REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/03/2026 - **Accepted:** 04/03/2026
Vol: 13.05
DOI: 10.66104/0f2rrw62
Pages: 1-27

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO OESTE DO PARANÁ: RELATO DE EXPERIÊNCIA

SITUATIONAL DIAGNOSIS OF HEALTH CONDITIONS IN A FAMILY HEALTH UNIT IN WESTERN PARANÁ: AN EXPERIENCE REPORT

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE AFECCIONES DE SALUD EN UNA UNIDAD DE SALUD FAMILIAR EN EL OESTE DE PARANÁ: RELATO EXPERIENCIA

Larissa Xavier Silva
Graduando em Medicina, Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), Brasil
E-mail: lx.silva.2024@unila.edu.br

Alexandre Yukiti Kanda Omoto
Graduando em Medicina, Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), Brasil
E-mail: ayk.omoto.2024@unila.edu.br

Breno Nicolas Holanda Santos
Graduando em Medicina, Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), Brasil
E-mail: bnh.santos.2024@unila.edu.br

Marco Antônio Almeida Ramirez
Graduando em Medicina, Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), Brasil
E-mail: maa.ramirez.2024@unila.edu.br

Monica Augusta Mombelli
Doutora em Ciências da Saúde, Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), Brasil
E-mail: monica.mombelli@unila.edu.br

Resumo

A territorialização e o diagnóstico situacional constituem ferramentas centrais para o planejamento em saúde na Atenção Primária, especialmente no âmbito da Estratégia Saúde da Família, ao permitirem a compreensão das condições de vida, dos determinantes sociais da saúde e das necessidades da população adscrita. No contexto da formação médica, essas estratégias também assumem papel relevante na integração ensino–serviço–comunidade. Este estudo tem por objetivo descrever e analisar, em perspectiva formativa, a experiência de construção de um diagnóstico situacional em uma Unidade de Saúde da Família, destacando sua contribuição para o planejamento local e para a formação médica. Trata-se de um relato de experiência acadêmico-assistencial, de

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/03/2026 - **Accepted:** 04/03/2026
Vol: 13.05
DOI: 10.66104/0f2rrw62
Pages: 1-27

natureza descritiva, com abordagem qualitativa e quantitativa, desenvolvido no contexto do Programa de Integração Ensino-Serviço-Comunidade (PIESC III). A experiência envolveu a construção de um diagnóstico situacional a partir da análise de dados secundários do e-SUS APS, entrevistas com informantes-chave e observação em campo, com organização dos resultados em perfis territoriais. O diagnóstico evidenciou características institucionais, territoriais, demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas da população adscrita, bem como fragilidades relacionadas à incompletude de registros nos sistemas de informação e à organização do processo de trabalho, como microáreas descobertas e limitações na cobertura assistencial. A integração entre dados quantitativos e qualitativos permitiu uma leitura ampliada do território e das necessidades em saúde. O diagnóstico situacional mostrou-se uma ferramenta relevante para o planejamento em saúde na Atenção Primária, ao mesmo tempo em que evidenciou limites relacionados à qualidade da informação e às condições organizacionais do serviço. No campo da formação médica, a experiência contribuiu para o desenvolvimento de competências voltadas à análise crítica do território, à compreensão dos determinantes sociais da saúde e à integração ensino–serviço, fortalecendo uma formação alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde.
Palavras-chave: Atenção Primária à saúde; Território; Diagnóstico Situacional; Relato de Experiência.

Abstract

Territorialization and situational diagnosis are central tools for health planning in primary care, especially within the Family Health Strategy, as they enable an understanding of living conditions, the social determinants of health, and the needs of the registered population. In the context of medical education, these strategies also play a significant role in the integration of education, service, and community. The purpose of this study is describe and analyze, from an educational perspective, the experience of developing a situational diagnosis in a Family Health Unit, highlighting its contribution to local planning and medical education. This is a descriptive report of an academic-clinical experience, employing both qualitative and quantitative approaches, developed within the context of the Teaching-Service-Community Integration Program (PIESC III). The experience involved developing a situational diagnosis based on the analysis of secondary data from e-SUS APS, interviews with key informants, and field observations, with the results organized into territorial profiles. The assessment highlighted institutional, territorial, demographic, socioeconomic, and epidemiological characteristics of the enrolled population, as well as weaknesses related to incomplete records in information systems and the organization of work processes, such as uncovered micro-areas and limitations in healthcare coverage. The integration of quantitative and qualitative data provided a broader understanding of the territory and health needs. The situational assessment proved to be a relevant tool for health planning in Primary Care, while also highlighting limitations related to the quality of information and the organizational conditions of the service. In the field of medical education, the experience contributed to the development of competencies focused on the critical analysis of the territory, the understanding of the social determinants of health, and the integration of teaching and service, strengthening an educational approach aligned with the principles of the Unified Health System.
Keywords: Primary Health Care; Territory; Situational Diagnosis; Experience Report.

Resumen

La territorialización y el diagnóstico situacional constituyen herramientas fundamentales para la planificación sanitaria en la Atención Primaria, especialmente en el marco de la Estrategia de Salud Familiar, ya que permiten comprender las condiciones de vida, los determinantes sociales de la salud y las necesidades de la población atendida. En el contexto de la formación médica, estas estrategias también desempeñan un papel relevante en la integración entre enseñanza, servicio y comunidad. El objetivo de este estudio es describir y analizar, desde una perspectiva formativa, la experiencia de elaboración de un diagnóstico situacional en una Unidad de Salud de la Familia, destacando su

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/03/2026 - **Accepted:** 04/03/2026
Vol: 13.05
DOI: 10.66104/0f2rrw62
Pages: 1-27

contribución a la planificación local y a la formación médica. Se trata de un relato de experiencia académico-asistencial, de naturaleza descriptiva, con un enfoque cualitativo y cuantitativo, desarrollado en el contexto del Programa de Integración Enseñanza-Servicio-Comunidad (PIESC III). La experiencia consistió en la elaboración de un diagnóstico situacional a partir del análisis de datos secundarios del e-SUS APS, entrevistas con informantes clave y observación sobre el terreno, con la organización de los resultados en perfiles territoriales. El diagnóstico puso de manifiesto las características institucionales, territoriales, demográficas, socioeconómicas y epidemiológicas de la población atendida, así como las deficiencias relacionadas con la falta de exhaustividad de los registros en los sistemas de información y con la organización del proceso de trabajo, como las microáreas sin cubrir y las limitaciones en la cobertura asistencial. La integración de datos cuantitativos y cualitativos permitió obtener una visión más amplia del territorio y de las necesidades en materia de salud. El diagnóstico situacional se reveló como una herramienta relevante para la planificación sanitaria en la Atención Primaria, al tiempo que puso de manifiesto limitaciones relacionadas con la calidad de la información y las condiciones organizativas del servicio. En el ámbito de la formación médica, la experiencia contribuyó al desarrollo de competencias orientadas al análisis crítico del territorio, a la comprensión de los determinantes sociales de la salud y a la integración entre la enseñanza y el servicio, fortaleciendo una formación alineada con los principios del Sistema Único de Salud.
Palabras clave: Atención Primaria a la Salud; Territorio; Diagnóstico Situacional; Relato de Experiencia.

1. Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa a base organizadora do sistema de saúde brasileiro, sendo considerada a principal porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, a APS é regida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabelece as diretrizes para a organização da atenção de saúde no país, fundamentada nos princípios da universalidade, integralidade e equidade (Brasil, 2022a).

Nesse contexto, a APS atua no enfrentamento das necessidades mais frequentes da população, por meio de ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, com foco tanto no indivíduo quanto no coletivo. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2021), a atenção primária deve ser o primeiro nível de contato dos indivíduos com o sistema de saúde, devendo ser acessível, contínua e coordenadora do cuidado. Para isso, torna-se imprescindível a atuação em territórios delimitados, permitindo o planejamento e a execução de ações coerentes com a realidade local (Mendes, 2019).

Entre os instrumentos de gestão da APS, destaca-se o diagnóstico situacional em saúde como ferramenta essencial para a compreensão aprofundada

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/03/2026 - **Accepted:** 04/03/2026
Vol: 13.05
DOI: 10.66104/0f2rrw62
Pages: 1-27

do território e da população adscrita. O diagnóstico situacional é um processo sistemático de levantamento e análise de dados que revelam as características sociais, demográficas, sanitárias e institucionais de uma determinada área. Trata-se de uma etapa estratégica no planejamento das ações em saúde, pois permite que as equipes identifiquem problemas e estabeleçam prioridades de intervenções (Figueroa da Silva et al., 2021).

Para que esse instrumento alcance sua efetividade, é necessário que o processo de diagnóstico seja construído de forma participativa, interdisciplinar e contínua. A perspectiva colaborativa entre profissionais de saúde, gestores, comunidade e estudantes promove uma análise mais sensível das vulnerabilidades sociais e sanitárias que afetam a população. Starfield (2002) já destacava que, além dos atributos essenciais da APS — como acesso e longitudinalidade —, é fundamental incorporar a orientação comunitária no cotidiano dos serviços. Isso só é possível com o reconhecimento profundo do território e da dinâmica social das famílias atendidas.

Nesse sentido, a territorialização é indissociável do diagnóstico situacional. Colussi e Pereira (2016) defendem que o território não é apenas um espaço geográfico, mas um campo de produção de vínculos, saberes e práticas. Assim, conhecer o território é também reconhecer seus sujeitos, suas histórias e seus determinantes sociais de saúde. A ausência de informações qualificadas sobre a população dificulta a elaboração de estratégias coerentes, fragilizando a resposta do serviço às reais necessidades da comunidade (Giovanella et al., 2021).

À vista disso, o diagnóstico situacional na APS constitui-se como uma ferramenta de gestão indispensável para a superação de modelos assistenciais meramente paliativos, permitindo que o planejamento das ações seja fundamentado na realidade concreta do território (Ribeiro et al., 2008). Ao realizar o levantamento e a análise de dados locais, os profissionais de saúde conseguem identificar não apenas as carências biológicas e epidemiológicas, mas também as sociais (como saneamento, habitação e segurança) que condicionam o processo de adoecimento da população. A compreensão aprofundada das especificidades regionais,

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/03/2026 - **Accepted:** 04/03/2026
Vol: 13.05
DOI: 10.66104/0f2rrw62
Pages: 1-27

institucionais e políticas possibilita a definição de prioridades e a aplicação eficiente de recursos, garantindo que as intervenções de saúde sejam, de fato, resolutivas e alinhadas aos princípios do SUS.

Além do aspecto técnico, a construção do diagnóstico deve ser compreendida como um processo de participação e diálogo que fortalece o vínculo entre equipe de saúde, os gestores e a comunidade. A eficácia da Estratégia Saúde da Família (ESF) depende dessa interação permanente com o meio ambiente e com os diversos atores sociais, visto que o compartilhamento de informações e a escuta ativa possibilitam que a unidade seja um espaço de produção de cuidado integral. Portanto, o diagnóstico situacional não se limita a simples coleta de indicadores, ele configura um instrumento de reorganização do trabalho em equipe que qualifica o acesso do usuário e promove melhoria contínua da qualidade de vida nos territórios assistidos (Silva et al., 2016).

Este estudo tem como objetivo descrever e analisar, em perspectiva formativa, a experiência de construção de um diagnóstico situacional em uma Unidade de Saúde da Família, destacando sua contribuição para o planejamento local e para a formação médica.

2. Metodologia

Trata-se de um relato de experiência acadêmico-assistencial, de natureza descritiva, com abordagem quantitativa e qualitativa. O relato de experiência é compreendido como uma modalidade de produção científica que descreve e analisa criticamente uma vivência profissional ou acadêmica, articulando prática e fundamentação teórica, especialmente relevante nos campos da Saúde Coletiva e da formação em saúde (Daltro; Faria, 2019; Minayo, 2014).

O estudo foi conduzido no âmbito do módulo Programa de Integração Ensino, Serviço e Comunidade III (PIESC III), do curso de Medicina, em uma Unidade Saúde da Família (USF) localizada em território adscrito à APS no Oeste do Paraná, tendo como foco a caracterização do território e do processo de trabalho da equipe, com

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/03/2026 - **Accepted:** 04/03/2026
Vol: 13.05
DOI: 10.66104/0f2rrw62
Pages: 1-27

finalidade formativa e de apoio ao planejamento local, não tendo como objetivo produzir inferências epidemiológicas generalizáveis.

A elaboração do diagnóstico situacional ocorreu a partir da inserção no território e do acompanhamento das atividades desenvolvidas pela equipe de saúde, possibilitando a compreensão da organização dos serviços e das condições de vida da população adscrita. O processo foi fundamentado na vivência no cenário de prática e na observação direta in loco, permitindo identificar aspectos do território, da infraestrutura e do processo de trabalho que nem sempre estão contemplados nos sistemas de informação.

A atividade prática de inserção dos acadêmicos na USF foi estruturado a partir do roteiro intitulado “Roteiros para a Construção de Perfis para o Diagnóstico Situacional Local”, disponibilizado no módulo PIESC III, o qual orienta a construção de perfis territoriais, populacionais e organizacionais da Unidade de Saúde. Esse instrumento permitiu a sistematização das informações coletadas e a análise integrada dos dados, considerando os determinantes sociais da saúde, o processo de trabalho das equipes e as características do território.

A coleta de dados foi realizada nos dias 6 e 13 de maio de 2025. Os dados secundários foram extraídos do sistema e-SUS APS no dia 6 de maio de 2025, a partir dos relatórios de Cadastro Individual e Cadastro Domiciliar e Territorial. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: indivíduos cadastrados como ativos no território no momento da extração. Adicionalmente, os registros com dados incompletos foram analisados conforme disponibilidade por variável, sem imputação.

A partir de tais relatórios foram construídos os perfis institucional, territorial e ambiental, demográfico, socioeconômico e epidemiológico. O perfil institucional analisou a estrutura física, o funcionamento da Unidade, a composição das equipes, os processos de gestão e a articulação com a rede de atenção à saúde. Os perfis territorial e ambiental consideraram as características geográficas, socioambientais e de infraestrutura do território; o perfil demográfico descreveu a composição populacional; o perfil socioeconômico abordou as condições de vida e vulnerabilidades sociais; e o perfil epidemiológico identificou os principais agravos e

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/03/2026 - **Accepted:** 04/03/2026
Vol: 13.05
DOI: 10.66104/0f2rrw62
Pages: 1-27

fatores de risco, subsidiando o planejamento das ações de promoção, prevenção e cuidado em saúde.

Os dados quantitativos foram organizados em planilha eletrônica e submetidos à análise descritiva, com cálculo de frequências absolutas e relativas. Registros com dados incompletos foram incluídos conforme a disponibilidade de cada variável, sem realização de imputação. Os resultados foram interpretados à luz do contexto territorial e das experiências vivenciadas durante o desenvolvimento das atividades.

Destaca-se que os dados do e-SUS APS refletem registros assistenciais, dependentes do acesso ao serviço e do registro profissional, não sendo diretamente comparáveis a inquéritos populacionais. Os registros assistenciais referem-se aos dados oriundos dos serviços de saúde, refletindo a demanda atendida, enquanto os dados de inquérito populacional abrangem indivíduos independentemente da busca por atendimento. Considerando as diferenças quanto à finalidade, forma de coleta e potenciais vieses inerentes a cada fonte, essas especificidades foram consideradas no processo analítico, não sendo realizadas comparações diretas entre os conjuntos de dados.

Por se tratar de um relato de experiência no âmbito de atividades de ensino, sem identificação individual dos usuários, foram respeitados os princípios éticos relacionados ao uso de dados secundários e à confidencialidade das informações.

3. Resultado

Perfil institucional

A USF analisada foi implantada em 2018 em substituição a uma Unidade previamente existente no território, em um contexto de crescimento populacional da área adscrita. Esse processo de reconfiguração da rede local de serviços expressa movimentos de adaptação da APS às transformações demográficas do território, ao mesmo tempo em que evidencia desafios relacionados ao planejamento e à organização da oferta assistencial em municípios de médio porte. Localizada em

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/03/2026 - **Accepted:** 04/03/2026
Vol: 13.05
DOI: 10.66104/0f2rrw62
Pages: 1-27

área urbana da região Oeste do Paraná, a Unidade opera exclusivamente segundo o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF), assumindo papel central na coordenação do cuidado e na organização da rede de atenção à saúde.

O funcionamento em horário estendido, organizado em múltiplos turnos no âmbito do programa Saúde na Hora, amplia as possibilidades de acesso da população aos serviços, especialmente para usuários com restrições de horário. Por outro lado, a ampliação do tempo de funcionamento está associada a rearranjos no processo de trabalho, com implicações para a continuidade do cuidado, o vínculo longitudinal e a articulação entre as equipes. A presença de múltiplas equipes da ESF e de Saúde Bucal amplia a cobertura assistencial e diversifica as ações ofertadas, ao mesmo tempo em que demanda mecanismos de coordenação interna e comunicação interprofissional.

A carga horária semanal de 40 horas e a inserção dos profissionais em ações de educação permanente compõem elementos estruturantes do processo de trabalho na Unidade. O provimento médico por meio de programa federal contribui para a manutenção da assistência, ainda que aspectos como a rotatividade profissional possam influenciar a continuidade do cuidado. A gestão exercida por profissional da própria equipe, com formação na área, configura uma organização local do trabalho potencialmente mais próxima das demandas do serviço, ao mesmo tempo em que a recente assunção da função sugere a necessidade de consolidação dos processos de gestão.

Do ponto de vista estrutural, a Unidade apresenta condições de acessibilidade e localização que favorecem o acesso geográfico da população. A utilização de ferramentas digitais, com destaque para o uso do WhatsApp como meio de comunicação com os usuários, amplia as possibilidades de contato e interação, ao mesmo tempo em que introduz novas dinâmicas no processo de trabalho das equipes. A ausência de instâncias formais de participação social no período analisado limita a incorporação sistemática das demandas da comunidade no planejamento das ações em saúde.

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/03/2026 - **Accepted:** 04/03/2026
Vol: 13.05
DOI: 10.66104/0f2rrw62
Pages: 1-27

A inexistência de atendimento médico especializado na Unidade reforça seu papel como ponto de entrada e coordenadora do cuidado na rede de atenção, com dependência dos fluxos de regulação para acesso a outros níveis assistenciais. A presença de equipe multiprofissional de apoio, como nutricionista e assistente social, amplia as possibilidades de abordagem das necessidades de saúde, embora a organização dessas ações de forma pontual possa influenciar sua continuidade no território.

A territorialização, estruturada em microáreas, constitui elemento central da organização do trabalho na ESF. No entanto, a presença de microáreas descobertas, associada à ausência de profissionais, repercute no acompanhamento das famílias, no estabelecimento de vínculos e nas ações de vigilância em saúde. Essa condição se relaciona à capacidade da equipe de identificar necessidades e organizar intervenções no território.

A Unidade também se configura como espaço de integração ensino–serviço, ao receber estudantes de graduação de instituições públicas de ensino superior, contribuindo para a vivência prática e para a reflexão sobre o trabalho em saúde na APS. A ausência de internos e residentes, por sua vez, delimita o escopo dessa integração. O diagnóstico situacional foi desenvolvido junto a uma das equipes da Unidade, permitindo a sistematização de informações sobre o território e o processo de trabalho, bem como a identificação de aspectos que influenciam a organização do cuidado no contexto analisado.

Perfil territorial/ambiental

O território adscrito à equipe participante da experiência está inserido em área urbana de município de médio porte localizado na região Oeste do Paraná, caracterizando-se predominantemente por uso residencial e por um processo recente de expansão urbana. Essa dinâmica territorial expressa um padrão de crescimento que nem sempre ocorre de forma concomitante à ampliação da infraestrutura urbana e dos serviços públicos, produzindo desigualdades intraurbanas no acesso a bens e serviços.

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/03/2026 - **Accepted:** 04/03/2026
Vol: 13.05
DOI: 10.66104/0f2rrw62
Pages: 1-27

De acordo com os registros do sistema e-SUS APS, o território compreende 691 imóveis, majoritariamente residenciais. Entretanto, a visita de reconhecimento territorial possibilitou identificar a presença de equipamentos sociais relevantes, como escolas, creches e instituições religiosas, além de terrenos baldios não registrados nos sistemas oficiais. Essa discrepância sugere limitações no processo de cadastramento territorial e evidencia a dinâmica contínua de transformação do território, com repercussões sobre a organização das ações em saúde.

No que se refere à acessibilidade, o território é atendido por transporte coletivo, com ponto de ônibus localizado nas proximidades da USF, favorecendo o acesso geográfico aos serviços. A maior parte das vias apresenta condições adequadas para circulação; contudo, foram observadas barreiras relacionadas à mobilidade, como calçadas estreitas, ausência de guias rebaixadas e irregularidades no piso, com possíveis implicações para o deslocamento de pessoas com mobilidade reduzida, idosos e usuários com deficiência.

A análise das características dos domicílios indica predomínio de construções em alvenaria com revestimento e elevada proporção de moradias próprias, sugerindo relativa estabilidade habitacional. Ainda assim, a observação em campo evidenciou fragilidades ambientais, como calçadas danificadas, acúmulo de resíduos sólidos e presença de terrenos baldios, especialmente nas áreas mais distantes da Unidade. Esses elementos se relacionam a condições ambientais que podem influenciar a ocorrência de agravos à saúde e refletem desigualdades na manutenção urbana. A arborização, embora presente em vias principais, mostrou-se limitada em outras áreas do território.

Quanto ao abastecimento de água, observa-se ampla cobertura da rede pública; entretanto, a análise do tipo de tratamento da água consumida indica a utilização de água sem tratamento ou com tratamento inadequado em parte dos domicílios, configurando uma condição de vulnerabilidade sanitária com potencial repercussão sobre a saúde da população.

A disponibilidade de energia elétrica é predominante no território; contudo, relatos de iluminação pública irregular em determinados pontos, obtidos por meio de

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/03/2026 - **Accepted:** 04/03/2026
Vol: 13.05
DOI: 10.66104/0f2rrw62
Pages: 1-27

entrevistas com informantes-chave, indicam aspectos relacionados ao uso dos espaços urbanos e à circulação da população.

No âmbito do saneamento, parte significativa dos domicílios apresenta acesso à rede coletora ou fossa séptica, embora também tenham sido identificadas fossas rudimentares, além de lacunas nos registros disponíveis. A destinação de resíduos ocorre majoritariamente por meio de coleta regular; entretanto, a observação de descarte inadequado em terrenos e vias públicas evidencia a coexistência de práticas distintas no território.

A presença de animais domésticos nos domicílios, associada à circulação de animais soltos em vias públicas, configura um aspecto relevante no contexto da vigilância em saúde, especialmente no que se refere a zoonoses e condições ambientais.

No que tange aos equipamentos sociais, o território dispõe de comércio local de pequeno porte, contribuindo para a dinâmica econômica do bairro. Não foram identificadas, no período analisado, instâncias formais de participação social articuladas diretamente à USF, como Conselho Local de Saúde, o que delimita os espaços institucionais de participação comunitária no contexto observado.

A partir do diagnóstico situacional e da vivência no território, foram identificados aspectos relacionados à organização do cadastro territorial e domiciliar, às condições ambientais e às dinâmicas de acesso aos serviços, os quais foram discutidos no âmbito das atividades de ensino–serviço. A experiência possibilitou a problematização dessas questões pelos discentes, favorecendo a articulação entre dados sistematizados e a realidade observada no território.

Nesse contexto, a integração ensino–serviço configurou-se como espaço de reflexão sobre o processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais da saúde e das condições que influenciam a organização do cuidado no território analisado.

Perfil demográfico

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/03/2026 - **Accepted:** 04/03/2026
Vol: 13.05
DOI: 10.66104/0f2rrw62
Pages: 1-27

A equipe analisada possui uma população cadastrada de 3.406 indivíduos, dos quais 2.625 encontram-se ativos e 781 foram desligados do cadastro, indicando uma dinâmica populacional no território. Entre os usuários ativos, observa-se leve predominância do sexo feminino, com 1.414 indivíduos (53,9%), em comparação aos 1.211 do sexo masculino (46,1%).

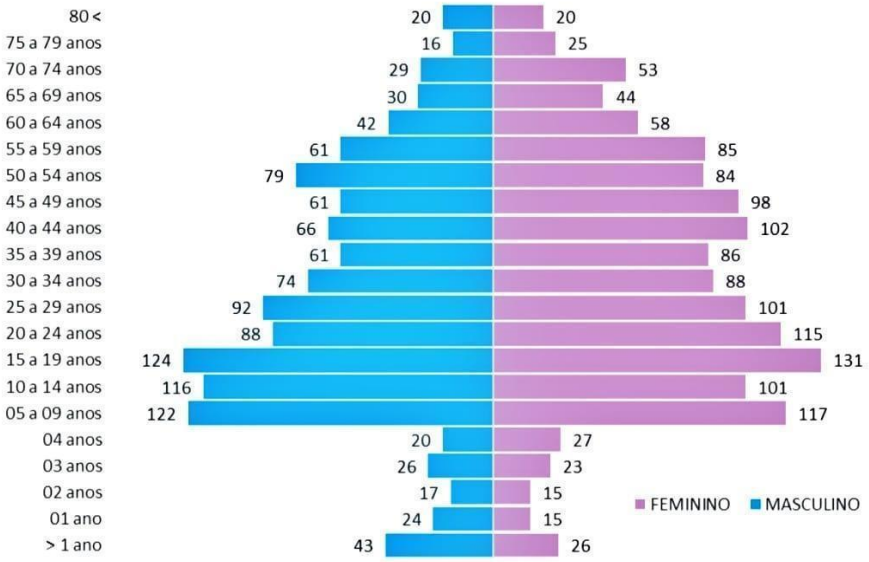
Quanto à raça/cor autodeclarada, identifica-se predominância de pessoas pardas (43,9%), seguidas por brancas (41,5%), enquanto as populações preta, amarela e indígena aparecem em menor proporção. Destaca-se a presença de registros sem informação (10,6%), o que limita análises mais detalhadas dessa variável no território. Em relação à nacionalidade, a maioria dos usuários é brasileira nata (98,5%), com presença de estrangeiros correspondente a 1,5%.

A análise da pirâmide etária indica maior concentração populacional nas faixas etárias de 5 a 19 anos, evidenciando predominância de crianças e adolescentes no território. Observa-se também participação expressiva da população entre 25 e 44 anos. O contingente de indivíduos com 60 anos ou mais, embora proporcionalmente menor, apresenta presença relevante, com discreta predominância feminina nas faixas etárias mais avançadas (Figura 1).

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/03/2026 - **Accepted:** 04/03/2026
Vol: 13.05
DOI: 10.66104/0f2rrw62
Pages: 1-27

Figura 1: Pirâmide etária da população adscrita à eSF de uma USF do oeste do Paraná.



Fonte: Elaborado pelos autores.

No contexto da experiência desenvolvida, a análise do perfil demográfico foi utilizada como subsídio para discussão das características do território e das possíveis demandas em saúde, no âmbito das atividades de integração ensino–serviço. A concentração de crianças e adolescentes, a presença significativa de adultos jovens e a participação da população idosa foram problematizadas pelos discentes em relação à organização das ações na Atenção Primária à Saúde.

A predominância feminina entre os usuários e a composição etária do território também foram discutidas no processo formativo, considerando suas implicações na utilização dos serviços e na organização do cuidado. Da mesma forma, aspectos relacionados à diversidade racial e à presença de usuários estrangeiros foram analisados a partir dos dados disponíveis, ainda que limitados pela incompletude de registros, especialmente na variável raça/cor.

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/03/2026 - **Accepted:** 04/03/2026
Vol: 13.05
DOI: 10.66104/0f2rrw62
Pages: 1-27

A identificação de cadastros incompletos foi incorporada às reflexões sobre o uso dos sistemas de informação no cotidiano da Atenção Primária, evidenciando sua influência na leitura do território e na compreensão das características da população adscrita. Nesse sentido, a experiência possibilitou a articulação entre dados quantitativos e a realidade observada, contribuindo para o desenvolvimento de uma análise crítica sobre o processo de territorialização e o uso das informações em saúde.

Perfil Socioeconômico

O perfil socioeconômico da população adscrita à equipe foi descrito a partir dos registros dos módulos de Cadastro Individual, Domiciliar e Territorial do sistema e-SUS APS, cujos dados estão apresentados nas Tabelas 1 e 2. Observa-se elevada proporção de registros incompletos em algumas variáveis, o que influencia a leitura das condições de vida da população no território.

Tabela 1 - Perfil socioeconômico da população adscrita à equipe estudada, USF da região Oeste do Paraná

Variável	N	%
Renda familiar*		
Até 1 salário mínimo	99	18,25
Entre 1 e 2 salários mínimos	132	24,35
Acima de 2 salários mínimos	25	4,61
Não informado	286	52,77
Escolaridade		
Até Ensino fundamental	866	32,95
Ensino médio	415	15,81
Ensino superior	53	2,02
Nenhuma escolaridade	174	6,62

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/03/2026 - **Accepted:** 04/03/2026
Vol: 13.05
DOI: 10.66104/0f2rrw62
Pages: 1-27

Não informado	1.117	42,56
Plano de saúde privado		
Possui	59	2,25
Não possui	2525	96,19
Não informado	41	1,57
Situação de Rua		
Cidadão em condição de rua	0	0,00
Não informado	2625	100
Orientação sexual		
População LBGT no território	5	0,19
Não LGBTQIAPN+ (heterossexual)	310	11,81
Orientação sexual não informada	2310	88

N = NÚMERO ABSOLUTO
% = PERCENTUAL

Fonte: Elaborado pelos autores

** Percentuais calculados com base nos registros válidos para a variável renda (n = 542).

Nota: Os percentuais foram calculados com base no total de registros disponíveis para cada variável. Observa-se incompletude em algumas variáveis, o que pode resultar em diferenças entre o total de indivíduos cadastrados e a soma das categorias apresentadas.

Em relação à renda familiar, dos 542 registros disponíveis, 99 (18,25%) referem renda de até um salário mínimo, 132 (24,35%) entre um e dois salários mínimos e 25 (4,61%) acima de dois salários mínimos. Destaca-se que 286 cadastros (52,77%) não apresentaram essa informação. Entre os registros válidos, observa-se maior concentração nas faixas de menor renda.

Quanto à cobertura por planos de saúde, 59 usuários (2,25%) relataram possuir plano privado, enquanto 2.525 (96,19%) não possuem, indicando

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/03/2026 - **Accepted:** 04/03/2026
Vol: 13.05
DOI: 10.66104/0f2rrw62
Pages: 1-27

predominância da utilização dos serviços públicos de saúde entre a população adscrita.

No que se refere à escolaridade, a distribuição dos dados indica maior frequência de indivíduos com níveis de escolarização até o ensino médio, considerando-se as categorias disponíveis. Entretanto, observa-se proporção relevante de registros sem informação (13,87%), o que limita análises mais detalhadas. Destaca-se ainda que 53 indivíduos (2,02%) informaram possuir ensino superior e 174 (6,62%) nenhuma escolaridade.

Em relação à situação de rua, não há registros de indivíduos nessa condição; contudo, todos os cadastros (100%) encontram-se sem informação preenchida para essa variável, o que impede sua análise no contexto do território.

No que diz respeito à orientação sexual, 2.310 registros (88%) não apresentam essa informação. Entre os cadastros com preenchimento, 310 indivíduos (11,81%) foram registrados como não pertencentes à população LGBTQIAPN+, enquanto 5 (0,19%) se autodeclararam como pertencentes a essa população. A elevada proporção de dados não informados limita a análise dessa variável no território.

Tabela 2 - Situação ocupacional da população adscrita à equipe estudada, USF da região Oeste do Paraná

Situação Ocupacional	N	%
Emprego formal	393	14,97
Desempregado	196	7,47
Aposentado/pensionista	181	6,89
Não exerce atividade laboral	551	20,99
Não informado	1304	49,68

N = NÚMERO ABSOLUTO
% = PERCENTUAL

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/03/2026 - **Accepted:** 04/03/2026
Vol: 13.05
DOI: 10.66104/0f2rrw62
Pages: 1-27

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quanto à situação ocupacional, 393 indivíduos (14,97%) possuem emprego formal, 196 (7,47%) encontram-se desempregados, 181 (6,89%) são aposentados ou pensionistas e 551 (20,99%) declararam não exercer atividade laboral. Observa-se que 1.304 registros (49,68%) não apresentam essa informação, o que limita a caracterização da inserção produtiva da população adscrita.

Perfil Epidemiológico

O perfil epidemiológico da população adscrita foi descrito considerando os 2.625 usuários ativos vinculados à equipe no período analisado. A sistematização desses dados possibilitou a identificação das principais condições de saúde registradas no território, no contexto das atividades desenvolvidas na integração ensino–serviço.

Conforme apresentado na Tabela 3, observa-se maior frequência de condições crônicas não transmissíveis, com destaque para o excesso de peso (18,28%), a hipertensão arterial (15,54%) e o diabetes mellitus (5,98%). Esses dados foram analisados pelos discentes como parte da compreensão do perfil de saúde da população adscrita.

Tabela 3 - Perfil epidemiológico da população atendida pela eSF, USF da região do Oeste do Paraná

Situações de Saúde gerais	N	%
Total de pessoas	2625	100
Acamado	18	0,69
Tuberculose	5	0,19
Domiciliado	51	1,94
Gestante	31	1,18
Fumante	209	7,96
Faz uso de álcool	70	2,67

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/03/2026 - **Accepted:** 04/03/2026
Vol: 13.05
DOI: 10.66104/0f2rrw62
Pages: 1-27

Faz uso de drogas	39	1,49
Diabetes	157	5,98
Hipertensão	408	15,54
Acima do peso	480	18,28
Tem ou teve câncer	36	1,37
Teve AVC	25	0,95
Teve algum problema de saúde mental por profissional de saúde	70	2,67
Teve infarto	19	0,72
Teve internação nos últimos 12 meses	96	3,66
Usa plantas medicinais	80	3,85
Tem alguma doença respiratória	108	4,11
Asma	35	1,33
DPOC	8	0,30
Tem doença cardíaca	67	2,55
Tem ou teve problema renal	55	2,10
Deficiência (em geral)	94	3,58
Deficiência auditiva	18	0,68
Deficiência visual	7	0,26
Deficiência física	43	1,63
Deficiência intelectual/cognitiva	25	0,95

N = NÚMERO ABSOLUTO
% = PERCENTUAL

Fonte: Elaborado pelos autores.

Entre os fatores de risco comportamentais registrados, o tabagismo correspondeu a 7,96% dos usuários, enquanto o uso de álcool e outras drogas foi

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/03/2026 - **Accepted:** 04/03/2026
Vol: 13.05
DOI: 10.66104/0f2rrw62
Pages: 1-27

identificado em 2,67% e 1,49%, respectivamente. Também foram registrados 70 indivíduos (2,67%) com histórico de problemas de saúde mental informados por profissional de saúde.

Em relação a agravos específicos, foram identificados casos de tuberculose (0,19%), asma (1,33%) e doença pulmonar obstrutiva crônica – DPOC (0,30%), além de registros de infarto (0,72%) e acidente vascular cerebral (0,95%). A presença de usuários acamados (0,69%) e domiciliados (1,94%) também foi observada nos dados disponíveis.

No âmbito da saúde da mulher, foram registradas 31 gestantes (1,18% da população). Entretanto, não foi possível identificar, nos dados analisados, a classificação de risco gestacional, o que limita a descrição dessa variável.

De modo geral, os dados apresentados evidenciam a coexistência de condições crônicas, fatores de risco comportamentais e agravos específicos no território. No contexto da experiência, essas informações foram utilizadas como subsídio para discussão do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde, possibilitando a articulação entre os registros do sistema de informação e a realidade observada no território.

Adicionalmente, a presença de registros incompletos em algumas variáveis foi incorporada às reflexões sobre o uso das informações em saúde, especialmente no que se refere às potencialidades e limitações dos sistemas de informação no apoio à análise do território.

4. Discussão

Considerando o perfil institucional da USF, observam-se avanços estruturais relevantes no que se refere à acessibilidade e à organização dos serviços, como o funcionamento em horário estendido até às 22h, conforme previsto pelo programa Saúde na Hora, e a presença de infraestrutura acessível. Tais aspectos reforçam o atributo do acesso na APS, conforme descrito por Starfield (2002). Contudo, persistem desafios para a efetivação da longitudinalidade do cuidado, especialmente em decorrência da ausência de cobertura em cinco microáreas e do número

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/03/2026 - **Accepted:** 04/03/2026
Vol: 13.05
DOI: 10.66104/0f2rrw62
Pages: 1-27

insuficiente de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o que compromete o acompanhamento contínuo e o vínculo com a população adscrita.

A equipe analisada cobre o território com três ACS, mantendo áreas descobertas, o que fragiliza o monitoramento territorial e o acompanhamento domiciliar. A utilização de ferramentas como o aplicativo WhatsApp emerge como estratégia complementar de comunicação com os usuários; entretanto, não substitui as visitas domiciliares nem a presença contínua da equipe no território. Ademais, a inexistência de Conselho Local de Saúde ativo e a atuação limitada da equipe multiprofissional de apoio (e-Multi) fragilizam a integralidade do cuidado, dificultando ações intersetoriais e a corresponsabilização dos usuários. Conforme Colussi e Pereira (2016), a ausência desses dispositivos compromete a capacidade da APS de responder de forma adequada às necessidades sociais e sanitárias.

No que se refere ao perfil territorial e ambiental, identifica-se um território predominantemente urbanizado, com uso majoritariamente residencial e expansão recente, ainda marcado por desigualdades no acesso à infraestrutura e aos serviços básicos. Embora o sistema e-SUS APS registre informações sobre os imóveis, a observação in loco evidenciou discrepâncias entre os dados cadastrais e a realidade, como a presença de equipamentos sociais não registrados. Tal achado reforça a importância da atualização contínua das informações territoriais para o planejamento em saúde (Brasil, 2021).

Em relação à mobilidade urbana, o território dispõe de transporte coletivo e vias em boas condições. No entanto, barreiras físicas, como calçadas estreitas, pisos irregulares e ausência de guias rebaixadas, limitam o deslocamento seguro, especialmente de pessoas idosas e com deficiência. A OPAS (2021) destaca que a acessibilidade urbana constitui um determinante relevante para o acesso equitativo aos serviços de saúde.

Quanto às condições habitacionais, predomina a construção em alvenaria com acesso por vias pavimentadas. Entretanto, a presença de terrenos baldios, acúmulo de resíduos e baixa arborização em áreas periféricas evidencia fragilidades ambientais que podem impactar a saúde coletiva. Segundo a OPAS (2021),

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/03/2026 - **Accepted:** 04/03/2026
Vol: 13.05
DOI: 10.66104/0f2rrw62
Pages: 1-27

ambientes urbanos degradados estão associados à maior ocorrência de agravos, especialmente em contextos de vulnerabilidade.

No que se refere ao saneamento básico, embora a maioria dos domicílios esteja conectada à rede pública de abastecimento de água, 258 residências consomem água sem tratamento adequado, configurando risco potencial à saúde. De acordo com o IBGE (2022), essa situação é frequente em áreas urbanas periféricas e demanda ações integradas de vigilância e educação em saúde.

A coleta de resíduos sólidos ocorre regularmente na maior parte do território; contudo, a presença de lixo e entulho em espaços públicos exige atenção contínua, devido ao potencial de proliferação de vetores. Essa condição reforça a necessidade de articulação entre a UBS, os serviços urbanos e a vigilância em saúde (OPAS, 2021).

A presença de animais em 334 domicílios, associada à circulação livre nas vias públicas, eleva o risco de zoonoses. Conforme o Plano Nacional de Saúde (Brasil, 2020), cabe à APS desenvolver estratégias articuladas com o setor de zoonoses para prevenção e controle desses agravos.

Observa-se, ainda, a ausência de equipamentos comunitários articulados à UBS, como conselhos locais de saúde, o que limita a participação social. A Lei nº 8.142/1990 e a PNAB reforçam a importância do controle social no planejamento das ações (Brasil, 2022b).

No perfil demográfico, observa-se discreta predominância feminina (53,9%), em consonância com dados nacionais (IBGE, 2022). Quanto à raça/cor, predomina a autodeclaração parda e branca, com percentual relevante de registros sem informação (10,6%), o que pode indicar fragilidades no registro e possíveis processos de invisibilização.

A pirâmide etária evidencia maior concentração entre 5 e 44 anos, indicando demandas voltadas à população jovem e adulta. Os idosos representam 322 indivíduos, demandando acompanhamento contínuo. A baixa proporção de crianças pequenas sugere tendência de envelhecimento populacional.

No perfil socioeconômico, destacam-se marcadores de vulnerabilidade, como

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/03/2026 - **Accepted:** 04/03/2026
Vol: 13.05
DOI: 10.66104/0f2rrw62
Pages: 1-27

baixa renda, desemprego e baixa cobertura por planos privados (2,2%), reforçando a dependência do SUS (Brasil, 2017). A baixa escolaridade, predominante entre os usuários, pode interferir na compreensão das orientações em saúde (IBGE, 2020). A incompletude dos dados também limita análises mais aprofundadas.

A presença de insegurança alimentar, ainda que pontual, indica situações de vulnerabilidade que demandam articulação com a assistência social, conforme definição da FAO (2021).

Destaca-se a elevada proporção de ausência de informação sobre orientação sexual (88%), o que limita a visibilidade de grupos específicos e o planejamento de ações equitativas, conforme apontado na Política Nacional de Saúde Integral da População LGBTQIAPN+ (Brasil, 2023).

No perfil epidemiológico, observa-se predominância de condições crônicas e fatores de risco modificáveis, como hipertensão arterial (15,54%), diabetes mellitus (5,98%), tabagismo (7,96%) e sobrepeso (18,28%). Esses dados reforçam a centralidade da APS no acompanhamento dessas condições.

As prevalências observadas são inferiores às estimativas de inquéritos populacionais, como o VIGITEL (Brasil, 2022b; Paraná, 2023). No entanto, essa diferença deve ser interpretada com cautela, uma vez que os dados do e-SUS APS refletem registros assistenciais, dependentes do acesso ao serviço e do diagnóstico prévio, não sendo diretamente comparáveis a dados autorreferidos.

No que se refere ao processo de trabalho, a presença de microáreas descobertas e o número reduzido de ACS impactam o acompanhamento longitudinal. Esses aspectos podem estar relacionados a dificuldades de gestão do trabalho, como rotatividade e provimento profissional.

A ausência de espaços de participação social também limita a incorporação das demandas comunitárias no planejamento local.

Os dados do e-SUS APS devem ser analisados considerando suas limitações, uma vez que refletem registros assistenciais e não estimativas populacionais.

No campo da formação médica, a experiência contribuiu para o desenvolvimento de competências relacionadas à análise territorial e aos

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/03/2026 - **Accepted:** 04/03/2026
Vol: 13.05
DOI: 10.66104/0f2rrw62
Pages: 1-27

determinantes sociais da saúde, além de favorecer a integração ensino–serviço.

Por fim, destaca-se que, embora tenham sido identificadas 31 gestantes cadastradas, a ausência de informação quanto à classificação de risco gestacional limita a análise do acompanhamento pré-natal e evidencia fragilidades no registro dos dados. Conforme a PNAB (Brasil, 2022b), o monitoramento das gestantes constitui elemento central da APS, devendo ser qualificado.

5. Conclusão

A construção do diagnóstico situacional possibilitou uma compreensão ampliada do território e das condições de saúde da população adscrita, evidenciando tanto potencialidades quanto fragilidades relacionadas à organização do processo de trabalho e à qualidade dos registros em saúde. Os achados reforçam o papel dessa ferramenta no apoio ao planejamento local na Atenção Primária, ao favorecer a articulação entre informações epidemiológicas e a realidade vivenciada no território.

No âmbito da formação médica, a experiência mostrou-se estratégica para o desenvolvimento de competências relacionadas à análise crítica do contexto, à compreensão dos determinantes sociais da saúde e à integração ensino–serviço–comunidade, contribuindo para uma formação mais reflexiva, contextualizada e comprometida com os princípios do Sistema Único de Saúde.

Como limitações, destacam-se o caráter descritivo e localizado da experiência, que restringe a generalização dos achados, além da dependência de dados secundários provenientes do e-SUS APS, sujeitos à incompletude e inconsistências nos registros. Adicionalmente, a ausência de algumas variáveis e a limitação na padronização das informações podem ter influenciado a análise realizada.

Recomenda-se que estudos futuros ampliem a utilização de abordagens metodológicas combinadas, com maior aprofundamento qualitativo e integração de diferentes fontes de dados, bem como investigações em outros contextos territoriais, a fim de comparar realidades e fortalecer a produção de evidências sobre o uso do

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/03/2026 - **Accepted:** 04/03/2026
Vol: 13.05
DOI: 10.66104/0f2rrw62
Pages: 1-27

diagnóstico situacional tanto para o planejamento em saúde quanto para a formação médica.

Referências

BRASIL. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção primária à saúde no Brasil: reflexões e caminhos para o fortalecimento. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2022a. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/55870. Acesso em: 11 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano nacional de saúde 2020-2023. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/planejamento/plano-nacional-de-saude. Acesso em: 11 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica (PNAB). Brasília: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTU2Mw==. Acesso em: 11 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e intersexos (PNSI-LGBTI+): versão atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2023/politica-lgbti.pdf. Acesso em: 11 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde na hora: ampliação do acesso com qualidade na atenção primária à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Tabagismo: prevenção e controle na atenção primária à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em:

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/03/2026 - **Accepted:** 04/03/2026
Vol: 13.05
DOI: 10.66104/0f2rrw62
Pages: 1-27

https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/tabagismo. Acesso em: 11 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Território e saúde: guia para o trabalho das equipes de atenção primária à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTU2NA==. Acesso em: 11 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/vigitel/vigitel-2021. Acesso em: 11 jul. 2025.

COLUSSI, C. F.; PEREIRA, K. G. Territorialização, diagnóstico situacional e planejamento em saúde na atenção básica. Florianópolis: UFSC, 2016.

DALTRO, M. R.; FARIA, A. A. Relato de experiência: uma narrativa científica na pós-modernidade. Estudos e Pesquisas em Psicologia, v. 19, n. 1, p. 223-237, 2019.

FAO. The state of food security and nutrition in the world 2021: transforming food systems for food security, improved nutrition and affordable healthy diets for all. Rome: FAO, 2021. Disponível em: https://www.fao.org/documents/card/en/c/cb4474en. Acesso em: 11 jul. 2025.

FIGUEROA DA SILVA, M. C. et al. Diagnóstico situacional em saúde como estratégia de aprendizagem para estudantes de enfermagem e medicina. Saúde em Redes, v. 7, n. 2, p. 191-200, 2021. Disponível em: http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3342. Acesso em: 21 dez. 2025.

GIOVANELLA, L. et al. A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 748-

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/03/2026 - **Accepted:** 04/03/2026
Vol: 13.05
DOI: 10.66104/0f2rrw62
Pages: 1-27

762, jul./set. 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/6H9kXbYhGZp8GzZz/. Acesso em: 21 dez. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico 2022: características da população e dos domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/censo-demografico-2022. Acesso em: 09 jul. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa nacional de saúde 2019: educação e saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf. Acesso em: 11 jul. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa nacional de saneamento básico 2021. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101930.pdf. Acesso em: 11 jul. 2025.

MENDES, E. V. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: CONASS, 2019.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Vigilância em saúde ambiental: guia técnico para equipes da atenção primária. Brasília: OPAS Brasil, 2021. Disponível em: https://www.paho.org/pt/documentos/guia-vigilancia-ambiental-aps. Acesso em: 11 jul. 2025.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Perfil epidemiológico do Paraná 2023: monitoramento de doenças crônicas e fatores de risco. Curitiba: SESA, 2023. Disponível em:

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/03/2026 - **Accepted:** 04/03/2026
Vol: 13.05
DOI: 10.66104/0f2rrw62
Pages: 1-27

https://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=3459. Acesso em: 11 jul. 2025.

RIBEIRO, L. C. C. et al. O diagnóstico administrativo e situacional como instrumento para o planejamento de ações na estratégia saúde da família. Cogitare Enfermagem, v. 13, n. 3, 2008. DOI: 10.5380/ce.v13i3.13044. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/13044. Acesso em: 09 fev. 2026.

SILVA, C. S. S. L. et al. O diagnóstico situacional como ferramenta para o planejamento de ações na atenção primária à saúde. Revista Pró-UniverSUS, Vassouras, v. 7, n. 2, p. 30-33, jan./jun. 2016. Disponível em: https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/345. Acesso em: 09 fev. 2026.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, C. F. Planejamento em saúde: conceitos, métodos, experiências. Salvador: EDUFBA, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1. Acesso em: 11 jul. 2025.