



**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE (UNESC)
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, INOVAÇÃO E EXTENSÃO
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPGSCol)
[MESTRADO PROFISSIONAL]**

BRUNA CARDOSO BARCELOS

**ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE
PROFISSIONAIS DA EQUIPE MÍNIMA: UMA ANÁLISE NO CENÁRIO DE
PRÁTICAS DE CRICIÚMA – SC**

CRICIÚMA

2026

BRUNA CARDOSO BARCELOS

**ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE
PROFISSIONAIS DA EQUIPE MÍNIMA: UMA ANÁLISE NO CENÁRIO DE
PRÁTICAS DE CRICIÚMA – SC**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador(a): Prof^(a). Dr^(a) Lisiane Tuon

CRICIÚMA

2026

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

B242a Barcelos, Bruna Cardoso.

Atributos da Atenção Primária à Saúde e qualidade de vida de profissionais da equipe mínima: uma análise no cenário de práticas de Criciúma - SC. / Bruna Cardoso Barcelos - 2026.
72 p. ; il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2026.
Orientação: Lisiane Tuon.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Pessoal da área de saúde pública - Criciúma (SC). 3. Qualidade de vida no trabalho. 4. Saúde do trabalhador. 5. Avaliação em saúde. 6. Saúde Coletiva. - I. Título.

CDD - 23. ed. 610.69

Bibliotecária Elisângela Just Steiner - CRB 14/1576
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

BRUNA CARDOSO BARCELOS

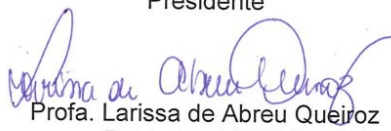
**ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA
DE PROFISSIONAIS DA EQUIPE MÍNIMA: UMA ANÁLISE NO CENÁRIO DE
PRÁTICAS DE CRICIÚMA - SC**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 10 de julho de 2026.

BANCA EXAMINADORA


Profa. Lisiane Tuon
Doutora – Orientadora
Presidente


Profa. Larissa de Abreu Queiroz
Doutora – UNESC
Membro externo


Prof. Marcos Aurélio Maeyama
Doutor – UNESC/PPGSCol
Membro interno

Folha Informativa

As referências da dissertação foram elaboradas seguindo o estilo ABNT e as citações pelo sistema de chamada autor/data da ABNT.
Este trabalho foi realizado no cenário de práticas da Atenção Básica de Saúde do município de Criciúma.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por conduzir meus caminhos e abrir possibilidades que me permitiram chegar até aqui.

À minha família, meu alicerce, pelo apoio incondicional e por ser base em todos os momentos.

Ao meu amor, pela presença constante, pelo incentivo e por caminhar ao meu lado durante todo esse percurso.

Aos meus amigos, pela parceria, pela escuta e pela força compartilhada nos diferentes momentos dessa trajetória.

À Lisiane Tuon, minha orientadora, pela parceria, sensibilidade e pela forma clara e objetiva com que compartilha seu conhecimento e orienta os caminhos. És inspiração.

À Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), por oportunizar espaços de formação, pesquisa e construção do conhecimento.

À Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC), pelo incentivo e apoio à pesquisa, fundamentais para a realização deste trabalho e para o fortalecimento da produção científica.

Aos meus colegas de trabalho, pelas trocas, aprendizados e apoio cotidiano.

Aos meus parceiros de vida, que, de diferentes formas, estiveram presentes ao longo dessa caminhada.

Aos meus pacientes, pela confiança e por tudo o que me ensinam diariamente.

A todos, o meu sincero obrigado.

“Longe das massas populares, em interação apenas com seus livros, o intelectual corre o risco de ganhar uma racionalidade desencarnada, uma compreensão do mundo sem carne”.

Paulo Freire

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde constitui o eixo estruturante do sistema público de saúde brasileiro, sendo responsável pela coordenação do cuidado, pela continuidade das ações e pela organização dos serviços nos territórios. Nesse contexto, os profissionais da equipe mínima desempenham papel central na efetivação dos atributos da atenção básica, ao mesmo tempo em que estão expostos a condições de trabalho que podem impactar sua qualidade de vida. **Objetivo:** Analisar a percepção dos profissionais acerca dos atributos da Atenção Primária à Saúde e da qualidade de vida entre profissionais de nível superior integrantes da equipe mínima. **Metodologia:** Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, de caráter descritivo-analítico, realizado com 167 profissionais da saúde de nível superior atuantes na Atenção Primária à Saúde. A coleta de dados incluiu informações sociodemográficas e ocupacionais, além da aplicação de instrumento validado para avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-Bref). Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e regressão linear com abordagem hierarquizada, considerando nível de significância de 5%. **Resultados:** Observou-se predominância de profissionais adultos jovens, com maior concentração na faixa etária de 30 a 39 anos (43,67%), elevada qualificação (76,05% com pós-graduação) e vínculo estável no serviço público (86,23% com contrato efetivo). A qualidade de vida apresentou níveis moderados em todos os domínios, com melhores médias nos domínios Social (72,77) e Físico (71,82), e menor desempenho nos domínios Ambiental (69,97) e Psicológico (69,94). A análise de regressão evidenciou associação significativa entre o distrito de atuação e o domínio ambiental, com maiores escores entre os profissionais do distrito Centro (Coef = 5,71; IC95%: 1,49 a 9,93; $p = 0,00$), indicando influência do território nas condições de trabalho. Não foram observadas associações significativas com os demais domínios (físico, psicológico e social). Em relação aos atributos da atenção primária, não houve diferença estatisticamente significativa entre os distritos, sugerindo relativa homogeneidade na organização dos serviços, embora variáveis individuais e ocupacionais tenham influenciado essa percepção, como a ausência de companheiro(a) (Coef = -0,58; $p = 0,001$) e a categoria profissional de enfermagem (Coef = -0,56; $p = 0,005$). **Conclusão:** Conclui-se que a qualidade de vida dos profissionais e a percepção dos atributos da Atenção Primária à Saúde são influenciadas por fatores individuais, organizacionais e territoriais. Destaca-se, no contexto regional, a presença de desigualdades relacionadas às condições estruturais dos serviços, especialmente no domínio ambiental, mesmo em um cenário de organização relativamente homogênea da atenção básica. Como contribuição para a Saúde Coletiva, o estudo evidencia a importância de incorporar a perspectiva dos profissionais nas avaliações da atenção primária, subsidiando estratégias de gestão voltadas à melhoria das condições de trabalho, à valorização profissional e ao fortalecimento dos serviços no âmbito local.

Palavras-chave: Saúde Coletiva. Atenção Primária à Saúde. Qualidade de Vida. Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Primary Health Care constitutes the structuring axis of the Brazilian public health system, being responsible for care coordination, continuity of actions, and organization of services within territories. In this context, professionals from the minimum health team play a central role in implementing primary care attributes, while being exposed to working conditions that may impact their quality of life. **Objective:** To analyze professionals' perception of Primary Health Care attributes and quality of life among higher-level professionals who are members of the minimum team. **Methodology:** This is a quantitative, cross-sectional, descriptive-analytical study conducted with 167 higher-level health professionals working in Primary Health Care. Data collection included sociodemographic and occupational information, as well as the application of a validated instrument for quality of life assessment (WHOQOL-Bref). Data were analyzed using descriptive statistics and linear regression with a hierarchical approach, adopting a 5% significance level. **Results:** There was a predominance of young adult professionals, with the highest concentration in the 30–39 age group (43.67%), high qualification levels (76.05% with a postgraduate degree), and stable employment in the public sector (86.23% with permanent contracts). Quality of life showed moderate levels across all domains, with the highest mean scores in the Social (72.77) and Physical (71.82) domains, and the lowest performance in the Environmental (69.97) and Psychological (69.94) domains. Regression analysis revealed a significant association between the district of practice and the environmental domain, with higher scores among professionals from the Centro district (Coef = 5.71; 95%CI: 1.49 to 9.93; $p = 0.00$), indicating the influence of territory on working conditions. No significant associations were found for the other domains (physical, psychological, and social). Regarding Primary Health Care attributes, no statistically significant difference was observed between districts, suggesting relative homogeneity in service organization, although individual and occupational variables influenced this perception, such as not having a partner (Coef = -0.58; $p = 0.001$) and belonging to the nursing profession (Coef = -0.56; $p = 0.005$). **Conclusion:** It is concluded that professionals' quality of life and their perception of Primary Health Care attributes are influenced by individual, organizational, and territorial factors. In the regional context, structural inequalities in service conditions are highlighted, particularly in the environmental domain, even within a relatively homogeneous organization of primary care. As a contribution to Public Health, this study emphasizes the importance of incorporating professionals' perspectives into Primary Health Care evaluations, supporting management strategies aimed at improving working conditions, professional valorization, and strengthening local health services.

Keywords: Public Health. Primary Health Care. Quality of Life. Health Evaluation.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Caracterização dos Profissionais da Atenção Primária	41
Tabela 2 Qualidade de vida a partir dos domínios do WHOQOL-BREF	45
Tabela 3 Regressão Médicos e Enfermeiros.....	46
Tabela 4 Regressão Dentistas.....	47
Tabela 5 Regressão Qualidade de Vida.....	47

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS	63
APÊNDICE B TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	64

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA – WHOQOL-BREF.....	68
ANEXO B CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	72
ANEXO C CARTA DE ACEITE PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – CRICIÚMA/SC).....	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB — Atenção Básica

ABNT — Associação Brasileira de Normas Técnicas

ACS — Agente Comunitário de Saúde

APS — Atenção Primária à Saúde

CAAE — Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CEP — Comitê de Ética em Pesquisa

ESF — Estratégia Saúde da Família

IC — Intervalo de Confiança

OMS — Organização Mundial da Saúde

PCATool — Primary Care Assessment Tool

PNAB — Política Nacional de Atenção Básica

QV — Qualidade de Vida

SC — Santa Catarina

SM — Salário Mínimo

SUS — Sistema Único de Saúde

TCLE — Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS — Unidade Básica de Saúde

UNESC — Universidade do Extremo Sul Catarinense

WHOQOL-BREF — World Health Organization Quality of Life – Bref

Sumário

1	Introdução.....	19
2	Revisão de Literatura.....	22
2.1	Atenção primária à saúde: fundamentos, atributos e papel estratégico no sus 22	
2.2	AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O USO DO PCATool-BRASIL	24
2.3	Qualidade de vida e conceitos fundamentais	26
2.4	Processo de trabalho e qualidade de vida dos profissionais da Atenção Primária à Saúde.....	28
3	JUSTIFICATIVA.....	32
4	Objetivos.....	34
4.1	Objetivo Geral.....	34
4.2	Objetivos específicos.....	34
5	Hipóteses.....	35
6	Métodos	36
6.1	Desenho do Estudo	36
6.2	Local do Estudo.....	36
6.3	População Em estudo	36
6.4	Variáveis.....	37
6.5	Coleta de Dados.....	38
6.6	Análise Estatística	39
6.7	Considerações Éticas.....	39
7	RESULTADOS	41
8	discussão.....	50
9	CONCLUSÃO	54
	APÊNDICE(S).....	62

APÊNDICE A INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS	63
10	63
APÊNDICE B TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	64
ANEXO(S)	67
ANEXO A INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA – WHOQOL- BREF	68
ANEXO B CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	72
ANEXO C CARTA DE ACEITE PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – CRICIÚMA/SC)	73

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como o principal eixo estruturador do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pelo primeiro contato dos usuários com o sistema, pela continuidade do cuidado, pela coordenação da atenção e pela integralidade das ações em saúde. Mais do que porta de entrada, a APS constitui um espaço privilegiado de construção de vínculos, responsabilização sanitária e desenvolvimento de práticas que articulam promoção, prevenção e assistência, atuando diretamente sobre as necessidades de saúde nos territórios (Brasil, 2017; Mendes, 2015). Ao longo das últimas décadas, sua consolidação no Brasil tem sido acompanhada por esforços contínuos de qualificação dos serviços, ampliação do acesso e fortalecimento da resolutividade.

A qualidade da APS está diretamente relacionada à presença e à efetivação de seus atributos essenciais e derivados, conforme proposto por Starfield (2002), dentre os quais se destacam o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação do cuidado, a orientação familiar, a orientação comunitária e a competência cultural. Esses atributos não se expressam apenas na estrutura dos serviços, mas sobretudo na forma como o cuidado é produzido no cotidiano das práticas em saúde, sendo fortemente influenciados pelas condições em que o trabalho é realizado e pela atuação dos profissionais que compõem as equipes.

Nesse sentido, os profissionais da equipe mínima da APS assumem papel central na materialização dos princípios do SUS. São eles que, no encontro com os usuários e com o território, constroem respostas às demandas de saúde, organizam o processo de trabalho e estabelecem vínculos que sustentam a continuidade do cuidado. No entanto, apesar de sua relevância, a literatura tem historicamente priorizado a avaliação dos serviços sob a perspectiva dos usuários, sendo menos frequentes os estudos que investigam a percepção dos próprios profissionais sobre os atributos da APS e sobre as condições em que exercem suas atividades.

A avaliação dos atributos da APS por meio de instrumentos validados, como o PCATool-Brasil, tem sido amplamente utilizada no país, permitindo mensurar de forma sistematizada a qualidade dos serviços e sua aderência às diretrizes da atenção básica (Brasil, 2020). Quando aplicada aos profissionais, essa avaliação possibilita

acessar dimensões relacionadas à organização do trabalho, à articulação entre os pontos da rede e às potencialidades e fragilidades presentes no cotidiano dos serviços, contribuindo para uma análise mais abrangente da APS.

Paralelamente, a qualidade de vida dos profissionais de saúde tem se consolidado como um campo relevante de investigação na Saúde Coletiva. A Organização Mundial da Saúde define qualidade de vida como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais está inserido, e em relação a seus objetivos, expectativas e preocupações (WHO, 1995). Trata-se de um construto multidimensional, que envolve aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais, sendo influenciado tanto por condições objetivas quanto por experiências subjetivas.

Autores como Minayo, Hartz e Buss (2000) destacam que a qualidade de vida é socialmente construída e está relacionada ao grau de satisfação dos indivíduos com diferentes dimensões da vida, incluindo trabalho, relações sociais e condições de existência. No contexto da APS, as condições de trabalho, a carga assistencial, a complexidade dos territórios e as exigências institucionais podem impactar diretamente o bem-estar dos profissionais, interferindo tanto em sua saúde quanto na qualidade do cuidado ofertado (Braga, 2021; Almeida-Brasil et al., 2017).

Além disso, é importante considerar que a organização da APS não ocorre de forma homogênea no território. Diferenças entre distritos de saúde, relacionadas a aspectos sociodemográficos, estruturais e organizacionais, podem influenciar tanto a operacionalização dos atributos da APS quanto as condições de trabalho e a qualidade de vida dos profissionais. A análise dessas diferenças pode contribuir para a identificação de possíveis variações territoriais relacionadas às condições de trabalho e à percepção dos profissionais acerca da APS e da qualidade de vida no contexto municipal.

O município de Criciúma, localizado na região sul de Santa Catarina, apresenta uma rede de Atenção Primária estruturada, com cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e distribuição de Unidades Básicas de Saúde (UBS) em diferentes distritos sanitários. Atualmente, o município está organizado em seis distritos de saúde: Centro, Santa Luzia, Boa Vista, Quarta Linha, Próspera e Rio Maina, cada um com características próprias em termos de organização dos serviços, perfil

populacional e condições de trabalho das equipes. Embora haja avanços na consolidação da APS no município, ainda são limitadas as investigações que abordem, de forma integrada, a percepção dos profissionais sobre os atributos da atenção básica e sua qualidade de vida, especialmente considerando o recorte territorial.

Diante desse cenário, torna-se relevante desenvolver estudos que articulem a avaliação dos atributos da APS com a análise da qualidade de vida dos profissionais, considerando as especificidades dos diferentes contextos em que o trabalho é realizado. A produção de conhecimento nesse campo pode contribuir para a ampliação de evidências sobre a percepção dos profissionais em relação aos atributos da APS e à qualidade de vida no contexto dos serviços de saúde.

Assim, este estudo tem como objetivo analisar os atributos da Atenção Primária à Saúde e a qualidade de vida de profissionais da equipe mínima, a partir de uma análise comparativa entre distritos de saúde do município de Criciúma – SC. Busca-se compreender como esses profissionais percebem os atributos da APS, descrever suas características sociodemográficas e laborais, e avaliar sua qualidade de vida em diferentes domínios, considerando as possíveis diferenças entre os territórios.

Ao longo deste trabalho, são apresentados os fundamentos teóricos da Atenção Primária à Saúde e da qualidade de vida, bem como a discussão sobre as condições de atuação profissional e suas implicações para o cuidado. Na sequência, são descritos os procedimentos metodológicos adotados, incluindo o delineamento do estudo, os instrumentos de coleta de dados e as estratégias de análise. Por fim, são apresentados e discutidos os resultados, buscando contribuir para o fortalecimento da APS e para a qualificação das condições de trabalho dos profissionais no contexto local.

Considerando a natureza transversal e quantitativa da pesquisa, este estudo possui caráter descritivo-analítico, voltado à produção de evidências locais sobre os atributos da Atenção Primária à Saúde e a percepção de qualidade de vida de profissionais da equipe mínima em contexto municipal específico. Pretende-se identificar padrões, associações e aspectos relevantes para subsidiar a gestão e o planejamento em saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: FUNDAMENTOS, ATRIBUTOS E PAPEL ESTRATÉGICO NO SUS

A Atenção Primária à Saúde (APS) consolidou-se, nas últimas décadas, como eixo estruturante dos sistemas de saúde em diferentes países, especialmente após as recomendações internacionais voltadas à reorganização dos modelos assistenciais com foco na equidade e na universalização do acesso. A Organização Mundial da Saúde, ao estabelecer diretrizes para os sistemas de saúde, reforça que a APS deve ser orientada por valores como dignidade, equidade, solidariedade e ética profissional, priorizando ações de promoção, prevenção e cuidado contínuo (Starfield, 2002).

No Brasil, esse movimento ganha contornos próprios com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que institui a saúde como direito de todos e dever do Estado (Brasil, 1988). A partir desse marco, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei nº 8.080/1990, representou a materialização de um projeto político e social voltado à garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (Brasil, 1990). Nesse contexto, a APS foi adotada como estratégia central para a organização do sistema, assumindo papel fundamental na ampliação do acesso e na redução das desigualdades em saúde (Brasil, 2019).

A Atenção Básica, termo frequentemente utilizado como equivalente à APS no contexto brasileiro, compreende um conjunto de ações individuais e coletivas que envolvem promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Essas ações são desenvolvidas por equipes multiprofissionais que atuam em territórios definidos, assumindo responsabilidade sanitária sobre a população adscrita (Brasil, 2017).

A organização da APS considera a complexidade do processo saúde-doença e a necessidade de intervenções que ultrapassem o modelo biomédico tradicional. Nesse sentido, incorpora tecnologias leves, como o acolhimento, o vínculo e a escuta qualificada, fundamentais para a construção de relações mais próximas entre profissionais e usuários (Merhy, 2002). Essa perspectiva amplia o entendimento do cuidado em saúde, reconhecendo a centralidade das relações humanas e do contexto social na produção da saúde.

Um dos principais marcos da expansão da APS no Brasil foi a implementação do Programa Saúde da Família, em 1994, posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF propõe a reorganização dos processos de trabalho em saúde, com foco no território, na família e na comunidade, ampliando a capacidade de resposta dos serviços às necessidades locais (Brasil, 2019). A APS, portanto, não se restringe a um nível de atenção, mas constitui uma estratégia de organização do sistema de saúde, responsável por coordenar o cuidado e articular os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde. Sua efetividade depende não apenas da presença de serviços, mas da forma como estes se organizam e se relacionam com a população (Mendes, 2015).

A qualidade da Atenção Primária à Saúde está diretamente relacionada à presença e à consolidação de seus atributos. Starfield (2002) propõe um conjunto de atributos essenciais e derivados que orientam a prática da APS e permitem avaliar sua capacidade de responder às necessidades da população. Os atributos essenciais incluem o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado. O acesso de primeiro contato refere-se à capacidade do serviço de ser a porta de entrada preferencial do sistema, garantindo que os usuários encontrem respostas para suas demandas iniciais. A longitudinalidade diz respeito à continuidade do cuidado ao longo do tempo, permitindo a construção de vínculos entre profissionais e usuários.

A integralidade, por sua vez, envolve a oferta de um conjunto amplo de ações que contemplem as diferentes necessidades de saúde, considerando aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Já a coordenação do cuidado refere-se à capacidade de articular os diferentes níveis de atenção, garantindo continuidade e coerência no percurso do usuário dentro do sistema (Starfield, 2002; Mendes, 2015).

Além desses, destacam-se os atributos derivados, que incluem a orientação familiar, a orientação comunitária e a competência cultural. Esses atributos ampliam a capacidade da APS de responder às especificidades dos territórios, reconhecendo a importância das relações sociais, culturais e familiares na produção da saúde (Borges, 2021; Silva *et al.*, 2023).

Na prática, esses atributos não se manifestam de forma isolada, mas de maneira interdependente. A ausência ou fragilidade de um deles pode comprometer

o funcionamento do sistema como um todo. Por exemplo, um serviço com acesso facilitado, mas sem continuidade do cuidado, tende a apresentar baixa resolutividade. Da mesma forma, a integralidade depende da coordenação efetiva entre os diferentes pontos da rede (Mendes, 2015).

Estudos recentes reforçam que a presença desses atributos está associada a melhores desfechos em saúde, maior satisfação dos usuários e maior eficiência dos serviços (Facchini, Tomasi & Dilélio, 2018). Nesse sentido, avaliar os atributos da APS torna-se fundamental para compreender a qualidade dos serviços e orientar processos de qualificação.

2.2 AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O USO DO PCATool-BRASIL

Nos últimos anos, a avaliação em saúde consolidou-se como ferramenta essencial para o planejamento e a gestão dos sistemas e serviços de saúde (Pucci *et al.*, 2020). No contexto brasileiro, entre 2001 e 2002, o Ministério da Saúde realizou um importante estudo nacional de avaliação normativa da Atenção Primária à Saúde (APS), com foco na implantação do Programa Saúde da Família (PSF). A pesquisa analisou aspectos de infraestrutura, gestão e processo de trabalho de mais de 13 mil equipes de saúde da família e 2.500 equipes de saúde bucal, abrangendo cerca de 70% dos municípios brasileiros (Tomasi, Nedel & Barbosa, 2021).

A criação da Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CGAA), em 2003, fortaleceu institucionalmente as ações de monitoramento e avaliação da APS, promovendo articulações e parcerias estratégicas (Tomasi, Nedel & Barbosa, 2021). Nesse cenário, destaca-se o Primary Care Assessment Tool (PCATool), instrumento desenvolvido nos Estados Unidos e amplamente validado em diferentes países, incluindo o Brasil. O PCATool tem sido utilizado para mensurar os atributos da APS sob a perspectiva de usuários e profissionais, com crescente adoção no país, especialmente após parceria com o IBGE (Machado *et al.*, 2021; Borges, Lima & Santos, 2021).

A versão brasileira do PCATool para população adulta foi validada entre 2006 e 2007 em Porto Alegre, composta inicialmente por 86 itens, apresentando adequados níveis de validade e confiabilidade, baseados na Teoria Clássica dos Testes (Oliveira

et al., 2013). Desde então, o instrumento tem se consolidado como uma das principais ferramentas para avaliação sistemática da qualidade da APS.

Criado por Starfield e colaboradores, o PCATool fundamenta-se no modelo de avaliação da qualidade de Donabedian, contemplando dimensões de estrutura, processo e resultados. O instrumento avalia os atributos essenciais da APS — acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade — e os atributos derivados — orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (Brasil, 2020).

A versão extensa do PCATool-Brasil para adultos, publicada em 2020, é composta por 87 itens, organizados em blocos que contemplam esses atributos. A aplicação ocorre por meio de entrevistas estruturadas, com escala Likert de quatro pontos e opção “não sei/não lembro”. Os escores variam de 0 a 10, sendo valores iguais ou superiores a 6,6 indicativos de forte orientação à APS. A competência cultural, embora avaliada, não compõe o escore geral devido a limitações psicométricas na versão brasileira (Brasil, 2020).

Além disso, o instrumento conta com uma versão reduzida, composta por 25 itens, desenvolvida para viabilizar sua aplicação em estudos de grande escala. Essa versão mantém a capacidade de mensurar os principais atributos da APS, com aplicação mais ágil e eficiente, sendo especialmente útil em inquéritos populacionais e pesquisas domiciliares (Brasil, 2020).

Quadro 1: Comparação entre as versões extensa e reduzida do PCATool-Brasil para pacientes adultos

Critério	Versão Extensa	Versão Reduzida
Número de itens	87 perguntas	25 perguntas
Abrangência	Alta – detalhamento de todos os atributos essenciais e derivados	Média – mantém representatividade dos principais atributos
Tempo estimado de aplicação	Aproximadamente 30 a 40 minutos	Aproximadamente 10 a 15 minutos
Forma de aplicação	Entrevista presencial por aplicador treinado	Entrevista presencial por aplicador treinado

Atributos essenciais avaliados	Acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade	Idem
Atributos derivados avaliados	Orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural*	Orientação familiar e comunitária
Utilização recomendada	Pesquisas acadêmicas, avaliações institucionais, diagnósticos aprofundados	Inquéritos populacionais, levantamentos domiciliares, monitoramentos ágeis
Cálculo dos escores	Escore por atributo + escore geral da APS	Apenas escore geral da APS
Escala de resposta	Likert de 4 pontos + opção “não sei/não lembro”	Idem
Indicada para	Estudos com maior tempo e foco analítico detalhado	Estudos em larga escala e com limitação de tempo ou recursos

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Manual do PCATool-Brasil (2020)

Ambas as versões do instrumento seguem o mesmo referencial teórico, diferindo quanto à profundidade e à extensão da avaliação. A versão extensa é mais apropriada para estudos que demandam análise detalhada dos componentes da APS, enquanto a versão reduzida atende à necessidade de instrumentos mais sintéticos, sem prejuízo à consistência dos resultados (Brasil, 2020).

2.3 QUALIDADE DE VIDA E CONCEITOS FUNDAMENTAIS

A Qualidade de Vida (QV) é amplamente discutida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo definida como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, considerando o contexto cultural, os sistemas de valores, bem como seus objetivos, expectativas e preocupações (WHO, 1995). Trata-se de um conceito subjetivo e multidimensional, que abrange dimensões inter-relacionadas como saúde física e psicológica, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade.

Historicamente, o conceito de qualidade de vida emergiu no período pós-Segunda Guerra Mundial, inicialmente associado a indicadores objetivos de bem-estar material, como renda e condições de vida. Com o tempo, esse entendimento foi ampliado para incorporar aspectos subjetivos da experiência humana, incluindo bem-

estar emocional, relações sociais e sentido de vida (Ferreira, 2003). No campo da saúde, sua incorporação se fortaleceu a partir da definição ampliada de saúde proposta pela OMS em 1948, que passou a considerar o bem-estar físico, mental e social, superando a visão restrita de ausência de doença (OMS, 1948).

A partir dessa perspectiva, a qualidade de vida passou a ser entendida como um importante desfecho das práticas e políticas de saúde. Nesse contexto, a OMS recomenda o uso de instrumentos padronizados para sua mensuração, destacando-se o WHOQOL-BREF, versão abreviada do WHOQOL-100, que avalia a percepção subjetiva dos indivíduos em diferentes domínios: físico, psicológico, social e ambiental (WHO, 1995; Lima, Silva & Domingues Júnior, 2024). Essa proposta foi consolidada pelo WHOQOL Group na década de 1990, reforçando o caráter multidimensional e culturalmente sensível do conceito (The WHOQOL Group, 1995 apud Fleck *et al.*, 2000).

No campo da saúde pública, a qualidade de vida tem se consolidado como um indicador relevante por possibilitar a articulação entre condições sociais, experiências individuais e resultados em saúde. Minayo, Hartz & Buss (2000) destacam que sua avaliação permite compreender a influência de fatores socioeconômicos, culturais e contextuais sobre o bem-estar das populações. Essa abordagem dialoga com a perspectiva dos determinantes sociais da saúde, segundo a qual o processo saúde-doença é influenciado por fatores econômicos, ambientais, culturais e políticos, e não apenas por condições biológicas individuais (Buss & Pellegrini Filho, 2007).

Nesse sentido, a QV constitui uma síntese das experiências individuais e coletivas de bem-estar, funcionando como um indicador sensível às desigualdades sociais e às iniquidades em saúde. Sua avaliação permite identificar grupos mais vulneráveis e orientar políticas públicas voltadas à promoção da equidade (Buss & Pellegrini Filho, 2007).

Além disso, a incorporação da qualidade de vida nos estudos em saúde reflete a valorização da subjetividade dos indivíduos, sem desconsiderar suas condições objetivas de existência. Avaliar a QV possibilita compreender como os sujeitos vivenciam sua saúde no cotidiano, incluindo aspectos como relações sociais, condições de trabalho, acesso a serviços e segurança territorial. Essa perspectiva tem fortalecido o uso de instrumentos de avaliação em pesquisas populacionais no âmbito

do SUS, permitindo análises mais abrangentes dos impactos das políticas públicas sobre o bem-estar da população (Minayo, Hartz & Buss, 2000).

Investigar a qualidade de vida de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) vai além da produção de indicadores individuais, constituindo uma estratégia relevante para o planejamento, avaliação e qualificação das políticas públicas. Ao considerar a percepção dos profissionais, esses estudos permitem identificar lacunas dos serviços não captadas por indicadores biomédicos tradicionais, contribuindo para decisões mais alinhadas às necessidades reais da população.

Nesse contexto, instrumentos como o WHOQOL-BREF têm sido utilizados para identificar demandas prioritárias e orientar ações de promoção da saúde no SUS. Hoffmann-Horochovski e Castilho-Weinert (2018) demonstram que sua aplicação pode subsidiar a gestão pública ao evidenciar áreas que necessitam de intervenção, como acesso aos serviços e condições socioambientais. Assim, a avaliação da qualidade de vida se configura como uma ferramenta estratégica para o desenvolvimento de políticas mais equitativas e centradas na experiência dos usuários, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

2.4 PROCESSO DE TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O trabalho em saúde, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), apresenta características singulares que o diferenciam de outros campos produtivos. Trata-se de um processo que se realiza no encontro entre sujeitos, mediado por tecnologias leves, saberes técnico-científicos e relações interpessoais que envolvem escuta, vínculo e responsabilização (Merhy, 2002). Nesse contexto, o processo de trabalho não se limita à execução de procedimentos, mas envolve dimensões subjetivas, éticas e relacionais, que impactam diretamente tanto a qualidade do cuidado ofertado quanto as condições de saúde dos próprios trabalhadores.

De acordo com Merhy (2002), o trabalho em saúde pode ser compreendido a partir da articulação entre três tipos de tecnologias: as tecnologias duras, relacionadas aos equipamentos e estruturas; as tecnologias leve-duras, vinculadas aos saberes técnicos e clínicos; e as tecnologias leves, que dizem respeito às relações

estabelecidas entre profissionais e usuários. Na APS, há predominância das tecnologias leves, o que implica maior exigência emocional, relacional e subjetiva no cotidiano de trabalho, podendo repercutir na saúde mental e na qualidade de vida dos profissionais.

A organização do processo de trabalho na APS está diretamente relacionada à lógica territorial, à adscrição de clientela e à responsabilidade sanitária das equipes sobre uma população definida (Brasil, 2017). Essa organização exige dos profissionais uma atuação contínua, com acompanhamento longitudinal dos usuários, o que fortalece o vínculo, mas também pode gerar sobrecarga emocional, especialmente diante de contextos de vulnerabilidade social, demandas complexas e limitações estruturais dos serviços.

Nesse sentido, o trabalho na APS frequentemente se desenvolve em cenários marcados por tensões entre as necessidades da população e as condições concretas de oferta de serviços. Estudos apontam que fatores como excesso de demanda, insuficiência de recursos, fragilidade da rede de atenção e pressão por produtividade influenciam diretamente o processo de trabalho, contribuindo para o desgaste físico e emocional das equipes (Lourenção, 2011).

A literatura sobre saúde do trabalhador tem evidenciado que o processo de trabalho em saúde pode constituir tanto um espaço de realização quanto de adoecimento. Isso ocorre porque o trabalho envolve exposição contínua a situações de sofrimento, dor, vulnerabilidade social e, muitas vezes, à frustração diante da impossibilidade de resolução de determinadas demandas. Nesse cenário, surgem agravos como estresse ocupacional, burnout e fadiga por compaixão, que impactam diretamente a qualidade de vida dos profissionais (Torres *et al.*, 2019).

A qualidade de vida dos profissionais de saúde, por sua vez, tem sido compreendida como um construto multidimensional, que envolve aspectos físicos, psicológicos, sociais e relacionados ao ambiente de trabalho. No contexto da APS, essa qualidade de vida está intimamente relacionada às condições de trabalho, às relações interpessoais nas equipes, ao reconhecimento profissional e às possibilidades de desenvolvimento no trabalho (Ferigollo & Fedosse, 2016).

Estudos nacionais têm demonstrado que os profissionais da Atenção Primária estão frequentemente expostos a fatores de risco psicossociais, como carga de

trabalho elevada, múltiplos vínculos empregatícios, baixa valorização profissional e limitações na estrutura dos serviços. Esses elementos contribuem para a redução da qualidade de vida e podem comprometer tanto a saúde dos trabalhadores quanto a qualidade do cuidado prestado à população (Abreu *et al.*, 2023).

Além disso, a qualidade de vida no trabalho também se relaciona com o nível de estresse percebido pelos profissionais. Pesquisa realizada com trabalhadores da APS evidenciou associação entre baixos níveis de qualidade de vida no trabalho e maiores índices de estresse psicológico, indicando que o ambiente laboral exerce influência direta sobre o bem-estar desses sujeitos (Lima *et al.*, 2020).

Outro aspecto importante refere-se à dimensão coletiva do trabalho em saúde. A atuação em equipe multiprofissional, característica central da APS, pode tanto funcionar como fator de proteção quanto de desgaste. Quando há cooperação, comunicação efetiva e apoio institucional, o trabalho tende a ser mais satisfatório e menos adoecedor. Por outro lado, conflitos interpessoais, fragilidade na gestão e ausência de espaços de escuta podem intensificar o sofrimento psíquico dos trabalhadores.

A relação entre processo de trabalho e qualidade de vida também deve ser analisada à luz dos determinantes sociais e organizacionais. Buss e Pellegrini Filho (2007) destacam que as condições de trabalho são parte fundamental dos determinantes sociais da saúde, influenciando diretamente o bem-estar dos indivíduos. No caso dos profissionais da saúde, essa relação se torna ainda mais complexa, pois eles atuam simultaneamente como trabalhadores e como agentes produtores de saúde.

No contexto da APS, essa dualidade se intensifica. Ao mesmo tempo em que os profissionais são responsáveis por promover saúde e qualidade de vida para a população, eles próprios vivenciam condições de trabalho que nem sempre favorecem seu bem-estar. Essa contradição evidencia a necessidade de olhar para a saúde do trabalhador como parte integrante da organização dos serviços de saúde.

Por fim, compreender as condições de atuação profissional e sua relação com a qualidade de vida dos profissionais da APS é fundamental para qualificar tanto a gestão quanto o cuidado em saúde. Estudos nessa área permitem identificar fatores que interferem no bem-estar dos trabalhadores, contribuindo para o desenvolvimento

de estratégias que promovam ambientes de trabalho mais saudáveis, sustentáveis e alinhados aos princípios do SUS.

3 JUSTIFICATIVA

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como o pilar estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), configurando-se como a principal porta de entrada dos usuários e responsável pela coordenação do cuidado, pela longitudinalidade e pela integralidade das ações em saúde (Brasil, 2017). Mais do que garantir acesso, a APS tem como desafio assegurar a qualidade das práticas desenvolvidas no cotidiano dos serviços, o que envolve diretamente a consolidação de seus atributos essenciais e derivados, tais como acesso de primeiro contato, coordenação, integralidade, orientação familiar e comunitária e competência cultural.

Nesse cenário, os profissionais que compõem a equipe mínima ocupam posição central, pois são eles que materializam, no dia a dia, os princípios e diretrizes que orientam a atenção básica. A forma como esses trabalhadores percebem as condições de trabalho e de atuação pode repercutir em aspectos relacionados ao bem-estar profissional e à percepção sobre a organização da APS. Apesar disso, observa-se que grande parte das avaliações em APS ainda privilegia a perspectiva dos usuários, sendo menos frequentes os estudos que investigam a percepção dos próprios profissionais acerca dos atributos desse nível de atenção.

A avaliação dos atributos da APS por meio de instrumentos validados, como o PCATool-Brasil, tem se consolidado como uma estratégia importante para mensurar a qualidade dos serviços de forma sistematizada e alinhada às diretrizes nacionais (Brasil, 2020). No entanto, quando aplicada ao contexto dos profissionais, essa avaliação permite acessar dimensões do cuidado relacionadas à organização do trabalho, à articulação entre os pontos da rede e às condições reais de funcionamento dos serviços, contribuindo para uma compreensão mais abrangente da APS.

Paralelamente, a qualidade de vida dos profissionais de saúde configura-se como um aspecto fundamental a ser considerado. As exigências do trabalho na APS, muitas vezes marcadas por alta demanda assistencial, complexidade dos territórios e limitações estruturais, podem repercutir no bem-estar físico, psicológico, social e ambiental desses trabalhadores (WHO, 1995; Braga, 2021). Nesse sentido, instrumentos como o WHOQOL-BREF possibilitam uma análise multidimensional da qualidade de vida, permitindo compreender como diferentes domínios se relacionam

com o cotidiano do trabalho em saúde e com a própria capacidade de ofertar cuidado qualificado.

Outro elemento relevante refere-se às desigualdades presentes no território. A organização da APS não se dá de maneira homogênea, sendo influenciada por características sociodemográficas, econômicas e estruturais específicas de cada distrito de saúde. Essas diferenças podem impactar tanto a forma como os atributos da APS são operacionalizados quanto as condições de trabalho e a qualidade de vida dos profissionais. Assim, a análise comparativa entre distritos permite evidenciar possíveis disparidades, contribuindo para a identificação de fragilidades e potencialidades nos diferentes contextos.

No município de Criciúma – SC, embora haja avanços na consolidação da Atenção Primária, ainda são escassos estudos que abordem de forma integrada a percepção dos profissionais sobre os atributos da APS e sua qualidade de vida, especialmente considerando o recorte territorial por distritos de saúde. Essa lacuna limita a produção de conhecimento sensível às especificidades locais e dificulta a elaboração de estratégias mais direcionadas à realidade dos serviços.

Dessa forma, a realização deste estudo justifica-se pela sua contribuição para a compreensão das relações entre organização da APS, condições de trabalho e qualidade de vida dos profissionais, a partir de um olhar situado no território. Ao produzir evidências com base na experiência desses trabalhadores, a pesquisa amplia o escopo das avaliações em saúde e fortalece a perspectiva de que a qualidade do cuidado está diretamente relacionada às condições em que ele é produzido.

Além de sua relevância acadêmica, o estudo apresenta potencial aplicado, na medida em que seus resultados podem subsidiar a gestão municipal na formulação de estratégias voltadas à qualificação dos serviços, à valorização dos profissionais e ao fortalecimento da APS. Ao articular produção científica e realidade dos serviços, a pesquisa se alinha aos princípios da Saúde Coletiva e contribui para o aprimoramento das práticas em saúde no âmbito local. Por fim, ao incorporar a perspectiva dos profissionais e considerar as diferenças territoriais, este estudo busca contribuir para uma compreensão mais ampla e contextualizada da Atenção Primária à Saúde, reforçando seu papel como eixo estruturante do SUS e como espaço estratégico para a produção de cuidado de qualidade.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção dos profissionais acerca dos atributos da Atenção Primária à Saúde e da qualidade de vida entre profissionais de nível superior integrantes da equipe mínima, atuantes nos diferentes distritos de saúde do município de Criciúma – SC.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever as características sociodemográficas e laborais dos profissionais participantes do estudo;

Identificar a percepção dos profissionais acerca dos atributos da Atenção Primária à Saúde;

Avaliar a percepção de qualidade de vida dos profissionais, considerando seus diferentes domínios;

5 HIPÓTESES

- Profissionais da equipe mínima que atuam em serviços com maior presença dos atributos da Atenção Primária à Saúde apresentam melhores níveis de qualidade de vida.
- Existem diferenças entre os atributos da Atenção Primária à Saúde entre os distritos de saúde de Criciúma.
- A percepção de qualidade de vida dos profissionais da equipe mínima da Atenção Primária à Saúde apresenta variações entre seus diferentes domínios e pode estar relacionada às características sociodemográficas e ocupacionais dos participantes.

6 MÉTODOS

6.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, de caráter descritivo-analítico, desenvolvido no âmbito do projeto guarda-chuva intitulado “Análise e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde nas Unidades Básicas de Saúde do município de Criciúma-SC”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), conforme Parecer nº 6.736.397 e CAAE nº 78239724.2.0000.0119. O presente subestudo teve como foco analisar a associação entre os atributos da Atenção Primária à Saúde, a qualidade de vida de profissionais da equipe mínima e as diferenças entre distritos de saúde do município.

6.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Criciúma, localizado na região Sul do estado de Santa Catarina. O município apresenta rede de Atenção Primária à Saúde estruturada por meio da Estratégia Saúde da Família, organizada em seis distritos sanitários: Centro, Santa Luzia, Boa Vista, Quarta Linha, Próspera e Rio Maina. Esses distritos concentram 45 Unidades Básicas de Saúde, responsáveis pela assistência à população adscrita, com equipes multiprofissionais que atuam conforme as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica.

6.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO

A população do estudo foi composta por profissionais da equipe mínima da Atenção Primária à Saúde do município de Criciúma-SC, vinculados às Unidades Básicas de Saúde dos diferentes distritos sanitários. Participaram profissionais que atuavam diretamente na assistência, incluindo médicos, enfermeiros e dentistas. A amostra foi do tipo não probabilística, por conveniência, composta por profissionais presentes nas unidades durante o período de coleta de dados, totalizando 167 participantes.

6.3.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos no estudo os profissionais que:

- Possuíam idade igual ou superior a 18 anos;
- Estavam vinculados a uma Unidade Básica de Saúde do município;

- Integravam a equipe mínima da APS;
- Estavam em exercício profissional no período da coleta;
- Apresentavam condições cognitivas e comunicativas para responder aos instrumentos;
- Concordaram em participar da pesquisa mediante assinatura do TCLE.

6.3.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos:

- Profissionais afastados de suas atividades durante o período da coleta;
- Questionários incompletos ou com inconsistências;
- Profissionais que desistiram da participação ou recusaram-se a responder integralmente os instrumentos.

6.4 VARIÁVEIS

6.4.1 Dependente(s)

As variáveis dependentes corresponderam aos domínios de qualidade de vida dos profissionais, avaliados por meio do WHOQOL-BREF:

- Domínio físico
- Domínio psicológico
- Domínio das relações sociais
- Domínio do meio ambiente

Os escores foram tratados como variáveis numéricas contínuas, transformadas em escala de 0 a 100, sendo valores mais elevados indicativos de melhor qualidade de vida.

6.4.2 Independente(s)

A principal variável independente foi o distrito sanitário de atuação dos profissionais.

Também foram consideradas como variáveis independentes:

- Características sociodemográficas: idade, sexo e escolaridade;

- Características ocupacionais: categoria profissional, função exercida (incluindo cargo de gestão), tempo de atuação e vínculo de trabalho;
- Atributos da Atenção Primária à Saúde, quando incluídos na análise.

As variáveis foram analisadas de forma categórica ou contínua, conforme sua natureza.

6.5 COLETA DE DADOS

6.5.1 Procedimentos e logística

Inicialmente, foi realizado contato com a Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma para apresentação do projeto e obtenção de autorização institucional. A coleta de dados ocorreu de forma presencial nas Unidades Básicas de Saúde, em dias e horários previamente acordados com as equipes. Os profissionais foram abordados em seus locais de trabalho, em momentos que não interferissem nas atividades assistenciais. Após esclarecimentos sobre os objetivos do estudo e assinatura do TCLE, os participantes responderam aos instrumentos de forma individual. A coleta foi realizada com o uso de dispositivos eletrônicos, garantindo padronização, segurança e armazenamento adequado das informações. Todo o processo seguiu protocolo previamente estabelecido, com o objetivo de assegurar a qualidade e a confiabilidade dos dados.

6.5.2 Instrumento(s) para coleta dos dados

- a) Instrumento de coleta de dados sociodemográficos e profissionais
(Apêndice A)

Instrumento elaborado pela pesquisadora para caracterização dos participantes, incluindo variáveis pessoais e relacionadas ao trabalho.

- b) WHOQOL-BREF (Anexo A)

Instrumento validado para o Brasil, composto por 26 questões distribuídas em quatro domínios de qualidade de vida. Os escores foram convertidos para escala de 0 a 100.

6.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram analisados no software Stata, versão 16.0. Inicialmente, foi realizada análise descritiva, com apresentação de frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas, e cálculo de médias e desvios padrão para variáveis numéricas. Na etapa inferencial, foram conduzidas análises de regressão tendo como variáveis dependentes os domínios de qualidade de vida (físico, psicológico, social e ambiental), sendo o distrito sanitário considerado como variável independente principal.

Inicialmente, realizou-se análise exploratória univariada, adotando-se como critério de elegibilidade para inclusão nos modelos múltiplos o valor de $p \leq 0,20$. As variáveis que atenderam a esse critério foram incluídas em modelos de regressão múltipla ajustados, construídos por meio de abordagem hierarquizada.

No modelo final, foi adotado nível de significância de $p \leq 0,05$. Na análise inicial, observou-se associação estatisticamente significativa entre o distrito e o domínio ambiental ($p = 0,03$). Após o ajuste pelas variáveis sociodemográficas e ocupacionais, o distrito manteve associação exclusivamente com o domínio ambiental ($p < 0,001$), não apresentando associação com os domínios físico ($p = 0,80$), psicológico ($p = 0,36$) e social ($p = 0,85$).

No modelo final, as variáveis idade e escolaridade apresentaram associação independente com o domínio psicológico ($p < 0,001$), enquanto a variável ocupacional referente à função de gerente associou-se ao domínio físico ($p = 0,03$). As demais variáveis não apresentaram associação estatisticamente significativa após o ajuste.

6.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), conforme Parecer nº 6.736.397 e CAAE nº 78239724.2.0000.0119 (ANEXO B e C), respeitando

as diretrizes da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A participação foi voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), sendo garantidos o anonimato, o sigilo das informações e o uso exclusivo dos dados para fins científicos.

6.7.1 Riscos e benefícios

Os riscos foram mínimos, relacionados principalmente à possibilidade de desconforto ao responder questões sobre qualidade de vida e trabalho, além do risco de quebra de confidencialidade. Esses riscos foram minimizados por meio da garantia de anonimato e do armazenamento seguro das informações.

Como benefícios, o estudo contribuiu para a produção de conhecimento sobre a qualidade de vida dos profissionais da APS e sua relação com o contexto organizacional, podendo subsidiar ações de gestão e qualificação do trabalho em saúde no município.

7 RESULTADOS

Tabela 1 Caracterização dos Profissionais da Atenção Primária

Sexo	n	%
Masculino	105	62,87
Feminino	62	37,13
Total	167	100,0
Idade		
20-29	29	18,35
30-39	69	43,67
40-49	38	24,05
50+	22	13,92
Total	158	100,0
Cor da Pele		
Branca	141	84,94
Preta/Parda	25	15,06
Total	166	100,0
Renda Individual		
0 a 5 SM	71	44,38
5+ SM	89	55,63
Total	160	100,0
Distrito		
Outros distritos periféricos ao centro	122	73,05
Centro	45	26,95
Total	167	100,0

Profissão		
Dentista/Cirurgião-dentista	46	27,54
Enfermeiro(a)	60	35,93
Médico(a)	61	36,53
Total	167	100,0
Tipo APS		
Unidade Básica de Saúde	72	43,11
Estratégia Saúde da Família	95	56,89
Total	167	100,0
Gerente		
Sim	41	24,55
Não	126	75,45
Total	167	100,0
Situação Conjugal		
Sem companheiro	64	38,32
Com companheiro	103	61,68
Total	167	100,0
Tem filhos		
Sim	100	59,88
Não	67	40,12
Total	167	100,0
Escolaridade		
Graduação	40	23,95
Pós graduação	127	76,05
Total	167	100,0
Formação em Saúde Coletiva		
Sim	87	52,10
Não	80	47,90

Total	167	100,0
Foi Residente		
Sim	30	34,48
Não	57	65,52
Total	87	100,0
Contrato		
Efetivo	144	86,23
Não efetivo	23	13,77
Tempo APS		
<=1 ano	44	21.56
2-4 anos	38	26.35
5-9 anos	36	22.75
>10 anos	49	29.34
Total	167	100,0
Tempo SUS		
<=1 ano	18	10,78
2-4 anos	29	17,37
5-9 anos	43	25,75
>10 anos	77	46,11
Total	167	100,0
Renda Familiar		
0-5 SM	21	13,38
5+ SM	136	86,62
Total	157	100,0
Tempo de Formação		
0-5	15	13,27
6-10	34	30,09
11-19	45	39,82
20+	19	16,81
Total	113	100,0

Carga Horária		
<=20	18	10,78
21-36	15	8,98
40+	134	80,24
Total	167	100,0

Fonte: elaborado pela autora (2026)

Observa-se predominância do sexo masculino entre os profissionais da Atenção Primária, correspondendo a 62,87% da amostra, enquanto o sexo feminino representou 37,13%. Em relação à faixa etária, houve maior concentração de profissionais entre 30 e 39 anos (43,67%), seguida pelas faixas de 40 a 49 anos (24,05%), 20 a 29 anos (18,35%) e 50 anos ou mais (13,92%), evidenciando um perfil predominantemente adulto jovem.

Quanto à cor da pele, a maioria dos participantes autodeclarou-se branca (84,94%), enquanto 15,06% declararam-se pretos ou pardos. No que se refere à distribuição territorial, a maior parte dos profissionais atuava em distritos periféricos ao centro (73,05%), ao passo que 26,95% estavam lotados na região central do município.

Em relação à profissão, observou-se distribuição relativamente homogênea entre médicos (36,53%), enfermeiros (35,93%) e cirurgiões-dentistas (27,54%). Quanto ao tipo de serviço, predominou a atuação na Estratégia Saúde da Família (56,89%), seguida pelas Unidades Básicas de Saúde (43,11%). A maioria dos participantes não exercia função de gerente (75,45%), enquanto 24,55% relataram ocupar cargo de gestão.

Sobre a situação conjugal, 61,68% dos profissionais referiram ter companheiro(a), enquanto 38,32% declararam não possuir. Além disso, a maioria informou ter filhos (59,88%). Em relação à escolaridade, verificou-se predomínio de pós-graduação (76,05%), indicando elevado nível de qualificação profissional, e 52,10% relataram possuir formação em Saúde Coletiva. Entre aqueles que responderam sobre residência, 34,48% afirmaram ter realizado residência profissional.

Quanto ao vínculo empregatício, observou-se predomínio de contratos efetivos (86,23%), enquanto 13,77% possuíam vínculo não efetivo. Em relação ao tempo de atuação na Atenção Primária, 29,34% atuavam há mais de 10 anos, seguido por 26,35% entre 2 e 4 anos, 22,75% entre 5 e 9 anos e 21,56% com até 1 ano de atuação. Já no Sistema Único de Saúde, a maior parte dos profissionais possuía mais de 10 anos de experiência (46,11%).

No que se refere à renda individual, 55,63% relataram receber mais de cinco salários mínimos, enquanto 44,38% informaram renda de até cinco salários mínimos. A renda familiar mostrou percentual ainda mais elevado na faixa superior a cinco salários mínimos (86,62%). Quanto ao tempo de formação profissional, predominou o intervalo entre 11 e 19 anos (39,82%), seguido de 6 a 10 anos (30,09%). Em relação à carga horária semanal, a maioria dos profissionais cumpria 40 horas ou mais (80,24%).

Tabela 2 Qualidade de vida a partir dos domínios do WHOQOL-BREF

Qualidade Vida	Média	Intervalo de Confiança
Domínio Físico	71.82	69.81 - 73.82
Domínio Psicológico	69.94	67.89 - 71.99
Domínio Social	72.77	70.48 - 75.07
Domínio Ambiental	69.97	67.66 - 72.27

Fonte: elaborado pela autora (2026)

Observa-se que o Domínio Social apresentou a maior média (72.77), seguido pelo Domínio Físico (71.82). Esses resultados indicam melhor percepção dos participantes em relação às relações interpessoais, apoio social, saúde física e o bem-estar do indivíduo.

O Domínio Psicológico apresentou média de 69.94, refletindo percepção intermediária quanto a aspectos como aspectos mentais, emocionais e cognitivos da vida. Já o Domínio Ambiental apresentou a menor média (69.97), indicando avaliação relativamente menos favorável quanto a fatores como segurança, recursos financeiros, ambiente físico, oportunidades de lazer e acesso a serviços.

De forma geral, os escores situam-se em faixa intermediária, sugerindo qualidade de vida moderada, com melhores resultados nos aspectos sociais e psicológicos e menor desempenho relativo no domínio ambiental.

Em relação as regressões realizadas, inicialmente, procederam-se à análise hierárquica por meio da regressão linear, estruturada em blocos de variáveis, conforme um modelo teórico previamente definido. As variáveis foram inseridas de forma progressiva no modelo, respeitando níveis hierárquicos. Essa abordagem permite avaliar o efeito de cada conjunto de variáveis sobre o desfecho, controlando-se pelos níveis anteriores, além de observar a variação nos coeficientes e no poder explicativo do modelo a cada etapa.

Foram estimados, intervalos de confiança de 95% e valores de p (inicialmente em 0,20 para incremento progressivo nas análises hierárquicas da regressão). A análise hierárquica possibilitou não apenas identificar associações, mas também compreender a contribuição incremental de diferentes níveis de determinantes, oferecendo uma interpretação mais robusta e teoricamente orientada dos resultados. No ajuste final, além da avaliação entre a exposição (trabalhar no distrito central) e desfechos (qualidade de vida e escore geral da APS) de interesse, foi realizado uma análise exploratória, para ver o conjunto de variáveis que também apresentaram associações estatisticamente significativas no modelo de ajuste final, adotando como ponto de corte o valor de $p \leq 0,05$.

Tabela 3 Regressão Médicos e Enfermeiros

Escore Geral da APS em Médicos e Enfermeiros						
Variáveis	Análise Bruta			Análise Ajustada		
	Coef (β)	Valor p	IC 95%	Coef (β)	Valor p	IC 95%
Outros Distritos			Referência			Referência
Centro	0.05	0.76	-0.27; 0.38	0.02	0.87	-0.28; 0.33

Fonte: elaborado pela autora (2026)

Na análise de regressão linear bruta, não foi observada associação estatisticamente significativa entre o distrito e o escore analisado. Indivíduos da região central apresentaram um coeficiente de 0,05, com valor de $p = 0,76$ e intervalo de

confiança de 95% (-0,27 a 0,38), indicando ausência de diferença significativa em relação ao grupo de referência.

Na análise ajustada, controlando para variáveis sociodemográficas e laborais, o distrito permaneceu não associado ao desfecho (Coef = 0,02; $p = 0,87$; IC95%: -0,28 a 0,33). Por outro lado, algumas variáveis apresentaram associação significativa. Indivíduos sem companheiro apresentaram, em média, menor escore quando comparados aos com companheiros (Coef = -0,58; $p = 0,001$; IC95%: -0,90 a -0,26). No que se refere à profissão, os enfermeiros apresentaram menor escore em comparação à categoria de referência (Médicos) (Coef = -0,56; $p = 0,005$; IC95%: -0,95 a -0,17).

Tabela 4 Regressão Dentistas

Escore Geral da APS em Saúde Bucal						
Variáveis	Análise Bruta			Análise Ajustada		
	Coef (β)	Valor p	IC 95%	Coef (β)	Valor p	IC 95%
Outros Distritos			Referência			Referência
Centro	0.00	0.98	-0.57; 0.59	0.08	0.75	-0.62; 0.45

Fonte: elaborado pela autora (2026)

Na análise de regressão linear bruta, não foi observada associação estatisticamente significativa entre o distrito e o escore geral (Coef = 0,00, $p = 0,98$ e IC95%: -0,57 a 0,59), indicando ausência de diferença em relação ao grupo de referência. Na análise ajustada, também não foi observada relação significativa entre distrito e escore (Coef= -0,08; IC95%: -0,62 a 0,45; $p = 0,75$). Entretanto, a carga horária >36h esteve positivamente associada ao desfecho, com aumento médio de 0,73 pontos no escore (Coef = 0,73; IC95%: 0,11 a 1,35; $p = 0,02$).

Tabela 5 Regressão Qualidade de Vida

Físico						
Variáveis	Análise Bruta			Análise Ajustada		
	Coef (β)	Valor p	IC 95%	Coef (β)	Valor p	IC 95%
Outros Distritos			Referência			
Centro	-0.81	0.73	-5.59; 3.97	-0.76	0.74	-5.45; 3.92

Psicológico						
Variáveis	Análise Bruta			Análise Ajustada		
	Coef (β)	Valor p	IC 95%	Coef (β)	Valor p	IC 95%
Outros Distritos			Referência			
Centro	-1.08	0.64	-5.66; 3.50	-1.56	0.50	-6.22; 3.10
Social						
Variáveis	Análise Bruta			Análise Ajustada		
	Coef (β)	Valor p	IC 95%	Coef (β)	Valor p	IC 95%
Outros Distritos			Referência			
Centro	-1.68	0.51	-6.76; 3.38	-0.47	0.85	-5.51; 4.56
Ambiental						
Variáveis	Análise Bruta			Análise Ajustada		
	Coef (β)	Valor p	IC 95%	Coef (β)	Valor p	IC 95%
Outros Distritos			Referência			
Centro	4.14	0.03	0.23; 8.05	5.71	0.00	1.49; 9.93

Fonte: elaborado pela autora (2026)

Na análise de regressão linear bruta, o distrito não apresentou associação com o domínio físico da qualidade de vida (Coef = -0.81; IC95%: -5.59 a 3.97; p = 0.73). Após ajuste por variáveis sociodemográficas e laborais, o resultado se manteve, sem evidência de associação entre o distrito e o desfecho (Coef = -0.76; IC95%: -5.45 a 3.92; p = 0.74).

Para o domínio psicológico, a análise bruta também não evidenciou associação com o distrito (Coef = -1.08; IC95%: -5.66 a 3.50; p = 0.64), mantendo-se esse resultado após o ajuste (Coef = -1.56; IC95%: -6.22 a 3.10; p = 0.50). Observou-se associação significativa com a faixa etária de 50 anos ou mais, que apresentou maiores escores no domínio psicológico (Coef = 7.62; IC95%: 0.31 a 14.93; p = 0.04), bem como com escolaridade de nível superior completo, associada a menores escores (Coef = -15.23; IC95%: -27.31 a -3.16; p = 0.01).

No domínio social, não foi observada associação entre o distrito e o desfecho na análise bruta (Coef = -1.68; IC95%: -6.76 a 3.38; p = 0.51), permanecendo sem associação após o ajuste (Coef = -0.47; IC95%: -5.51 a 4.56; p = 0.85). De modo geral, as variáveis incluídas no modelo não apresentaram associação estatisticamente

significativa com esse domínio, embora a função de gerente tenha demonstrado tendência de associação positiva (Coef = 5.10; IC95%: -0.35 a 10.55; $p = 0.06$).

Por fim, no domínio ambiental, o distrito apresentou associação significativa na análise bruta, com maiores escores entre indivíduos da região central (Coef = 4.14; IC95%: 0.23 a 8.05; $p = 0.03$). Após o ajuste, essa associação se manteve e com maior magnitude (Coef = 5.71; IC95%: 1.49 a 9.93; $p = 0.00$). Adicionalmente, a faixa etária de 30 a 39 anos apresentou associação significativa com menores escores nesse domínio (Coef = -6.07; IC95%: -11.85 a -0.29; $p = 0.04$), não sendo observadas associações significativas para as demais variáveis.

8 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo devem ser interpretados considerando o delineamento transversal e o caráter descritivo-analítico da pesquisa, cujo objetivo principal consistiu na produção de evidências locais acerca da percepção dos profissionais sobre os atributos da Atenção Primária à Saúde e sua qualidade de vida em contexto territorial específico.

Os achados evidenciam um perfil predominantemente jovem-adulto, com elevada qualificação e inserção estável no serviço público, o que dialoga com o cenário contemporâneo da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. Esse padrão tem sido descrito em diferentes investigações nacionais, que apontam a APS como espaço de inserção profissional relativamente estável, porém marcado por exigências crescentes e complexidade assistencial (Abreu *et al.*, 2023). Nesse sentido, a coexistência entre estabilidade ocupacional e exigências organizacionais pode constituir um elemento central para compreender os níveis moderados de qualidade de vida observados neste estudo.

A predominância do sexo masculino encontrada difere de parte da literatura, que frequentemente aponta maior participação feminina nas equipes da APS, especialmente nas categorias de enfermagem. Estudos indicam que diferenças de gênero influenciam diretamente a percepção de qualidade de vida, sendo que mulheres tendem a apresentar piores escores em determinados domínios, especialmente relacionados a sobrecarga e condições de trabalho (Gomes *et al.*, 2023). Assim, a maior proporção de homens na amostra pode ter contribuído, ao menos parcialmente, para os escores moderadamente mais elevados observados em alguns domínios, sugerindo que variáveis estruturais e sociais interagem com características individuais na determinação da qualidade de vida.

Os escores de qualidade de vida encontrados (com melhores resultados nos domínios social e físico e piores no domínio ambiental) seguem tendência já documentada em estudos com profissionais da APS. Pesquisas que utilizam o WHOQOL-BREF indicam que aspectos relacionados às relações interpessoais e suporte social tendem a ser melhor avaliados, enquanto fatores ambientais, como condições de trabalho, infraestrutura, segurança e recursos disponíveis, apresentam maior fragilidade (Bubanz *et al.*, 2023). Essa configuração sugere que, mesmo em

contextos de maior coesão entre equipes, persistem limitações estruturais que impactam negativamente a experiência laboral.

A menor média no domínio ambiental, especificamente, pode ser interpretada à luz das condições organizacionais da Atenção Primária à Saúde, frequentemente caracterizadas por limitações estruturais, sobrecarga assistencial e desafios na gestão do trabalho. Nesse sentido, evidências apontam que fatores como ambiente físico inadequado, insuficiência de recursos materiais e pressão por produtividade impactam diretamente a qualidade de vida dos trabalhadores da saúde. Conforme referencial teórico, condições organizacionais desfavoráveis na Atenção Primária à Saúde, como sobrecarga de trabalho, limitações estruturais e fatores psicossociais, estão associadas à pior qualidade de vida dos profissionais, especialmente no domínio ambiental (Gomes *et al.*, 2023).

No que se refere à análise de regressão, um dos principais achados foi a associação entre o distrito de atuação e o domínio ambiental da qualidade de vida, mesmo após ajuste por variáveis sociodemográficas e ocupacionais. Esse resultado sugere que o território não é apenas um espaço geográfico, mas um determinante relevante das condições de trabalho e da experiência subjetiva dos profissionais. A literatura em saúde coletiva tem enfatizado que desigualdades territoriais influenciam diretamente a organização dos serviços e as condições de oferta do cuidado, repercutindo tanto nos usuários quanto nos trabalhadores.

A associação positiva entre atuação no distrito central e melhores escores no domínio ambiental pode ser compreendida a partir de diferenças na infraestrutura, disponibilidade de recursos e organização dos serviços. Estudos indicam que unidades localizadas em áreas centrais tendem a apresentar melhores condições estruturais e maior acesso a insumos, o que impacta diretamente a percepção de qualidade de vida no trabalho (Brandão *et al.*, 2021). Esse resultado reforça a importância de considerar o território como elemento estruturante da análise, evidenciando desigualdades intraurbanas na APS.

Por outro lado, a ausência de associação entre distrito e os domínios físico, psicológico e social sugere que esses aspectos podem estar mais relacionados a características individuais e organizacionais do trabalho do que propriamente ao território. Estudos demonstram que fatores como carga de trabalho, relações

interpessoais e equilíbrio entre vida pessoal e profissional exercem maior influência sobre esses domínios, independentemente da localização geográfica da unidade (Haikal *et al.*, 2013). Assim, a qualidade de vida dos profissionais deve ser compreendida como resultado de múltiplas dimensões interdependentes.

Outro achado relevante refere-se à associação entre idade e melhor escore no domínio psicológico. Esse resultado pode ser interpretado a partir da literatura que aponta maior maturidade emocional, desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e adaptação ao trabalho ao longo do tempo como fatores protetores para a saúde mental (Lima, Gomes & Barbosa, 2020). Profissionais mais experientes tendem a apresentar maior resiliência frente às demandas do trabalho, o que pode explicar melhores avaliações nesse domínio.

Em contrapartida, a associação entre maior escolaridade e piores escores no domínio psicológico sugere um possível efeito de dissonância entre qualificação e condições reais de trabalho. Profissionais com maior formação podem apresentar expectativas mais elevadas em relação ao exercício profissional, o que, quando não atendido pelas condições estruturais e organizacionais da APS, pode gerar frustração e impacto negativo na qualidade de vida. Esse fenômeno tem sido discutido na literatura como um dos paradoxos do trabalho em saúde, especialmente em contextos de subutilização de competências.

A associação da função gerencial com melhores escores no domínio físico também merece atenção. Embora cargos de gestão estejam frequentemente associados a maior carga de responsabilidade, eles também podem oferecer maior autonomia, controle sobre o trabalho e melhores condições organizacionais, fatores que influenciam positivamente a qualidade de vida. Estudos indicam que maior autonomia no trabalho está relacionada a melhores indicadores de saúde e bem-estar entre profissionais da APS (Maganhoto, Aragão & Brandão, 2022).

No que diz respeito aos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), a ausência de associação significativa entre distrito e escore geral entre médicos, enfermeiros e dentistas sugere relativa homogeneidade na organização dos serviços entre os territórios analisados. Esse resultado pode indicar que, apesar das diferenças estruturais, atributos como acesso, longitudinalidade e coordenação do cuidado estão sendo implementados de forma relativamente uniforme no município, o que se mostra

consistente com a literatura nacional, que aponta que essa relativa homogeneidade decorre, em parte, da padronização promovida por políticas públicas como a Estratégia Saúde da Família (Lima *et al.*, 2018).

No entanto, a associação de variáveis como situação conjugal e categoria profissional com o escore evidencia a influência de fatores individuais e ocupacionais na percepção dos atributos da APS. Nesse sentido, pesquisas indicam que a avaliação desses atributos não depende apenas de aspectos estruturais dos serviços, mas também das condições de trabalho e das características dos profissionais, reforçando o caráter multidimensional da APS (Kessler *et al.*, 2015).

A menor pontuação observada entre profissionais sem companheiro pode estar relacionada à ausência de suporte social fora do ambiente de trabalho, elemento reconhecido como importante fator de proteção para a saúde mental. Já a menor pontuação entre enfermeiros em comparação aos médicos pode refletir desigualdades históricas na divisão do trabalho em saúde, caracterizadas por maior carga assistencial e menor reconhecimento profissional dessa categoria, aspectos amplamente discutidos na literatura. Estudos apontam que diferenças entre categorias profissionais influenciam diretamente a percepção e a avaliação dos atributos da APS, especialmente em contextos marcados por sobrecarga de trabalho e assimetrias de poder entre as profissões (Chomatas *et al.*, 2013). Dessa forma, os resultados reforçam a necessidade de compreender a qualidade de vida e a percepção dos profissionais da APS como um fenômeno multidimensional, influenciado por fatores individuais, organizacionais e territoriais.

9 CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo analisar os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) e a qualidade de vida de profissionais da equipe mínima, considerando as diferenças entre distritos de saúde do município de Criciúma – SC. De modo geral, os achados sugerem que os objetivos propostos foram alcançados, possibilitando a produção de evidências acerca da percepção dos profissionais sobre os atributos da APS e a qualidade de vida em contexto territorial específico.

A caracterização dos participantes evidenciou um perfil predominantemente adulto jovem, com elevada qualificação e inserção estável no serviço público, o que indica a presença de um corpo profissional experiente e com potencial técnico para a consolidação das práticas na atenção básica. No entanto, esse cenário não se traduz automaticamente em melhores condições de trabalho ou em níveis elevados de qualidade de vida, reforçando a complexidade das relações entre qualificação profissional e experiência laboral.

No que se refere à qualidade de vida, os resultados apontaram escores moderados em todos os domínios avaliados, com melhores médias nos domínios social e físico e menor desempenho no domínio ambiental. Esse padrão sugere que, embora as relações interpessoais e o suporte social no trabalho sejam percebidos de forma positiva, persistem fragilidades relacionadas às condições estruturais, organizacionais e ambientais dos serviços. Assim, a qualidade de vida dos profissionais mostrou-se influenciada não apenas por aspectos individuais, mas também por fatores contextuais que extrapolam o âmbito do sujeito.

A análise de regressão evidenciou que o distrito de atuação apresentou associação significativa exclusivamente com o domínio ambiental da qualidade de vida, indicando associação entre o território e as condições materiais e organizacionais percebidas no contexto de trabalho. Esse achado reforça a importância de considerar as desigualdades intraurbanas na análise da APS, uma vez que diferenças na infraestrutura, disponibilidade de recursos e organização dos serviços impactam diretamente a experiência dos profissionais.

Por outro lado, a ausência de associação entre distrito e os domínios físico, psicológico e social sugere que esses aspectos estão mais relacionados a fatores individuais e organizacionais das condições da atuação profissional, do que propriamente à localização geográfica das unidades. Variáveis como idade, escolaridade e função exercida demonstraram influência significativa em alguns domínios, evidenciando que a qualidade de vida deve ser compreendida como resultado da interação entre múltiplos determinantes.

No que diz respeito aos atributos da APS, a ausência de associação significativa entre distrito e escore geral entre médicos, enfermeiros e dentistas indica relativa homogeneidade na organização dos serviços entre os territórios analisados. Esse resultado sugere que os princípios estruturantes da atenção primária, como acesso, longitudinalidade e coordenação do cuidado, estão sendo implementados de forma relativamente uniforme no município. Contudo, a associação com variáveis como situação conjugal e categoria profissional evidencia que a percepção desses atributos também é influenciada por fatores individuais e ocupacionais.

Destaca-se, nesse sentido, a menor pontuação observada entre profissionais sem companheiro e entre enfermeiros, indicando possíveis impactos do suporte social e das condições de trabalho na percepção da APS. Esses achados reforçam que a experiência dos profissionais não é homogênea, sendo atravessada por dimensões subjetivas, sociais e organizacionais que influenciam tanto o bem-estar quanto a avaliação dos serviços.

Dessa forma, os resultados demonstraram associações compatíveis com parte das hipóteses inicialmente propostas no estudo. Verificou-se associação entre atributos da APS e qualidade de vida em algumas dimensões, bem como diferenças relacionadas ao território no domínio ambiental. No entanto, não foram identificadas diferenças significativas entre distritos para todos os desfechos analisados, indicando que a influência territorial ocorre de forma específica e não generalizada. Assim, a qualidade de vida dos profissionais e a percepção dos atributos da APS configuram-se como fenômenos multidimensionais, determinados por fatores individuais, organizacionais e territoriais interdependentes.

A partir dessas evidências, destaca-se a necessidade de fortalecimento de estratégias voltadas à qualificação das condições de trabalho na APS, com ênfase na

melhoria da infraestrutura dos serviços, na redução da sobrecarga assistencial e na valorização dos profissionais. Investimentos na gestão do trabalho, na promoção de ambientes saudáveis e no reconhecimento das diferentes categorias profissionais mostram-se fundamentais para a melhoria da qualidade de vida e, conseqüentemente, da qualidade do cuidado ofertado à população.

Como recomendação, sugere-se que gestores e formuladores de políticas públicas incorporem a avaliação da qualidade de vida dos profissionais como componente estratégico no planejamento da APS, considerando as especificidades territoriais e organizacionais dos serviços. Além disso, destaca-se a importância de promover ações de apoio psicossocial aos trabalhadores, bem como estratégias de educação permanente que contribuam para o fortalecimento das equipes.

Em síntese, este estudo reafirma que a qualidade da Atenção Primária à Saúde está intrinsecamente relacionada às condições em que o trabalho é produzido, destacando a centralidade dos profissionais como sujeitos fundamentais na consolidação do SUS e na garantia de um cuidado integral, resolutivo e de qualidade.

REFERÊNCIAS

ABREU, Caroline Caetano Rosa; LEÃO, Ana Júlia Pena; DIAS, Guilherme Antonio Mendes; SANTOS, Ingrid Carrijo Batista e; SILVA, Patrícia Gaspar Andrade; LUDOVINO, Anicésia Cecília Gotardi. **Qualidade de vida dos profissionais de saúde da atenção básica: uma revisão narrativa**. Revista Master – Ensino, Pesquisa e Extensão, [S. l.], v. 8, n. 15, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.47224/revistamaster.v8i15.466>. Acesso em: 16 fev. 2026.

ALMEIDA-BRASIL, Celline Cardoso; SILVEIRA, Marília Rezende da; SILVA, Rosângela Maria da; LIMA, Marina Guimarães; FAUSTO, Maria Alice; ACURCIO, Francisco de Assis. **Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1705–1716, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.20362015>. Acesso em: 12 dez. 2025.

BORGES, João Paulo Assunção; LIMA, Rosana Ferreira; SANTOS, Sara Cristina Ribeiro dos. **Avaliação do acesso aos serviços da atenção primária na perspectiva dos enfermeiros**. Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde, v. 10, n. 2, p. e202113, jul./set. 2021. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/enfer/article/view/4238/5736>. Acesso em: 15 jun. 2025.

BRAGA, Maria Cecília Portugal. **Autopercepção da qualidade de vida de homens usuários da Estratégia de Saúde da Família em Manguinhos, município do Rio de Janeiro**. 2021. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2021.

BRANDÃO, Thays Peres; ARAGÃO, Ailton de Souza; QUERINO, Rosimár Alves; MAGANHOTO, Aline Maria dos Santos. **A qualidade de vida (do) no trabalho da equipe de profissionais da atenção primária em saúde no Triângulo Mineiro**. Revista Recien – Revista Científica de Enfermagem, [S. l.], v. 11, n. 36, p. 43–53, 2021. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/490>. Acesso em: 5 abr. 2026.

BRASIL. **[Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **APS forte no SUS: orientações para gestores e trabalhadores**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://apsredes.org/wp-content/uploads/2021/07/APS Forte_interativo1607.pdf. Acesso em: 23 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

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://aps.saude.gov.br/ape/pesquisa/pcatool>. Acesso em: 1 jul. 2025.

BUBANZ, Leonardo dos Reis; CORRÊA, Marcelo Tiago Balthazar; PINHO, Silvia Teixeira de; FERNANDES, Daiana Evangelista Rodrigues; FARIAS, Edson dos Santos. **Qualidade de vida em profissionais da saúde: WHOQOL-BREF**. Corpoconsciência, Cuiabá, v. 27, p. e15178, 2023. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/corpoconsciencia/article/view/15178>. Acesso em: 1 mai. 2026.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007.

CHOMATAS, Eliane; VIGO, Alvaro; MARTY, Inês; HAUSER, Lisiane; HARZHEIM, Erno. **Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba**. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 294–303, 2013. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/828>. Acesso em: 6 maio 2026.

FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; DILÉLIO, Andréa Silva. **Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe 1, p. 208–223, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>. Acesso em: 1 jul. 2025.

FERIGOLLO, Juliana Prestes; FEDOSSE, Elenir; SANTOS FILHA, Valdete Alves Valentins dos. **Qualidade de vida de profissionais da saúde pública**. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, v. 24, n. 3, p. 497–507, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0722>. Acesso em: 16 fev. 2026.

FERREIRA, Lara de Noronha. **Utilidades, QALYs e medição da qualidade de vida**. Revista Portuguesa de Saúde Pública, v. 3, p. 51–63, 2003.

FLECK, Marcelo Paulo de Azevedo; LOUZADA, Sérgio; XAVIER, Marta; CHACHAMOVICH, Eduardo; VIEIRA, Guilherme; SANTOS, Lyvia; PINHEIRO, Sandra. **Aplicação da versão em português do instrumento WHOQOL-BREF**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178–183, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>. Acesso em: 12 jan. 2026.

Giovanella, Ligia. **Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente?** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 13, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300005>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300005>. Acesso em: 3 mar. 2026.

GOMES, Adriana Batista Gonçalves; MAIA, Ludmila Grego; RIBEIRO, Beatriz Maria dos Santos Santiago; MAIA, Hugo Machado Sanchez Ludmila Grego; NASCIMENTO, Ana Carolina Mesquita do; SANTOS, Sérgio Valverde Marques dos; SILVA, Luiz Almeida da. **Fatores associados à qualidade de vida no trabalho de profissionais da saúde da atenção primária à saúde**. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, [S. l.], v. 27, n. 10, p. 5549–5571, 2023. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/10656>. Acesso em: 5 maio 2026.

HAIKAL, Desirée Sant’Ana; SANTA-ROSA, Thalita Thyrza de Almeida; OLIVEIRA, Pedro Emílio Almeida de; SALES, Luís Otávio Silveira; PEREIRA, Ana Carolina Amaral; MACEDO, Carolina Carneiro Soares; FERREIRA, Raquel Conceição; MARTINS, Andréa Maria Eleutério de Barros Lima; FERREIRA, Efigênia Ferreira e. **Qualidade de vida, satisfação e esforço/recompensa no trabalho, transtornos psíquicos e níveis de atividade física entre trabalhadores da atenção primária à saúde**. Revista de APS, [S. l.], v. 16, n. 3, 2013.

HOFFMANN-HOROCHOVSKI, Marisete Teresinha; CASTILHO-WEINERT, Luciana Vieira. **O WHOQOL-BREF para avaliar qualidade de vida como instrumento de apoio à gestão pública**. NAU Social, v. 9, n. 16, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/ns.v9i16.31412>. Acesso em: 16 fev. 2026.

KESSLER, Marciane; LIMA, Suzinara Beatriz Soares de; WEILLER, Teresinha Heck; LOPES, Luís Felipe Dias; FERRAZ, Lucimare; THUMÉ, Elaine. **A longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde: comparação entre modelos assistenciais**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 71, n. 3, p. 1063–1071, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0014>. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0014>. Acesso em: 6 maio 2026.

LIMA, Geovane Krüger Moreira de; GOMES, Ludmila Mourão Xavier; BARBOSA, Thiago Luis de Andrade. **Qualidade de vida no trabalho e nível de estresse dos profissionais da atenção primária**. *Saúde em Debate*, v. 44, n. 126, p. 774–789, 2020. Disponível em: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/3560>. Acesso em: 5 maio 2026.

LIMA, Juliana Gagno; GIOVANELLA, Ligia; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; BOUSQUAT, Aylene; SILVA, Edcarlos Vasconcelos da. **Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB**. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe 1, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S104>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S104>. Acesso em: 6 maio 2026.

LIMA, Lucas Alves de Oliveira; SILVA, Laura Lima; DOMINGUES JÚNIOR, Paulo Lourenço. **Qualidade de vida no trabalho em UBS**. *Revista de Carreiras e Pessoas*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 346–359, 2024.

LOURENÇÃO, Luciano Garcia. **Qualidade de vida e o processo de trabalho em saúde: contribuições para o debate**. Enfermagem Brasil, v. 10, n. 2, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.33233/eb.v10i2.3842>. Acesso em: 16 fev. 2026.

MACHADO, Gilmar Antonio Batista; et al. **Avaliação de atributos da Atenção Primária à Saúde: a perspectiva dos profissionais**. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 34, eAPE00973, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO00973>. Acesso em: 23 jun. 2025.

MAGANHOTO, Aline Maria dos Santos; ARAGÃO, Ailton de Souza; BRANDÃO, Thays Peres. **Qualidade de vida (do) no trabalho de profissionais da atenção primária em saúde: um estudo com o TQWL-42 e de entrevistas**. Revista de Enfermagem UFPE on line, Recife, v. 16, n. 1, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/253285>. Acesso em: 2 abr. 2026.

MATOS, Everson Vando Melo; FREIRE, Márcia Helena de Souza; KLEMMANN, Douglas; MENDONÇA, Roseli Camargo; D'ALMEIDA MIRANDA, Fernanda Moura; TRINDADE, Letícia de Lima; KHALAF, Daiana Kloh. **Cargas de trabalho de enfermeiros na atenção primária à saúde**. Revista de Enfermagem UFPE on line, Recife, v. 18, n. 1, 2024. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2024.260088>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/260088>. Acesso em: 5 maio 2026.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7–18, 2000.

OLIVEIRA, Maria Margareth C. de; HARZHEIM, Erno; RIBOLDI, Juliana; DUNCAN, Bruce B. **PCATool-Adulto-Brasil: uma versão reduzida**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 256–263, 2013.

OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Genebra: OMS, 1948.

PUCCI, Vanessa Rodrigues; SANTOS, Camila Cristina dos; SILVA, Marina de Souza; OLIVEIRA, Juliana Pereira de; FERREIRA, Lucas Andrade. **Avaliação dos serviços de Atenção Primária à Saúde: estudo das tendências em teses brasileiras**. Research, Society and Development, [S. l.], v. 9, n. 9, p. e7581, 2020. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7581>. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7581>. Acesso em: 17 jun. 2025.

SILVA, Clarissa Bohrer da; SOUZA, Ana Paula de; LIMA, Fernanda Rodrigues; COSTA, João Victor da; ALMEIDA, Bruna Karoline de. **Atributos essenciais: fundamentalidade da avaliação para a qualidade da atenção primária à saúde.** *Brazilian Journal of Development*, [S. l.], v. 9, n. 2, 2023. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv9n2-031>. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv9n2-031>. Acesso em: 19 jun. 2025.

SILVA, Salvyana Carla Palmeira Sarmento; NUNES, Marco Antonio Prado; SANTANA, Vanessa Rocha; REIS, Francisco Prado; MACHADO NETO, José; LIMA, Sonia Oliveira. **A síndrome de burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, out. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.19912014>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.19912014>. Acesso em: 10 abr. 2026.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: o equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. TOMASI, Elaine; NEDEL, Fúlvio Borges; BARBOSA, Allan Claudius Queiroz. **Avaliação, monitoramento e melhoria da qualidade na Atenção Primária à Saúde.** APS em Revista, v. 3, n. 2, p. 131–143, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v3i2.208>. Acesso em: 6 jun. 2025.

TORRES, Jaqueline; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; CARVALHO, Ana Paula de; SILVA, Rodrigo da; OLIVEIRA, Camila Rodrigues de. **Qualidade de vida profissional e fatores associados em profissionais da saúde.** *Psicologia, Saúde & Doenças*, [S. l.], dez. 2019.

WHO. **WHOQOL: measuring quality of life.** Geneva: World Health Organization, 1995.

APÊNDICE(S)

APÊNDICE A INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS

Bloco / Dimensão	Nº	Pergunta	Opções de resposta
Caracterização do participante	1	Sexo	Masculino ☐ Feminino ☐
	2	Idade	20–29 ☐ 30–39 ☐ 40–49 ☐ 50+ ☐
	3	Cor da pele (autodeclarada)	Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐
	4	Distrito de atuação	Centro ☐ Outros distritos ☐
Situação familiar	5	Situação conjugal	Sem companheiro(a) ☐ Com companheiro(a) ☐
	6	Possui filhos?	Sim ☐ Não ☐
Escolaridade e formação	7	Escolaridade	Graduação ☐ Pós-graduação ☐
	8	Formação em Saúde Coletiva	Sim ☐ Não ☐
	9	Residência em saúde	Sim ☐ Não ☐
Caracterização profissional	10	Profissão	Médico(a) ☐ Enfermeiro(a) ☐ Cirurgião-dentista ☐
	11	Tipo de serviço na APS	UBS ☐ ESF ☐
	12	Exerce função de gerente	Sim ☐ Não ☐
	13	Vínculo empregatício	Efetivo ☐ Não efetivo ☐
Renda	14	Renda individual (salários mínimos)	Até 5 ☐ >5 ☐
	15	Renda familiar (salários mínimos)	Até 5 ☐ >5 ☐
Tempo de atuação profissional	16	Tempo na APS	≤1 ano ☐ 2–4 ☐ 5–9 ☐ ≥10 ☐
	17	Tempo no SUS	≤1 ano ☐ 2–4 ☐ 5–9 ☐ ≥10 ☐
	18	Tempo de formação	0–5 ☐ 6–10 ☐ 11–19 ☐ ≥20 ☐
Jornada de trabalho	19	Carga horária semanal	≤20h ☐ 21–36h ☐ ≥40h ☐

APÊNDICE B TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título da Pesquisa:

Atributos da Atenção Primária à Saúde e Qualidade de Vida de Profissionais da Equipe

Mínima: Uma Análise no Cenário de Práticas de Criciúma – SC

Objetivo:

Analisar a percepção dos profissionais acerca dos atributos da Atenção Primária à Saúde e da qualidade de vida entre profissionais de nível superior integrantes da equipe mínima, atuantes nos diferentes distritos de saúde do município de Criciúma – SC.

Período da coleta de dados:

01/07/2025 a 30/12/2025

Tempo estimado para participação:

Aproximadamente 20 a 30 minutos

Local da coleta:

Unidades Básicas de Saúde do município de Criciúma – SC

Pesquisadora Responsável/Orientadora:

Lisiane Tuon

Telefone: (48) 99998-0265

Pesquisadora/Mestranda:

Bruna Cardoso Barcelos

Telefone: (48) 99998-0265

Programa:

Mestrado Profissional em Saúde Coletiva

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada. Sua participação é livre e espontânea, podendo desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo profissional ou institucional, bastando comunicar sua decisão à pesquisadora. Esclarece-se que não haverá qualquer tipo de remuneração pela participação, tampouco custos.

As informações fornecidas serão tratadas com absoluto sigilo e confidencialidade, sendo utilizadas exclusivamente para fins científicos, sem qualquer identificação dos participantes, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O(a) Sr.(a) poderá solicitar esclarecimentos a qualquer momento durante ou após a realização da pesquisa.

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Trata-se de um estudo quantitativo, de delineamento transversal e caráter descritivo-analítico, vinculado ao projeto “Análise e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde nas Unidades Básicas de Saúde do município de Criciúma-SC”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). A pesquisa foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde do município de Criciúma – SC, organizadas em seis distritos sanitários (Centro, Santa Luzia, Boa Vista, Quarta Linha, Próspera e Rio Maina). Participaram do estudo profissionais de nível superior integrantes da equipe mínima da Atenção Primária à Saúde, incluindo médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, totalizando aproximadamente 167 participantes. A coleta de dados foi realizada presencialmente nas Unidades Básicas de Saúde, em dias e horários previamente acordados, sem interferir nas atividades assistenciais. Após esclarecimentos e assinatura deste Termo de Consentimento, os participantes responderam individualmente aos instrumentos de pesquisa.

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

Questionário sociodemográfico e ocupacional, contendo informações sobre idade, sexo, escolaridade, função exercida, tempo de atuação e vínculo de trabalho;

Instrumento de avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde (PCATool-Brasil – versão profissional), que avalia dimensões como acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado;

WHOQOL-BREF, instrumento validado pela Organização Mundial da Saúde, composto por 26 questões que avaliam a qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

As respostas foram registradas em dispositivos eletrônicos, garantindo padronização e segurança das informações.

RISCOS

Os riscos desta pesquisa são considerados mínimos e incluem:

Possível desconforto ao responder questões relacionadas ao trabalho e à qualidade de vida;

Risco de quebra de confidencialidade das informações.

Para minimizar esses riscos:

Os dados foram coletados sem identificação nominal; As informações foram armazenadas em ambiente seguro, com acesso restrito; O(a) participante pôde recusar-se a responder qualquer questão ou interromper sua participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

BENEFÍCIOS

Não há benefícios diretos imediatos aos participantes. Entretanto, os resultados do estudo poderão: Contribuir para a compreensão da qualidade de vida dos profissionais da APS; Subsidiar melhorias no processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde; Apoiar gestores na formulação de estratégias para qualificação das condições de trabalho; Fortalecer a organização da Atenção Primária à Saúde no município.

Declaro que fui devidamente informado(a) sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, tendo tido a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas. Assim, concordo em participar voluntariamente do estudo, assinando este Termo em duas vias de igual teor, ficando uma comigo e outra com a pesquisadora.

Em caso de dúvidas, sugestões ou denúncias, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNESC pelo telefone (48) 3431-2723 ou pelo e-mail cetica@unesb.net.

ASSINATURAS

Participante:

Assinatura

Nome: _____

CPF: .. ____ - ____

Pesquisadora Responsável:

Assinatura

Nome: Bruna Cardoso Barcelos

CPF: 071.501.109-08

Criciúma (SC), 30 de junho de 2025.

ANEXO(S)

**ANEXO A INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA –
WHOQOL-BREF**

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEVA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS – Brasil

This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. In the event of any inconsistency between the English and the translated version, the original English version shall be the binding and authentic version.

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO B CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/ Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo:

Parecer n.º: 6.736.397

CAAE: 78239724.2.0000.0119

Pesquisador(a) Responsável: Lisiane Tuon Generoso Bitencourt

Pesquisador(a): RAFAEL ZANERIPE DE SOUZA NUNES

Título: ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA - SC

Este projeto foi aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Todas e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 27 de março de 2024.



Marco Antônio da Silva
Coordenador do CEP

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC
Bloco Administrativo – Sala 31 | Fone (48) 3431 2606 | cetica@unesc.net | ww.unesc.net/cep
Horário de funcionamento do CEP: de segunda a sexta-feira, das 08h às 12h e das 13h às 17h.

**ANEXO C CARTA DE ACEITE PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA
(SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – CRICIÚMA/SC)**

CARTA DE ACEITE

Declaramos, para os devidos fins que se fizerem necessários, que concordamos em disponibilizar para entrevista os profissionais e usuários cadastrados na Atenção Primária à Saúde e vinculados a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Criciúma, localizada na rua Domênico Sônego, 542, Bairro Santa Bárbara, Criciúma/SC – CEP 88803-000, para o desenvolvimento da pesquisa intitulada “ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA - SC” sob a responsabilidade da professora responsável Lisiane Tuon e pesquisador Rafael Zaneripe de Souza Nunes do Núcleo de Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, pelo período de execução previsto no referido projeto.



Deivid de Freitas Floriano
Diretor da secretaria municipal de saúde

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
CRICIÚMA-SC
CNPJ: 08.435.209/0001-90