

NOTA TÉCNICA



ASIS

ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE
DE IÇARA
1ª EDIÇÃO



USUÁRIOS

Região Carbonífera



NOTA TÉCNICA

**ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
IÇARA
USUÁRIOS**

Organizadores

Rafael Zaneripe de Souza Nunes, Leticia Monteiro Bettiol, Marcos Bauer Torriani, Giovane Lupin da Rosa, Bruna Cardoso Barcelos, Vitor João Lobo, Aline Cristina Vieira de Lima, Maria Fernanda Bazilio Antunes, Vinícius Dos Santos De Araújo, Luciane Bisognin Ceretta, Lisiane Tuon.

*Os organizadores da presente nota técnica fazem parte do projeto de pesquisa “Análise de Situação de Saúde (ASIS) AMREC”.

ISBN: 978-65-02-06424-5

**CRICIÚMA
2026**

COORDENAÇÃO DA PESQUISA

Coordenadora dos Programas de Residências Multiprofissionais e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UNESC

Profa. Dra. Lisiane Tuon

COLABORAÇÃO DA PESQUISA

Professores dos Programas de Residências Multiprofissionais da UNESC

Prof. Rafael Zaneripe de Souza Nunes

Profa. Leticia Monteiro Bettiol

Reitora e Professora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UNESC

Profa. Dra. Luciane Bisognin Ceretta

AUXILIARES DE PESQUISA

Aline Cristina Vieira de Lima

Bruna Cardoso Barcelos

Bruna Aparecida Balbinot

Manenti

Giovane Lupin da Rosa

Marcos Bauer Torriani

Maria Fernanda Bazilio Antunes

Vitor João Lobo

Vinicius Dos Santos De Araújo

COLABORAÇÃO

Residentes do Programa de Residência Multiprofissional da UNESC

Elizabeth dos Santos Toczek

Eloise Felisberto Farias

Giovane Lupin da Rosa

Helen de Bitencourt Alves

Tatiéli Scheffer Luiz

Secretaria Municipal de Saúde de Içara

Secretário Acélio Casagrande

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Profa. Dra. Lisiane Tuon

Fonte Financiadora: Projeto financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC), Edital de Chamada Pública nº 09/2024 – Mulheres+Pesquisa, Termo de Outorga nº 2024TR001587

Contato: ppgscol@unesc.net

CONTEXTUALIZAÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) configura-se como uma proposta abrangente de política pública, concebida e institucionalizada por meio de um processo de amplo debate na sociedade brasileira, fortemente impulsionado pelo movimento sanitário e consolidado na Constituição Federal de 1988. Trata-se de uma iniciativa social bem-sucedida, cujos progressos são amplamente reconhecidos, embora ainda enfrente significativos desafios que exigem superação (Mendes, 2011).

A partir do SUS surgiu a Estratégia Saúde da Família (ESF) que representa um modelo de expansão, qualificação e fortalecimento da Atenção Básica em Saúde (APS), promovendo a reorientação dos processos de trabalho com maior capacidade de resposta e impacto positivo na condição de saúde de indivíduos e comunidades. Inicialmente implementada como Programa de Saúde da Família (PSF), a proposta foi elevada à condição de Estratégia devido aos resultados positivos alcançados em curto período (Brasil, 2022).

Visando avaliar o desenvolvimento destas estratégias e da saúde no Brasil, uma Análise de Situação de Saúde (ASIS) tem como objetivo descrever, quantificar e compreender o processo de saúde e doença em uma determinada população. Além disso, estabelece prioridades para ações de intervenção e para o planejamento dos serviços de saúde, a partir do diagnóstico da realidade local (Oliveira, Chagas, Garcia, 2019).

Um dos objetivos da Análise de Situação de Saúde (ASIS) é promover a participação social, oferecendo espaço para que os usuários dos serviços de atenção primária tenham voz e sejam ouvidos. No município de Siderópolis, o ASIS transcorreu por meio de entrevistas com usuários, que puderam avaliar aspectos como o acesso aos serviços, a qualidade do atendimento das equipes, a integralidade da atenção, a coordenação do cuidado, o vínculo entre profissionais e usuários, e a satisfação geral com os serviços. Ademais, foram considerados elementos específicos relacionados a condições de saúde particulares dos pacientes e da satisfação com o atendimento ofertado pela rede municipal de saúde.

Compreender a percepção dos usuários é uma ferramenta essencial para avaliar e aprimorar a APS e toda a RAS, pois, ao analisar a situação de saúde dos usuários da APS, torna-se possível compreender as demandas e necessidades da comunidade, subsidiando a elaboração de políticas e programas de saúde mais eficazes e adequados à realidade regional. A organização de indicadores de planejamento de saúde dos municípios da região carbonífera propicia uma visão panorâmica da saúde pública nesse contexto específico, permitindo a identificação de prioridades e a formulação de estratégias para enfrentar os desafios existentes.

O projeto ASIS teve início em Criciúma no ano de 2021 utilizando o PMAQ como base para a pesquisa e, em 2022, foi expandido para o município de Forquilha. Em 2024, houve uma nova atualização do estudo, utilizando então o PCATool como base para a análise, também em Criciúma e, no ano seguinte, 2025, a iniciativa foi ampliada para contemplar toda a Associação dos Municípios da Região de Saúde Carbonífera. Essa ampliação passou a abranger os 12 municípios que compõem a região: Balneário Rincão, Cocal do Sul, Criciúma, Forquilha, Içara, Lauro Müller, Morro da Fumaça, Nova Veneza, Orleans, Siderópolis, Treviso e Urussanga.

Içara, localizada no litoral sul catarinense, possui área territorial de 230,487 km² e população estimada em 63.489 habitantes em 2025, segundo o Censo 2022, que registrou 59.035 moradores. A densidade demográfica é de 256,24 habitantes por km².

O Produto Interno Bruto (PIB) per capita é de 82.633,59 reais em 2023, com a economia concentrada nos setores de serviços (50%), indústria (31%) e administração pública (15%). Em 2018, o município contava com 16.528 empregos formais em 1.974 empresas, apresentando remuneração média de 2,6 salários mínimos.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é 0,741, e a taxa de escolarização na faixa etária de 6 a 14 anos atingiu 99,67% em 2022. No mesmo período, havia 8.418 estudantes matriculados, majoritariamente no ensino fundamental. Em termos de infraestrutura urbana, 53,95% dos domicílios possuem esgotamento sanitário adequado, 36,45% estão localizados em vias arborizadas e 20,9% em áreas com urbanização completa. A taxa de mortalidade infantil é de 6,44 óbitos por mil nascidos vivos.

A atenção primária à saúde é composta por dezenove unidades: ESF Aurora, ESF Boa Vista, ESF Centro, ESF Cristo Rei, ESF Demboski, ESF Esplanada, ESF Jaqueline, ESF Jardim Elizabete, ESF Jardim Silvana, ESF Jussara, ESF Liri, ESF Nossa Senhora de Fátima, ESF Presidente Vargas, ESF Presidente Vargas 2, ESF Primeiro de Maio, ESF Raichaski, ESF Terceira Linha, ESF Vila Nova 1 e ESF Vila Nova 2.

O diagnóstico situacional do município, realizado em 12 de agosto de 2020 pelo Observatório de Desenvolvimento Socioeconômico e Inovação da UNESC, em conjunto com os munícipes, evidenciou como principais demandas a ampliação da malha viária e ferroviária, melhorias na mobilidade urbana, expansão das escolas técnicas e da infraestrutura de saúde, além da recuperação ambiental do antigo lixão. Destacou ainda a necessidade de fortalecimento do turismo, especialmente religioso e rural, diversificação da rede hoteleira e implantação de equipamentos culturais multiuso.

MÉTODO

A pesquisa “Análise de Situação de Saúde no contexto da Atenção Primária dos Municípios da Região de Saúde Carbonífera (ASIS AMREC)” é um projeto guarda-chuva que tem por objetivo avaliar os atributos e componentes da Atenção Primária à Saúde, a situação de saúde dos seus usuários, e organizar os indicadores de planejamento de saúde dos municípios da região de saúde carbonífera. O estudo apresenta um delineamento transversal, descritivo e inferencial, contemplando os municípios de Balneário Rincão, Cocal do Sul, Criciúma, Forquilha, Içara, Lauro Muller, Morro da Fumaça, Nova Veneza, Orleans, Siderópolis e Treviso, durante o período de 2024 a 2026. Para todos os municípios participantes, o estudo foi conduzido por uma amostragem não-probabilística com alocação proporcional e estratificada por cada ponto de atenção primária, tendo por base distritos sanitários de saúde de cada município da região Carbonífera.

O projeto foi primeiramente conduzido em Criciúma, considerado o maior município da região carbonífera, compondo uma amostra própria com uma versão menor dos questionários utilizados tanto para os profissionais quanto para os usuários, compreendendo o maior tamanho territorial, populacional e de profissionais do município, visando dinamizar a pesquisa. Nos outros municípios da região carbonífera, foi aplicada uma versão ampliada do questionário do modelo ASIS aplicado em Criciúma.

Utilizando-se os dados disponíveis pelo IBGE (2022), em Criciúma foi considerada a faixa etária populacional a partir da estratificação de 15 anos ou mais, colocando um total de 175.388 e compondo uma amostra própria. Para o restante da região carbonífera foi considerada a população total a partir do censo de 2022, totalizando uma população de 225.462. O software OpenEpi® foi empregado para determinar o tamanho da amostra, que considerou a população de da região carbonífera com base no censo de 2022 a partir dos 15 anos, o qual resultou na necessidade de aplicação de 794 questionários. Considerando um acréscimo de 50% para compensar possíveis perdas, foi preciso coletar 1.550 questionários. Nesse sentido, foi necessário a coleta de uma amostra mínima de 141 entrevistas por município.

Os cálculos foram baseados nos seguintes parâmetros: (i) nível de confiança de 99%, (ii) precisão absoluta de 5%, e (iii) efeito de desenho (design effect: Deff) de 1,2 para ajuste do efeito de cluster, com uma estimativa de 50% de usuários atribuindo alto escore ($\geq 6,6$) para os serviços de APS avaliados. Para o município de Criciúma foi usado um IC de 95%, contabilizando uma amostra de 460 usuários, e com o acréscimo de 30%, para compensar possíveis perdas amostrais, um total de 598 usuários. Para o restante da região carbonífera foi

considerado um IC de 99%, compreendendo uma maior abrangência na amostra. A equipe de pesquisadores se colocou à disposição para produzir uma pesquisa com amostra personalizada aos municípios que solicitaram notas técnicas específicas dos indicadores de saúde de seus usuários, realizando um novo cálculo amostral. Entretanto, cabe destacar que na amostra original do estudo só foram consideradas as coletas inicialmente pactuadas.

No presente caso, o município de Içara optou por realizar a pesquisa com uma amostra total dos usuários do seu município, onde após o cálculo amostral, a amostra mínima definida foi de 458, e com acréscimo de 10% para possíveis perdas amostrais foram de 504. No total, foram realizadas 411 coletas no município de Içara, durante o ano de 2025. Ao todo, foram considerados 406 usuários, sendo 5 critérios de exclusão e 93 recusas. Cabe destacar também, que dos 406 participantes, 389 eram vinculados à APS. Por fim, ressalta-se que o elevado número de recusas impediu o alcance da amostra inicialmente prevista. Assim, os dados apresentados nesta nota técnica devem ser interpretados com cautela, considerando as limitações inerentes ao recorte amostral obtido.

O instrumento utilizado para avaliação dos atributos e componentes da APS foi o Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, no caso o instrumento PCATool - Primary Care Assessment Tool (Brasil, 2020). Além disso, foi utilizado um questionário com variáveis sociodemográficas (para profissionais e usuários) e de saúde (usuários) em conjunto com o PCATool. O município de Criciúma foi o primeiro da região a ser realizado e a primeira etapa do projeto, onde após sua execução, os questionários e processo de logística foram adaptados para uma maior abrangência de indicadores para o projeto.

Nesse sentido, para fins de detalhamento sobre as etapas do projeto, é importante descrever cada etapa do processo. A primeira etapa foi relativa ao procedimento amostral, onde as unidades primárias da amostra — os pontos de APS da rede — foram todas contempladas, tendo como base os distritos sanitários de cada município. Posteriormente, referente às unidades secundárias, correspondente aos usuários cadastrados no território adscrito de cada UBS, a amostra foi definida de forma proporcional à quantidade de usuários cadastrados no município e por UBS. Após a definição da amostra, a equipe de pesquisadores se dirigiu aos respectivos locais para realização da pesquisa, tendo como ponto de partida a estrutura física de cada UBS. Os pesquisadores estavam munidos de tablets com acesso à internet e com os instrumentos digitalizados e estruturados no *software EpiCollect5*.

Para a seleção dos participantes utilizou-se também um modelo de amostra por conveniência, onde a coleta aconteceu nas casas dos usuários de cada município, com base na presença dos usuários no local, de acordo com o cronograma de visitas das ACS. A coleta

teve auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de cada município, dos quais realizaram a coleta nas casas dos cidadãos dos bairros de sua área adscrita de cada município, com auxílio conjunto da equipe de pesquisadores da UNESCO. Com relação a aplicação dos questionários com os usuários, foram capacitadas as equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de cada município pela equipe de pesquisadores da UNESCO, visando maior abrangência e dinamismo na coleta, além de auxiliar no processo de logística da pesquisa. Após a capacitação, foram coletados os usuários que estavam programados nas visitas domiciliares nas semanas subsequentes a capacitação. Finalizada a coleta dos dados em cada município, os pesquisadores transferiram os dados dispostos no software *EpiCollect5* para o armazenamento digital interno do grupo de pesquisa.

No projeto, é concebido duas amostras de usuários, uma amostra geral, e outra amostra para usuários que tinham acesso aos pontos de saúde bucal na APS do município. Nos aspectos metodológicos estruturados inicialmente no projeto ASIS - AMREC, foi concebido que caso os usuários da segunda etapa já fizessem parte de pontos da rede que apresentem serviços de saúde bucal na APS ou que tivessem acesso a algum serviço de saúde bucal nos pontos de APS da rede, estes serão considerados parte da mesma amostra, compondo uma amostra única, algo que se estendeu a todos os municípios da região carbonífera, onde foi possível compor uma amostra única para todos os usuários, dinamizando o processo ao realizar a coleta com os usuários em apenas uma única etapa. Ressalta-se que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESCO (CAAE: 85399124.0.0000.0119).

RESULTADOS

Nos achados abaixo serão apresentados os resultados provenientes da pesquisa ASIS AMREC – Içara na qual foram entrevistados 406 pacientes no total. Os resultados demonstram as características sociodemográficas, as condições e os comportamentos de saúde, a percepção sobre o atendimento recebido na APS a partir dos scores do PCATool, do município e de suas respectivas distribuições distritais.

Tabela 1: Caracterização dos Pacientes da Atenção Primária

Sexo	n	%
Masculino	97	23,89
Feminino	308	75,86
Preferiu não responder	1	0,25
Total	406	100,00
Idade		
18–29	44	10,92
30–39	75	18,61
40–49	83	20,60
50+	201	49,87
Total	403*	100,00
Cor da Pele		
Branca	354	87,19
Preta	18	4,43
Parda	32	7,88
Amarela	1	0,25
Preferiu não responder	1	0,25
Total	406	100,00
UBS de Referência		
Aurora	29	7,14
Boa Vista	23	5,67
Centro	21	5,17
Cristo Rei	14	3,45
Demboski	26	6,40

Esplanada	23	5,67
Jaqueline	16	3,94
Jardim Silvana	10	2,46
Jussara	11	2,71
Liri	27	6,65
N. Senhora da Salete	31	7,64
Presidente Vargas I	19	4,68
Presidente Vargas II	19	4,68
Primeiro de Maio	10	2,46
Raichaski	20	4,93
Terceira Linha	19	4,68
Tereza Cristina	18	4,43
Vila Nova I	33	8,13
Vila Nova II	24	5,91
Jardim Elizabete	13	3,20
Total	406	100,00

Situação Conjugal

Sem parceiro(a)**	149	36,70
Com parceiro(a)	245	60,34
Preferiu não responder	12	2,96
Total	406	100,00

Tem filhos

Sim	349	85,96
Não	56	13,79
Preferiu não responder	1	0,25
Total	406	100,00

Escolaridade

Não Alfabetizado	3	0,74
Ensino Fundamental Incompleto	140	34,48
Ensino Fundamental Completo	54	13,30

Ensino Médio Incompleto	34	8,37
Ensino Médio Completo	100	24,63
Ensino Superior Incompleto	33	8,13
Ensino-Superior Completo	29	7,14
Pós-graduação	8	1,97
Preferiu não responder	5	1,23
Total	406	100,00
Está trabalhando		
Sim	236	58,13
Não	154	37,93
Preferiu não responder	16	3,94
Total	406	100,00
Renda Individual		
0-1 SM	6	12,77
2-5 SM	40	85,10
5-9 SM	1	2,13
Total	47	100,00
Renda Familiar		
0-1 SM	3	6,38
2-5 SM	43	91,49
10+ SM	1	2,13
Total	47	100,00
Quantidade moradores		
1	45	11,08
2-4	311	76,60
5+	50	12,32
Total	406	100,00
Quantidade cômodos		
1-4	89	21,92

5–9	305	75,12
10+	12	2,96
Total	406	100,00
Média Renda	Média	Intervalo de Confiança
Renda Individual (R\$)	2.304,17	1.780,07 – 2.828,28
Renda Familiar (R\$)	2.893,91	2.221,81 – 3.566,01
Quantidade Pessoas no domicílio	3,00	2,87 – 3,14
Quantidade Cômodos no domicílio	5,64	5,48 – 5,79

Fonte: criado pelos autores (2026)

*Três participantes responderam errado e foram excluídos **Sem parceiro refere-se a solteiros, divorciados e viúvos. Com parceiro refere-se a união estável e casados.

Observa-se predominância do sexo feminino, representando 75,86% da amostra, enquanto os participantes do sexo masculino corresponderam a 23,89%. Apenas 0,25% preferiu não responder. Em relação à faixa etária, verificou-se maior concentração de indivíduos com 50 anos ou mais, correspondendo a 49,87%, seguida pelos grupos de 40 a 49 anos (20,60%), 30 a 39 anos (18,61%) e 18 a 29 anos (10,92%), evidenciando uma amostra predominantemente composta por adultos e idosos.

Quanto à cor da pele autodeclarada, a maioria dos participantes identificou-se como branca (87,19%), seguida por pessoas pardas (7,88%) e pretas (4,43%). Apenas 0,25% declarou-se amarelo e 0,25% preferiu não responder. No que se refere à situação conjugal, 60,34% relataram possuir parceiro(a), incluindo indivíduos casados ou em união estável, enquanto 36,70% declararam não possuir parceiro(a), englobando solteiros, divorciados e viúvos. Um total de 2,96% preferiu não responder. Em relação à parentalidade, a maioria dos entrevistados possui filhos (85,96%), enquanto 13,79% relataram não ter filhos.

Em relação à escolaridade, observou-se predominância de participantes com ensino fundamental incompleto (34,48%), seguido por ensino médio completo (24,63%) e ensino fundamental completo (13,30%). Percentuais menores foram identificados entre aqueles com ensino médio incompleto (8,37%), ensino superior incompleto (8,13%) e ensino superior completo (7,14%). Apenas 1,97% relataram possuir pós-graduação e 0,74% declararam não ser alfabetizados.

Quanto à situação de trabalho, 58,13% dos participantes relataram estar trabalhando no momento da pesquisa, enquanto 37,93% informaram não estar trabalhando. Um total de

3,94% preferiu não responder. A análise da renda foi realizada com base nos participantes que informaram essa variável. Observou-se que a maioria declarou renda individual entre dois e cinco salários mínimos (85,10%), enquanto 12,77% relataram renda entre zero e um salário mínimo e 2,13% entre cinco e nove salários mínimos. Em relação à renda familiar, 91,49% indicaram renda entre dois e cinco salários mínimos, 6,38% entre zero e um salário mínimo e 2,13% acima de dez salários mínimos.

No que se refere às condições de moradia, verificou-se que a maioria dos participantes reside em domicílios com dois a quatro moradores (76,60%), seguida por aqueles com cinco ou mais moradores (12,32%) e pessoas que vivem sozinhas (11,08%). Em relação à estrutura das residências, 75,12% possuem entre cinco e nove cômodos, 21,92% entre um e quatro cômodos e 2,96% dez ou mais cômodos.

As médias indicaram renda individual mensal de R\$ 2.304,17 e renda familiar média de R\$ 2.893,91. A média de moradores por domicílio foi de 3 pessoas, enquanto o número médio de cômodos foi de 5,64 por residência. Esses dados sugerem predominância de domicílios com composição familiar moderada e condições estruturais compatíveis com o perfil socioeconômico identificado na amostra.

Tabela 2: Comportamentos e Condições de Saúde

AUDIT-C	n	%
Risco moderado	75	63,56
Risco Alto	28	23,73
Risco Severo	15	12,71
Total	118	100,00
Fumante		
Sim	34	8,37
Não	372	91,63
Total	406	100,00
Uso de Telas		
<= 3h por dia	306	75,37
>= 3h por dia	100	24,63
Total	406	100,00
Atividade Física		

Mais de 150 minutos semanais	101	24,88
Menos de 150 minutos semanais	305	75,12
Total	406	100,00
Qualidade do sono		
Menos da metade dos dias	313	77,09
Mais da metade dos dias	93	22,91
Total	406	100,00
Insegurança Alimentar		
Insegurança alimentar grave	4	0,99
Insegurança alimentar leve	31	7,64
Insegurança alimentar moderada	13	3,20
Segurança Alimentar	358	88,17
Total	406	100,00
Polifarmácia		
Sim	118	43,87
Não	151	56,13
Total	269	100,00

Fonte: criado pelos autores (2026)

Em No que se refere ao consumo de álcool, avaliado por meio do instrumento AUDIT-C, observou-se que a maioria dos participantes foi classificada em risco moderado (63,56%), enquanto 23,73% apresentaram risco alto e 12,71% risco severo para problemas relacionados ao consumo de álcool.

Em relação ao tabagismo, a grande maioria dos participantes relatou não ser fumante (91,63%), enquanto 8,37% declararam fazer uso de tabaco. Quanto ao tempo de uso de telas, verificou-se que 75,37% dos participantes relataram utilizar dispositivos eletrônicos por até três horas por dia, enquanto 24,63% indicaram uso igual ou superior a três horas diárias.

No que diz respeito à prática de atividade física, observou-se que a maior parte da amostra não atingiu a recomendação mínima semanal de atividade física. Apenas 24,88%

relatarem praticar mais de 150 minutos semanais de atividade física, enquanto 75,12% indicaram realizar menos de 150 minutos por semana. A qualidade do sono também foi investigada, sendo observado que 77,09% dos participantes relataram dificuldades relacionadas ao sono em menos da metade dos dias, enquanto 22,91% indicaram apresentar problemas de sono em mais da metade dos dias.

Em relação à segurança alimentar, a maioria dos participantes apresentou situação de segurança alimentar (88,17%). Entretanto, foram identificados casos de insegurança alimentar leve (7,64%), moderada (3,20%) e grave (0,99%), indicando a presença de vulnerabilidade alimentar em uma parcela da população.

Por fim, no que se refere ao uso de medicamentos, identificou-se que 43,87% dos participantes apresentavam polifarmácia, enquanto 56,13% relataram não utilizar múltiplos medicamentos de forma simultânea. De modo geral, os resultados evidenciam a presença de comportamentos de risco relacionados à saúde, especialmente no que se refere ao baixo nível de atividade física, ao consumo de álcool e à ocorrência de polifarmácia, aspectos relevantes para o planejamento de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Tabela 3: Doenças e Condições Crônicas

Doenças Crônicas	n	%
Sim	214	52,71
Não	192	47,29
Total	406	100,00
Pressão Alta		
Sim	139	64,95
Não	70	32,71
Preferiu não responder	5	2,34
Total	214	100,00
Diabetes		
Sim	61	28,50
Não	152	71,03
Preferiu não responder	1	0,47
Total	214	100,00

Gordura no Sangue		
Sim	81	37,85
Não	118	55,14
Preferiu não responder	15	7,01
Total	214	100,00
Câncer		
Sim	20	9,35
Não	194	90,65
Total	214	100,00
Doença no Coração		
Sim	35	16,36
Não	167	78,03
Preferiu não responder	12	5,61
Total	214	100,00
Depressão		
Sim	79	36,92
Não	115	53,73
Preferiu não responder	20	9,35
Total	214	100,00
Problemas na Coluna		
Sim	102	47,66
Não	100	46,73
Preferiu não responder	12	5,61
Total	214	100,00
Artrite		
Sim	63	29,44
Não	134	62,62
Preferiu não responder	17	7,94
Total	214	100,00
Bronquite ou Asma		
Sim	28	13,08

Não	181	84,58
Preferiu não responder	5	2,34
Total	214	100,00
Insuficiência Renal		
Sim	15	7,01
Não	188	87,85
Preferiu não responder	11	5,14
Total	214	100,00
Tuberculose		
Não	214	100,00
Total	214	100,00
Cirrose		
Sim	1	0,47
Não	212	99,06
Preferiu não responder	1	0,47
Total	214	100,00
Derrame		
Sim	10	4,67
Não	202	94,40
Preferiu não responder	2	0,93
Total	214	100,00
Osteoporose		
Sim	19	8,88
Não	180	84,11
Preferiu não responder	15	7,01
Total	214	100,00

Fonte: criado pelos autores (2026)

Observou-se que pouco mais da metade da amostra relatou possuir pelo menos uma doença crônica (52,71%), enquanto 47,29% indicaram não apresentar esse tipo de condição. Entre os participantes que relataram doenças crônicas, a hipertensão arterial foi a condição mais frequente, sendo mencionada por 64,95% dos respondentes. Em seguida, destacam-se os

problemas na coluna, relatados por 47,66% dos participantes, e a presença de gordura no sangue, mencionada por 37,85%. A depressão também apresentou prevalência relevante, sendo referida por 36,92% dos participantes.

Outras condições também apresentaram frequências consideráveis, como artrite (29,44%) e diabetes mellitus (28,50%). As doenças cardíacas foram relatadas por 16,36% dos participantes, enquanto bronquite ou asma apareceram em 13,08% dos casos. Em relação a condições menos frequentes, observou-se a presença de osteoporose em 8,88% dos participantes e insuficiência renal em 7,01%. O histórico de câncer foi referido por 9,35% dos respondentes. Já a ocorrência de derrame (acidente vascular cerebral) foi relatada por 4,67% dos participantes.

Algumas condições apresentaram baixa frequência na amostra, como cirrose, mencionada por apenas 0,47% dos participantes, enquanto não foram registrados casos de tuberculose entre os respondentes. Os resultados evidenciam uma elevada presença de condições crônicas entre os usuários da Atenção Primária à Saúde, com destaque para doenças cardiovasculares e condições musculoesqueléticas, reforçando a importância da APS no acompanhamento longitudinal dessas condições e no desenvolvimento de estratégias de cuidado contínuo e prevenção de complicações.

Tabela 4: Saúde Bucal

Saúde Bucal	n	%
Muito Boa	83	20,44
Boa	200	49,26
Regular	102	25,12
Ruim	17	4,19
Muito ruim	4	0,99
Total	406	100,00
Perdeu Dentes		
Sim	254	62,57
Não	126	31,03
Preferiu não responder	26	6,40
Total	406	100,00
Quantidade de dentes perdidos		

1-5	154	60,63
6-10	37	14,57
11-20	21	8,27
21+	42	16,53
Total	254	100,00

Fonte: criado pelos autores (2026)

Observa-se que a maioria dos respondentes avaliou sua saúde bucal de forma positiva, sendo classificada como boa por 49,26% dos participantes e muito boa por 20,44%. Por outro lado, 25,12% consideraram sua saúde bucal regular, enquanto 4,19% a avaliaram como ruim e 0,99% como muito ruim.

Em relação à perda dentária, verificou-se que 62,57% dos participantes relataram já ter perdido algum dente, enquanto 31,03% afirmaram não ter passado por esse tipo de perda. Uma pequena parcela dos respondentes (6,40%) preferiu não responder a essa questão. Entre aqueles que relataram perda dentária, a maioria informou ter perdido entre 1 e 5 dentes (60,63%). A perda de 6 a 10 dentes foi relatada por 14,57% dos participantes, enquanto 8,27% indicaram perda entre 11 e 20 dentes. Já a perda de 21 dentes ou mais foi mencionada por 16,53% dos respondentes.

Os resultados indicam que, embora a autoavaliação da saúde bucal seja predominantemente positiva, a perda dentária ainda se apresenta como uma condição frequente entre os usuários da Atenção Primária à Saúde, evidenciando a importância das ações de prevenção, promoção e cuidado odontológico contínuo no âmbito da APS.

Tabela 5: Satisfação com a UBS

Atendimento da UBS	n	%
Muito Boa	216	53,20
Boa	162	39,90
Regular	24	5,91
Ruim	3	0,74
Muito ruim	1	0,25
Total	406	100,00
Satisfeito com a UBS?		
Muito Satisfeito	190	46,80

Satisfeito	189	46,55
Regular	24	5,91
Insatisfeito	3	0,74
Total	406	100,00

Fonte: criado pelos autores (2026)

Observa-se que a avaliação do atendimento foi predominantemente positiva entre os participantes. A maioria classificou o atendimento como muito bom (53,20%), seguido por aqueles que o avaliaram como bom (39,90%). Uma parcela menor considerou o atendimento regular (5,91%), enquanto avaliações negativas foram pouco frequentes, sendo classificadas como ruim por 0,74% e muito ruim por 0,25% dos respondentes.

Quando questionados diretamente sobre o nível de satisfação com a UBS, os resultados também indicam elevado grau de aprovação. Quase metade dos participantes declarou estar muito satisfeita (46,80%), enquanto 46,55% afirmaram estar satisfeitos com os serviços prestados. Apenas 5,91% avaliaram sua satisfação como regular e 0,74% relataram estar insatisfeitos.

Tabela 6: Satisfação com o Atendimento Médico

É fácil marcar consulta?	n	%
Sim	339	85,17
Não	53	13,32
Não sei/Não quero responder	6	1,51
Total	398	100,00
O agendamento é?		
Muito bom	174	43,72
Bom	157	39,45
Regular	46	11,56
Ruim	11	2,76
Muito ruim	10	2,51
Total	398	100,00
Tempo de espera		
Muito bom	130	32,66

Bom	219	55,03
Regular	46	11,56
Ruim	3	0,75
Total	398	100,00
Tempo de duração		
Muito bom	143	35,93
Bom	212	53,27
Regular	39	9,80
Ruim	3	0,75
Muito ruim	1	0,25
Total	398	100,00
Resolutividade		
Muito bom	156	39,20
Bom	198	49,74
Regular	37	9,30
Ruim	4	1,01
Muito ruim	1	0,25
Não sei/Não quero responder	2	0,50
Total	398	100,00
A atenção		
Muito bom	204	51,26
Bom	168	42,21
Regular	22	5,53
Ruim	3	0,75
Não sei/Não quero responder	1	0,25
Total	398	100,00
As informações recebidas		
Muito bom	215	54,02
Bom	168	42,21

Regular	12	3,02
Muito Ruim	1	0,25
Não sei/Não quero responder	2	0,50
Total	398	100,00

Fonte: criado pelos autores (2026)

Observa-se que a maioria dos participantes relatou facilidade para marcar consultas médicas, com 85,17% respondendo positivamente. Por outro lado, 13,32% afirmaram que não consideram fácil realizar o agendamento, enquanto 1,51% preferiram não responder ou declararam não saber.

Em relação à avaliação do processo de agendamento, predominam avaliações positivas, com 43,72% classificando-o como muito bom e 39,45% como bom. Avaliações intermediárias foram registradas por 11,56% dos participantes, enquanto percepções negativas foram menos frequentes, sendo consideradas ruins por 2,76% e muito ruins por 2,51% dos respondentes.

No que se refere ao tempo de espera para atendimento, a maior parte dos usuários avaliou esse aspecto de forma favorável, com 32,66% classificando-o como muito bom e 55,03% como bom. Uma parcela menor considerou o tempo de espera regular (11,56%) e apenas 0,75% o classificou como ruim.

Quanto ao tempo de duração das consultas, os resultados também indicam avaliações majoritariamente positivas. O tempo de atendimento foi considerado muito bom por 35,93% dos participantes e bom por 53,27%. Avaliações regulares corresponderam a 9,80%, enquanto avaliações negativas foram pouco frequentes.

A resolutividade do atendimento médico apresentou igualmente elevada aprovação entre os usuários, sendo considerada muito boa por 39,20% e boa por 49,74% dos respondentes. Avaliações regulares corresponderam a 9,30%, enquanto percepções negativas foram registradas por uma pequena parcela dos participantes.

No que se refere à atenção dos profissionais durante o atendimento, 51,26% classificaram esse aspecto como muito bom e 42,21% como bom. Apenas 5,53% avaliaram como regular e menos de 1% como ruim. De forma semelhante, as informações fornecidas pelos médicos durante as consultas também foram avaliadas de maneira amplamente positiva, sendo consideradas muito boas por 54,02% dos participantes e boas por 42,21%. Avaliações regulares ou negativas representaram uma parcela reduzida das respostas.



Tabela 7: Satisfação com o Atendimento dos Enfermeiros

É fácil marcar consulta?	N	%
Sim	264	94,96
Não	6	2,16
Não sei/Não quero responder	8	2,88
Total	278	100,00
O agendamento é?		
Muito bom	145	52,16
Bom	122	43,88
Regular	6	2,16
Não sei/Não quero responder	5	1,80
Total	278	100,00
Tempo de espera		
Muito bom	124	44,60
Bom	131	47,12
Regular	20	7,20
Ruim	1	0,36
Não sei/Não quero responder	2	0,72
Total	278	100,00
Tempo de duração		
Muito bom	137	49,28
Bom	125	44,96
Regular	14	5,04
Ruim	1	0,36
Muito ruim	1	0,36
Total	278	100,00
Resolutividade		
Muito bom	128	46,04
Bom	129	46,40
Regular	15	5,40

Ruim	3	1,08
Não sei/Não quero responder	3	1,08
Total	278	100,00
A atenção		
Muito bom	159	57,19
Bom	109	39,21
Regular	6	2,16
Ruim	2	0,72
Não sei/Não quero responder	2	0,72
Total	278	100,00
As informações recebidas		
Muito bom	153	55,04
Bom	119	42,80
Regular	3	1,08
Não sei/Não quero responder	3	1,08
Total	278	100,00

Fonte: criado pelos autores (2026)

Observa-se que a grande maioria dos participantes relatou facilidade para marcar consulta com esses profissionais, com 94,96% respondendo positivamente. Uma pequena parcela afirmou não considerar fácil o agendamento (2,16%), enquanto 2,88% declararam não saber ou preferiram não responder.

Em relação à avaliação do processo de agendamento, predominam avaliações positivas. Mais da metade dos participantes classificou esse aspecto como muito bom (52,16%), enquanto 43,88% o avaliaram como bom. Avaliações regulares corresponderam a 2,16% das respostas, e 1,80% dos participantes indicaram não saber ou preferiram não responder.

No que se refere ao tempo de espera para atendimento, também se observa uma percepção favorável entre os usuários. O tempo de espera foi considerado muito bom por 44,60% dos participantes e bom por 47,12%. Avaliações regulares corresponderam a 7,20%,

enquanto apenas 0,36% classificaram esse aspecto como ruim. Uma pequena parcela declarou não saber ou preferiu não responder.

Quanto ao tempo de duração das consultas de enfermagem, as avaliações positivas também foram predominantes. O tempo de atendimento foi considerado muito bom por 49,28% dos usuários e bom por 44,96%. Avaliações regulares corresponderam a 5,04%, enquanto percepções negativas foram registradas por uma parcela bastante reduzida dos participantes.

A resolutividade do atendimento de enfermagem também apresentou avaliação amplamente favorável, sendo considerada muito boa por 46,04% dos respondentes e boa por 46,40%. Avaliações regulares corresponderam a 5,40%, enquanto avaliações negativas foram pouco frequentes.

No que se refere à atenção recebida durante o atendimento, os resultados indicam elevados níveis de satisfação. Esse aspecto foi classificado como muito bom por 57,19% dos participantes e bom por 39,21%. Apenas uma pequena parcela avaliou como regular ou ruim.

Por fim, as informações fornecidas pelos enfermeiros durante o atendimento também foram avaliadas de maneira positiva. Mais da metade dos participantes classificou esse aspecto como muito bom (55,04%), enquanto 42,80% o avaliaram como bom. Avaliações regulares ou respostas de não saber foram pouco frequentes.

Tabela 8: Satisfação com o Atendimento Odontológico

É fácil marcar consulta?	n	%
Sim	214	81,06
Não	46	17,42
Não sei/Não quero responder	4	1,52
Total	264	100,00
O agendamento é?		
Muito bom	112	42,42
Bom	92	34,84
Regular	28	10,61
Ruim	20	7,58
Muito Ruim	9	3,41

Não sei/Não quero responder	3	1,14
Total	264	100,00
Tempo de espera		
Muito bom	85	32,20
Bom	135	51,13
Regular	25	9,47
Ruim	12	4,55
Muito Ruim	2	0,76
Não sei/Não quero responder	5	1,89
Total	264	100,00
Tempo de duração		
Muito bom	99	37,50
Bom	137	51,89
Regular	16	6,06
Ruim	7	2,65
Muito Ruim	1	0,38
Não sei/Não quero responder	4	1,52
Total	264	100,00
Resolutividade		
Muito bom	124	46,96
Bom	98	37,12
Regular	32	12,12
Ruim	4	1,52
Muito ruim	4	1,52
Não sei/Não quero responder	2	0,76
Total	264	100,00
A atenção		
Muito bom	127	48,11
Bom	107	40,53

Regular	20	7,58
Ruim	5	1,89
Não sei/Não quero responder	5	1,89
Total	264	100,00
As informações recebidas		
Muito bom	136	51,51
Bom	108	40,91
Regular	14	5,30
Ruim	3	1,14
Não sei/Não quero responder	3	1,14
Total	264	100,00

Fonte: criado pelos autores (2026)

Observa-se predominância de avaliações positivas em relação aos diferentes aspectos do cuidado oferecido. No que se refere à facilidade para marcar consulta odontológica, a maioria dos participantes relatou não encontrar dificuldades nesse processo, com 81,06% afirmando que é fácil realizar o agendamento. Por outro lado, 17,42% indicaram que não consideram o processo fácil, enquanto uma pequena parcela declarou não saber ou preferiu não responder.

Em relação à avaliação do agendamento das consultas, as respostas positivas também foram predominantes. O agendamento foi classificado como muito bom por 42,42% dos usuários e como bom por 34,84%. Avaliações regulares corresponderam a 10,61%, enquanto percepções negativas foram registradas por 7,58% (ruim) e 3,41% (muito ruim) dos participantes. Uma pequena parcela indicou não saber ou preferiu não responder.

Quanto ao tempo de espera para atendimento odontológico, mais da metade dos participantes avaliou esse aspecto como bom (51,13%), enquanto 32,20% o classificaram como muito bom. Avaliações regulares corresponderam a 9,47%, enquanto avaliações negativas foram menos frequentes, sendo classificadas como ruim por 4,55% e muito ruim por 0,76% dos respondentes.

Em relação ao tempo de duração das consultas odontológicas, também se observa predominância de avaliações positivas. O tempo de atendimento foi considerado bom por

51,89% dos usuários e muito bom por 37,50%. Avaliações regulares corresponderam a 6,06%, enquanto avaliações negativas foram pouco frequentes.

No que se refere à resolutividade do atendimento odontológico, os resultados indicam elevada satisfação dos usuários. Esse aspecto foi classificado como muito bom por 46,96% dos participantes e como bom por 37,12%. Avaliações regulares corresponderam a 12,12%, enquanto avaliações negativas foram registradas por uma pequena parcela dos respondentes.

A atenção recebida durante o atendimento também foi amplamente bem avaliada. Esse aspecto foi classificado como muito bom por 48,11% dos usuários e como bom por 40,53%. Avaliações regulares e negativas foram pouco frequentes. Por fim, as informações fornecidas durante o atendimento odontológico também receberam avaliações predominantemente positivas. Mais da metade dos participantes classificou esse aspecto como muito bom (51,51%), enquanto 40,91% o avaliaram como bom. Avaliações regulares ou negativas foram pouco frequentes.

Tabela 9: Qualidade de vida a partir dos domínios do WHOQOL-Bref

Qualidade Vida	Média	Intervalo de Confiança
Domínio Físico	65.12	63.28 – 66.97
Domínio Psicológico	66.89	65.48 – 68.29
Domínio Social	66.30	64.55 – 68.05
Domínio Ambiental	60.83	59.12 – 62.57

Fonte: criado pelos autores (2026)

Entre os domínios avaliados, o domínio psicológico apresentou a maior média (66.89), seguido do domínio social (66.30) e do domínio físico (65.12). Esses resultados sugerem que, apesar da presença de condições crônicas e de outros fatores relacionados ao processo saúde-doença, os participantes tendem a avaliar de forma relativamente positiva aspectos relacionados ao bem-estar emocional, às relações sociais e às condições físicas de vida.

Por outro lado, o domínio ambiental apresentou a menor média entre os domínios analisados (60.83). Esse resultado pode indicar maior sensibilidade dos participantes a fatores relacionados às condições do ambiente em que vivem, como segurança, acesso a serviços de saúde, oportunidades de lazer, condições de moradia, transporte e recursos financeiros.

Tabela 10: Qualidade de vida dos pacientes e sintomatologia depressiva e ansiosa

Qualidade de vida/ Sintomatologia	Domínio físico	Domínio psicológico	Domínio ambiental	Domínio social
Sintoma Depressivo (PHQ9)				
Sem sintomas significativos	73.61	73.19	64.88	70.62
Com Sintomas significativos	53.58	58.31	55.31	60.41
Sintomas Ansiosos (GAD7)				
Sem Sintomas significativos	72.33	72.52	69.81	65.05
Com Sintomas significativos	53.81	58.05	60.78	54.20

Fonte: criado pelos autores (2026)

Observa-se que indivíduos sem sintomas significativos apresentam médias mais elevadas de qualidade de vida em todos os domínios avaliados, enquanto aqueles com sintomas apresentam redução expressiva nesses escores.

Em relação aos sintomas depressivos avaliados pelo PHQ-9, os participantes sem sintomas significativos apresentaram médias mais elevadas nos domínios físico (73.61), psicológico (73.19), social (70.62) e ambiental (64.88). Por outro lado, entre aqueles com sintomas depressivos significativos, os escores foram consideravelmente menores, com médias de 53.58 no domínio físico, 58.31 no domínio psicológico, 60.41 no domínio social e 55.31 no domínio ambiental. Esses resultados indicam uma associação consistente entre presença de sintomas depressivos e pior percepção de qualidade de vida em todas as dimensões avaliadas.

Padrão semelhante foi observado em relação à sintomatologia ansiosa avaliada pelo GAD-7. Participantes sem sintomas ansiosos significativos apresentaram médias mais altas nos domínios físico (72.33), psicológico (72.52), social (65.05) e ambiental (69.81). Em contraste, aqueles com sintomas ansiosos significativos apresentaram escores inferiores, com médias de 53.81 no domínio físico, 58.05 no domínio psicológico, 54.20 no domínio social e 60.78 no domínio ambiental.

Os resultados evidenciam que tanto a sintomatologia depressiva quanto a ansiosa estão associadas a pior qualidade de vida nos diferentes domínios avaliados, com reduções mais pronunciadas nos aspectos físico e psicológico.

Tabela 11: Ansiedade e Depressão

Ansiedade	Freq.	%
Sintomas Leves	248	61,08
Sintomas Moderados	98	24,14
Sint. Moderado-Grave	39	9,61
Sintomas Graves	21	5,17
Total	406	100,00
Depressão		
Sem Depressão	234	57,64
Depressão Leve	92	22,66
Depressão Moderada	54	13,30
Depressão Moderada-Grave	16	3,94
Depressão Grave	10	2,46
Total	406	100,00

Fonte: criado pelos autores (2026)

Em relação à ansiedade, observou-se predominância de sintomas leves, presentes em 61,08% dos participantes. Em seguida, 24,14% apresentaram sintomas moderados, enquanto 9,61% foram classificados com sintomas moderado-graves e 5,17% com sintomas graves. Esses resultados indicam que, embora a maior parte da população apresenta níveis mais leves de ansiedade, uma parcela relevante apresenta sintomas em níveis moderados ou mais intensos, o que pode demandar maior atenção dos serviços de saúde.

No que se refere à depressão, a maioria dos participantes não apresentou indicativos do transtorno, correspondendo a 57,64% da amostra. Entre aqueles que apresentaram sintomas depressivos, 22,66% foram classificados com depressão leve, 13,30% com depressão moderada, 3,94% com depressão moderada-grave e 2,46% com depressão grave. Assim, embora a maior parte dos indivíduos não apresente sintomas depressivos significativos, observa-se uma proporção expressiva de participantes com diferentes níveis de depressão, especialmente nas formas leve e moderada.



Tabela 12 Escores da APS

Score	Média	Intervalo de Confiança
Utilização	8.68	8.47 – 8.88
Acessibilidade	5.71	5.52 - 5.91
Longitudinalidade	6.48	6.33 - 6.64
Integração de Cuidados	7.57	7.34 – 7.81
Sistema de informações	4.68	4.35 - 5.02
Serviços disponíveis	6.60	6.32 – 6.87
Serviços prestados	7.72	7.51 – 7.93
Orientação familiar	7.09	6.84 – 7.34
Orientação comunitária	6.96	6.66 – 7.26
Escore geral	6.93	6.78 – 7.07

Fonte: criado pelos autores (2026)

O atributo do escore médio global da APS foi de 6.93, indicando desempenho próximo ao ponto de corte recomendado para avaliação positiva da qualidade da atenção primária.

Entre os atributos analisados, o maior escore foi observado no atributo utilização, com média de 8.68, sugerindo que os usuários reconhecem a APS como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde. Também se destacaram os atributos serviços prestados, com média de 7.72, e integração de cuidados, com média de 7.57, indicando percepção relativamente positiva quanto à oferta de ações e à articulação do cuidado dentro da rede de serviços.

Os atributos orientação familiar e orientação comunitária apresentaram escores intermediários, com médias de 7.09 e 6.96, respectivamente, sugerindo presença dessas dimensões no cuidado, ainda que com possibilidade de fortalecimento. De forma semelhante, o atributo serviços disponíveis apresentou média de 6.60, indicando disponibilidade moderada de ações e recursos na atenção primária.

Por outro lado, alguns atributos apresentaram escores mais baixos. A longitudinalidade registrou média de 6.48, sugerindo que o vínculo e a continuidade do cuidado ainda se encontram em processo de consolidação. A acessibilidade apresentou média de 5.71, apontando possíveis barreiras relacionadas ao acesso oportuno aos serviços. O menor escore foi observado no atributo sistema de informações, com média de 4.68, indicando fragilidades na organização, registro ou compartilhamento de informações no âmbito da APS.

Tabela 13 Atributos do PCATool por condições sociodemográficas dos pacientes do município de Içara

Escore/ Variável	Escore A¹	Escore B²	Escore C³	Escore D⁴	Escore E⁵	Escore F⁶	Escore G⁷	Escore H⁸	Escore I⁹	Escore J¹⁰
Idade										
18-29	8.04	5.81	6.64	7.15	5.28	6.80	7.58	7.27	6.99	6.93
30-39	8.12	5.37	6.12	6.99	4.41	6.30	6.84	6.47	6.33	6.40
40-49	9.07	5.92	6.72	7.20	4.81	7.48	7.75	7.42	7.42	7.16
50+	8.87	5.74	6.47	8.02	4.64	6.35	8.04	7.15	6.99	7.03
Sexo										
Masculino	8.57	5.58	6.22	7.00	4.30	6.14	7.50	6.79	6.74	6.60
Feminino	8.72	5.77	6.57	7.75	4.80	6.73	7.79	7.19	7.04	7.03
Preferiu Não Responder	3.33	1.66	5.00	5.33	3.33	6.66	5.00	3.33	3.33	4.63
UBS										
Aurora	7.65	5.49	6.66	7.13	5.92	5.88	7.06	6.79	6.79	6.61
Boa Vista	8.98	5.57	6.81	6.78	3.62	8.98	8.51	8.11	8.55	7.51
Centro	8.83	5.58	7.00	8.23	2.16	6.00	8.79	8.58	6.16	7.19
Cristo Rei	7.94	5.64	5.83	5.07	3.07	7.17	7.62	6.66	4.61	6.24
Demboski	9.86	7.13	7.50	9.54	1.86	9.64	9.53	8.53	9.46	8.58
Esplanada	9.56	6.01	6.52	9.04	6.66	7.92	8.36	8.18	6.81	7.81
Jaqueline	7.55	4.77	4.83	6.88	5.11	7.33	6.66	4.88	6.00	6.08
Jardim Silvana	8.33	5.00	5.58	6.66	1.00	5.66	7.16	3.16	4.66	5.63
Jussara	9.66	5.66	7.00	8.40	4.66	4.22	7.58	7.00	6.66	6.80
Liri	8.33	4.87	5.92	7.35	3.84	7.09	7.01	6.47	6.66	6.55
N. Senhora da Salette	9.13	5.69	5.99	6.79	5.26	5.19	6.98	5.26	5.69	6.16
Presidente Vargas I	9.80	5.68	7.25	8.23	6.47	5.81	8.28	7.84	7.64	7.35
Presidente Vargas II	9.29	6.05	7.28	8.49	7.01	5.55	8.42	7.45	8.77	7.47
Primeiro de Maio	7.00	6.33	6.66	7.06	4.00	6.11	7.50	7.66	7.00	6.78

Raichaski	8.66	6.00	6.41	5.80	3.16	5.72	7.37	6.58	6.33	6.21
Terceira Linha	9.82	5.70	8.24	9.57	9.12	8.01	9.69	9.64	9.29	8.73
Tereza Cristina	7.59	6.11	6.43	7.88	1.66	4.19	5.50	6.66	7.77	6.00
Vila Nova I	8.04	5.05	4.91	7.17	4.59	5.93	7.15	5.97	5.63	6.10
Vila Nova II	8.26	5.86	6.15	7.15	7.82	7.58	7.17	7.53	6.23	7.02
Jardim Elizabete	8.18	6.36	7.50	7.33	3.3	5.15	7.80	8.18	7.57	6.96
Renda individual										
0-1 SM	7.22	5.83	6.38	6.66	4.44	5.92	7.08	7.50	7.77	6.56
2-5 SM	9.08	6.12	6.47	8.03	4.91	6.00	7.47	7.00	6.91	6.90
5-9 SM	10.0	5.00	6.66	10.0	3.33	6.66	6.66	8.33	10.0	7.39
Renda Familiar										
0-1 SM	8.88	6.11	6.66	6.66	4.44	7.03	8.33	8.33	8.88	7.21
2-5 SM	8.83	6.08	6.45	7.93	4.88	5.91	7.36	6.97	6.89	6.83
10+ SM	10.0	5.00	6.66	10.0	3.33	6.66	6.66	8.33	10.0	7.39
Escolaridade										
Não alfabetizado	10.0	7.77	7.22	7.77	5.55	7.40	7.50	9.44	10.0	7.80
Fundamental incompleto	9.01	6.09	6.55	7.98	4.92	6.58	7.90	7.03	7.32	7.10
Fundamental completo	8.82	5.80	6.35	7.82	4.87	6.46	7.87	7.37	6.41	6.97
Ensino médio incompleto	8.81	5.48	6.26	7.11	5.59	5.23	6.50	6.39	6.88	6.33
Médio Completo	8.29	5.43	6.46	7.42	4.02	6.92	7.89	7.50	7.04	6.95
Superior Incompleto	8.27	5.32	6.77	6.79	5.48	6.77	7.74	6.50	6.77	6.78

Superior Completo	8.27	5.55	6.17	6.88	3.33	6.95	7.40	6.66	6.17	6.61
Pós Graduação	8.09	5.00	7.26	7.80	6.19	6.50	7.26	6.66	7.14	6.97
Preferiu Não Responder	9.16	4.58	6.25	7.66	2.50	7.77	7.91	7.50	5.00	6.96

Fonte: criado pelos autores (2026)

- 1Utilização
- 2Acessibilidade
- 3Longitudinalidade
- 4Integração de Cuidados
- 5Sistemas de Informação
- 6Serviços disponíveis
- 7Serviços prestados
- 8Orientação familiar
- 9Orientação comunitária
- 10Escore Geral

Observa-se que os escores se mantêm relativamente semelhantes entre os diferentes grupos etários, com médias gerais variando entre 6.40 e 7.16. O grupo de 40 a 49 anos apresentou o maior escore geral (7.16), seguido pelos indivíduos com 50 anos ou mais (7.03), enquanto o grupo de 30 a 39 anos apresentou o menor escore (6.40). Em todos os grupos etários, o atributo utilização manteve valores elevados, enquanto acessibilidade e sistemas de informação apresentaram escores mais baixos.

Em relação ao sexo, as mulheres apresentaram escore geral ligeiramente superior (7.03) em comparação aos homens (6.60), além de médias mais altas na maioria dos atributos, especialmente em integração de cuidados, serviços prestados e orientação familiar. Esse resultado sugere percepção mais positiva da qualidade da atenção primária entre usuárias do sexo feminino.

Ao analisar os escores por Unidade Básica de Saúde, observa-se importante variabilidade entre os territórios. A UBS Terceira Linha apresentou o maior escore geral (8.73), seguida pela UBS Demboski (8.58), indicando avaliação bastante positiva da APS nesses territórios. Por outro lado, unidades como Jardim Silvana (5.63), Tereza Cristina (6.00) e Jaqueline (6.08) apresentaram escores gerais mais baixos, sugerindo possíveis fragilidades na organização ou na percepção dos serviços ofertados. Entre os atributos, novamente se destacam escores mais elevados em utilização e serviços prestados, enquanto o atributo sistemas de informação tende a apresentar valores inferiores em diversas unidades.

No que se refere à renda individual, observa-se tendência de aumento do escore geral conforme a renda, passando de 6.56 entre indivíduos com renda de até um salário mínimo para 7.39 entre aqueles com renda entre cinco e nove salários mínimos. Padrão semelhante é observado na renda familiar, na qual os maiores escores gerais também aparecem nos estratos de renda mais elevados.

Quanto à escolaridade, os escores gerais apresentaram variações relativamente pequenas entre os níveis educacionais, mantendo-se próximos entre si. Os maiores valores foram observados entre indivíduos não alfabetizados (7.80) e com ensino fundamental incompleto (7.10), enquanto os menores escores ocorreram entre participantes com ensino médio incompleto (6.33). De modo geral, independentemente da escolaridade, os atributos utilização e serviços prestados apresentaram avaliações mais positivas, enquanto acessibilidade e sistemas de informação permaneceram entre os aspectos com menores médias.

Tabela 14: Atributos do PCATool pelas principais condições de saúde

Escore/ Condição Crônica	Escor e A¹	Escor e B²	Escor e C³	Escor e D⁴	Escor e E⁵	Escor e F⁶	Escor e G⁷	Escor e H⁸	Escor e I⁹	Escor e J¹⁰
Sim	8.74	5.51	6.41	7.80	4.60	6.78	7.82	7.06	6.84	6.97
Não	8.60	5.95	6.57	7.31	4.78	6.39	7.60	7.13	7.10	6.88

Fonte: criado pelos autores (2026)

- 1Utilização
- 2Acessibilidade
- 3Longitudinalidade
- 4Integração de Cuidados
- 5Sistemas de Informação
- 6Serviços disponíveis
- 7Serviços prestados
- 8Orientação familiar
- 9Orientação comunitária
- 10Escore Geral

Observa-se que os indivíduos com doenças crônicas apresentaram escore geral ligeiramente superior (6.97) em comparação àqueles que não relataram condições crônicas (6.88). Esse resultado sugere que usuários com maior necessidade de acompanhamento tendem a avaliar de forma um pouco mais positiva a experiência com os serviços da atenção primária.

Entre os participantes com condições crônicas, destacam-se escores mais elevados nos atributos de utilização (8.74), serviços prestados (7.82) e integração de cuidados (7.80),

indicando maior frequência de uso e maior percepção de continuidade no cuidado. Por outro lado, acessibilidade (5.51) e sistemas de informação (4.60) apresentaram os menores valores neste grupo, evidenciando possíveis dificuldades relacionadas ao acesso aos serviços e à organização das informações no processo de cuidado.

Entre os indivíduos sem condições crônicas, também se observam escores elevados em utilização (8.60) e serviços prestados (7.60), embora com valores um pouco inferiores aos observados entre aqueles com doenças crônicas. Nesse grupo, os atributos acessibilidade (5.95) e sistemas de informação (4.78) igualmente apresentaram os menores escores, indicando que essas dimensões permanecem como fragilidades percebidas da atenção primária independentemente da condição de saúde do usuário.

Os resultados indicam que usuários com doenças crônicas tendem a perceber de forma mais positiva atributos relacionados à continuidade e à oferta de serviços, possivelmente em função da maior frequência de contato com as equipes de saúde.

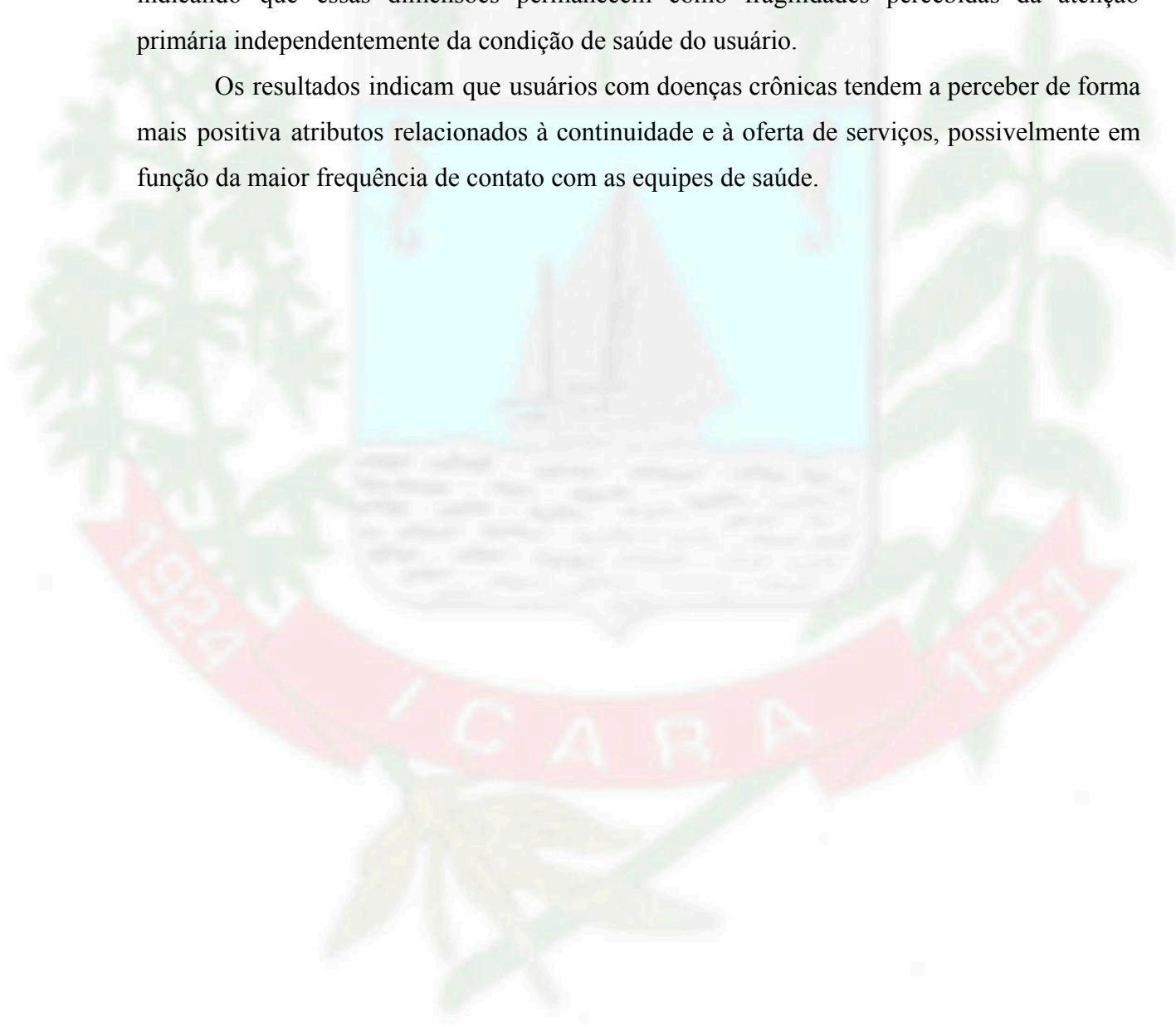


Tabela 15: Condições de Saúde por UBS

UBS	AURO RA	BOA VISTA	CENTRO	CRISTO REI	DEMBO SKI	ESPLAN ADA	JAQUEL INE	JARDIM SILVANA	JUSSAR A	LIRI	Total
n (%)											n (%)
Depressão (PHQ9)											
Sem sintomas significativo s	13 (5,56)	20 (8,55)	7 (2,99)	6 (2,56)	24 (10,26)	9 (3,85)	10 (4,27)	2 (0,85)	9 (3,85)	11 (4,70)	234 (100,0)
Com sintomas significativo s	16 (9,30)	3 (1,74)	14 (8,14)	8 (4,65)	2 (1,16)	14 (8,14)	6 (3,49)	8 (4,65)	2 (1,16)	16 (9,30)	172 (100,0)
Total	29 (7,14)	23 (5,67)	21 (5,17)	14 (3,45)	26 (6,40)	23 (5,67)	16 (3,94)	10 (2,46)	11 (2,71)	27 (6,65)	406 (100,0)
Sintoma Ansioso (GAD7)											
Sem sintomas significativo s	11 (4,44)	21 (8,47)	10 (4,03)	6 (2,42)	24 (9,68)	12 (4,84)	11 (4,44)	2 (0,81)	7 (2,82)	13 (5,24)	248 (100,0)

Com sintomas significativo s	18 (11,39)	2 (1,27)	11 (6,69)	8 (5,06)	2 (1,27)	11 (6,96)	5 (3,16)	8 (5,06)	4 (2,53)	14 (8,86)	158 (100,0)
Total	29 (7,14)	23 (5,67)	21 (5,17)	14 (3,45)	26 (6,40)	23 (5,67)	16 (3,94)	10 (2,46)	11 (2,71)	27 (6,65)	406 (100,0)
Uso de Álcool (Audit-C)											
Risco Moderado	5 (6,67)	9 (12,00)	1 (1,33)	2 (2,67)	3 (4,00)	8 (10,67)	3 (4,00)	1 (1,33)	0 (0,00)	8 (10,67)	75 (100,0)
Risco Alto	2 (7,14)	1 (3,57)	0 (0,00)	1 (3,57)	2 (7,14)	1 (3,57)	3 (10,71)	0 (0,00)	1 (3,57)	2 (7,14)	28 (100,0)
Risco Severo	1 (6,67)	1 (6,67)	0 (0,00)	1 (6,67)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (6,67)	2 (13,33)	0 (0,00)	3 (20,00)	15 (100,0)
Total	8 (6,78)	11 (9,32)	1 (0,85)	4 (3,39)	5 (4,24)	9 (7,63)	7 (5,93)	3 (2,54)	3 (2,54)	13 (11,02)	118 (100,0)
Fumante											
Sim	2 (5,88)	0 (0,00)	1 (2,94)	1 (2,94)	3 (8,82)	2 (5,88)	0 (0,00)	1 (2,94)	2 (5,88)	5 (14,71)	34 (100,0)
Não	27 (7,26)	23 (6,18)	20 (5,38)	13 (3,49)	23 (6,18)	21 (5,65)	16 (4,30)	9 (2,42)	9 (2,42)	22 (5,91)	372 (100,0)

Total	29 (7,14)	23 (5,67)	21 (5,17)	14 (3,45)	26 (6,40)	23 (5,67)	16 (3,94)	11 (2,71)	11 (2,71)	27 (6,65)	406 (100,0)
Condição Crônica											
Sim	15 (7,01)	12 (5,61)	13 (6,07)	5 (2,34)	6 (2,80)	16 (7,48)	9 (4,21)	7 (3,27)	8 (3,74)	21 (9,81)	214 (100,0)
Não	14 (7,29)	11 (5,73)	8 (4,17)	9 (4,69)	20 (10,42)	7 (3,65)	7 (3,65)	3 (1,56)	3 (1,56)	6 (3,13)	192 (100,0)
Total	29 (7,14)	23 (5,67)	21 (5,17)	14 (3,45)	26 (6,40)	23 (5,67)	16 (3,94)	10 (2,46)	11 (2,71)	27 (6,65)	406 (100,0)

Fonte: criado pelos autores (2026)

Tabela 15: Condições de Saúde por UBS

UBS	NOSSA SENHOR A DE FÁTIMA	PRESID ENTE VARGAS I	PRESID ENTE VARGAS II	PRIMEI RO DE MAIO	RAICHA SKI	TERCEI RA LINHA	TEREZA CRISTIN A	VILA NOVA I	VILA NOVA II	JARDIM ELIZAB ETE	Total
	n (%)										n (%)
Depressão (PHQ9)											
Sem sintomas significativos	16	7	13	9	8	18	6	24	18	4	234

	(6,84)	(2,99)	(5,56)	(3,85)	(3,42)	(7,69)	(2,56)	(10,26)	(7,69)	(1,71)	(100,0)
Com sintomas significativos	15	12	6	1	12	1	12	9	6	9	172
	(8,72)	(6,98)	(3,49)	(0,58)	(6,98)	(0,58)	(6,98)	(5,23)	(3,49)	(5,23)	(100,0)
Total	31	19	19	10	20	19	18	33	24	13	406
	(7,64)	(4,68)	(4,68)	(2,46)	(4,93)	(4,68)	(4,43)	(8,13)	(5,91)	(3,20)	(100,0)
Sintoma Ansioso (GAD7)											
Sem sintomas significativos	20	10	11	8	6	19	6	25	20	6	248
	(8,06)	(4,03)	(4,44)	(3,23)	(2,42)	(7,66)	(2,42)	(10,08)	(8,06)	(2,42)	(100,0)
Com sintomas significativos	11	9	8	2	14	0	12	8	4	7	158
	(6,69)	(5,70)	(5,06)	(1,27)	(8,86)	(0,00)	(7,59)	(5,06)	(2,53)	(4,43)	(100,0)
Total	31	19	19	10	20	19	18	33	24	13	406
	(7,64)	(4,68)	(4,68)	(2,46)	(4,93)	(4,68)	(4,43)	(8,13)	(5,91)	(3,20)	(100,0)
Uso de Álcool (Audit-C)											
Risco Moderado	5	4	4	5	6	1	5	1	1	3	75
	(6,67)	(5,33)	(5,33)	(6,67)	(8,00)	(1,33)	(6,67)	(1,33)	(1,33)	(4,00)	(100,0)
Risco Alto	1	4	0	0	1	2	0	2	3	2	28
	(3,57)	(14,29)	(0,00)	(0,00)	(3,57)	(7,14)	(0,00)	(7,14)	(10,71)	(7,14)	(100,0)
Risco Severo	2	0	0	0	1	0	0	3	0	0	15

	(13,33)	(0,00)	(0,00)	(0,00)	(6,67)	(0,00)	(0,00)	(20,00)	(0,00)	(0,00)	(100,0)
	8	8	4	5	8	3	5	6	4	5	118
Total	(6,78)	(6,78)	(3,39)	(4,24)	(6,78)	(2,54)	(4,24)	(5,08)	(3,39)	(4,24)	(100,0)
Fumante											
	2	1	0	0	2	4	3	4	1	0	34
Sim	(5,88)	(2,94)	(0,00)	(0,00)	(5,88)	(11,76)	(8,82)	(11,76)	(2,94)	(0,00)	(100,0)
	29	18	19	10	18	15	15	29	23	13	372
Não	(7,00)	(4,84)	(5,11)	(2,69)	(4,84)	(4,03)	(4,03)	(7,80)	(6,18)	(3,49)	(100,0)
	31	19	19	10	20	19	18	33	24	13	406
Total	(7,64)	(4,68)	(4,68)	(2,46)	(4,93)	(4,68)	(4,43)	(8,13)	(5,91)	(3,20)	(100,0)
Condição Crônica											
	15	10,0	10,0	6	4	10	13	19	10	5	214
Sim	(7,01)	(4,67)	(4,67)	(2,80)	(1,87)	(4,67)	(6,07)	(8,88)	(4,67)	(2,34)	(100,0)
	16	9	9	4	16	9	5	14	14	8	192
Não	(8,33)	(4,69)	(4,69)	(2,08)	(8,33)	(4,69)	(2,60)	(7,29)	(7,29)	(4,17)	(100,0)
	31	19	19	10	20	19	18	33	24	13	406
Total	(7,64)	(4,68)	(4,68)	(2,46)	(4,93)	(4,68)	(4,43)	(8,13)	(5,91)	(3,20)	(100,0)

Fonte: criado pelos autores (2026)



Em relação aos sintomas depressivos avaliados pelo PHQ-9, observou-se que a maior parte dos participantes foi classificada como sem sintomas significativos, enquanto uma parcela menor apresentou sintomas depressivos significativos. Entre as unidades com maior número de participantes sem sintomas destacam-se Demboski e Vila Nova I, enquanto a presença de sintomas foi relativamente mais frequente em unidades como Aurora, Centro, Esplanada e Liri, indicando variações territoriais na distribuição do sofrimento psíquico.

Quanto aos sintomas ansiosos avaliados pelo GAD-7, também se observou maior frequência de participantes sem sintomas significativos em comparação àqueles com sintomas ansiosos. Unidades como Boa Vista, Demboski, Terceira Linha e Vila Nova I apresentaram maior número de usuários sem sintomas, enquanto Aurora, Raichaski e Tereza Cristina concentraram proporções relativamente maiores de participantes com sintomas ansiosos.

Em relação ao uso de álcool avaliado pelo AUDIT-C, identificou-se a presença de diferentes níveis de risco para consumo problemático. A maior parte dos casos foi classificada como risco moderado, seguida por risco alto e risco severo. As maiores concentrações de risco moderado foram observadas em unidades como Boa Vista, Esplanada e Liri, enquanto os casos classificados como risco alto e severo apresentaram distribuição mais dispersa entre as UBS, com registros em unidades como Jaqueline, Vila Nova I e Jardim Silvana.

No que se refere ao tabagismo, a maioria dos participantes declarou não ser fumante, enquanto uma parcela menor relatou fazer uso de tabaco. Entre as unidades com maior número relativo de fumantes destacam-se Liri, Vila Nova I e Terceira Linha, embora os valores permaneçam reduzidos quando comparados ao total de participantes.

Por fim, quanto à presença de condições crônicas de saúde, verificou-se que uma parte expressiva dos usuários relatou possuir alguma condição crônica, enquanto outra parcela declarou não apresentar tais condições. A presença dessas condições foi relativamente mais frequente em unidades como Vila Nova I, Esplanada, Aurora e Tereza Cristina, o que pode refletir diferenças no perfil epidemiológico e na demanda por acompanhamento longitudinal entre os territórios atendidos pelas unidades de saúde.

Tabela 16 – Relação entre médias de qualidade de vida por distrito

Qualidade de vida/UBS	Domínio físico	Domínio psicológico	Domínio social	Domínio ambiental
AURORA	67.17	67.03	61.44	61.24
BOA VISTA	79.65	78.47	77.21	72.95
CENTRO	62.90	68.76	71.19	61.04
CRISTO REI	62.57	60.85	64.28	67.64
DEMBOSKI	69.50	65.19	69.53	62.88
ESPLANADA	58.82	65.56	68.00	54.21
JAQUELINE	70.75	66.06	71.43	64.00
JARDIM SILVANA	60.20	58.80	66.30	67.70
JUSSARA	76.18	74.45	64.72	65.00
LIRI	55.29	58.40	63.66	54.29
N. SENHORA DE FÁTIMA	65.38	67.58	65.00	55.09
PRESIDENTE VARGAS I	65.63	69.73	73.05	62.15
PRESIDENTE VARGAS II	67.26	71.31	73.36	62.31
PRIMEIRO DE MAIO	75.70	73.20	69.40	59.00
RAICHASKI	50.25	61.30	59.95	57.35
TERCEIRA LINHA	76.63	73.05	65.84	64.05
TEREZA CRISTINA	60.44	59.44	51.11	55.16
VILA NOVA I	60.51	66.03	60.45	57.06
VILA NOVA II	68.83	74.37	75.29	73.20
JARDIM ELIZABETE	56.38	54.92	53.38	45.46

Fonte: criado pelos autores (2026)

Observa-se variação entre os territórios nos diferentes domínios analisados, indicando que as condições de vida e saúde percebidas pelos usuários não se distribuem de forma homogênea entre as áreas de abrangência das unidades. No domínio físico, que envolve aspectos relacionados à energia, mobilidade, sono e capacidade para atividades cotidianas, destacam-se valores mais elevados nas unidades Boa Vista, Terceira Linha, Primeiro de Maio e Jussara. Em contrapartida, menores médias foram observadas em Raichaski, Liri e Jardim

Elizabete, sugerindo maior percepção de limitações físicas ou impacto das condições de saúde nesses territórios.

No domínio psicológico, que contempla sentimentos positivos, autoestima, memória e ausência de sentimentos negativos, as maiores médias foram observadas nas unidades Boa Vista, Jussara, Vila Nova II e Primeiro de Maio. Por outro lado, unidades como Jardim Elizabete, Liri e Jardim Silvana apresentaram médias inferiores, indicando possível maior presença de sofrimento psicológico ou menor percepção de bem-estar emocional entre os usuários desses territórios.

Em relação ao domínio social, que inclui satisfação com relações pessoais, apoio social e vida sexual, as maiores médias foram registradas nas unidades Boa Vista, Vila Nova II, Presidente Vargas II e Presidente Vargas I. Já valores mais baixos foram observados em Tereza Cristina, Jardim Elizabete e Raichaski, o que pode indicar fragilidades nas redes de apoio social ou na qualidade das relações interpessoais em alguns contextos territoriais.

Por fim, no domínio ambiental, que envolve condições de moradia, segurança, acesso a serviços e recursos do ambiente, destacam-se as unidades Vila Nova II, Boa Vista e Cristo Rei com médias mais elevadas. Em contraste, Jardim Elizabete, Esplanada e Liri apresentaram as menores médias nesse domínio, sugerindo maior influência de fatores estruturais e ambientais na percepção de qualidade de vida nesses territórios.

PROPOSIÇÃO

Situação Problema	Sugestões a Gestão
Elevada prevalência de doenças crônicas (52,71%), com destaque para hipertensão arterial (64,95%), problemas de coluna (47,66%), dislipidemia (37,85%), depressão (36,92%) e diabetes (28,50%).	Fortalecer a linha de cuidado às condições crônicas na APS, com acompanhamento longitudinal, monitoramento clínico regular e construção de planos terapêuticos individualizados.
	Ampliar o cuidado multiprofissional, integrando médicos, enfermeiros, profissionais de saúde mental, fisioterapia e educação física no acompanhamento das condições crônicas.
Presença de polifarmácia entre os usuários (43,87%), associada ao perfil envelhecido da população atendida.	Implantar estratégias sistemáticas de revisão da prescrição medicamentosa, com foco no uso racional de medicamentos e prevenção de interações medicamentosas.
	Promover educação em saúde voltada ao autocuidado e à adesão segura aos tratamentos.
Alta prevalência de sedentarismo (75,12%), indicando baixo nível de prática de atividade física entre os usuários da APS.	Integrar as ações de promoção da atividade física às estratégias de prevenção das doenças cardiovasculares e metabólicas.
	Desenvolver programas territoriais de promoção da atividade física, incluindo grupos de caminhada, práticas corporais e parcerias com espaços comunitários.
Presença de comportamentos de risco relacionados ao consumo de álcool, com parcela significativa dos participantes classificados em risco alto ou severo (36,44%).	Fortalecer ações de prevenção e rastreamento do uso problemático de álcool na APS, com aconselhamento breve, grupos educativos e encaminhamento quando necessário.
	Integrar estratégias de cuidado em saúde mental e redução de danos no acompanhamento dos usuários.
Presença de dificuldades relacionadas ao sono em parte da população (22,91%), potencialmente associadas a fatores psicossociais e condições crônicas.	Inserir orientações sobre higiene do sono nas consultas e grupos educativos, articulando saúde física e mental.
	Desenvolver estratégias de promoção da saúde mental no território, incluindo grupos terapêuticos e ações educativas.
Alta prevalência de perda dentária (62,56%), apesar da avaliação positiva da saúde bucal entre os usuários.	Ampliar ações preventivas em saúde bucal, com foco em educação em saúde, prevenção de cáries e doenças periodontais.
	Fortalecer a reabilitação protética e a integração do cuidado odontológico com as demais ações da Atenção Primária.

Presença de vulnerabilidade alimentar em parte da população (insegurança alimentar leve, moderada ou grave em aproximadamente 12% dos participantes).	Fortalecer ações intersectoriais voltadas à segurança alimentar e nutricional, articulando a APS com políticas sociais e programas de assistência alimentar.
	Desenvolver ações educativas sobre alimentação saudável e promoção da saúde no território.

A análise do perfil dos usuários da Atenção Primária à Saúde do município de Içara evidencia uma amostra predominantemente feminina e com maior concentração de adultos e idosos, sendo que aproximadamente metade dos participantes possui 50 anos ou mais. Esse perfil demográfico é consistente com o padrão observado em serviços de saúde, nos quais as mulheres tendem a utilizar mais frequentemente os serviços de atenção primária e os indivíduos mais velhos apresentam maior demanda por acompanhamento contínuo.

No campo das condições de saúde, observa-se elevada presença de doenças crônicas, relatadas por mais da metade dos participantes da pesquisa. Entre essas condições, destacam-se a hipertensão arterial, os problemas musculoesqueléticos, especialmente relacionados à coluna, e as alterações metabólicas, como dislipidemia e diabetes. Além disso, a depressão aparece com prevalência expressiva entre os participantes, evidenciando a importância do cuidado em saúde mental no contexto da atenção primária.

Esse cenário é reforçado pela presença significativa de polifarmácia entre os usuários, fenômeno frequentemente associado ao manejo de múltiplas condições crônicas. A utilização concomitante de diferentes medicamentos exige acompanhamento clínico cuidadoso e revisão periódica das prescrições, a fim de evitar interações medicamentosas, efeitos adversos e dificuldades na adesão terapêutica.

Outro aspecto relevante identificado nos resultados refere-se à presença de comportamentos de risco relacionados ao estilo de vida. A baixa prática de atividade física constitui um dos principais achados do estudo, sendo observada em mais de três quartos dos participantes. Esse padrão comportamental representa um fator importante de risco para o agravamento de doenças cardiovasculares, metabólicas e musculoesqueléticas, além de impactar negativamente a qualidade de vida da população.

No que se refere aos hábitos relacionados ao consumo de álcool, os resultados indicam a presença de parcela relevante da população com níveis de risco potencialmente prejudiciais

à saúde, o que reforça a necessidade de estratégias de rastreamento, aconselhamento e acompanhamento no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Aspectos relacionados à saúde bucal também merecem destaque. Embora a maioria dos participantes tenha avaliado positivamente sua saúde bucal, a perda dentária mostrou-se bastante frequente entre os usuários, indicando possíveis lacunas históricas no acesso ou na continuidade de cuidados preventivos e reabilitadores.

Por outro lado, os resultados indicam níveis elevados de satisfação com os serviços oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde, tanto em relação ao atendimento geral quanto ao atendimento médico, de enfermagem e odontológico. A maioria dos usuários relatou facilidade para agendar consultas, avaliações positivas quanto ao tempo de espera, duração das consultas, atenção dos profissionais e clareza das informações recebidas. Esses achados sugerem uma percepção positiva da população em relação à qualidade do cuidado oferecido pela rede de Atenção Primária do município.

Ainda assim, a presença de condições crônicas, comportamentos de risco e vulnerabilidades sociais identificadas no estudo evidencia a importância de fortalecer estratégias de promoção da saúde, prevenção de agravos e cuidado integral no território.

A partir dos resultados obtidos, as proposições para o município de Içara indicam a necessidade de fortalecimento de estratégias estruturantes no âmbito da Atenção Primária à Saúde, destacando-se:

- Fortalecer o cuidado integral às condições crônicas, com acompanhamento longitudinal, monitoramento clínico e revisão periódica da prescrição medicamentosa.
- Ampliar ações de promoção da saúde voltadas à prática de atividade física, adoção de hábitos saudáveis e prevenção de doenças cardiovasculares e metabólicas.
- Desenvolver estratégias de prevenção e cuidado relacionadas ao consumo de álcool, integrando ações educativas, rastreamento e acompanhamento multiprofissional.
- Qualificar a linha de cuidado em saúde mental, ampliando o acesso a acompanhamento psicológico, grupos terapêuticos e ações comunitárias de promoção do bem-estar.
- Fortalecer ações preventivas e reabilitadoras em saúde bucal, ampliando o acesso a cuidados odontológicos e estratégias de prevenção de perda dentária.
- Intensificar ações intersetoriais voltadas à segurança alimentar e promoção da alimentação saudável.

A implementação integrada dessas estratégias pode contribuir para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no município de Içara, ampliando sua capacidade de responder às

necessidades clínicas, sociais e psicossociais da população, promovendo melhores condições de saúde e qualidade de vida no território.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil – 2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Pcatool_2020.pdf. Acesso em: 6 ago. 2025.

BRASIL. Pref. Municipal de Dourados - **O Que é a Estratégia de Saúde da Família?** - Depto de Tecnologia da Informação. Ano 2022. Sec Mun Administração. Link de acesso: www.dourados.ms.gov.br/index.php/o-que-e-a-estrategia-de-saude-da-familia/

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Cidades@: Içara (SC)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sc/criciuma.html> . Acesso em: 6 ago. 2025.

MENDES, E. V.. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

OLIVEIRA, A.E.F.; CHAGAS, Deysianne Costa das; GARCIA, Paola Trindade (Org.). **Análise de situação de saúde**. São Luís: EDLIFMA, 2019.