



VI CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS
VII SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS
VI CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL

Política Social, Securidade Social e Proteção Social

**O PAPEL DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA PROMOÇÃO
À SAÚDE E NO ENFRENTAMENTO DA VULNERABILIDADE EM
LONDRINA**

Luiza Delgado Moura¹
Ideni Terezinha Antonello²

Resumo: Esta pesquisa analisa a atuação da Equipe de Saúde da Família (eSF) na promoção da saúde e no enfrentamento da vulnerabilidade em Londrina, considerando a organização do território em moradia, microárea e área. Busca compreender como a eSF enfrenta a vulnerabilidade socioambiental, a relevância do conhecimento territorial e a efetividade das ações de promoção e prevenção. Fundamentada em abordagem qualitativa, articula geografia e saúde coletiva, com levantamento bibliográfico, entrevistas com profissionais das UBS da Região Metropolitana de Londrina e formulário online para usuários. Conclui-se pela necessidade de fortalecer políticas públicas de Atenção Básica e à integração entre saúde e território.

Palavras-chave: Território; Sistema Único de Saúde (SUS); Geografia e Saúde Coletiva; Políticas Públicas.

Abstract: This research analyzes the performance of the Family Health Team (eSF) in promoting health and addressing vulnerability in Londrina, considering the organization of the territory in terms of housing, micro-area, and area. It seeks to understand how the eSF addresses socio-environmental vulnerability, the relevance of territorial knowledge, and the effectiveness of promotion and prevention actions. Based on a qualitative approach, it combines geography and collective health, with a bibliographic survey, interviews with professionals from the Basic Health Units (UBS) of the Metropolitan Region of Londrina, and an online form for users. It concludes that there is a need to strengthen public policies for Primary Care and the integration between health and territory.

Keywords: Territory; Unified Health System (SUS); Geography and Public Health; Public Policies.



1 Introdução

Reconhecida como prioridade pelo Ministério da Saúde e pelos gestores estaduais e municipais, a Estratégia Saúde da Família (eSF) tem impulsionado a expansão, qualificação e consolidação da Atenção Primária, promovendo a reorientação do processo de trabalho e fortalecendo o cuidado. Ao ampliar a resolutividade e produzir impactos positivos na saúde das comunidades, destaca-se pela eficácia e relação custo-benefício no contexto da saúde pública.

Os vínculos entre profissionais e usuários favorecem a continuidade e a longitudinalidade do cuidado, contribuindo para a adesão ao tratamento e para a prevenção de agravos. A Atenção Básica, conforme a PNAB, deve considerar o indivíduo em sua singularidade, inserido no território, articulando promoção, prevenção e tratamento. Ao priorizar o conhecimento do território e das vulnerabilidades socioambientais, a eSF possibilita diagnósticos mais precisos, melhor acompanhamento de condições crônicas e redução de hospitalizações.

Nesse contexto, esta pesquisa analisa a atuação da eSF em Londrina, considerando seus territórios de abrangência e seu papel na promoção da saúde e no enfrentamento das vulnerabilidades. Trata-se de um estudo qualitativo, fundamentado na articulação entre território, vulnerabilidade e saúde coletiva, que reúne análise bibliográfica e dados empíricos produzidos com profissionais e usuários da Atenção Básica, buscando contribuir para a reflexão interdisciplinar sobre a integração entre saúde e território.

2 Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório-descritivo, cujo objetivo foi compreender a atuação da Equipe de Saúde da Família (eSF) frente às vulnerabilidades nos territórios de abrangência em Londrina e na Região Metropolitana de Londrina (RML).

Inicialmente, realizou-se levantamento bibliográfico sobre território, vulnerabilidade, saúde coletiva e Atenção Primária à Saúde, articulando esses referenciais às diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e à Estratégia Saúde da Família (eSF). Essa etapa fundamentou a construção das categorias analíticas que orientaram tanto a elaboração dos instrumentos de coleta quanto a organização dos resultados em eixos temáticos.

A pesquisa empírica foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa e desenvolvida em duas frentes complementares. A primeira consistiu na realização de entrevistas semiestruturadas com informantes qualificados que compõem equipes da eSF e da eMulti em diferentes Unidades Básicas de Saúde (UBS) da RML. As entrevistas buscaram apreender: (i) a composição multiprofissional e atribuições da equipe; (ii) o conhecimento e a gestão do território; (iii) as ações de promoção da saúde e enfrentamento das vulnerabilidades; (iv) as intervenções coletivas e articulações intersetoriais; e (v) a percepção da Atenção Básica como referência territorial. As falas foram transcritas e submetidas à análise temática, permitindo a identificação dos cinco eixos analíticos apresentados nos resultados.

A segunda frente envolveu a aplicação de questionário estruturado, via Google Forms, a usuários(as) de UBS da RML. O instrumento contemplou questões fechadas relativas ao perfil



de uso da UBS, principais demandas de saúde, interação com profissionais, avaliação da qualidade do atendimento, percepção sobre o conhecimento do território pela equipe e atuação nos problemas locais. Os dados foram sistematizados, possibilitando a elaboração de gráficos e a análise comparativa sobre as percepções das profissionais entrevistadas.

A articulação entre revisão teórica, entrevistas e questionários permitiu triangulação de dados, confrontando a perspectiva das equipes com a percepção dos usuários. Tal procedimento metodológico possibilitou interpretar a atuação territorial da eSF não apenas como prescrição normativa, mas como prática concreta, situada e atravessada por desigualdades socioespaciais, contribuindo para uma análise interdisciplinar entre Geografia, Saúde Coletiva e políticas públicas.

3 Levantamento Teórico

3.1 Vulnerabilidade e Riscos à Saúde

O conceito de vulnerabilidade remete a uma situação de risco; do ponto de vista da saúde, indica a suscetibilidade de pessoas ou comunidades a doenças e agravos (Padilha et al., 2022). De acordo com a Fiocruz (2024), é influenciada pelo acesso à informação, pela capacidade de reconhecer a própria suscetibilidade e pelo acesso a mecanismos de prevenção, relacionados às condições cognitivas e comportamentais.

À vulnerabilidade associam-se fatores sociais, culturais, étnicos e econômicos que produzem desigualdades. O acesso a recursos é determinante, pois a vulnerabilidade resulta de aspectos individuais, coletivos e contextuais que aumentam a exposição ao adoecimento e condicionam a disponibilidade de enfrentamento (Padilha et al., 2022).

Indivíduos em situação de vulnerabilidade podem evitar os serviços de saúde por medo de hostilização, o que dificulta a criação de vínculo, como ocorre com pessoas em situação de rua (Moura; Antonello, 2022, Brasil, 2017). Assim, a vulnerabilidade não se restringe à renda, mas envolve fragilidades no acesso a bens e serviços públicos e maior suscetibilidade a riscos diversos (Souza et al., 2021).

3.2 Estratégia de Saúde da Família (eSF)

A Constituição Federal de 1988 assegura a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido por políticas que reduzam riscos, ampliem o acesso e promovam qualidade de vida (Costa Filho, 2012). Esse princípio orienta a eSF, que prioriza a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o cuidado integral.

Criado em 1994 como Programa Saúde da Família (PSF), o modelo baseia-se em equipes multiprofissionais atuando em Unidades Básicas de Saúde, responsáveis por população adstrita em território delimitado. A eSF ampliou o acesso aos serviços, especialmente em áreas vulneráveis, tornando-se porta de entrada do sistema. Ainda assim, desigualdades sociais persistem como desafio (Souza et al., 2021).



Em oposição ao modelo médico-hospitalocêntrico, a eSF adota uma concepção ampliada de saúde, voltada não apenas à cura, mas à prevenção, promoção e reabilitação, buscando melhorar a qualidade de vida (Colussi; Pereira, 2016).

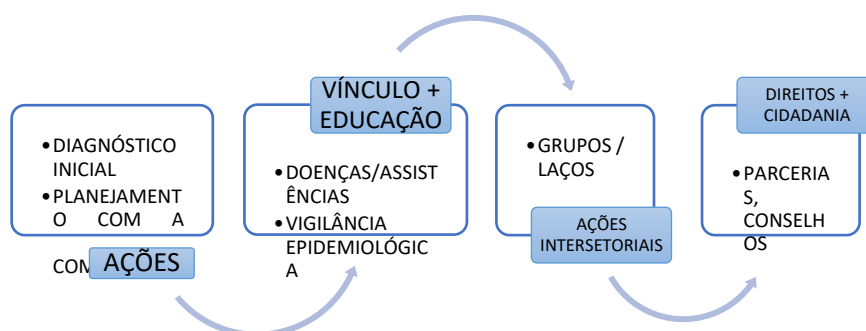
3.3 Composição e Atribuições das eSF

A eSF prevê, como composição mínima, médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com cobertura territorial definida e responsabilidade sobre população adstrita. Os ACS devem garantir cobertura integral da população cadastrada.

As equipes são multiprofissionais e interdisciplinares, superando práticas fragmentadas e promovendo abordagem mais abrangente do indivíduo e da comunidade (Padilha et al., 2022). O modelo propõe substituir a lógica tradicional, reorganizando a Atenção Primária com foco na promoção, prevenção, cuidado curativo e reabilitação (Figura 1).

Desde sua origem, busca fortalecer o vínculo entre profissionais e comunidade, com ações humanizadas e articuladas ao território. Valoriza a interdisciplinaridade, a horizontalidade nas relações da equipe e a participação ativa da comunidade, descentralizando o poder concentrado na figura médica e promovendo cuidado compartilhado.

Figura 1: Fluxograma das Atribuições principais das ESF



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde (2000).

Conforme a eSF, o médico deve ser generalista – ou especialista em Medicina da Família e Comunidade – para atender os membros das famílias, comprometendo-se com a pessoa em seu contexto biopsicossocial, e não apenas com doenças específicas, atuando na promoção da saúde. O enfermeiro – generalista ou especialista em Saúde da Família – atua na unidade de saúde e na comunidade, apoiando e supervisionando o trabalho dos Agentes comunitários da Saúde (ACS). O auxiliar ou técnico de enfermagem atua nesses dois espaços, em parceria com o ACS (Brasil 2025b).

Os ACS são moradores da comunidade onde atuam, o que tem por objetivo intermediar a interlocução entre sistema de saúde e comunidade, melhorando a atenção à população e auxiliando na compreensão das demandas e necessidades em saúde no território. Por serem parte da comunidade, estes profissionais têm mais facilidade em criar vínculos com a população atendida, aproximando-a dos profissionais que ali atuam.



Conforme Cecílio (s/d), as demandas são como “traduções” das necessidades mais complexas do indivíduo, modeladas a fim de se encaixar na oferta que os serviços de saúde podem oferecer, como consultas e exames. Entretanto, as reais necessidades do usuário do sistema de saúde podem ser bem diferentes, tais como uma busca por alguma resposta às más condições de vida que a pessoa enfrenta, por um vínculo afetivo com um profissional, ou até por acesso a alguma tecnologia de saúde disponível.

Destaca-se outro ponto relevante da eSF, que é o processo de educação permanente da equipe de saúde, visando o aprimoramento dos seus membros e o atendimento às necessidades e aos problemas de sua população. A educação contínua dos profissionais garante seu aperfeiçoamento e melhora a qualidade da atenção prestada, a qual deve ser condizente com o nível de atenção primária à saúde. Logo, é fundamental que tais ações educativas sejam planejadas e adequadas à realidade local, aos problemas e às necessidades de saúde mais prevalentes na comunidade atendida.

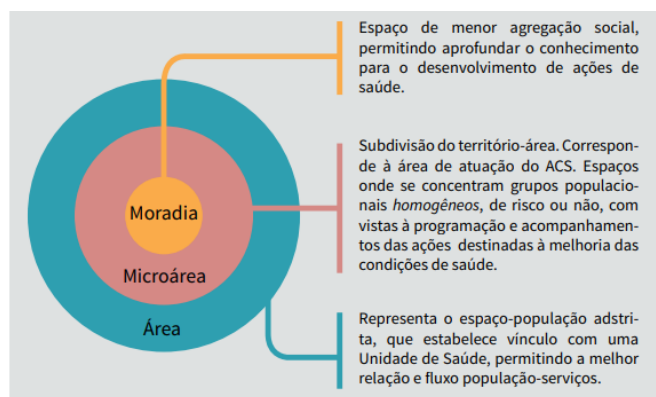
3.4 Território, Territorialização e Áreas de Abrangência

As equipes de saúde devem conhecer as características do território e dialogar com os atores locais para qualificar sua atuação (Colussi; Pereira, 2016). O território é compreendido como instância social, marcado por relações de poder, trabalho e ações estatais, não se restringindo a limites geográficos, mas expressando posse, domínio e usos sociais (Santos; Souza; Silveira, 1996). Trata-se de espaço vivido, em constante construção, onde interagem população e serviços de saúde, produzindo e refletindo diferenciações sociais e ambientais (Moura; Antonello, 2022).

A territorialização é princípio da eSF e envolve delimitação da área de atuação, reconhecimento da dinâmica social e articulação com outros serviços (Pereira; Barcellos, 2006). Conhecer o território implica compreender condições de vida, situação de saúde e demandas locais, evitando uma prática restrita ao modelo curativo.

Em cada território podem existir áreas de risco, marcadas por piores indicadores de saúde e precariedade de acesso a bens e serviços (Colussi; Pereira, 2016). Fatores comportamentais devem ser analisados em articulação com as condições sociais e econômicas. Assim, cabe à equipe assumir responsabilidade sanitária sobre população adstrita, considerando a divisão em território-área, microárea e moradia (Brasil, 2006). Destaca-se que a divisão do território proposta pela eSF contempla três níveis de atuação: território-área, território-microárea e território moradia, explicados na Figura 2.

Figura 2: Divisão do território proposta pela eSF



Fonte: Colussi; Pereira (2016, p. 21).

Por fim, esclarece-se que a área de abrangência de uma UBS apresenta limites bem definidos, porém, difere da chamada área de influência de determinada unidade de saúde. A área de influência não obedece ao processo de territorialização e está definida pela lógica assistencial gerada por pressão da demanda. Uma UBS com maior oferta de serviços e acessibilidade pode receber demandas de pessoas que trabalham ou circulam neste território, apesar de não residirem nele.

3.5 Necessidades em Saúde, Atenção Prestada e Promoção da Saúde

Grande parte da atenção prestada pelas UBS é voltada à demanda espontânea, com atendimentos como consultas, vacinação e curativos. Além do cuidado clínico individual, podem ser desenvolvidas abordagens coletivas conforme os problemas mais prevalentes na área, por meio de grupos organizados na unidade, como os de gestantes, idosos, hipertensão, diabetes e tabagismo. Esses grupos favorecem a adesão ao tratamento e o compartilhamento de experiências, sem substituir as consultas individuais de rotina, fundamentais para o acompanhamento específico de cada usuário.

A atenção domiciliar também integra as ações da equipe, por meio de visitas dos Agentes Comunitários de Saúde e de atendimentos realizados por médicos e enfermeiros a pacientes com limitações de deslocamento. Após as visitas, os casos são discutidos pela equipe para planejamento das intervenções.

Além das ações assistenciais, a promoção da saúde ocupa papel central na ESF, ampliando o foco para a autonomia dos indivíduos e considerando os determinantes sociais do processo saúde-doença. A educação em saúde fortalece vínculos, valoriza saberes locais e integra o cuidado cotidiano das equipes.

4 Resultados e Discussões

4.1 A Equipe de Saúde da Família (eSF) em Londrina - Paraná

Para a realização desta pesquisa, selecionou-se informantes qualificados que compõem a Equipe de Saúde da Família (eSF) em diferentes Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Região Metropolitana de Londrina (RML), além de duas profissionais da eMulti (uma assistente social e



uma psicóloga), (tabela 1). A fim de preservar as identidades das entrevistadas, seus nomes foram substituídos por outros.

Tabela 1 – Perfil das Entrevistadas

Nome	Profissão/Função	Local de Atuação	Tempo de Experiência
Mariana	Assistente Social (Residente em Saúde da Família)	UBS Padovani	2º ano de residência
Larissa	Enfermeira (Residente em Saúde da Família)	UBS Padovani	3 meses na residência
Nathália	Médica (MFC - Médica de Família e Comunidade)	UBS Santiago	2 anos na UBS Santiago
Marta	Agente Comunitária de Saúde (ACS)	UBS Cambé II	22 anos como ACS
Letícia	Médica (Residente em MFC)	UBS João Paz (atual) / UBS Aquiles (anterior)	4 anos no total (2,5 anos antes da residência + 1,5 ano na residência)
Bruna	Psicóloga (Residente em Saúde da Família)	UBS Aquiles (Zona Norte)	1,5 ano de residência
Patrícia	Agente Comunitária de Saúde (ACS)	UBS Cambé II	18 anos como ACS

Fonte: Pesquisa de Campo (2025)

Como pode ser constatado na tabela 1, as profissionais entrevistadas apresentam trajetórias diversas na Atenção Primária, com tempos de atuação que variam de poucos meses a mais de duas décadas. Larissa, enfermeira residente em Saúde da Família, relata: “sempre tive muito apreço pela atenção primária, acho que é a forma pela qual a saúde mais desempenha seu papel, de prevenção” (Trabalho de campo/TC, 2025). Marta, ACS há 22 anos, construiu forte vínculo com a comunidade. Mariana, assistente social residente, concluiu a graduação, em 2022, e atua em uma UBS de grande fluxo. Patrícia, ACS há 18 anos no território Cambé-2, destaca a proximidade física com o território como diferencial para acompanhar de perto as famílias. Bruna, psicóloga residente em Saúde da Família há 1 ano e meio na UBS Aquiles, trabalha em um território marcado por vulnerabilidades socioeconômicas e com grande parcela de população imigrante, principalmente da Venezuela. O interesse comum pelo cuidado, prevenção e promoção da saúde, aliado ao desejo de atuar de forma integral no território, aparece como motivação recorrente. Essa diversidade de perfis permite uma ampla compreensão das práticas e desafios da atenção primária à saúde na RML.

Os resultados foram organizados em cinco eixos: 1) Composição Multiprofissional e Atribuições da Equipe; 2) Conhecimento e Gestão do Território; 3) Ações de Promoção da Saúde e Enfrentamento das Vulnerabilidades; 4) Intervenções Coletivas no Trabalho em Saúde e; 5) A Atenção Básica como Referência para a População. A análise das entrevistas evidenciou aspectos importantes da atuação das ESF no enfrentamento da vulnerabilidade e na promoção da saúde em Londrina.

4.2 Composição Multiprofissional e Atribuições da Equipe

As equipes das UBS apresentam estrutura diversificada, composta por núcleo básico - médico(a), enfermeiro(a), técnicos(as) de enfermagem e ACS - e por profissionais da e-Multi,



como psicólogo, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, educador físico, farmacêutico e dentistas, que atuam de forma itinerante ou, em alguns casos, integrados por meio da residência multiprofissional em Saúde da Família. A composição varia conforme as características e vulnerabilidades do território.

Quanto às funções, o(a) enfermeiro(a) frequentemente coordena o cuidado e a própria unidade, assumindo agendas como pré-natal e puericultura. O médico atua principalmente em consultas e orientações, enquanto o ACS, responsável por microáreas, fortalece o vínculo com a comunidade, embora muitas vezes acumule áreas descobertas. A e-Multi contribui especialmente no enfrentamento de vulnerabilidades sociais e na saúde mental, por meio de atendimentos individuais, grupos, matriciamentos e visitas domiciliares, ainda que persistam limitações na atuação multiprofissional.

Em relação à distribuição de funções, as UBS apresentam especificidades. O(a) enfermeiro(a) geralmente possui maior autonomia e coordena o cuidado e a unidade, desenvolvendo agendas como pré-natal, puericultura e preventivos. O médico atua sobretudo em consultas e orientações, participando menos das visitas, enquanto o ACS exerce papel central na criação de vínculo por ser morador da região. Cada ACS cobre, em média, 750 pessoas, embora frequentemente assuma áreas descobertas, ampliando sua carga de trabalho.

A equipe desenvolve ações integrais, como consultas, visitas e acolhimento. A eMulti contribui na análise de vulnerabilidades e no enfrentamento de demandas complexas, especialmente em saúde mental, com atendimentos individuais, grupos e matriciamentos. Apesar do engajamento e da articulação entre profissionais, persistem desafios como sobrecarga dos ACS e alta demanda psicológica, indicando a necessidade de fortalecimento contínuo das equipes.

4.3 Conhecimento e Gestão do Território

O mapeamento e a vivência no território são essenciais para identificar demandas e potencialidades, pois suas características influenciam diretamente o perfil de saúde da população. As equipes adotam diferentes estratégias para reconhecer fragilidades e recursos locais, destacando o papel dos ACS no conhecimento das dinâmicas familiares e comunitárias e na definição de prioridades. O território é compreendido como determinante central das condições de saúde, com diferenças marcantes entre áreas.

Experiências como o “passeio ambiental” permitem conhecer a história e organização comunitária, subsidiando intervenções diante de desigualdades, violência e insegurança alimentar. O uso de tablets fortalece o monitoramento e a busca ativa de casos sensíveis. Em áreas com precariedade de infraestrutura, as equipes realizam ações presenciais frequentes e articulações intersetoriais, envolvendo rede de serviços e conselho local de saúde.

A gestão territorial, portanto, ultrapassa o mapeamento geográfico, incorporando dimensões sociais e culturais. Apesar do uso de tecnologias e saberes locais, persistem



desigualdades estruturais e limitações de cobertura profissional, exigindo fortalecimento intersectorial e participação comunitária para intervenções mais efetivas.

4.4 Ações de Promoção da Saúde e Enfrentamento das Vulnerabilidades

As equipes desenvolvem estratégias diversificadas para promoção da saúde e enfrentamento das vulnerabilidades, adaptadas às especificidades do território, organizadas em três eixos principais.

Grupos e intervenções coletivas: organizam grupos de idosos, gestantes, tabagismo, planejamento reprodutivo e puericultura, embora enfrentem dificuldades de adesão, indicando a necessidade de estratégias mais efetivas de engajamento.

Ações territoriais e intersectoriais: promovem busca ativa em escolas, ações educativas em saúde bucal, mental e sexual, além de articulação com rede intersectorial, incluindo Ministério Público, conselho tutelar, CRAS e CREAS.

Enfrentamento das vulnerabilidades sociais: acompanham condicionalidades do Bolsa Família, fortalecem vínculos, orientam sobre direitos e desenvolvem estratégias para populações imigrantes e em situação de vulnerabilidade.

Apesar dos avanços, persistem desafios quanto à participação comunitária, ampliação do trabalho em rede, maior engajamento nos grupos e garantia de recursos humanos suficientes.

4.5 Intervenções Coletivas no Trabalho em Saúde

As intervenções coletivas na atenção primária revelam uma complexa rede de articulações que ultrapassam os limites da unidade de saúde, demonstrando como a integração entre profissionais, setores e comunidade é fundamental para um cuidado efetivo. A análise das entrevistas permitiu identificar que as equipes desenvolvem uma atuação em rede que conecta diferentes políticas públicas.

O trabalho colaborativo ocorre em diferentes níveis, como o exemplo o suporte técnico compartilhado - “Se há dúvida sobre medicação, converso diretamente com o farmacêutico sem necessidade de encaminhamento formal” (Bruna) - as visitas conjuntas - “As visitas em equipe são importantes porque questões sociais e de saúde estão sempre conectadas” (Mariana) – e as reuniões de planejamento - “Toda semana definimos quais casas precisam de visitas domiciliares, priorizando as mais vulneráveis” (Patrícia) (TC, 2025).

Um outro ponto a destacar é que as equipes adaptam suas ações a grupos populacionais específicos, a exemplo da população imigrante: “No Flores do Campo, atendemos muitos venezuelanos – é uma área com barreiras físicas (sem asfalto, saneamento) que exige ações presenciais constantes” (Bruna) (TC, 2025).

Bruna, psicóloga, resume as intervenções coletivas ao afirmar: “É crucial todo mundo falar a mesma língua e valorizar o conhecimento das diferentes áreas” (TC, 2025). Essa visão compartilhada, somada ao fortalecimento de instâncias como os Conselhos Municipais de



Saúde¹ (destacados por Mariana), mostra como a integração entre saberes e setores pode superar as limitações do sistema.

4.6 A Atenção Básica como Referência concreta para a População

As entrevistas mostram como a Atenção Básica se torna referência concreta para a população por meio de um olhar integral sobre a saúde e de ações práticas no território.

As entrevistadas reconhecem a ESF como porta de entrada e referência no território. Para Nathália (médica de Família e Comunidade), a UBS é “um organismo vivo que faz parte do território – o território faz ela viver e ela ajuda o território a estar vivo”. Marta (ACS) (TC, 2025) observa que, por morar na comunidade, é procurada mesmo fora do horário. Leticia (médica residente em MFC) lembra que chegam demandas de fome, violência e outras questões sociais, exigindo respostas além do cuidado ambulatorial. Mariana (assistente social) aponta o aumento da insegurança alimentar e desemprego pós-pandemia como desafios adicionais. Patrícia (ACS) reforça que a UBS é, muitas vezes, o único recurso a que recorrem, inclusive em emergências.

A fala de Patrícia mostra a centralidade da unidade na vida da comunidade: “Eles procuram a UBS para tudo, mesmo emergência” (TC, 2025). Bruna complementa: “Temos várias ações nas escolas - saúde bucal, vacinação, Setembro Amarelo com o 9º ano, e educação sexual adaptada para crianças de 5 a 7 anos”, revelando como a UBS ultrapassa seus muros para promoção de saúde.

Bruna destaca: “No Flores do Campo atendemos muitos imigrantes venezuelanos [...] é uma área sem saneamento ou asfalto, onde levamos as medicações até eles, como quando houve um surto de tuberculose” (TC, 2025). Essa fala mostra a adaptação às barreiras físicas e sociais, com ações que se materializam no território.

A informação de Patrícia - “A gente conhece mais do paciente que a própria família” – se articula com o trabalho descrito por Bruna: “Investigamos alterações de comportamento em crianças ou perda funcional em idosos, encontrando frequentemente violências ocultas” (TC, 2025), mostrando a profundidade do vínculo criado com a comunidade.

Bruna assim se referiu aos imigrantes: “Por ser um recorte específico, damos atenção especial” (TC, 2025). Isso demonstra que a UBS opera como referência técnica e afetiva, capaz de traduzir princípios em práticas concretas adaptadas a cada realidade.

Dessa forma, entendemos que, apesar das dificuldades estruturais, a eSF atua diretamente no território de abrangência por meio de diagnóstico social (desigualdades sociais, raciais e de gênero), adaptações logísticas (em áreas de difícil acesso), abordagem geracional e linguagem acessível, evidenciando uma atuação diferenciada nesse território vivido.

4.7 Percepção dos Usuários das UBS

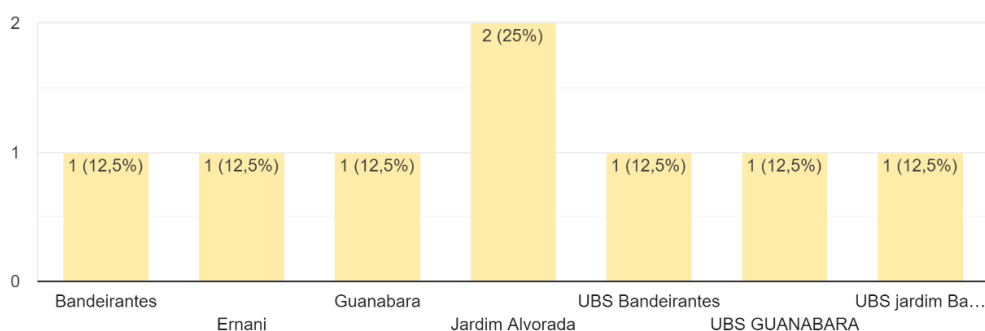
¹ O Conselho Municipal de Saúde é um órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS), vinculado à Secretaria Municipal de Saúde. Compõe-se por representantes do governo, dos usuários, dos profissionais de saúde e dos prestadores de serviços, reunindo-se regularmente para discutir, propor e deliberar sobre as políticas de saúde no âmbito local (Brasil, 2013, p. 6).



O questionário foi elaborado e aplicado via Google Forms, contando com a participação de oito usuários(as) das UBS da RML. A localização das UBS mencionadas - como no Jardim Bandeirantes, Emami, Guanabara e Jardim Alvorada - em bairros de classe média e média-baixa ajuda a explicar o padrão de uso dos serviços públicos de saúde (Figura 3). É importante esclarecer que não foi possível direcionar a aplicação exclusivamente para pessoas em situação de alta vulnerabilidade social.

Figura 3: UBS frequentada pelos entrevistados

Qual é o posto de saúde que você frequenta?
8 respostas

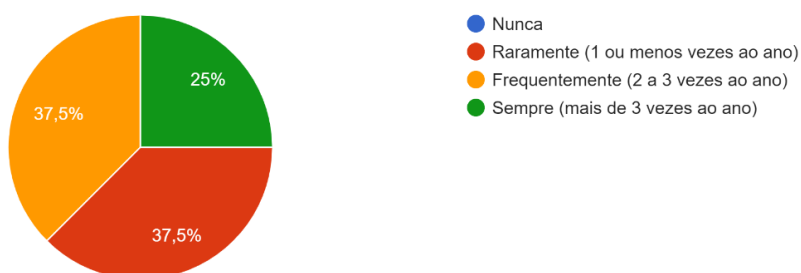


Fonte: Pesquisa on line (2025)

É possível inferir, de forma aproximada, que a amostra seja composta majoritariamente por indivíduos de perfil socioeconômico com menor acesso a planos de saúde privados, fato que torna a UBS a principal alternativa para uso mais frequente de atendimento médico. A ausência de respostas como “nunca uso” comprova a relação direta entre estratificação social e dependência do SUS, ou seja, quanto menor a renda, maior a necessidade dos serviços públicos de saúde (Figura 4).

Figura 4: Busca pela UBS no território vivido

Você procura atendimento no Posto de Saúde perto de sua residência?
8 respostas



Fonte: Pesquisa on line (2025)

Considerando essa composição, optou-se por apresentar nesta pesquisa apenas parte das informações coletadas, selecionando aquelas que podem representar realidades distintas, vividas por pessoas em contextos sociais de maior ou menor vulnerabilidade.

Os dados da figura 5 mostram que 50% dos entrevistados buscam atendimento na UBS para vacinação. Já 25% dos entrevistados usam as UBS para acompanhamento de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes. Outros motivos relevantes incluem doenças agudas

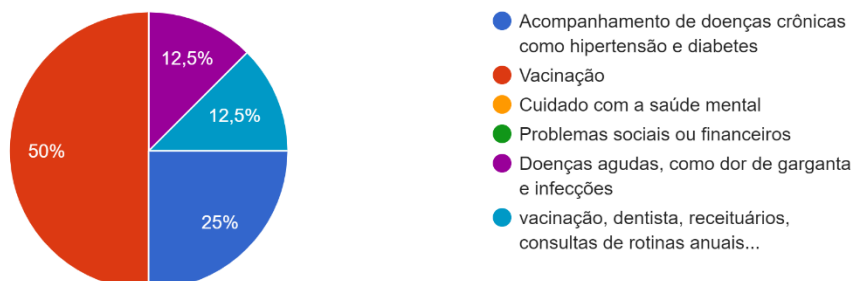


(12.5%), como infecções e dores de garganta e dentistas, consultas de rotina e receituários. A menção a vacinação e consultas de rotina mostra o uso preventivo do serviço.

Figura 5: Demandas prioritárias de Saúde

Quais são as suas principais necessidades de saúde que te levam a procura de atendimento?

8 respostas



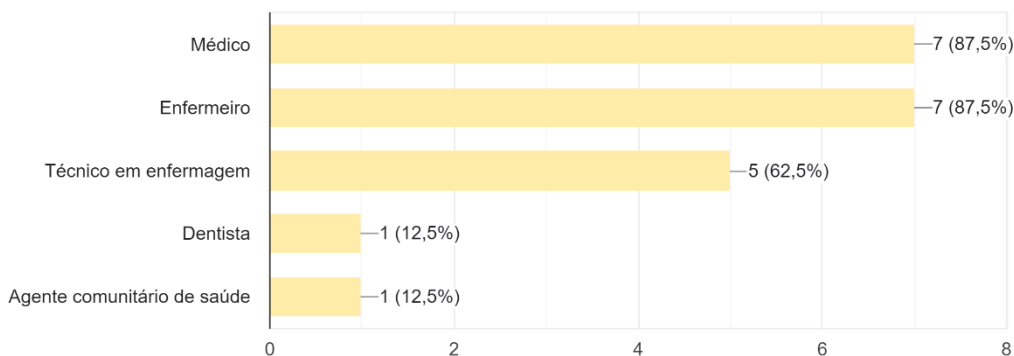
Fonte: Pesquisa on line (2025)

Nesse sentido, percebe-se que a UBS é essencial tanto para o gerenciamento de condições crônicas quanto para cuidados imediatos e preventivos, reforçando seu papel multifuncional na comunidade. A Figura 6 mostra que há um trabalho integrado nas UBS, visto que as respostas foram múltiplas indicando que os usuários são atendidos por toda a equipe, cumprindo assim os princípios do PNAB.

Figura 6: Interação com profissionais da saúde

Quais profissionais da UBS você tem contato/é atendido?

8 respostas



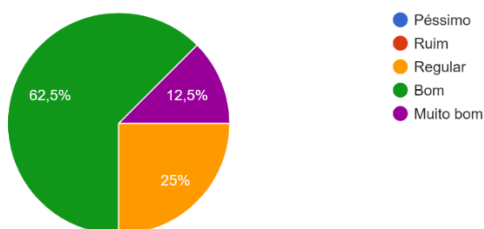
Fonte: Pesquisa on line (2025)

No que se refere à qualidade dos serviços prestados (Figura 7), a percepção geral é positiva, pois somando “bom” e “muito bom”, 75% têm uma visão favorável, enquanto 25% têm uma avaliação intermediária (regular), sem avaliações negativas.

Figura 7: Avaliação da qualidade do atendimento

Como você avalia as condições da UBS de sua região e a qualidade do atendimento ofertado?

8 respostas



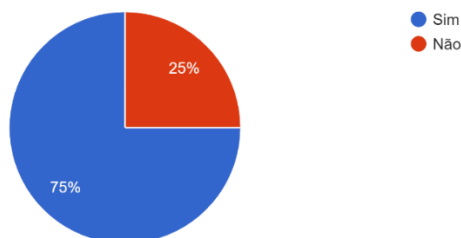
Fonte: Pesquisa on line (2025)



Sobre a percepção dos usuários em relação ao conhecimento do território pela eSF, 75% acreditam que a equipe de saúde da sua UBS conhece bem o território em que vive, enquanto 25% não compartilham dessa percepção (Figura 8).

Figura 8: Conhecimento do território pela eSF

Você acredita que a equipe de saúde da sua UBS conhece bem o território em que você vive?
8 respostas



Fonte: Pesquisa online (2025)

Da mesma forma, 75% dos participantes acreditam que a equipe da UBS atua no território, mas ainda precisa conhecer melhor a realidade local para oferecer um cuidado mais direcionado às necessidades da população. Apenas 25% afirmam que a equipe já conhece o território e atua de acordo com as principais demandas. Nenhum participante declarou que a equipe possui pouco conhecimento e poucas ações no combate aos problemas de saúde locais, o que indica reconhecimento do trabalho existente, mas também a percepção de que há espaço para aprimoramento na aproximação com o território (Figura 9).

Figura 9: Atuação no enfrentamento da vulnerabilidade

Você acredita que a equipe de saúde da UBS atua para combater as vulnerabilidades que existem no território em que você mora?
8 respostas



Fonte: Pesquisa on line (2025)

Por fim, apesar do reconhecimento positivo predominante dos usuários em relação aos serviços públicos de saúde, uma parcela dos entrevistados não percebe as ações da eSF como satisfatórias, o que pode estar relacionado a variações sobre como o serviço de saúde é oferecido nos diferentes territórios de abrangência das UBS.

5 Conclusões

Diante do exposto nesta pesquisa, pode-se concluir que a Atenção Primária à Saúde se efetiva sob a atuação cotidiana das Equipes de Saúde da Família nos territórios nos quais atuam. Conforme relatado pelos diversos profissionais entrevistados nesta pesquisa, o conhecimento do



território em que se atua, bem como de sua população, é essencial para ofertar um melhor cuidado que atenda às demandas daquela comunidade.

As Unidades Básicas de Saúde, representam, sobretudo em comunidades de menor poder aquisitivo, um ponto de referência para sua população, não apenas no que se refere a questões de saúde, mas também para diversas outras demandas e necessidades dos moradores. Como base da atenção e cuidado prestados pelos profissionais, têm-se a construção do vínculo com o usuário do serviço de saúde, o que melhora sua adesão aos tratamentos e contribui para garantir a longitudinalidade do cuidado.

Ademais, por meio desta investigação, enfatiza-se a importância da interdisciplinaridade nas Equipes de Saúde da Família, o que torna o atendimento aos indivíduos mais completo e o diferencia do sistema hospitalocêntrico e baseado em especialidades.

Essa investigação visou trazer à discussão a relevância da Atenção Básica para o cuidado de uma população, como primeira referência de serviço de saúde e local de construção de vínculos, promoção e prevenção em saúde, tratamento, reabilitação e incentivo à participação social pela comunidade. A pesquisa mostrou ainda que, apesar dos avanços conquistados pelas eSF, os serviços públicos precisam ser fortalecidos por meio da ampliação de políticas públicas que atendam a população de forma mais eficiente e que atenda às suas necessidades em saúde.

6 Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Milton Menezes da Costa Neto (Org). Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_cab1.pdf Acesso em: 10 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf Acesso em: 10 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 10 ago. 2025.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Estratégia Saúde da Família**. 2025a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/estrategia-saude-da-familia> Acesso em: 05 jun. 2025.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Equipe de Saúde da Família**. 2025b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf/equipe-saude-da-familia> Acesso em: 10 ago. 2025.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/> Acesso em: 10 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p

BRASILIA. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Secretaria de Saúde do Distrito Federal**. Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/web/guest> Acesso em: 10 jun. 2024.



- COLUSSI, Claudia Flemming; PEREIRA, Katiúscia Graziela. **Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica** [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2016.
- COSTA FILHO, Macieira da. O Direito à Saúde dos Vulneráveis. **Revista do 7º Congresso Brasileiro de Gestão do CNMP**. Disponível em: <https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Comissoes/DireitosFundamentais/Arquivos/> Acesso em: 10 jun. 2024.
- FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde das Populações Vulneráveis**. (2024), Disponível em: <https://fiocruz.br/populacoes-vulneraveis> Acesso em 05 ago. 2025.
- LUME. Rede de Jornalistas Independentes. **Estigma Dificulta Vida De Moradores Do Flores Do Campo**. 20 de junho de 2022, Disponível em: <https://redelume.com.br/2022/06/20/estigma-moradores-flores-do-campo/> Acesso em: 25 ago 2025.
- MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling. **Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados**. (2018). Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf Acesso em: 2 jun. 2024.
- MOURA, L. D.; ANTONELLO, I. T. Impacto da vulnerabilidade do território nas necessidades de saúde das famílias da ocupação Abussafe, na zona Leste de Londrina, Paraná, Brasil. In: COSTA, E. Marques da; et al (org). Congresso GeoSaúde, **Desigualdades em Saúde, Desigualdades no Território: Desafios para os países de língua portuguesa em contexto pós pandemia**. p. 227-234. CEG; IGOT, Universidade de Lisboa, Portugal, 2022.
- MOURA, L. D.; ANTONELLO, I. T.; VILELA DA SILVA, J. R. **O Espaço Vivido E As Necessidades De Saúde Das Famílias Da Favela Abussafe**, Londrina, PR, Brasil. IV *Congreso Internacional de Geografía Urbana*. 18–20 de octubre de 2023. Universidad Nacional de Luján. America/Argentina/Buenos Aires.
- PADILHA, Maria Itayra, et al. **Atenção Em Saúde Às Populações Vulneráveis E A Interdisciplinaridade Dinâmica Dos Estudos De História Da Enfermagem**. (2022). Disponível em: <https://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2022/07/e9-historia-cap6.pdf> Acesso em: 2 jun. 2024.
- PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; BARCELLOS, Christovam. O Território no Programa de Saúde da Família. **Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. 2(2):47-55, jun 2006.
- SOUZA KOC, Fracolli LA, RIBEIRO CJN, MENEZES AF, SILVA GM, SANTOS AD. Qualidade da atenção básica à saúde e vulnerabilidade social: uma análise espacial. **Revista Escola de Enfermagem**, USP, 2021.