REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/05/2026 - **Accepted:** 21/06/2026
Vol: 13.14
DOI: 10.66104/y5px5078
Pages: 1-22

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE UM TERRITÓRIO ADSCRITO À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE EM FOZ DO IGUAÇU

SITUATIONAL DIAGNOSIS OF A TERRITORY ASSIGNED TO PRIMARY HEALTH CARE IN FOZ DO IGUAÇU

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE UN TERRITORIO ADSCRITO A LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN FOZ DO IGUAÇU

Sagres Possamai Cristofolini
Graduando em Medicina, Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), Brasil
E-mail: sp.cristofolini@unila.edu.br

Aurelia Madelen Capdevila
Graduando em Medicina, Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), Brasil
E-mail: am.capdevila.2024@aluno.unila.edu.br

Jenifer Rodrigues de Souza
Graduando em Medicina, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Brasil
E-mail: jenifer.rodrigues@grad.ufsc.br

Julia Devechi Croce
Graduando em Medicina, Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), Brasil
E-mail: jd.croce.2024@aluno.unila.edu.br

Luiz Arthur Pereira Ramos Vargas
Graduando em Medicina, Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), Brasil
E-mail: lap.vargas.2024@aluno.unila.edu.com.br

Maria Vitória Mardgan
Graduando em Medicina, Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), Brasil
E-mail: mv.mardgan.2024@aluno.unila.edu.br

Anália Rosário Lopes
Doutora em Ciências, Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), Brasil
E-mail: analia.lopes@unila.edu.br

Monica Augusta Mombelli
Doutora em Ciências, Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), Brasil

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/05/2026 - **Accepted:** 21/06/2026
Vol: 13.14
DOI: 10.66104/y5px5078
Pages: 1-22

E-mail: monica.mombelli@unila.edu.br

Resumo

O diagnóstico situacional em saúde é uma etapa essencial para a compreensão aprofundada das condições de vida e dos determinantes que influenciam o adoecimento das populações em territórios específicos, constituindo-se em instrumento estratégico para o planejamento local na Atenção Básica. Este estudo tem como objetivo analisar o processo de territorialização da área de abrangência de uma equipe de Saúde da Família na região Oeste do Paraná, visando à construção de um diagnóstico situacional que subsidie o planejamento de ações em saúde direcionadas às necessidades da população local. Trata-se de relato de experiência, desenvolvido a partir de dados primários, como observações em campo e entrevistas com informantes-chave, e de dados secundários, oriundos de sistemas de informação e registros municipais, em um cenário real da Atenção Básica. Os resultados evidenciam que os territórios apresentam dinâmicas complexas, com desigualdades socioeconômicas que impactam diretamente os perfis epidemiológicos da população. A análise de um território adscrito à Atenção Primária à Saúde na região Oeste do Paraná revela um contexto marcado por vulnerabilidades sociais e estruturais que intensificam os desafios enfrentados pelos serviços de saúde locais. Esse cenário demanda um olhar sensível e direcionado, capaz de adaptar as ações às especificidades da realidade local. Nesse sentido, o diagnóstico situacional ultrapassa a simples coleta de dados e configura-se como um processo ativo e reflexivo, que envolve o reconhecimento das potencialidades do território, a escuta qualificada da comunidade e a articulação entre diferentes saberes. Quando conduzido de forma contínua, participativa e contextualizada, fortalece a capacidade de resposta das equipes de saúde frente às demandas locais, contribui para o fortalecimento do vínculo com a população e favorece práticas mais equitativas e humanizadas no Sistema Único de Saúde. Para tanto, é fundamental investir em educação permanente e em estratégias que promovam uma escuta ativa e transformadora.

Palavras-chave: Territorialização; Atenção Básica; Diagnóstico Situacional; Planejamento Estratégico; Saúde da Família.

Abstract

The situational health diagnosis is an essential stage for gaining an in-depth understanding of living conditions and the determinants that influence illness in populations within specific territories, serving as a strategic tool for local planning in Primary Health Care. The purpose of this study is to analyze the process of territorialization within the service area of a Family Health team in western Paraná, with the aim of developing a situational assessment to inform the planning of health interventions tailored to the needs of the local population. This is an experience report, developed from primary data, such as field observations and interviews with key informants, and secondary data, derived from information systems and municipal records, in a real Primary Health Care setting. The results show that territories present complex dynamics, with socioeconomic inequalities that directly affect the population's epidemiological profiles. The analysis of a territory covered by Primary Health Care in the western region of Paraná reveals a context marked by social and structural vulnerabilities that intensify the challenges faced by local health services. This scenario requires a sensitive and targeted perspective, capable of adapting actions to the specific characteristics of local reality. In this sense, the situational diagnosis goes beyond simple data collection and becomes an active and reflective process, involving recognition of the territory's strengths, qualified listening to the community, and articulation among different forms of knowledge. When conducted continuously, participatively, and in context, it strengthens the health teams' ability to respond to local demands, contributes to reinforcing the bond with the population, and favors more equitable and humanized practices within the Brazilian Unified Health System. To this end, it is essential to invest in continuing education and in strategies that promote active and transformative listening.

Keywords: Territorialization; Primary Health Care; Situational Diagnosis; Strategic Planning; Family Health.

Resumen

La evaluación situacional en salud es una etapa esencial para la comprensión profunda de las

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/05/2026 - **Accepted:** 21/06/2026
Vol: 13.14
DOI: 10.66104/y5px5078
Pages: 1-22

condiciones de vida y de los determinantes que influyen en el proceso de enfermar de las poblaciones en territorios específicos, constituyéndose como una herramienta estratégica para la planificación local en la Atención Primaria. El objetivo de este estudio es analizar el proceso de territorialización del área de cobertura de un equipo de Salud Familiar en la región occidental de Paraná, con el fin de elaborar un diagnóstico de la situación que sirva de base para la planificación de medidas sanitarias orientadas a las necesidades de la población local. Este estudio es un relato de experiencia, desarrollado a partir de datos primarios, como observaciones de campo y entrevistas con informantes clave, y de datos secundarios, provenientes de sistemas de información y registros municipales, en un escenario real de la Atención Primaria. Los resultados evidencian que los territorios presentan dinámicas complejas, con desigualdades socioeconómicas que impactan directamente los perfiles epidemiológicos de la población. El análisis de un territorio adscrito a la Atención Primaria de Salud en la región Oeste de Paraná revela un contexto marcado por vulnerabilidades sociales y estructurales que intensifican los desafíos enfrentados por los servicios de salud locales. Este escenario demanda una mirada sensible y enfocada, capaz de adaptar las acciones a las especificidades de la realidad local. En este sentido, el diagnóstico situacional trasciende la simple recolección de datos y se configura como un proceso activo y reflexivo, que implica el reconocimiento de las potencialidades del territorio, la escucha calificada de la comunidad y la articulación entre distintos saberes. Cuando se lleva a cabo de forma continua, participativa y contextualizada, fortalece la capacidad de respuesta de los equipos de salud frente a las demandas locales, contribuye al fortalecimiento del vínculo con la población y favorece prácticas más equitativas y humanizadas en el Sistema Único de Salud. Para ello, es fundamental invertir en educación permanente y en estrategias que promuevan una escucha activa y transformadora.

Palabras clave: Territorialización; Atención Primaria; Diagnóstico Situacional; Planificación Estratégica; Salud de la Familia.

1. Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a base organizadora do Sistema Único de Saúde (SUS) e caracteriza-se como a principal porta de entrada dos usuários na rede de atenção, desempenhando papel central na promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde (Brasil, 2017; OPAS, 2021). No contexto brasileiro, sua organização é orientada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que reafirma princípios como universalidade, integralidade e equidade, ao mesmo tempo em que reconhece a necessidade de práticas articuladas às condições concretas de vida da população.

Nesse cenário, a Estratégia Saúde da Família (ESF) assume um papel estruturante na organização do cuidado, ao favorecer o acompanhamento longitudinal, a vinculação das equipes à população adscrita e a coordenação das ações de saúde no território (Starfield, 2002; Mendes, 2019). Mais do que um modelo assistencial, a ESF propõe uma atuação próxima do cotidiano das famílias e da comunidade, permitindo que o cuidado seja planejado a partir das necessidades reais do contexto local (Giovanella *et al*., 2021).

O território, por sua vez, não deve ser compreendido apenas como delimitação geográfica ou administrativa, mas como uma construção social, histórica, cultural, econômica e política, na qual se expressam modos de vida, relações de poder, desigualdades e potencialidades (Colussi; Pereira, 2016). Nessa perspectiva, conhecer o território implica reconhecer também os sujeitos que nele vivem, suas experiências, vulnerabilidades, redes de apoio e determinantes sociais de saúde (Mendes, 2019; Colussi; Pereira, 2016).

A territorialização, nesse sentido, constitui ferramenta essencial para o trabalho das equipes da APS, pois permite identificar características demográficas, ambientais, sociais e institucionais que influenciam o processo

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/05/2026 - **Accepted:** 21/06/2026
Vol: 13.14
DOI: 10.66104/y5px5078
Pages: 1-22

saúde-doença (Colussi; Pereira, 2016). Seu valor não está apenas em delimitar áreas de abrangência, mas também em possibilitar uma leitura ampliada da realidade local, incluindo situações de vulnerabilidade, barreiras de acesso, recursos comunitários e dinâmicas próprias de cada comunidade (OPAS, 2021; Mendes, 2019).

Inserido nesse processo, o diagnóstico situacional em saúde configura-se como instrumento estratégico para o levantamento, a sistematização e a análise de informações sobre o território e a população acompanhada (Figueroa da Silva *et al*., 2021). Trata-se de uma etapa fundamental do planejamento, pois permite identificar problemas prioritários, grupos mais vulneráveis, fatores condicionantes do adoecimento e recursos disponíveis para intervenção (Figueroa da Silva *et al*., 2021; Silva *et al*., 2016). Além disso, sua construção não deve restringir-se à descrição de indicadores quantitativos, devendo incorporar observação de campo, escuta qualificada, percepções comunitárias e aspectos qualitativos que ampliem a compreensão da realidade local (Colussi; Pereira, 2016).

A literatura também ressalta que a efetividade do diagnóstico situacional depende de seu caráter participativo, interdisciplinar e contínuo, uma vez que a ausência de informações qualificadas fragiliza a capacidade das equipes de responder adequadamente às necessidades do território (Giovanella *et al*., 2021; Starfield, 2002). Nessa direção, o diagnóstico contribui para transformar dados dispersos em diretrizes operacionais, favorecendo a definição de prioridades, a otimização de recursos e a reorganização do processo de trabalho em saúde (Silva *et al*., 2016). Hartz e Silva (2005) ressaltam, ainda, que processos avaliativos em saúde devem considerar não apenas resultados, mas também contextos e modos de implementação, o que reforça a importância de análises territorialmente situadas.

Assim, o diagnóstico situacional ultrapassa a função descritiva e passa a constituir um dispositivo de gestão e planejamento comprometido com a equidade, a integralidade do cuidado e a participação social (Giovanella *et al*., 2021). Ao articular informações epidemiológicas, sociais, ambientais e institucionais, essa ferramenta fortalece a capacidade de resposta das equipes da APS e amplia as possibilidades de construção de ações contextualizadas e resolutivas (Figueroa da Silva *et al*., 2021; Silva *et al*., 2016).

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo analisar o processo de territorialização da área de abrangência de uma equipe de Saúde da Família na região Oeste do Paraná, visando à elaboração de um diagnóstico situacional que subsidie o planejamento de ações de saúde direcionadas às necessidades da população local.

Método

Trata-se de um relato de experiência acadêmico-assistencial, de natureza descritiva, com abordagens qualitativa e quantitativa, desenvolvido no âmbito do componente curricular Programa de Integração Ensino, Serviço e Comunidade III (PIESC III), do curso de Medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), com foco na elaboração de um diagnóstico situacional em um território adscrito à Atenção Primária à Saúde (APS), na região Oeste do Paraná, em contexto de tríplice fronteira. A experiência teve finalidade formativa e de apoio ao planejamento local, sem o objetivo de produzir inferências epidemiológicas generalizáveis.

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/05/2026 - **Accepted:** 21/06/2026
Vol: 13.14
DOI: 10.66104/y5px5078
Pages: 1-22

A construção do diagnóstico situacional ocorreu a partir da inserção no território e do acompanhamento das atividades desenvolvidas pela equipe de saúde, o que possibilitou compreender a organização do serviço, as condições de vida da população adscrita e as particularidades do processo de trabalho. O processo foi fundamentado na vivência no cenário de prática, na observação direta in loco e na articulação entre diferentes fontes de informação, o que permitiu identificar aspectos do território e da dinâmica assistencial que nem sempre estão plenamente registrados nos sistemas de informação.

A coleta de dados foi realizada em duas visitas in loco. A primeira teve como objetivo o reconhecimento do território e do serviço de saúde, bem como a identificação da informante-chave. A segunda foi dedicada ao aprofundamento das informações obtidas anteriormente, por meio de uma entrevista semiestruturada com uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) vinculada ao território analisado, selecionada em razão de sua atuação direta junto à população adscrita e do conhecimento acumulado sobre as características locais. Para preservar sua identidade, não são apresentadas informações que permitam sua identificação.

Para orientar a coleta e a sistematização dos dados, utilizou-se um roteiro estruturado, disponibilizado pelos docentes responsáveis pelo componente curricular, que contemplava aspectos dos perfis territorial, populacional, socioeconômico, ambiental, epidemiológico e organizacional do serviço de saúde. As observações realizadas durante as visitas e as informações provenientes da entrevista foram registradas em diário de campo, elaborado pelos acadêmicos imediatamente após as atividades desenvolvidas.

Foram utilizados dados primários e secundários. Os dados primários foram obtidos por meio da observação de campo e de uma entrevista com a informante-chave. Os dados secundários foram extraídos de relatórios consolidados do sistema e-SUS APS, especialmente do Cadastro Individual e do Cadastro Domiciliar e Territorial, e utilizados para caracterizar a população adscrita e subsidiar a construção do diagnóstico situacional. Por se tratar de registros administrativos e assistenciais, esses dados dependem do acesso da população aos serviços de saúde, da atualização cadastral e da qualidade do preenchimento realizado pelos profissionais, estando sujeitos à incompletude e ao subregistro. Assim, eventuais comparações com indicadores provenientes de inquéritos populacionais, como o VIGITEL, ou de estudos nacionais, foram realizadas exclusivamente para fins de contextualização dos achados, considerando as diferenças metodológicas relacionadas ao desenho do estudo, à população investigada e às estratégias de coleta de dados, não sendo adotadas como parâmetros diretamente comparáveis.

A partir dessas fontes, foram construídos os perfis institucional, territorial e ambiental, demográfico, socioeconômico e epidemiológico. No perfil institucional, foram analisados aspectos relacionados à estrutura física, ao funcionamento do serviço, à composição das equipes, à organização do atendimento, aos processos de gestão e à articulação com a Rede de Atenção à Saúde.

Os dados quantitativos foram organizados de forma descritiva, por meio da sistematização das frequências absolutas e relativas das variáveis disponíveis. Os dados qualitativos provenientes da entrevista e dos registros em diário de campo foram submetidos à análise descritiva e interpretativa e organizados em eixos temáticos relacionados às características do território, às condições de vida da população, aos recursos comunitários e à organização dos serviços de saúde. A

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/05/2026 - **Accepted:** 21/06/2026
Vol: 13.14
DOI: 10.66104/y5px5078
Pages: 1-22

articulação entre dados quantitativos e qualitativos permitiu uma leitura mais ampla das necessidades de saúde da população adscrita, bem como das potencialidades e fragilidades do território e do processo de trabalho da APS.

A seleção dos elementos territoriais descritos no estudo foi orientada pela relevância para a compreensão dos determinantes sociais da saúde, das vulnerabilidades locais, dos recursos comunitários disponíveis e das necessidades de planejamento das ações desenvolvidas pela equipe de saúde.

Destaca-se que os dados provenientes do e-SUS APS refletem registros assistenciais, dependentes do acesso ao serviço e da qualidade do preenchimento realizado pelos profissionais, e não são diretamente comparáveis aos inquéritos populacionais. Como limitação, reconhece-se que a realização de uma única entrevista com informante-chave pode restringir a diversidade de perspectivas sobre o território analisado. Por se tratar de um relato de experiência desenvolvido no contexto de atividades de ensino, sem identificação individual dos usuários ou da profissional entrevistada, foram observados os princípios éticos relacionados ao uso de dados secundários, à confidencialidade das informações e à não identificação do cenário específico analisado.

3. Resultados e Discussão

3.1 Perfil Institucional

A avaliação do perfil institucional evidenciou que o serviço está inserido em um território urbano em expansão, com características que influenciam diretamente a organização do cuidado e o acesso da população às ações da APS. A literatura aponta que a territorialização, quando associada ao diagnóstico situacional, permite compreender a relação entre a organização do serviço, as condições de vida e as necessidades reais da população adscrita, tornando-se fundamental para o planejamento local e a qualificação da assistência (Colussi; Pereira, 2016). Nesse sentido, a presença de vias parcialmente pavimentadas, terrenos baldios e pontos de acúmulo de resíduos não deve ser lida apenas como um dado ambiental, mas como expressão de vulnerabilidades do território que podem repercutir na mobilidade, na exposição a riscos sanitários e na própria capacidade de acesso aos serviços (OPAS, 2021; Colussi; Pereira, 2016).

Do ponto de vista da acessibilidade, a presença de transporte coletivo nas proximidades e de múltiplas vias de acesso favorece a chegada dos usuários ao serviço, o que dialoga com o atributo de acesso da APS descrito na literatura (OPAS, 2021). Por outro lado, a existência de barreiras físicas no entorno, como pavimentação irregular e áreas de descarte inadequado de resíduos, indica que o acesso geográfico não se limita à localização da unidade, mas também envolve as condições concretas de circulação e uso do território (OPAS, 2021; Colussi; Pereira, 2016). A APS, para cumprir seu papel de porta de entrada preferencial, depende de uma organização territorial que reconheça essas barreiras e produza respostas compatíveis com a realidade local (OPAS, 2021).

A composição da equipe e a presença de múltiplos profissionais mostram potencial para ampliar a resolutividade, especialmente quando articulados em processos de trabalho integrados e com apoio multiprofissional. Entretanto, a existência de microáreas descobertas e a insuficiência de agentes comunitários de saúde fragilizam o vínculo longitudinal, o acompanhamento domiciliar e a vigilância territorial, elementos centrais da ESF (Starfield, 2002). Estudos sobre planejamento em saúde na atenção básica destacam que a cobertura incompleta compromete a

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/05/2026 - **Accepted:** 21/06/2026
Vol: 13.14
DOI: 10.66104/y5px5078
Pages: 1-22

capacidade da equipe de identificar necessidades, monitorar famílias vulneráveis e organizar ações de forma contínua e equitativa (Figueroa da Silva *et al*., 2021; Giovanella *et al*., 2021).

No campo da participação social e da comunicação com a comunidade, o uso de ferramentas canais institucionais podem facilitar o contato com os usuários e ampliar a resposta rápida a demandas pontuais, mas não substitui instâncias formais de participação e controle social (OPAS, 2021). Já a ausência de um Conselho Local de Saúde ativo representa uma limitação importante, pois reduz a escuta sistemática da comunidade e enfraquece a construção compartilhada das prioridades do território (Brasil, 1990). Na lógica da APS, a participação social não é acessória: é parte do próprio modo de produzir cuidado, pois qualifica o planejamento e aproxima o serviço das necessidades concretas da população (Giovanella *et al*., 2021).

A Unidade também se destaca como espaço de formação e integração ensino-serviço-comunidade, pois recebe estudantes de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior local e de outros cursos da área da saúde de instituições de Foz do Iguaçu, além de residentes. Essa inserção potencializa a educação interprofissional, favorece a aprendizagem colaborativa e contribui para a qualificação das práticas em saúde, mas exige supervisão, organização do processo de trabalho e compromisso com a realidade do território para que a vivência formativa produza impacto assistencial e não apenas observacional. Além disso, ações de educação permanente, quando bem estruturadas, podem fortalecer a qualificação da equipe, sobretudo em temas relacionados ao registro adequado de informações, à territorialização e ao trabalho interprofissional (Giovanella *et al*., 2021).

3.2 Perfil Territorial/Ambiental

O território adscrito à equipe de saúde está inserido em uma área predominantemente urbana, com elementos de consolidação da infraestrutura e, ao mesmo tempo, fragilidades ambientais e sociais que impactam as condições de vida da população. Predominam moradias térreas, muitas com quintais arborizados e presença de animais domésticos, o que expressa características do modo de vida local; entretanto, a circulação desses animais em vias públicas também sugere a necessidade de maior atenção às ações de vigilância em saúde e controle ambiental.

Apesar de apresentar infraestrutura básica relativamente desenvolvida, com vias recentemente pavimentadas e sem eventos frequentes de alagamento ou deslizamento, ainda se observam terrenos baldios e residências com sinais de baixa manutenção, por vezes com vegetação espontânea e acúmulo de resíduos. Esses elementos configuram riscos sanitários potenciais, especialmente por favorecerem a proliferação de vetores. O terreno é plano, o que facilita o deslocamento da população e o acesso aos serviços locais. Do ponto de vista sociocultural, destaca-se a presença expressiva de espaços de culto religioso distribuídos pelo território, que desempenham papel relevante de acolhimento, convivência e organização comunitária.

No que se refere aos equipamentos sociais, o território dispõe de espaços voltados ao esporte e ao lazer, incluindo campo de futebol, praça e academia popular, além de um projeto comunitário de formação esportiva voltado a crianças e adolescentes. Esses equipamentos, somados às associações locais, compõem

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/05/2026 - **Accepted:** 21/06/2026
Vol: 13.14
DOI: 10.66104/y5px5078
Pages: 1-22

uma rede importante de articulação social e podem ser compreendidos como potencialidades do território na perspectiva da promoção da saúde e do fortalecimento do vínculo comunitário.

Embora haja comércio local, como bares, mercados, restaurantes e distribuidoras, observa-se limitação na oferta de serviços de saúde de maior complexidade, com apenas a Unidade de APS como referência assistencial no território. A ausência de serviços especializados e de urgência no entorno reforça a importância da organização da rede de atenção e da articulação com outros pontos do cuidado. Nesse contexto, a presença de serviços de apoio a emergências não clínicas contribui para a resposta a situações agudas, ainda que não substitua a necessidade de maior capilaridade da rede assistencial.

Por fim, as divergências entre os dados obtidos em visita in loco e os registros oficiais evidenciam que o território é dinâmico e em constante transformação, o que exige a atualização permanente das informações e a escuta ativa da população. Esse achado reforça que o planejamento em saúde precisa estar ancorado não apenas em registros administrativos, mas também na observação direta e na compreensão do território vivido.

Figura 1 - Mapa da área de abrangência da USF em estudo, Região de Fronteira, PR, Brasil.



Fonte: Elaborada pelos autores com a ferramenta “My Maps”, 2025. <https://www.google.com/maps/d/edit?mid=15XmNAW0YD8KVgvZbOecKbZFE_e18p4Y&usp=sharing>

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/05/2026 - **Accepted:** 21/06/2026
Vol: 13.14
DOI: 10.66104/y5px5078
Pages: 1-22

O território adscrito à equipe de saúde está inserido em uma área predominantemente urbana, caracterizada por infraestrutura relativamente consolidada, mas também por vulnerabilidades socioambientais que interferem nas condições de vida e no processo saúde-doença da população. A territorialização, nesse contexto, constitui uma ferramenta central para o reconhecimento dessas dinâmicas, uma vez que permite identificar características do espaço vivido, necessidades da comunidade e elementos que orientam o planejamento das ações na APS (Bissacotti; Gules; Blümke, 2019). Assim, a análise territorial não deve restringir-se à descrição geográfica da área, mas também incorporar a leitura crítica das relações entre o ambiente, a organização comunitária e as necessidades em saúde (Bissacotti; Gules; Blümke, 2019).

Observou-se predomínio de moradias térreas, muitas com quintais arborizados e presença de animais domésticos, o que revela traços importantes do modo de vida local. Entretanto, a circulação desses animais nas vias públicas e a existência de terrenos baldios, vegetação espontânea e acúmulo de resíduos sugerem fragilidades no controle ambiental e na vigilância em saúde, com potencial repercussão sobre a ocorrência de agravos evitáveis. Nesse sentido, a territorialização contribui justamente para tornar visíveis situações cotidianas que, embora pareçam pontuais, influenciam o planejamento local e a organização das ações de cuidado (Bissacotti; Gules; Blümke, 2019).

Apesar dessas fragilidades, o território também apresenta recursos comunitários relevantes. A presença de espaços de culto religioso, áreas de esporte e lazer e iniciativas coletivas de organização social indica a existência de redes de apoio, convivência e pertencimento que fortalecem a vida comunitária e podem ser mobilizadas como potencialidades no cuidado em saúde. Esse tipo de leitura amplia a compreensão do território para além dos riscos, permitindo reconhecer também os ativos sociais que podem sustentar práticas de promoção da saúde e de articulação comunitária (Bissacotti; Gules; Blümke, 2019).

As entrevistas realizadas em campo evidenciaram percepções distintas entre os moradores sobre as transformações ocorridas no território. Enquanto alguns entrevistados relataram melhorias na infraestrutura e nos serviços, outros mantiveram uma avaliação crítica, sobretudo quanto à insegurança e à insuficiência das melhorias percebidas no cotidiano. Essa heterogeneidade demonstra que o território não pode ser compreendido apenas por registros oficiais ou indicadores administrativos, pois a realidade vivida pela população é atravessada por experiências desiguais, percepções diversas e demandas que nem sempre são captadas pelos sistemas formais de informação (Bissacotti; Gules; Blümke, 2019).

Do ponto de vista da rede de atenção, a presença de apenas um serviço local de APS, sem oferta próxima de serviços especializados ou de urgência, evidencia limites à integralidade do cuidado. Embora existam equipamentos de apoio a emergências não clínicas, persistem lacunas assistenciais que reforçam a necessidade de um planejamento territorial articulado e sensível às demandas concretas da população. Nessa perspectiva, o Planejamento Estratégico Situacional mostra-se pertinente por favorecer a identificação de problemas do território, a incorporação de diferentes atores e a construção de respostas organizadas com base na realidade observada (Barroso *et al*., 2023).

Por fim, as divergências entre os dados observados em visita in loco e os registros oficiais reforçam a importância da atualização contínua das informações territoriais e da escuta ativa da comunidade. O diagnóstico territorial e ambiental,

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/05/2026 - **Accepted:** 21/06/2026
Vol: 13.14
DOI: 10.66104/y5px5078
Pages: 1-22

quando construído de modo crítico e contextualizado, deixa de ser apenas um levantamento descritivo e passa a constituir uma base concreta para a reorganização do processo de trabalho, a definição de prioridades e o fortalecimento de ações mais equitativas e resolutivas na APS (Bissacotti; Gules; Blümke, 2019; Barroso *et al*., 2023).

3.3 Perfil Demográfico

A análise do perfil demográfico da população adscrita evidenciou um contingente populacional expressivo para uma única equipe, acima do parâmetro habitualmente adotado para a ESF, o que pode repercutir na sobrecarga do processo de trabalho, na dificuldade de acompanhamento longitudinal e na redução da capacidade de resposta às demandas do território. Na APS, o conhecimento da composição populacional não possui apenas valor descritivo, mas também constitui base para o planejamento das ações, a definição de prioridades e a organização de ofertas compatíveis com as necessidades locais (Brasil, 2017; Barros et al., 2022).

Tabela 1 - Perfil Demográfico da população pela equipe de saúde 4, USF em estudo. Região de Fronteira, PR, Brasil.

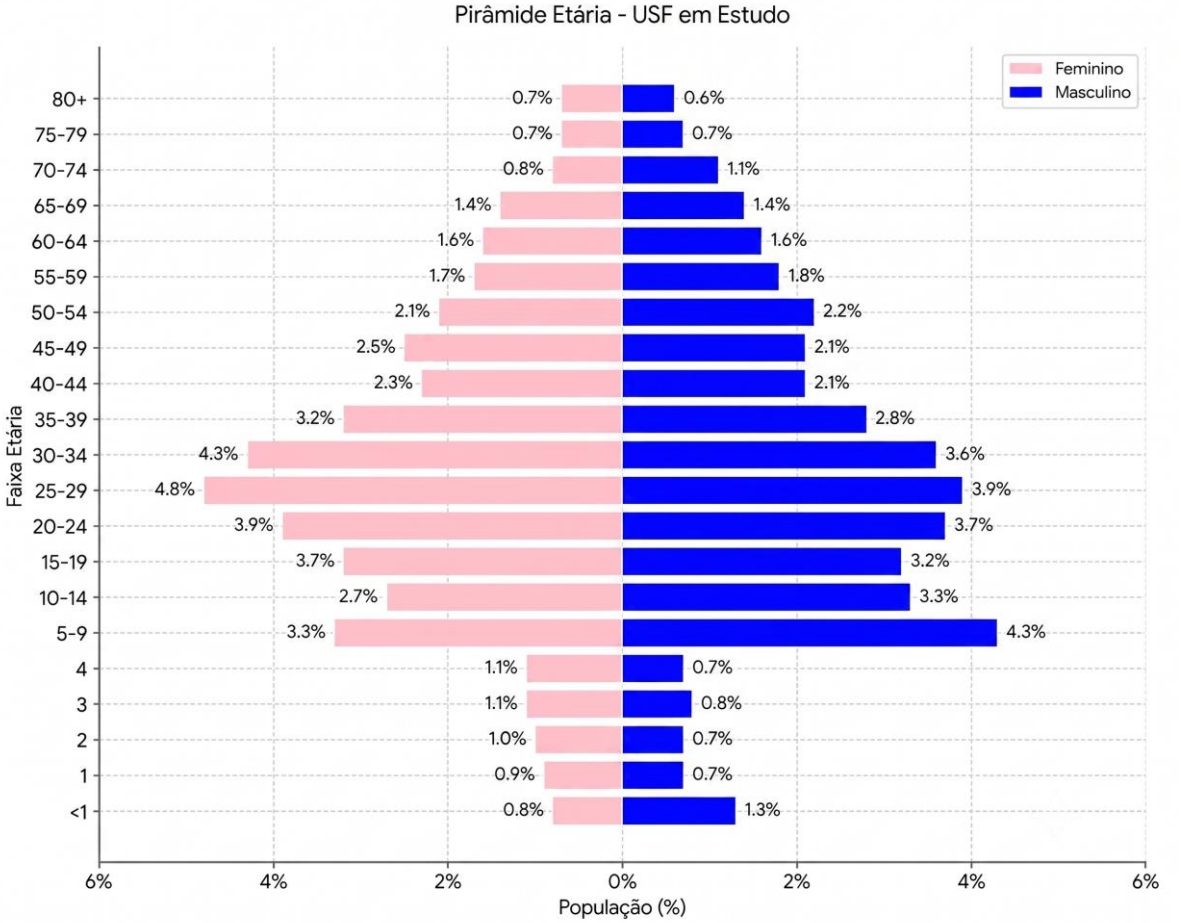
Variáveis	N	%
Distribuição por raça/cor		
Brancos	1.655	45,84
Pretos	81	2,24
Amarelos	39	1,08
Pardos	1.135	31,44
Indígenas	0	0
Não informada	700	19,39
Nacionalidade		
Brasileiros	3.554	98,45
Estrangeiros	56	1,55
Naturalizados	0	0
Cobertura de Saúde		
População usuária do SUS	2.226	61,66
População com plano de saúde privado	48	1,33
Não informado	1.336	37,01
População-alvo de indicadores de saúde		
População menor de 2 anos	124	3,43
População menor de 5 anos	289	8,01
Mulheres entre 25 a 64 anos	994	27,53
Mulheres entre 50 a 69 anos	338	9,36
População maior de 60 anos	459	12,71
População acima de 18 anos	2.482	68,75
População entre 10 e 19 anos	541	14,99

N = Número absoluto
% = Percentual com base no número de cidadãos que responderam cada tópico.
Fonte: e-SUS APS (2025).
Nota: Percentuais calculados com o total de cidadãos ativos cadastrados no território como denominador (N = 3.610).

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/05/2026 - **Accepted:** 21/06/2026
Vol: 13.14
DOI: 10.66104/y5px5078
Pages: 1-22

Figura 2 - Pirâmide etária da população atendida pela equipe de saúde 4, USF em estudo, Região de Fronteira, PR, Brasil.



Fonte: Elaborada pelos autores com base em dados do e-SUS APS (2025).

A distribuição etária mostrou predomínio de adultos jovens e de indivíduos em idade produtiva, ao mesmo tempo em que revelou a presença relevante de idosos e adolescentes. Esse achado indica um território com demandas simultâneas e diversificadas, que vão desde ações de promoção da saúde e prevenção de agravos até o acompanhamento de condições crônicas, cuidado longitudinal e estratégias específicas voltadas a diferentes ciclos de vida. Dados recentes do Censo 2022 confirmam a tendência de envelhecimento populacional no país, com crescimento expressivo da população idosa, o que reforça a necessidade de incorporar à rotina da APS ações voltadas à estratificação de risco, à prevenção de incapacidades e à atenção domiciliar quando indicada (IBGE, 2023; Brasil, 2017).

A presença de adolescentes em proporção importante também merece destaque, pois sinaliza a necessidade de fortalecimento de ações educativas, de promoção de vínculos com o serviço e de cuidado integral em temas como saúde sexual e reprodutiva, saúde mental, prevenção de violências e uso de substâncias. Da mesma forma, a coexistência entre população jovem e idosa exige da equipe uma organização do processo de trabalho capaz de responder tanto a necessidades preventivas quanto a demandas de acompanhamento contínuo, o

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/05/2026 - **Accepted:** 21/06/2026
Vol: 13.14
DOI: 10.66104/y5px5078
Pages: 1-22

que reforça a centralidade do perfil demográfico no planejamento territorial da APS (Barros *et al*., 2022; Brasil, 2017).

Quanto à distribuição por sexo, ainda que o dado local não esteja integralmente discriminado, a literatura mostra que as mulheres tendem a utilizar mais os serviços da Atenção Básica do que os homens, especialmente em razão de demandas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, ao acompanhamento preventivo e ao cuidado longitudinal. Estudo recente em serviço de Atenção Básica identificou associação entre sexo feminino e maior utilização de consultas, o que sugere que diferenças na composição e no uso dos serviços devem ser consideradas no planejamento das ações assistenciais e preventivas (Barros *et al*., 2022).

No que se refere à variável raça/cor, a proporção relevante de registros não preenchidos limita a compreensão mais precisa das desigualdades presentes no território e fragiliza o planejamento com foco na equidade. A qualificação dessa informação é especialmente importante, pois a produção de cuidado na APS deve reconhecer vulnerabilidades historicamente determinadas e apoiar intervenções mais sensíveis às desigualdades sociais e raciais. Assim, a incompletude cadastral não representa apenas uma limitação técnica, mas também um obstáculo à leitura ampliada do território e à formulação de respostas mais equitativas (Brasil, 2017; Barros *et al*., 2022).

Em relação à nacionalidade, a presença de usuários estrangeiros, ainda que minoritária, aponta para a necessidade de estratégias de acolhimento culturalmente sensíveis, especialmente em contextos marcados pela mobilidade populacional. Ainda que numericamente discreta, essa diversidade pode repercutir nas formas de acesso, na comunicação e na vinculação aos serviços, exigindo da equipe capacidade de adaptação às especificidades da população assistida. Na APS, reconhecer essas características demográficas é fundamental para que a integralidade do cuidado não se restrinja à oferta formal do serviço, mas se traduza em práticas efetivamente acessíveis e contextualizadas (Brasil, 2017).

A baixa proporção de usuários com plano de saúde privado reforça a centralidade do SUS como principal via de acesso ao cuidado para essa população. Esse dado dialoga com estudos que mostram maior utilização da APS entre indivíduos sem cobertura suplementar, o que amplia a responsabilidade da equipe na coordenação do cuidado e no acompanhamento longitudinal dos usuários. Nessa perspectiva, o perfil demográfico articula-se diretamente com os determinantes sociais e com a organização do processo de trabalho, revelando que a leitura da população adscrita deve orientar não apenas o diagnóstico local, mas também a redistribuição de esforços, prioridades e estratégias assistenciais (Barros *et al*., 2022; Brasil, 2017).

Por fim, os achados reforçam a importância da qualificação contínua dos registros territoriais, especialmente em variáveis como raça/cor, escolaridade, ocupação e composição populacional. A consistência dessas informações é essencial para que o diagnóstico situacional reflita de maneira mais fiel a realidade vivida pela população e para que o planejamento das ações em saúde seja efetivamente orientado por necessidades concretas, e não apenas por dados parciais ou incompletos. Desse modo, o perfil demográfico deve ser compreendido como um instrumento estratégico para fortalecer a equidade, a integralidade e a capacidade de resposta da APS no território (Brasil, 2017; Barros *et al*., 2022).

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/05/2026 - **Accepted:** 21/06/2026
Vol: 13.14
DOI: 10.66104/y5px5078
Pages: 1-22

3.4 Perfil Socioeconômico

A análise do perfil socioeconômico do território evidencia um cenário em que renda, escolaridade, ocupação e acesso a bens e serviços se articulam na produção de desigualdades que afetam diretamente as condições de vida da população. Estudos recentes mostram que as desigualdades sociais influenciam de forma consistente o acesso aos serviços de saúde, a distribuição dos riscos e a capacidade de resposta do sistema, especialmente na APS, que precisa reconhecer essas diferenças para planejar ações mais equitativas e efetivas (Brasil, 2017; Lourenço *et al*., 2021). Assim, o perfil socioeconômico não deve ser interpretado apenas como um retrato numérico, mas como uma expressão concreta das possibilidades e restrições que moldam a vida cotidiana no território.

Tabela 2 - Perfil Socioeconômico da população atendida pela equipe de saúde 4, USF em estudo Região de Tríplice Fronteira, PR, Brasil.

Variáveis descritivas	N	%
Renda familiar		
Até 1/4 de salário mínimo	11	0,81
Meio salário mínimo	3	0,22
Um salário mínimo	74	5,45
Dois salários mínimos	72	5,30
Três salários mínimos	34	2,50
Quatro salários mínimos	7	0,52
Acima de quatro salários mínimos	13	0,96
Não Informado	1.144	84,24
Educação		
Educação Infantil (Creche / Pré-escola)	84	2,33
Ensino fundamental incompleto	283	7,84
Ensino fundamental completo	41	1,14
Conclusão de Ensino Superior	46	1,27
Analfabetismo	39	1,08
Não informado	3.117	86,34
Ocupação		
Mecânica	5	0,14
Motorista	4	0,11
Atendente	5	0,14
Vendedor	5	0,14
Construção	11	0,30
Emprego doméstico	8	0,22
Operador	4	0,11
Zeladoria	4	0,11
Atleta Profissional	1	0,03
Pesquisador de engenharia	1	0,03
Professor de nível superior	1	0,03
Não informado	3.561	98,64
Situação de Rua		
Cidadão em Situação de Rua	2	0,06
Não se aplica	3.608	99,94

N = Número absoluto
% = Percentual com base no número de cidadãos que responderam cada tópico.

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/05/2026 - **Accepted:** 21/06/2026
Vol: 13.14
DOI: 10.66104/y5px5078
Pages: 1-22

Fonte: e-SUS APS (2025).
Nota: Percentuais de Renda Familiar calculados tendo como denominador o total de famílias da área (N = 1.358). Percentuais de Escolaridade e Ocupação calculados tendo como denominador o total de cidadãos ativos cadastrados no território (N = 3.610).

No que se refere à renda, os dados mostram a presença de famílias em situação de pobreza e extrema pobreza (até meio salário mínimo), ainda que em proporções inferiores às médias observadas em outros recortes regionais. Mesmo quando os percentuais parecem baixos, a literatura aponta que a vulnerabilidade social não se resume ao valor monetário da renda, pois envolve também condições de moradia, escolaridade, inserção no mercado de trabalho e acesso a serviços públicos de qualidade. Nesse sentido, a pobreza deve ser compreendida de forma ampliada, como marcador de exclusão social e de maior exposição a agravos, o que exige da APS atuação articulada com outras políticas públicas (Lourenço et al., 2021).

A alta proporção de dados não informados em renda, escolaridade e ocupação compromete a leitura integral do território e limita a formulação de respostas mais precisas. A incompletude cadastral não é apenas um problema técnico, mas um elemento que fragiliza o diagnóstico situacional e dificulta a identificação de grupos mais vulneráveis. Além disso, quando variáveis socioeconômicas permanecem sem preenchimento, perde-se a possibilidade de relacionar adequadamente determinantes sociais com os padrões de adoecimento e uso dos serviços, o que enfraquece o planejamento baseado em evidências (Brasil, 2017; Timoteo *et al*., 2025).

A escolaridade também revela fragilidades importantes. A baixa proporção de pessoas com ensino médio e superior completos, somada à presença de analfabetismo, aponta para desigualdades acumuladas ao longo do curso de vida. A literatura sobre desigualdades em saúde mostra que menor escolaridade está associada a piores condições de vida, menor acesso à informação e maior dificuldade na navegação pelos serviços de saúde, o que influencia, inclusive, a adesão a orientações e tratamentos (Lourenço *et al*., 2021). Nesse contexto, a educação não deve ser vista apenas como um indicador social, mas também como determinante fundamental da saúde e da capacidade de autocuidado.

A presença de crianças em creches e escolas merece uma leitura positiva, pois indica uma inserção parcial em espaços de socialização e de desenvolvimento. Esses equipamentos têm potencial de atuação intersetorial, favorecendo ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância do crescimento e do desenvolvimento infantil. Contudo, o dado também deve ser interpretado à luz das demais vulnerabilidades do território, já que o acesso à educação infantil e à escolarização não compensa, por si só, as desigualdades de renda e de inserção no mercado de trabalho. A articulação entre saúde e educação é, portanto, essencial para fortalecer respostas mais integradas no território (Timoteo *et al*., 2025; Lourenço *et al*., 2021).

No campo ocupacional, observa-se predominância de atividades menos qualificadas e, em muitos casos, informais ou precárias. Essa configuração sugere um território com oportunidades limitadas de mobilidade social e forte dependência de ocupações de baixa remuneração, o que repercute diretamente na renda familiar e na estabilidade das condições de vida. A relação entre trabalho precário, baixa escolaridade e maior vulnerabilidade social é amplamente reconhecida na literatura sobre desigualdades em saúde, reforçando a necessidade de ações

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/05/2026 - **Accepted:** 21/06/2026
Vol: 13.14
DOI: 10.66104/y5px5078
Pages: 1-22

intersetoriais que ultrapassem o âmbito estritamente assistencial (Lourenço *et al*., 2021).

Por fim, o perfil socioeconômico analisado evidencia que as vulnerabilidades presentes não se limitam à renda, mas também abrangem a escolaridade, a ocupação e o acesso à informação. Esses achados reforçam a necessidade de busca ativa de situações de maior risco social, de qualificação dos cadastros e de articulação com outros setores, especialmente com a educação e a assistência social. Dessa forma, o perfil socioeconômico consolida-se como ferramenta estratégica para orientar ações mais equitativas, sensíveis ao território e alinhadas aos princípios da APS (Brasil, 2017; Timoteo *et al*., 2025).

3.5 Perfil Epidemiológico

Esta seção apresenta o perfil epidemiológico da população atendida pela Unidade Saúde da Família em estudo. As informações foram extraídas do relatório de cadastro individual processado em 09/05/2025. As condições de saúde e situações epidemiológicas da população cadastrada são detalhadas na Tabela 3, que apresenta a distribuição dos agravos identificados:

Tabela 3 - Perfil Epidemiológico da população atendida pela equipe de saúde 4, USF em estudo, Região de Tríplice Fronteira, PR, Brasil.

Variáveis descritivas	N	%
Gestantes		
Gestante	60	1,66
Não gestante	175	4,85
Não informado/ Não se aplica	3.375	93,49
Doenças Crônicas e Condições Cardiovasculares		
Hipertensão Arterial	302	8,53
Diabetes	100	2,77
Tiveram Infarto	8	0,22
Tiveram AVE/Derrame	11	0,30
Tem ou teve câncer	19	0,53
Hábitos de Vida e Uso de Substâncias		
Tabagista	83	2,30
Faz uso de álcool	35	0,97
Usou outras drogas / substâncias ilícitas	10	0,28
Doenças Respiratórias		
Tuberculose	0	0
Hanseníase	0	0
Asma	4	0,11
DPOC/ Enfisema	3	0,08
Estado Nutricional		
Excesso de Peso	107	2,96
Condições de Mobilidade e Internação		
Acamados	7	0,19
Internadas no último ano	28	0,78
Saúde Mental		
Transtorno mental	29	0,80
Pessoas com Deficiência		
Deficiência Auditiva	7	0,19

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/05/2026 - **Accepted:** 21/06/2026
Vol: 13.14
DOI: 10.66104/y5px5078
Pages: 1-22

Deficiência Visual	7	0,19
Deficiência Física/Motora	35	0,97
Deficiência Intelectual/Cognitiva	13	0,36
Algum outro tipo de deficiência	64	1,77
Problemas Renais		
Problemas renais	12	0,33

N = Número absoluto
% = Percentual com base no denominador total de cidadãos ativos cadastrados no território (N = 3.610).
Fonte: e-SUS APS (2025).

A análise dos dados da Tabela 3 revela que a hipertensão arterial é a condição de saúde mais prevalente entre os adultos cadastrados, afetando 8,53% (302) da população. A frequência registrada de hipertensão é um reflexo das condições de vida e dos determinantes sociais de saúde. Estudos indicam que a hipertensão é uma das principais causas de morbidade e mortalidade no Brasil (Malta et al., 2017). Segundo o último relatório do VIGITEL (Brasil 2023), foi avaliado que 25,4% dos adultos de Curitiba possuem hipertensão, logo, o valor encontrado na região em estudo corresponde a um valor abaixo do encontrado na média da capital do Paraná. Diante disso, deve-se intensificar as estratégias de captação e acompanhamento dos hipertensos na região, tanto os já identificados quanto os não registrados, por meio de ações que busquem ativamente essas pessoas para consultas e para o rastreamento contínuo no território, seja o oportunístico ou o agendado.

A diabetes também representa uma parcela significativa, com 2,77% (100) dos cidadãos cadastrados. Segundo dados do VIGITEL (Brasil, 2023), Curitiba, capital do Paraná, registrou prevalência de 9,8% de diabéticos. Esse dado de Curitiba, que possui uma população muito maior, contrasta com o percentual significativamente menor observado na área em estudo (2,77%). Essa disparidade pode indicar a necessidade de aprimorar as estratégias de rastreamento e de diagnóstico precoce no território em estudo, a fim de identificar indivíduos ainda não diagnosticados. O Previne Brasil define o Indicador 7: proporção de pessoas com diabetes que tiveram consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre, com meta de 50% para 2022. Para atender a essas metas e garantir a integralidade do cuidado, é fundamental que a USF invista na busca ativa, na educação em saúde e no monitoramento contínuo dos pacientes com diabetes, a fim de controlar a doença e prevenir suas complicações.

Em relação aos hábitos de vida, 2,30% (83) da população é tabagista e 0,97% (35) faz uso de álcool. Embora os percentuais encontrados tenham sido relativamente baixos, ambos os comportamentos representam fatores de risco importantes no contexto da saúde pública. O tabagismo, em particular, continua associado a prejuízos significativos à saúde física e mental, além de acarretar impactos econômicos e ambientais. Estudos na APS têm explorado de que modo fatores psicossociais, como o estresse e a sobrecarga emocional, contribuem para a manutenção desse hábito. A literatura recente aponta, por exemplo, uma relação consistente entre o tabagismo e a síndrome de burnout, especialmente entre profissionais da saúde, nos quais o cigarro pode funcionar como uma forma de enfrentamento do sofrimento psíquico (Fernandes; Nitsche; Godoy, 2018). O álcool também aparece como uma opção, porém em menor frequência e quantidade quando comparado ao tabagismo.

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/05/2026 - **Accepted:** 21/06/2026
Vol: 13.14
DOI: 10.66104/y5px5078
Pages: 1-22

Seguindo a VIGITEL (Brasil, 2023) Curitiba possui média de 13,7% de fumantes entre as pessoas acima de 18 anos, e 19,1% de adultos que consumiram quatro ou mais doses de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias em uma mesma ocasião. Essa disparidade pode indicar a necessidade de aprimorar a coleta de dados e o rastreamento ativo desses hábitos na USF, uma vez que a subnotificação pode mascarar a frequência real registrada e impactar o planejamento das ações de saúde. Alternativamente, caso os dados reflitam a realidade local, a menor frequência registrada pode resultar de características sociodemográficas específicas da população adscrita ou da eficácia de ações locais de prevenção e promoção da saúde.

Segundo o relatório do Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania, o Brasil possui 18.579.623 pessoas, representando 8,7% de sua população total, que se autodeclaram ter ao menos um tipo de deficiência (OEA, 2024). Na região da USF em estudo, os dados indicam uma frequência notavelmente menor. Foi relatado que as deficiências físicas/motoras são as mais comuns entre os tipos de deficiência registrados na população adscrita, afetando 0,97% (35) dos indivíduos, enquanto 1,77% (64) da população geral da área apresenta algum outro tipo de deficiência.

O número de pessoas com doenças respiratórias, como asma, é baixo, com 4 casos (0,11%), e o de DPOC, com 3 casos (0,08%). Não há registros de casos de tuberculose (0) ou de hanseníase (0) na população ativa cadastrada neste período.

Quanto aos casos de problemas renais, foram registrados 12 no território (0,33%). Desse total, nenhum usuário apresentou diagnóstico de insuficiência renal crônica; 2 indivíduos relataram não saber especificar o tipo de patologia e 10 foram classificados na categoria "outra" doença renal. Essa configuração justifica a ausência de registros sobre tratamentos de alta complexidade, como a hemodiálise, sugerindo que a população adscrita acometida apresenta quadros de menor gravidade ou que tais dados específicos enfrentam limitações de captação no sistema e-SUS APS.

Casos de uso de outras drogas totalizam 10 indivíduos (0,28%), o que indica uma frequência menor em comparação com a média nacional, na qual 3,2% da população brasileira relatou o uso de substâncias ilícitas nos últimos 12 meses (FIOCRUZ, 2019).

Ainda no que tange aos aspectos epidemiológicos, 60 gestantes (1,66%) estão cadastradas. A presença de gestantes na população atendida evidencia a necessidade de um acompanhamento pré-natal adequado. Segundo o Caderno da Atenção Básica, Atenção ao pré-natal de baixo risco (2012), a atenção à saúde da gestante é fundamental para a redução da mortalidade materna e neonatal. O Previne Brasil estabelece que pelo menos 6 consultas de pré-natal devem ser realizadas, a meta de 2022 foi de 45% de gestantes atendidas. A USF deve intensificar as ações de educação em saúde para garantir que as gestantes realizem o acompanhamento necessário.

No Brasil, foram registradas 737.213 internações por infarto agudo do miocárdio entre 2019 e 2023 (Paiva Neto *et al*., 2024). Com isso, na região da USF, foram identificados 8 casos (0,22%) de infarto e 11 casos (0,30%) de acidente vascular encefálico (AVE)/derrame na população. Embora esses números representem uma pequena parcela da população adscrita, indicam a presença de condições graves que demandam atenção contínua. Segundo a Sociedade Brasileira de AVC, as doenças cerebrovasculares retomaram a posição de primeiro

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/05/2026 - **Accepted:** 21/06/2026
Vol: 13.14
DOI: 10.66104/y5px5078
Pages: 1-22

lugar em mortalidade no nosso país, seguidas pelo infarto, em segundo lugar. Nesse contexto, a APS é essencial, pois permite o acompanhamento longitudinal das vítimas de infarto e de AVE, além de auxiliar na prevenção de possíveis lesões secundárias e de recorrências por meio de acompanhamento a domicílio, educação em saúde e manejo de fatores de risco. A importância da APS reside em sua capacidade de atuar tanto na prevenção primária, controlando fatores de risco como hipertensão e diabetes, quanto na prevenção secundária e terciária, oferecendo suporte contínuo à reabilitação e à melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Em relação à saúde mental, 29 indivíduos (0,80%) receberam diagnóstico de algum problema de saúde mental por um profissional de saúde. Um trabalho recente, de base nacional e escolar, mostrou que, no Brasil, 30% dos adolescentes apresentavam transtornos mentais comuns, caracterizados por sintomas de ansiedade, depressão e queixas somáticas inespecíficas (Lopes, 2016), o que demonstra que a saúde mental vem apresentando aumento na frequência registrada e que os dados coletados nas USF são importantes para identificar quais pessoas necessitam de cuidado continuado e analisar em que casos podem necessitar de Apoio Matricial em Saúde Mental.

O número de acamados é de 7 indivíduos (0,19%) e 28 (0,78%) tiveram internação nos últimos 12 meses. Esses dados são cruciais para identificar pacientes que necessitam de cuidado contínuo e de visitas domiciliares, permitindo à APS desenvolver estratégias de manejo adequadas às suas condições de saúde.

No território analisado, a frequência registrada de câncer foi de 0,53%, com 19 casos identificados na população estudada. Segundo Santos *et al.* (2023), são esperados 704 mil casos novos de câncer por ano no Brasil no triênio 2023-2025, o que torna o rastreamento ativo e passivo uma ferramenta essencial para a detecção precoce de casos iniciais na população. Alguns tipos de câncer, como o de pulmão, têm causas evitáveis, principalmente associadas ao consumo de tabaco. Nesse cenário, a APS assume um papel de grande relevância, uma vez que suas ações de conscientização têm impacto significativo tanto na esfera econômica quanto nos fundamentos da saúde pública.

Segundo dados do VIGITEL (Brasil, 2023), Curitiba apresenta média de 60,3% da população adulta com sobrepeso. Em contrapartida, na área da USF em estudo, observou-se que apenas 107 indivíduos (2,96%) estão classificados com excesso de peso. Contudo, é fundamental ressaltar que 2.937 pessoas adscritas não informaram a situação de seu peso, o que contribui significativamente para essa baixa porcentagem no território analisado e pode, assim, estar mascarando uma problemática de saúde pública subnotificada.

5. Conclusão

A construção do diagnóstico situacional possibilitou uma compreensão ampliada do território e das condições de vida e saúde da população adscrita, evidenciando tanto potencialidades quanto fragilidades relacionadas aos perfis territorial, demográfico, socioeconômico e epidemiológico. Os achados reforçam a relevância dessa ferramenta para o planejamento local na APS, ao favorecer a articulação entre informações sistematizadas, observação em campo e necessidades concretas da população.

A análise realizada evidenciou vulnerabilidades relacionadas às condições socioeconômicas, à incompletude de registros e a aspectos ambientais e

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/05/2026 - **Accepted:** 21/06/2026
Vol: 13.14
DOI: 10.66104/y5px5078
Pages: 1-22

organizacionais que influenciam a produção do cuidado no território. Ao mesmo tempo, identificou recursos comunitários e espaços de sociabilidade que podem fortalecer ações de promoção da saúde, participação social e mobilização intersetorial.

Nesse sentido, o diagnóstico situacional mostrou-se um instrumento estratégico para qualificar a leitura do território, subsidiar a definição de prioridades e orientar ações mais contextualizadas, equitativas e resolutivas na APS. A experiência também evidenciou a importância da atualização contínua das informações, da escuta do território e da integração entre ensino, serviço e comunidade para o fortalecimento de práticas mais sensíveis às necessidades locais.

Limitações do estudo

Este relato de experiência apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos achados. A realização de apenas duas visitas in loco pode não ter captado toda a dinâmica do território, bem como as mudanças decorrentes do processo de trabalho da equipe de saúde ao longo do tempo. Além disso, a obtenção de informações qualitativas a partir de uma única informante-chave, embora selecionada por seu conhecimento e atuação direta no território, pode restringir a diversidade de perspectivas sobre a realidade local.

Outra limitação refere-se ao uso de dados secundários provenientes do sistema e-SUS APS, que dependem da atualização cadastral, do acesso da população aos serviços de saúde e da qualidade do preenchimento realizado pelos profissionais, estando sujeitos à incompletude e ao subregistro de informações. Dessa forma, os indicadores apresentados refletem a realidade registrada no sistema no momento da coleta dos dados e devem ser interpretados com cautela.

Por fim, em razão do delineamento metodológico adotado e do caráter acadêmico-assistencial do relato de experiência, os resultados são aplicáveis ao contexto estudado e não têm a finalidade de produzir inferências epidemiológicas generalizáveis a outros territórios ou populações, devendo ser compreendidos como uma ferramenta de apoio à formação em saúde e ao planejamento local.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO AVC. **Números do AVC no Brasil e no mundo**. Disponível em: https://avc.org.br/sobre-a-sbavc/numeros-do-avc-no-brasil-e-no-mundo/. Acesso em: 15 mar. 2026.

BARROS, Camila Altoé *et al*. Utilização de atendimentos no serviço de Atenção Básica em um município do Espírito Santo segundo perfil sociodemográfico e de condições de saúde. **Revista de APS**, v. 25, n. 4, 2022. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/35435. Acesso em: 15 mar. 2026.

BARROSO, Sarah Gomes *et al*. Planejamento Estratégico Situacional na atenção primária: aplicação da metodologia em uma Unidade Básica de Saúde. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 33, n. 4, 2023. Disponível em: https://revistaccs.espdf.fepecs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/1101. Acesso em: 15 mar. 2026.

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/05/2026 - **Accepted:** 21/06/2026
Vol: 13.14
DOI: 10.66104/y5px5078
Pages: 1-22

BISSACOTTI, Anelise Pigatto; GULES, Ana Maria; BLÜMKE, Adriane Cervi. Territorialização em saúde: conceitos, etapas e estratégias de identificação. **Hygeia**, v. 15, n. 32, 2019. Disponível em: https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/47115. Acesso em: 15 mar. 2026.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde** (SUS). Disponível em: https://conselho.saude.pr.gov.br/Pagina/Lei-no-8142-de-28-de-dezembro-de-1990. Acesso em: 15 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Primária à Saúde**. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps. Acesso em: 15 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **e-SUS APS**. Disponível em: https://sisaps.saude.gov.br/sistemas/esusaps/. Acesso em: 15 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é o cadastramento na Atenção Primária?** 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/julho/o-que-e-o-cadastramento-na-atencao-primaria. Acesso em: 15 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_4ed.pdf. Acesso em: 15 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 15 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/sus. Acesso em: 15 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente**. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico/view. Acesso em: 15 mar. 2026.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Relatório da OEA 2024**. Brasília, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/pessoa-com-deficiencia/acoes-e-programas/RELATORIOOEA2024PORTUGUES_final.pdf. Acesso em: 15 mar. 2026.

COLUSSI, Claudia Flemming; PEREIRA, Katiuscia Graziela. **Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. Disponível em: https://editor.amapa.gov.br/arquivos_portais/publicacoes/SESA_42b0484282043b0bd15eb295036b9e34.pdf. Acesso em: 15 mar. 2026.

FERNANDES, L. S.; NITSCHE, M. J. T.; GODOY, I. **Associação entre síndrome**

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/05/2026 - **Accepted:** 21/06/2026
Vol: 13.14
DOI: 10.66104/y5px5078
Pages: 1-22

de burnout, uso prejudicial de álcool e tabagismo na enfermagem nas UTIs de um hospital universitário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/Zgmw3RvWppqs3GNMmRZB5Bm/?format=html&lang=pt. Acesso em: 15 mar. 2026.

FIGUEROA DA SILVA, Maria Clara *et al*. Diagnóstico situacional em saúde como estratégia de aprendizagem. **Saúde em Redes, 2021**. Disponível em: https://revista.redeunida.org.br/index.php/rede-unida/article/view/3308. Acesso em: 15 mar. 2026.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fiocruz). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira.** Brasília: Fiocruz, 2019. Disponível em: https://repositorio.unifesp.br/server/api/core/bitstreams/c8e4006d-c51b-4941-a099-5556ebc76caf/content. Acesso em: 15 mar. 2026.

GIOVANELLA, Ligia *et al*. A contribuição da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da Covid-19. **Saúde em Debate**, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/h3krqJq9WY9wcs5L49TqJ7d/. Acesso em: 15 mar. 2026.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira da. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Salvador: EDUFBA, 2005. Disponível em: https://arca.fiocruz.br/items/78289f0a-b097-4bd0-8663-cd423c8141c5. Acesso em: 15 mar. 2026.

IBGE. **Censo 2022**: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos. 2023. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos. Acesso em: 15 mar. 2026.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais 2024**. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/17270-pnad-continua.html. Acesso em: 15 mar. 2026.

LOPES, Claudia S et al. **ERICA: prevalence of common mental disorders in Brazilian adolescents.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 50, supl. 1, 14s, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000200308&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 mar. 2026.

LOURENÇO, Abner Eliezer. *et al*. Desigualdades sociais e seus impactos na saúde. 2022. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação — REASE. v.** 12, n. 2, fev. 2026. Disponível em: https://periodicorease.pro.br/rease/article/download/24607/15481. Acesso em: 15 mar. 2026.

MALTA, Débora Carvalho *et al*. Tendências das mortes por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/mncyrfyzjH77bgymWfSBCkK. Acesso em: 15 mar. 2026.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A atenção primária à saúde no SUS. Brasília**, 2019. Disponível em:

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/05/2026 - **Accepted:** 21/06/2026
Vol: 13.14
DOI: 10.66104/y5px5078
Pages: 1-22

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/apresentacoes/eugenio_vilaca.pdf. Acesso em: 15 mar. 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Atenção primária à saúde**. Disponível em: https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude. Acesso em: 15 mar. 2026.

PAIVA NETO, Moniz Francisco de *et al*. Perfil epidemiológico das internações por Infarto Agudo do Miocárdio entre 2019 e 2023. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, *[S. l.]*, v. 6, n. 4, p. 2287–2296, 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n4p2287-2296. Disponível em: https://bjihs.emnuvens.com.br/bjihs/article/view/1973. Acesso em: 3 jun. 2026.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD); INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA); FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO (FJP). **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**: Foz do Iguaçu (PR). Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/perfil/municipio/410830. Acesso em: 15 mar. 2026.

SANTOS, M. de O.; LIMA, F. C. da S. de; MARTINS, L. F. L.; OLIVEIRA, J. F. P.; ALMEIDA, L. M. de; CANCELA, M. de C. Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, 2023-2025. **Revista Brasileira de Cancerologia**, *[S. l.]*, v. 69, n. 1, p. e–213700, 2023. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/3700. Acesso em: 15 mar. 2026.

SILVA, Carine Silvestrini Sena Lima *et al.* Diagnóstico situacional como ferramenta na Atenção Primária à Saúde. 2016. **Revista Pró-univerSUS**, 07(2):30-33, 2016.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805. Acesso em: 15 mar. 2026.

TIMOTEO, Esmeralda *et al*. **Geografia e saúde: mapeamento territorial na Atenção Primária à Saúde**. 2025. Disponível em: https://revistas.editora.ufcg.edu.br/index.php/cite/article/view/6307. Acesso em: 15 mar. 2026.