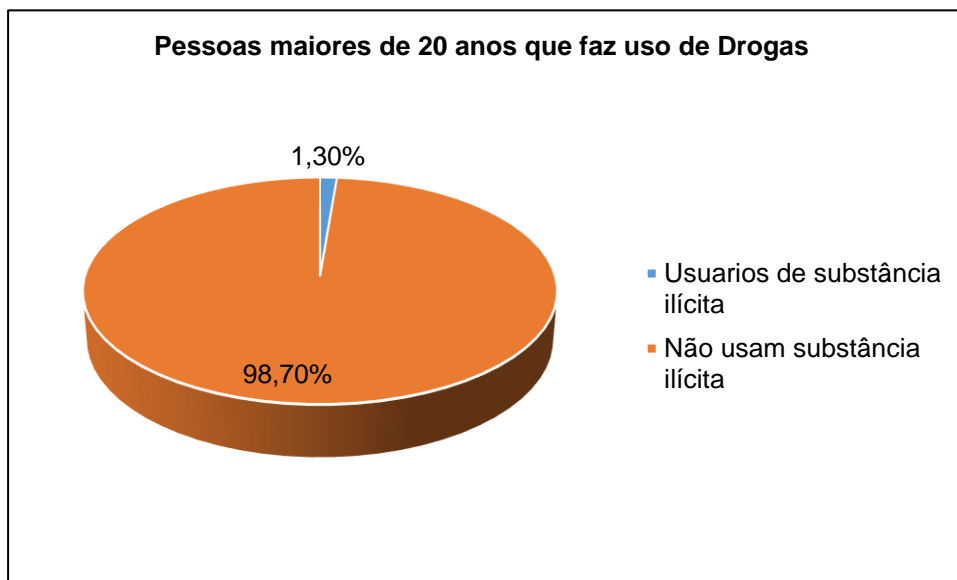


Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

Para cumprir com os parâmetros solicitados no roteiro será necessário que dessas 2777 pessoas seja subtraído os menores de 20 anos e aqueles que não informaram se usam ou não drogas. Sendo estão o parâmetro total de estudo 1237 dos quais 16 pessoas têm registro de uso de drogas o qual equivale ao 1,3% da população (Figura 66).

Analisando esse indicador, 1,3% observamos que são valores que ficam abaixo dos 3,2 dos usuários do Brasil. Mas esse número tende a ser ainda maior, se a população toda cadastrada tivesse registrado esse indicador.

Figura 66: População maiores de 20 anos usuários de substâncias ilícitas



Fonte: e-SUS, novembro de 2021.

4.6 Formulação do Programa de Financiamento da APS – Previne Brasil.

O Manual instrutivo financiamento da APS (2021), menciona que a APS é responsável por fornecer cuidados primários à população brasileira, por meio de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos e doenças, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde no SUS.

No Início de 2019, existiam 43 mil Equipes de Saúde da família com capacidade de atendimento à 140 milhões de pessoas. Estas pessoas deveriam ser acompanhadas pelos serviços de APS, que cuidam dos problemas mais frequentes dos brasileiros, como diabetes e hipertensão através de consultas médicas, exames e vacinações. Entretanto, a cobertura estimada não tem refletido a cobertura real da eSF quanto ao acesso e vinculações da população às referidas equipes. Evidências obtidas a partir da verificação realizadas nos sistemas de informações do SUS,

demonstram que atualmente somente cerca de 90 milhões de pessoas estão cadastradas em uma eSF ou APS (Ministério da Saúde 2019 apud, Ribeiro 2020).

Dessa forma, 50 milhões de pessoas não estariam amparadas por nenhuma equipe de saúde da APS, além disso, evidências demonstram que neste grupo de excluídos, encontram-se 30 milhões de brasileiros mais carentes, que recebem benefícios sociais ou que ganham até dois salários-mínimos de aposentadoria e quem portanto, só contam com o SUS para cuidar da sua saúde (Ministério da Saúde 2019 apud, Ribeiro 2020).

Entendamos que nas últimas décadas, o Brasil introduziu profundas mudanças na organização e no financiamento do seu sistema público de saúde. A criação do SUS em 1988, que estabeleceu a cobertura universal à saúde, tem sido associada à expansão dos sistemas de prestação de serviços de saúde com notável melhoria no acesso, na proteção financeira e nos resultados de saúde. Contudo, apesar dos esforços em implantar um sistema público de saúde universal o Brasil ainda luta para chegar a um equilíbrio entre manter um nível adequado de gasto (público) e obter mais valor pelos recursos investidos em seu setor de saúde (Banco Mundial, 2017).

A justificativa para o governo federal intervir nas causas desse problema foi fundamentada no estudo do Banco Mundial em 2019, que apontam que há espaço para o SUS melhorar seus resultados com o nível atual de gastos públicos. Por meio de técnicas de fronteira de produção, o estudo estimou o nível de eficácia da APS em 63% e para os níveis da média e alta complexidade (MAC) a sua eficácia foi estimada 29%, somando os três níveis de governo. A partir desses resultados, estimou-se que existe uma folga (desperdício) anual de aproximadamente R\$ 9,3 bilhões apenas na APS. Na MAC, o desperdício anual estimado chega a R\$ 12,7 bilhões. Ou seja, as ineficiências do sistema público de saúde custam R\$ 22 bilhões por ano ao cofre público (aproximadamente 20% de todo o gasto com saúde no Brasil) (Banco Mundial 2017).

Ao avaliar o diagnóstico problema apresentado pelo formulador do programa, concluiu-se que o problema está relacionado ao expressivo número de brasileiros que não são assistidos pela eSF, apesar da existência de capacidade de atendimento.

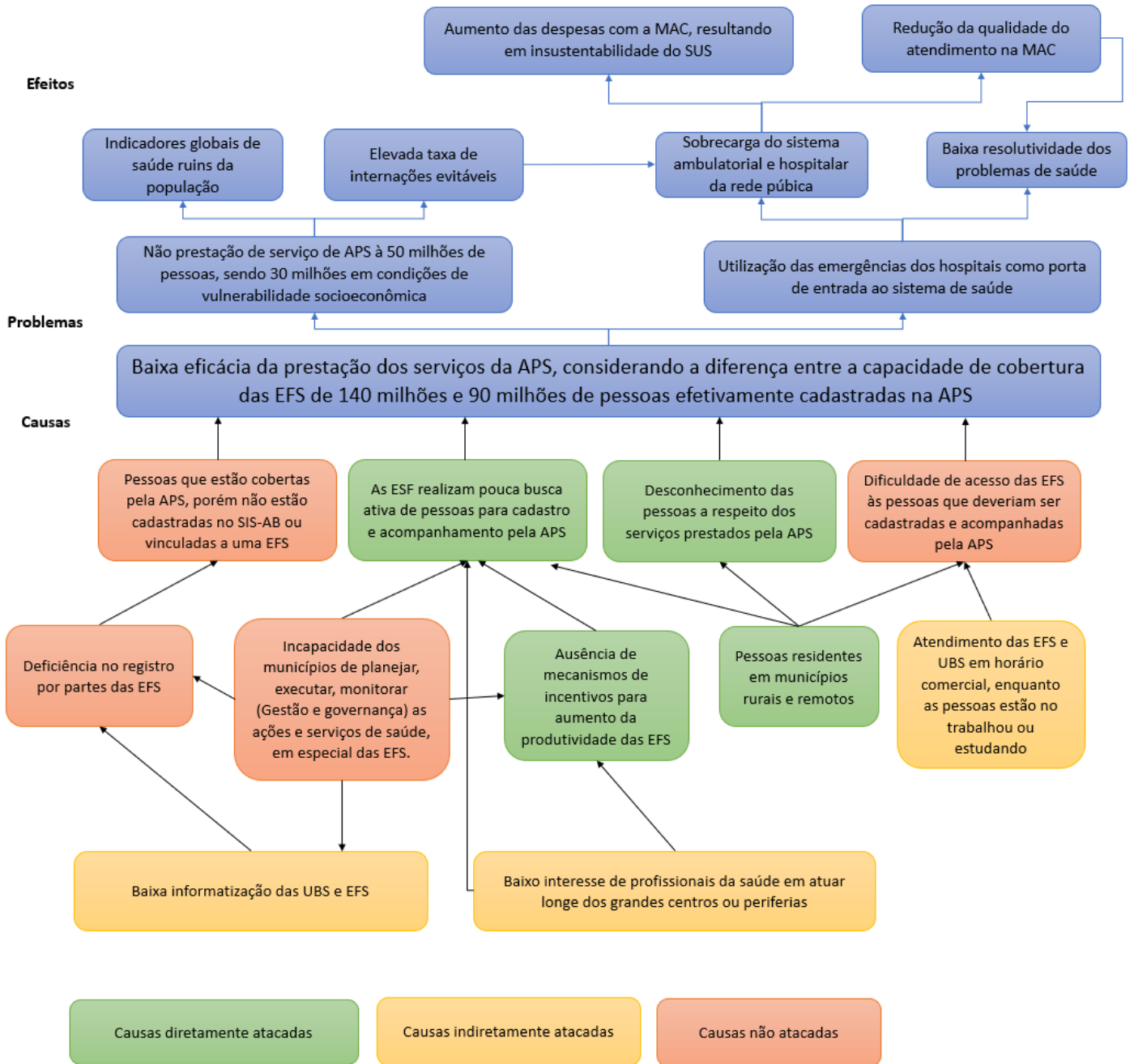
Para poder avaliar as causas e efeitos do problema a exposição de uma árvore de problemas (imagem 24) demonstra que as causas foram parcialmente

identificadas, ao mesmo tempo, foram identificadas outras causas que podem justificar a ineficiência da APS, como a baixa informatização das UBS e EFS, a dificuldade de provimento e fixação de profissionais da saúde em localidades rurais, remotas e periféricas das grandes cidades, assim como o horário limitado de atendimento das UBS. Estas causas são objeto de intervenção específica para resolvê-las.

Em 2019 a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), pactuou a elaboração de um modelo de financiamento de custeio para APS, que culminou na publicação da Portaria GM/MS nº 2.979, na qual ficou instituído o Programa Previne Brasil. O foco do programa é estruturar o modelo de financiamento da APS para induzir o acesso aos serviços, à cobertura efetiva da APS e ao aumento da qualidade de assistência. Com foco nos resultados dos indicadores de saúde e no atendimento às necessidades de saúde das pessoas (MANUAL INSTRUTIVO FINANCIAMENTO DO APS, 2021).

O Programa Previne Brasil, estabelece a aplicação do acesso da população aos serviços de saúde para garantir a universalidade, a equidade e a integralidade do SUS. Busca estruturar um modelo de financiamento focado no atendimento das pessoas de acordo com a suas necessidades de saúde, com mecanismo que induzam à responsabilidade dos gestores e profissionais quanto à melhor alocação dos recursos públicos, de forma racional, eficiente e respeitando os critérios previstos no Artigo 35 da Lei 8.080/1990 (MANUAL INSTRUTIVO FINANCIAMENTO DO APS, 2021).

IMAGEM 24 Árvore de Problemas do Programa Previne Brasil



4.6.1 Indicadores De Saúde

O Manual instrutivo financiamento da APS (2021) também expõe os indicadores definidos pelo Previne e as ações estratégicas que serão contempladas para a inclusão de novos indicadores no 2021.

Os indicadores do Pagamento por Desempenho são os seguintes:

- I. Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a 1^a até a 20^a semana de gestação;
- II. Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;
- III. Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;
- IV. Cobertura de exame citopatológico;
- V. Cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente;
- VI. Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre;
- VII. Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

De acordo com a NOTA TÉCNICA Nº 5/2020-DESF/SAPS/MS, os Indicadores mencionados acima contarão com parâmetros, metas e pesos para serem considerados.

O parâmetro representa o valor de referência utilizado para indicar o desempenho ideal que se espera alcançar para cada indicador. Os parâmetros descritos revelam o que as literaturas nacional e internacional apontam sobre os processos aferidos nos indicadores.

As metas definidas para os indicadores selecionados representam valores de referência, resultado de pactuação na CIT, e são consideradas como ponto de partida para a mensuração da qualidade da APS no contexto do incenso de pagamento por desempenho e válidas para o ano de 2020.

Para cada um dos sete indicadores foram atribuídos pesos com valores de 1 ou 2, cuja soma total é igual a 10. A atribuição de pesos diferentes considerou a relevância clínica e epidemiológica das condições de saúde relacionadas, bem como o nível de dificuldade no atingimento das metas, que traduzem o esforço da gestão e

equipes para realização das ações, programas e estratégias. A (Tabela 1) apresenta os valores de parâmetros, metas e pesos para o conjunto dos indicadores

Tabela 1: Indicadores de Pagamento

Indicadores De Pagamento Por Desempenho Para O Ano De 2021, Com Peso E Parâmetro.

Ações estratégicas	Indicadores	Parâmetros	Metas 2021	Peso	Foz do Iguaçu
Pré-Natal	Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação	>=80%	60%	1	57%
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;	>=95%	60%	1	68%
	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;	>=90	60%	2	31%
Saúde da Mulher	Cobertura de exame citopatológico	>=80%	40%	1	21%
Saúde da Criança	Cobertura Vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente	>=95%	95%	2	26%
Doenças Crônicas	Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre	>=90%	50%	2	8%
	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	>=90%	50%	1	19%

Fonte: Nota Técnica Nº 5/2020-DESF/SAPS/MS, disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200204_N_SEIMS-0013327270-NotaTecnicaIndicadores_3604088260565235807.pdf

4.6.2 Perfil dos Indicadores de desempenho da equipe de referência para o Financiamento da APS

A equipe 01 com o INE 0000384682, correspondente ao Município de Foz do Iguaçu-PR, tem os seguintes percentis nos indicadores segundo quadrimestre anual de 2021(Q1 e Q2).

Na (tabela 2) a seguir estão os indicadores de desempenhos da equipe e a comparação deles às metas do Programa Previne Brasil e aos indicadores gerais de Foz do Iguaçu.

Nos indicadores referentes ao Pré-Natal nota-se que o município está abaixo da meta, em contrapartida os da equipe 01, no Q1, estavam abaixo das metas na maioria dos indicadores, exceto no indicador de pré-natal referente à proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.

Comparado as metas dos indicadores com os níveis atingidos pela equipe 01 no Q2, o Pré-natal teve uma melhora exponencial nos indicadores, ultrapassando as metas. Somente no indicador Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado, a equipe está com 47% e a meta é de 60%, mesmo assim a equipe teve uma melhora considerável em comparação ao Q1. Referente ao cuidado da Mulher no exame citopatológico obteve-se 31%, sendo a meta de 40%. Os indicadores estão subindo, faltando pouco para cumprir a meta. Referente a Doenças Crônicas, o percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre é de 21% e a meta é de 50%, com respeito ao Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada a equipe está com 32%, mas a meta é de 50%. Em ambos os pontos vêm se notando melhora nos indicadores, mas o alcance das metas demanda esforços continuados por parte de toda a equipe.

Em conversa com o médico da equipe, se nota que o mesmo vem fazendo um excelente trabalho, há pouco mais de um ano, para melhorar esses indicadores e a cobertura da sua população adscrita. Sendo realizado um intenso estudo sobre o funcionamento dos sistemas operacionais usados para coleta e registro das informações sobre os usuários, tentando juntamente à equipe e os internos de medicina (nós) a qualificação dos cadastros num primeiro momento. Na sequência, buscou-se ativamente os pontos de inconsistências cadastrais e as possíveis mudanças necessárias nos registros de consultas para atingir essas metas.

Tabela 2: Indicadores de desempenho

Indicadores De Pagamento Por Desempenho Para O Ano De 2021, Com Peso E Parâmetro.

Ações estratégicas	Indicadores	Parâmetros	Metas 2021	Peso	Foz do Iguaçu	INE 0000384682 Q1	INE 0000384682 Q2
Pré-Natal	Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação	>=80%	60%	1	57%	58%	68%
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;	>=95%	60%	1	68%	89%	84%
	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;	>=90	60%	2	31%	5%	47%
Saúde da Mulher	Cobertura de exame citopatológico	>=80%	40%	1	21%	29%	31%
Saúde da Criança	Cobertura Vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente	>=95%	95%	2	26%	-----	-----
Doenças Crônicas	Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre	>=90%	50%	2	8%	11%	21%
	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	>=90%	50%	1	19%	10%	32%

Fonte: Nota Técnica Nº 5/2020-DESF/SAPS/MS, disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/CcC/image/?file=20200204_N_SEIMS-0013327270-NotaTecnicaIndicadores_3604088260565235807.pdf

Tabela Adaptado pelos autores

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A coleta de dados, a análise realizada nos perfis demográfico, socioeconômico, e epidemiológico auxiliam na realização de estratégias para um melhor cuidado da população com certas condições de saúde, um conhecimento da população inserida na área (RN, crianças menores de 5 anos, gestantes/puérperas etc.), assim como a população alvo para rastreios e aqueles que necessitam de acompanhamentos por meio de visitas domiciliares e consultas com médico/enfermeiro de forma mais regular. A constante transformação do território faz com que estes fatores mencionados sejam bastante dinâmicos. O controle dos principais fatores epidemiológicos que afetam o processo saúde-doença proporciona à equipe uma visão de como suas estratégias estão funcionando. A ESF oferece todas as ferramentas para organizar a Rede de Atenção à Saúde e melhorar assim o acesso do cuidado desta população, mantendo a longitudinalidade e integralidade na gestão das demandas.

A importância do levantamento do perfil territorial da equipe, proporciona a mensuração das condições de saúde das pessoas adscritas e como estes fatores impactam no processo saúde-doença. O diagnóstico situacional também traz a oportunidade de reconhecer pessoas em situações de risco e desenvolver estratégias em conjunto com a equipe para minimizar danos ou até a total recuperação e reinserção dessas pessoas na comunidade. Nesse ponto do relatório, nós deparamos com diversas dificuldades ao analisar os registros, devido à existência de inúmeros cadastros inadequados ou mal-informados. Como por exemplo, em caso de necessidade, a área não contava com nenhum ponto estratégico no cadastramento (escola, creche ou estabelecimentos religiosos). Encontramos também, durante uma conversa informal entre os membros da equipe, que os ACS's, responsáveis por fazer o cadastro desses pontos, não possuem o conhecimento da importância de se cadastrar dos mesmos e tampouco da necessidade de um cadastramento adequado dos estabelecimentos comerciais que estão presentes dentro da área de abrangência.

A avaliação realizada nas principais etapas de formulação do Programa Previne Brasil permitiu identificar boas práticas executadas como o estudo realizado pelo Banco Mundial que se avaliaram através de dados onde constataram perdas econômicas bilionárias que, com uma boa estratégia poderiam melhor aproveitadas

nas populações do Brasil. É desta forma que vem à luz a proposta lançada pelo Ministério de Saúde no Programa Previne Brasil o novo modelo de financiamento da atenção primária à saúde.

Este programa tem como base os indicadores de saúde que visam mensurar diversos estados de saúde incluso no conceito de saúde, que envolvem a magnitude de doenças, coberturas de serviços de saúde e prevenção, fatores de risco e proteção para doenças agravos, entre outras dimensões que determinam o estado de saúde de uma população.

O desempenho do Previne Brasil apresenta aspectos positivos principalmente relacionados aos desenvolvimentos de modelo lógico que prevê a geração de resultados e impactos na promoção da universalidade e equidade de acesso à APS, por meio de critérios de ponderação relacionados a condições de vulnerabilidades socioeconômicas, faixas etárias de maior risco, características geográficas.

Mas um ponto sumamente importante para que este novo modelo funcione a APS precisará de muita mão de obra para que possa funcionar de forma correta pois, uns exemplos foram visto durante a análise da área 31 como muitos usuários possuem seus cadastros com equívocos, tanto no RP-Saúde (cadastros errados por parte da recepção) quanto no e-SUS (cadastros por parte dos ACS's), e isso gera inconsistências, fazendo com que os registros desses usuários não sejam exportados de forma correta e no momento de o sistema fazer o levantamento dos indicadores, esses não representam a realidade da população.

Algumas recomendações que consideramos importantes, é que haja uma capacitação desses membros da equipe (ACS's) e também dos trabalhadores terceirizados que compõem a recepção da UBS, para que possam saber da importância de possuir todo o território cadastrado e de sempre manterem atualizados os dados cadastrais dos usuários e assim, entenderem a necessidade desse cadastramento correto. Outro ponto que achamos válido mencionar aqui, é que, se houvesse apenas um sistema de prontuários eletrônicos (e-SUS) essas inconsistências poderiam ser reduzidas, pois ao se ter dois locais aumenta a chance de um desses conter algum erro e não ocorrer a exportação correta das informações.

Esperamos que este material seja de alguma forma auxiliar para aquele que deseja aprofundar-se mais na área da APS, na sua realidade e nos seus desdobramentos. O levantamento de todos os dados já mencionados é essencial para a construção de estratégias que possam proporcionar melhores resultados para a população, tendo-se em vista uma perspectiva de futuro que seja mais promissora para a área da saúde e seus usuários.

BIBLIOGRAFIA

ACESSAR o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS). **Governo do Brasil**, 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/servicos/acessar-o-cras-centro-de-referencia-da-assistencia-social>>. Acesso em: 2 NOVEMBRO 2021.

ALBUQUERQUE, C.; MARTINS, M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial , p. 118-137, março 2017.

BANCO MUNDIAL BRASÍLIA. **Proposta de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro**. Brasília: BIRD AID , 2017.

BARBOSA GALVÃO , M. C.; MARQUES RICARTE, I. L. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA: CONCEITUAÇÃO, PRODUÇÃO E PUBLICAÇÃO. **LOGEION: Filosofia da informação**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 57-73, fevereiro 2020.

BOLETIM Epidemiológico Hanseníase. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, 2021.

BOLETIM Epidemiológicos Tuberculose. **Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde**, n. Especial , p. 1-44, Março 2021. ISSN 93527864.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica, N° 19 Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. 1. ed. Brasília: Ministério de Saúde , 2006.

BRASIL. PORTARIA N° 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006. **Ministério de Saúde - Gabinete do Ministro**, OUTUBRO 2006.

BRASIL. **Caderno de Atenção Primária N° 29, Rastreamento**. Brasília : Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. , 2010.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica, N° 32 ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica, N° 33 SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde , 2012.

BRASIL. **Caderno de Atenção Básica N° 13 - Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013.

BRASIL. **Caderno de Atenção Básica N° 34, Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica., 2013.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica N° 36, Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica., 2013.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica N° 37, ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA, HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**.

Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica., 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro. **PORTARIA Nº 340, DE 4 DE MARÇO DE 2013**, Março 2013.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica, Nº 37 Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. 2. ed. Brasília: MINISTERIO DA SAÚDE, 2014.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica Nº 40, Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica., 2015.

BRASIL. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. **Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro**, SETEMBRO 2017. Acesso em: 20 OUTUBRO 2021.

BRASIL. **Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas**. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2017.

BRASIL. Portaria N 3.222, de 10 de dezembro de 2019. **Diário Oficial da União**, Dezembro 2019.

BRASIL. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência, 2020. 1-100 p. ISBN 978-85-334-2776-1.

BRASIL. **Manual instrutivo financiamento do APS**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família, 2021.

BRASIL. Portaria GM/MS N 102, de 20 de Janeiro de 2022. **Diário Oficial da União**, Janeiro 2022.

BRASIL. **Quadro Histórico dos dispositivos Constitucionais, Art. 7º, inciso XXV da Constituição Federal de 1988**. [S.l.]: CEDI.

CALENDÁRIO Bolsa Família 2021. **Bolsa Família**, 2021. Disponível em: <<https://www.programabolsadafamilia.com.br/>>. Acesso em: 25 OUTUBRO 2021.

CALENDÁRIO Nacional de Vacinação. **Governo Federal**, 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-de-vacinacao>>. Acesso em: 26 OUTUBRO 2021.

CÂNDIDO, J. Um em cada quatro adultos do país estava obeso em 2019; Atenção Primária foi bem avaliada. **Agência IBGE Notícias**, 2020. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/29204-um-em-cada-quatro-adultos-do-pais-estava-obeso-em-2019>>. Acesso em: 27 NOVEMBRO 2021.

COELHO, K. T. R. **Avaliação do formulação do programa previne Brasil**. 1. ed. Brasília: Instituto Serzedello Correa, v. V, 2020.

DE ANGELO CALSAVERINI LEAL, R. C. et al. Modelo assistencial para pacientes com asma na atenção primária. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São José do Rio Preto, SP, v. 57, n. 6, p. 697-701, Dezembro 2011.

DE CASTRO MARTINS FERREIRA, et al. Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio no Brasil de 1996 a 2016: 21 Anos de Contrastes nas Regiões Brasileiras. **Arq. Bras. Cardiol**, Juiz de Fora, MG , v. 115, n. 5, p. 849-859, Novembro 2020.

DERMEVAL, D.; COELHO, J. A. P. D. M.; BITTENCOURT, I. I. Mapeamento Sistemático e Revisão Sistemática da Literatura em Informática na Educação. In: JAQUES, , et al. **Metodologia de Pesquisa Científica em Informática na Educação: Abordagem Quantitativa**. Porto Alegre: SBC, v. 2, 2020. Cap. 3, p. 1-26.

DIA Mundial do Rim. São Paulo : SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2013.

DIRETRIZ da OMS para rastreamento e tratamento de lesões pré-câncer cervicais para prevenção do câncer cervical. **World Health Organization**, 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824>>. Acesso em: 26 NOVEMBRO 2021.

ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA - POLÍTICAS, PROGRAMAS E REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO. São Luís : Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA, 2014.

GIAQUINI, ; VITÓRIO LINI, ; DORING,. Prevalência de dificuldade de locomoção em idosos institucionalizados. **Acta Fisiatr**, Passo Fundo, RS, v. 24, n. 1, p. 1-6, 2017.

HARZHEIN, E. Previne Brasil: Bases de reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciencias e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1189-1196, 2020.

HORSH DE SETA, M.; OCKÉ-REIS, C.; PAES RAMOS, A. L. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciencias e Sapude Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 3781-3786, 2021.

HURSO. OMS considera depressão uma epidemia global. **Universidade Estadual de Urgência da Região Sudoeste Dr. Albanir Faleiros Machado**, 2020. Acesso em: <http://hursosantahelena.org.br/noticias/oms-considera-depressao-epidemia-global/> NOVEMBRO 2021.

IBGE. Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade - Foz do Iguaçu (PR). **Censo 2010**, 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=410830>. Acesso em: 30 Novembro 2021.

IBGE. Censo 2020 adiado para 2021. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2020. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/novo-portal-destaques/27161-censo-2020-adiado-para-2021.html>>. Acesso em: 20 NOVEMBRO 2021.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde: 2019** : percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal : Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, Ministério da Saúde, Ministério da Economia , 2020.

IBGE. Brasil, Paraná, Foz do Iguaçu. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2021. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/foz-do-iguacu/panorama>>. Acesso em: 20 NOVEMBRO 2021.

IBGE. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock&utm_campaign=novo_popclock>. Acesso em: 20 NOVEMBRO 2021.

INCA. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ministerio de Saúde, 2016.

INCA. **Gestor e Profissional de Saúde - Detecção precoce**, 2021. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-do-colo-do-uterio/acoes-de-controlado/deteccao-precoce>>. Acesso em: 18 NOVEMBRO 2021.

INCA. **Detecção precoce do câncer**. Rio de Janeiro : MINISTÉRIO DA SAÚDE , 2021.

KRAPP, J. Pesquisa revela dados sobre o consumo de drogas no Brasil. **FIOCRUZ**, 2019. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-revela-dados-sobre-o-consumo-de-drogas-no-brasil>>. Acesso em: 27 NOVEMBRO 2021.

LIMA SANTOS, ; MARIA RIGOTTO,. TERRITÓRIO E TERRITORIALIZAÇÃO: INCORPORANDO AS RELAÇÕES PRODUÇÃO, TRABALHO, AMBIENTE E SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro , v. 8, n. 3, p. 387-406, Novembro 2011.

MACHADO CESAR, L. A. et al. Treinamento de Não-Cardiologistas pode Melhorar os Resultados do Tratamento de Infarto Agudo do Miocárdio com Supra de ST. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 117, n. 6, p. 1073-1078, Janeiro 2021.

MINISTERIO DA SAÚDE. **NOTA TÉCNICA Nº 5/2020-DESF/SAPS/MS**. [S.l.]: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família, 2020.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Manual Instrutivo do financiamento da atenção primária à saúde**. 1. ed. Brasília: Ministerio da Saúde, v. 1, 2021.

MOURA DE OLIVEIRA, et al. Cobertura de exame Papanicolaou em mulheres de 25 a 64 anos, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde e o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, 2013. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 21, p. 1-11, 2018.

OKOLI, C. Guia Para Realizar uma Revisão Sistemática da Literatura. **Revista Científica em Educação a Distância** , Montreal - Canadá, Abril 2019. ISSN 2177-8310.

OLIVEIRA RAMINELLI, et al. Abordagem da classificação de risco familiar com agentes comunitários de saúde. **UFTM**, v. 6, n. 2, p. 269-278, 2018.

OPAS. Novas recomendações de rastreio e tratamento para prevenir o câncer do colo do útero. **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2021. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/6-7-2021-novas-recomendacoes-rastreio-e-tratamento-para-prevenir-cancer-do-colo-do-utero>>. Acesso em: 27 Novembro 2021.

PARANÁ. **LINHA GUIA REDE MÃE PARANAENSE**. 7. ed. [S.I.]: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, 2018.

PESQUISA do IBGE mostra aumento da obesidade entre adultos. **Governo do Brasil**, 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/10/pesquisa-do-ibge-mostra-aumento-da-obesidade-entre-adultos>>. Acesso em: 28 Novembro 2021.

PESQUISA nacional da Cesta Básica de Alimentos Salário mínimo nominal e necessário outubro de 2021. **DIEESE**, 2021. Disponível em: <<https://www.dieese.org.br/analisecestabasica/salarioMinimo.html>>. Acesso em: 02 Novembro 2021.

PESQUISA Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. **IBGE**, p. 1-12, 2017. ISSN 978-85-240-4458-.

RODRIGUES COSTA, ; VASCONCELOS PASSOS, ; SILVESTRE, O. M. O Redescobrimto do Brasil Cardiovascular: Como Prevenimos e Tratamos a Doença Cardiovascular em Nosso País. **Arq. Bras. Cardiol.**, Rio Branco, AC , v. 116, n. 1, p. 117-118, Janeiro 2021.

RODRIGUES DOS SANTOS, B. et al. **Gravidez na Adolescência no Brasil – Vozes de Meninas e de Especialistas**. Brasília: O Instituto dos Direitos da Criança – INDICA, 2012.

SAÚDE DO ADOLESCENTE E A SAÚDE DA FAMÍLIA: O PAPEL DO MÉDICO NAS AÇÕES DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADOLESCENTE. São Luís: Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA, 2014.

SEBBA BARROSO, W. K. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arq Bras Cardiol**, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021.

SECRETARIA DA SAÚDE MG. **ATENÇÃO À SAÚDE da GESTANTE**. Minas Gerais : SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS , 2016.

SENA LIMA DA SILVA, C. S.; FERREIRA KOOPMANS, ; VAGO DAHER,. O Diagnóstico Situacional como ferramenta para o planejamento de ações na Atenção Primária a Saúde#. **PróUniverSUS**, v. 07, n. 2, p. 30-33, Jann/Jun 2016.

SENE AMANCIO ZARS, A. L.; ALVES GUIMARÃES, R. **Indicadores de Saúde**. [S.I.]: UNA-SUS, 2021.

SISTEMA Único de Saúde (SUS). **Secretaria do Estado de Saúde**, 2020. Disponível em: <<https://www.saude.mg.gov.br/sus>>. Acesso em: 15 OUTUBRO 2021.

TIPOS de câncer - Câncer de mama. **INCA - Instituto Nacional de Câncer**, INCA - Instituto Nacional de Câncer. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>>. Acesso em: 20 novembro 2021.

UNIDADE DE SAÚDE 24 HORAS SERÁ INAUGURADA NESTA SEXTA NO PORTO MEIRA. **Click Foz**, 2020. Disponível em: <<https://www.clickfozdoiguacu.com.br/unidade-de-saude-24-horas-sera-inaugurada-nesta-sexta-no-porto-meira/>>. Acesso em: 20 Outubro 2021.