

NOTA TÉCNICA



ASIS

ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE
DE URUSSANGA
1ª EDIÇÃO



USUÁRIOS

Região Carbonífera



residência
multiprofissional
ATENÇÃO BÁSICA | SAÚDE COLETIVA | SAÚDE MENTAL

NOTA TÉCNICA

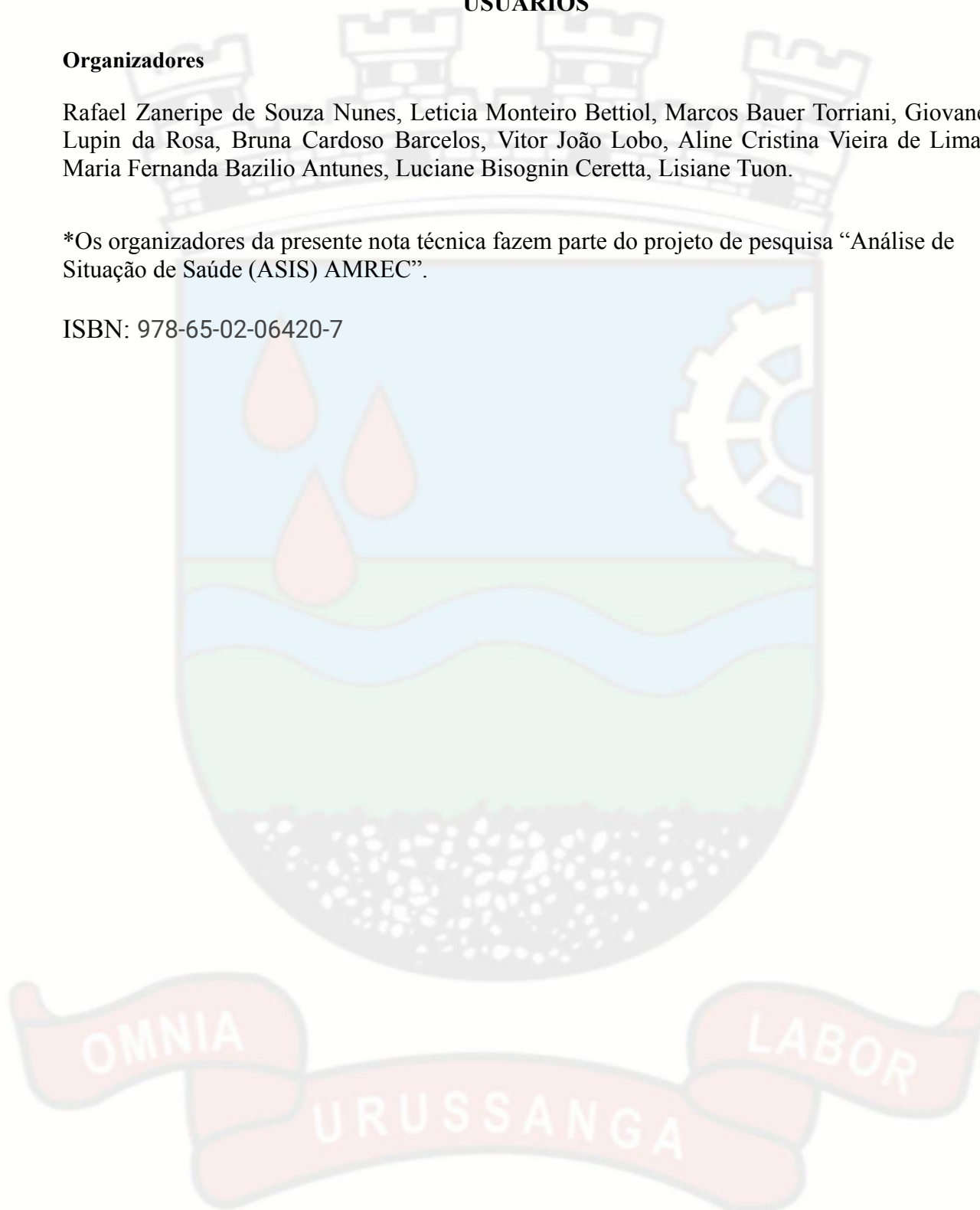
**ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE URUSSANGA
USUÁRIOS**

Organizadores

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

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

ISBN: 978-65-02-06420-7



CRICIÚMA

2026

COORDENAÇÃO DA PESQUISA

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

Profa. Dra. Lisiane Tuon

COLABORAÇÃO DA PESQUISA

Professores dos Programas de Residências Multiprofissionais da UNESC

Prof. Rafael Zaneripe de Souza Nunes

Profa. Leticia Monteiro Bettiol

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

Profa. Dra. Luciane Bisognin Ceretta

AUXILIARES DE PESQUISA

Aline Cristina Vieira de Lima

Bruna Cardoso Barcelos

Bruna Aparecida Balbinot

Manenti

Giovane Lupin da Rosa

Marcos Bauer Torriani

Maria Fernanda Bazilio Antunes

Vitor João Lobo

COLABORAÇÃO

Residentes do Programa de Residência Multiprofissional da UNESC

Elizabeth dos Santos Toczek

Eloise Felisberto Farias

Giovane Lupin da Rosa

Helen de Bitencourt Alves

Tatiéli Scheffer Luiz

Secretaria Municipal de Saúde de Urussanga

Secretária Karina Manarin

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Profa. Dra. Lisiane Tuon

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

Contato: ppgscol@unesc.net

CONTEXTUALIZAÇÃO

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

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

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

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

Compreender a percepção dos usuários é uma ferramenta essencial para avaliar e aprimorar a APS e toda a RAS, pois, ao analisar a situação de saúde dos usuários da APS, torna-se possível compreender as demandas e necessidades da comunidade, subsidiando a elaboração de políticas e programas de saúde mais eficazes e adequados à realidade regional. A organização de indicadores de planejamento de saúde dos

municípios da região carbonífera propicia uma visão panorâmica da saúde pública nesse contexto específico, permitindo a identificação de prioridades e a formulação de estratégias para enfrentar os desafios existentes.

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

Urussanga, localizada no Sul de Santa Catarina, possui área territorial de 254,954 km² e população estimada em 21.464 habitantes para 2025, segundo o Censo 2022, que registrou 20.919 moradores, resultando em densidade demográfica de 82,05 habitantes por km².

O Produto Interno Bruto (PIB) per capita é de R\$ 58.437,16. A economia municipal é impulsionada principalmente pelos setores da indústria (42%), serviços (38%), administração pública (15%) e agropecuária (5%). Em 2018, havia 6.279 empregos formais distribuídos em 760 empresas, com remuneração média de 2,6 salários mínimos.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é 0,772. A taxa de escolarização na faixa etária de 6 a 14 anos foi de 99,49% em 2022, e havia 2.542 estudantes matriculados em 2019, predominando o ensino fundamental. A infraestrutura urbana apresenta 48,54% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 45,02% em vias arborizadas e 41,9% em áreas com urbanização completa. A taxa de mortalidade infantil é de 9,35 óbitos por mil nascidos vivos.

A rede de Atenção Primária à Saúde é composta por nove unidades: Posto de Saúde do Centro, Posto de Saúde do Barro Preto, Posto de Saúde do Rio América, Posto de Saúde de Santana, Posto de Saúde da Estação, Posto de Saúde do Nova Itália, Posto de Saúde do Bom Jesus, Posto de Saúde da Bela Vista, Posto de Saúde do Centro (Eduardo Costa).

O diagnóstico situacional realizado em 19 de agosto de 2020 pelo Observatório da UNESC apontou como desafios a necessidade de implantação de anel viário para facilitar o acesso, atualização do plano diretor com foco em sustentabilidade e maior

integração da economia local com outras regiões. Foram identificadas demandas por redução do custo da energia elétrica, ampliação dos incentivos fiscais e diversificação econômica, além da modernização de processos burocráticos e fortalecimento do comércio local.

No turismo, destacou-se a carência de planejamento estratégico, integração regional e fortalecimento das raízes culturais, com revitalização de casarões, estações ferroviárias e espaços públicos. Também foi ressaltada a importância de políticas articuladas de cultura e turismo, além de ações voltadas para engajar os jovens em atividades culturais.

MÉTODO

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

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

Utilizando-se os dados disponíveis pelo IBGE (2022), em Criciúma foi considerada a faixa etária populacional a partir da estratificação de 15 anos ou mais, colocando um total de 175.388 e compondo uma amostra própria. Para o restante da região carbonífera foi considerada a população total a partir do censo de 2022,

totalizando uma população de 225.462. O software OpenEpi® foi empregado para determinar o tamanho da amostra, que considerou a população de da região carbonífera com base no censo de 2022 a partir dos 15 anos, o qual resultou na necessidade de aplicação de 794 questionários. Considerando um acréscimo de 50% para compensar possíveis perdas, foi preciso coletar 1.550 questionários. Nesse sentido, foi necessário a coleta de uma amostra mínima de 141 entrevistas por município.

Os cálculos foram baseados nos seguintes parâmetros: (i) nível de confiança de 99%, (ii) precisão absoluta de 5%, e (iii) efeito de desenho (design effect: Deff) de 1,2 para ajuste do efeito de cluster, com uma estimativa de 50% de usuários atribuindo alto escore ($\geq 6,6$) para os serviços de APS avaliados. Para o município de Criciúma foi usado um IC de 95%, contabilizando uma amostra de 460 usuários, e com o acréscimo de 30%, para compensar possíveis perdas amostrais, um total de 598 usuários. Para o restante da região carbonífera foi considerado um IC de 99%, compreendendo uma maior abrangência na amostra. A equipe de pesquisadores se colocou à disposição para produzir uma pesquisa com amostra personalizada aos municípios que solicitaram notas técnicas específicas dos indicadores de saúde de seus usuários, realizando um novo cálculo amostral. Entretanto, cabe destacar que na amostra original do estudo só foram consideradas as coletas inicialmente pactuadas.

No presente caso, o município de Urussanga optou por realizar a pesquisa com uma amostra total dos usuários do seu município, onde após o cálculo amostral, a amostra mínima definida foi de 452, e com acréscimo de 10% para possíveis perdas amostrais foram de 497. No total, foram realizadas 357 coletas no município de Urussanga, durante o ano de 2025. Ao todo, foram considerados 341 usuários, sendo 16 critérios de exclusão e 140 recusas. Cabe destacar também, que dos 341 participantes, 328 eram vinculados à APS. Por fim, ressalta-se que o elevado número de recusas impediu o alcance da amostra inicialmente prevista. Assim, os dados apresentados nesta nota técnica devem ser interpretados com cautela, considerando as limitações inerentes ao recorte amostral obtido.

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

questionários e processo de logística foram adaptados para uma maior abrangência de indicadores para o projeto.

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

Para a seleção dos participantes utilizou-se também um modelo de amostra por conveniência, onde a coleta aconteceu nas casas dos usuários de cada município, com base na presença dos usuários no local, de acordo com o cronograma de visitas das ACS. A coleta teve auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de cada município, dos quais realizaram as coleta nas casas dos cidadãos dos bairros de sua área adscrita de cada município, com auxílio conjunto da equipe de pesquisadores da UNESC. Com relação a aplicação dos questionários com os usuários, foram capacitadas as equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de cada município pela equipe de pesquisadores da UNESC, visando maior abrangência e dinamismo na coleta, além de auxiliar no processo de logística da pesquisa. Após a capacitação, foram coletados os usuários que estavam programados nas visitas domiciliares nas semanas subsequentes a capacitação. Finalizada a coleta dos dados em cada município, os pesquisadores transferiram os dados dispostos no *software EpiCollect5* para o armazenamento digital interno do grupo de pesquisa.

No projeto, é concebido duas amostras de usuários, uma amostra geral, e outra amostra para usuários que tinham acesso aos pontos de saúde bucal na APS do município. Nos aspectos metodológicos estruturados inicialmente no projeto ASIS - AMREC, foi concebido que caso os usuários da segunda etapa já fizessem parte de pontos da rede que apresentem serviços de saúde bucal na APS ou que tivessem acesso a algum serviço de saúde bucal nos pontos de APS da rede, estes serão considerados parte da mesma amostra, compondo uma amostra única, algo que se estendeu a todos os

municípios da região carbonífera, onde foi possível compor uma amostra única para todos os usuários, dinamizando o processo ao realizar a coleta com os usuários em apenas uma única etapa. Ressalta-se que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC (CAAE: 85399124.0.0000.0119).

RESULTADOS

Nos achados abaixo serão apresentados os resultados provenientes da pesquisa ASIS AMREC – Urussanga, na qual foram entrevistados 341 pacientes no total. Os resultados demonstram as características sociodemográficas, as condições e os comportamentos de saúde, a percepção sobre o atendimento recebido na APS a partir dos scores do PCATool, do município e de suas respectivas distribuições distritais.

Tabela 1: Caracterização dos Pacientes da Atenção Primária

Sexo	n	%
Masculino	94	27,57
Feminino	246	72,14
Preferiu não responder	1	0,29
Total	341	100,00
Idade		
18–29	36	10,81
30–39	46	13,81
40–49	58	17,42
50+	193	57,96
Total	333*	100,00
Cor da Pele		
Branca	315	92,37
Preta	8	2,35
Parda	18	5,28
Total	341	100,00
UBS de Referência		
Centro	38	11,14
Barro Preto	47	13,78
Rio América	36	10,56

Santana	22	6,45
Nova Itália	43	12,61
Bom Jesus	61	17,89
Bela Vista	25	7,33
Centro Ii	33	9,68
Estação	36	10,56
Total	341	100,00
Situação Conjugal**		
Sem parceiro(a)	140	41,06
Com parceiro(a)	191	56,01
Preferiu não responder	10	2,93
Total	341	100,00
Tem filhos		
Sim	274	80,35
Não	62	18,18
Prefiro não responder	5	1,47
Total	341	100,00
Escolaridade		
Não Alfabetizado	6	1,76
Ensino Fundamental Incompleto	96	28,15
Ensino Fundamental Completo	54	15,83
Ensino Médio Incompleto	24	7,04
Ensino Médio Completo	94	27,57
Ensino Superior Incompleto	15	4,40
Ensino-Superior Completo	40	11,73
Pós-graduação	6	1,76
Preferiu não responder	6	1,76
Total	341	100,00

Está trabalhando		
Sim	170	49,85
Não	160	46,92
Preferiu não responder	11	3,23
Total	341	100,00
Renda Individual		
0–1 SM	3	6,25
2–5 SM	44	91,67
5–9 SM	1	2,08
Total	48	100,00
Renda Familiar		
0–1 SM	3	6,25
2–5 SM	38	79,17
5–9 SM	5	10,42
10+ SM	2	4,17
Total	48	100,00
Quantidade moradores		
1	52	15,25
2–4	249	73,02
5+	40	11,73
Total	341	100,00
Quantidade cômodos		
1–4	43	12,61
5–9	281	82,40
10+	17	4,99
Total	341	100,00
Média Renda	Média	Intervalo de Confiança
Renda Individual (R\$)	2.550,97	2.142,41 - 2.959,54
Renda Familiar (R\$)	4.764,10	3.274,31 - 6.253,89
Quantidade Pessoas no domicílio	2,83	2,67 - 2,98

Quantidade Cômodos no
domicílio

6,26

6.08 - 6,45

Fonte: criado pelos autores (2026)

* 8 entrevistas foram desconsideradas nesta variável por preenchimento incorreto **Sem parceiro refere-se a solteiros, divorciados e viúvos. Com parceiro refere-se a união estável e casados.

A amostra foi composta por 341 usuários da Atenção Primária à Saúde, com predominância do sexo feminino (72,14%), enquanto os homens representaram 27,57% dos participantes. A distribuição etária demonstra perfil marcadamente envelhecido: 57,96% tinham 50 anos ou mais, 17,42% entre 40–49 anos, 13,81% entre 30–39 anos e 10,81% entre 18–29 anos. Trata-se, portanto, de uma população majoritariamente adulta e idosa.

Quanto à cor da pele, 92,37% se autodeclararam brancos, 5,28% pardos e 2,35% pretos, refletindo o perfil demográfico local. Em relação à UBS de referência, houve distribuição relativamente equilibrada entre as unidades, com maior concentração em Bom Jesus (17,89%), Barro Preto (13,78%) e Nova Itália (12,61%), indicando abrangência territorial diversificada da amostra.

No que se refere à situação conjugal, 56,01% declararam ter parceiro(a), enquanto 41,06% estavam sem parceiro(a). Além disso, 80,35% relataram ter filhos. A escolaridade concentrou-se principalmente no Ensino Fundamental Incompleto (28,15%) e Ensino Médio Completo (27,57%). Apenas 11,73% possuíam Ensino Superior Completo e 1,76% pós-graduação. Observa-se, portanto, que a maior parte da amostra apresenta escolaridade até o nível médio.

Quanto à situação de trabalho, 49,85% estavam trabalhando e 46,92% não estavam inseridos no mercado de trabalho no momento da coleta. Entre os respondentes, 91,67% relataram renda individual entre 2 e 5 salários mínimos. A renda familiar também se concentrou nessa faixa (79,17%). A média da renda individual foi de R\$ 2.550,97 e a renda familiar média foi de R\$ 4.764,10. Em relação às condições domiciliares, 73,02% residiam com 2 a 4 pessoas, com média de 2,83 moradores por domicílio. Quanto à estrutura física, 82,40% relataram possuir entre 5 e 9 cômodos, com média de 6,26 cômodos, sugerindo condições habitacionais relativamente adequadas em termos de espaço.

De forma objetiva, o perfil da amostra caracteriza-se por: predominância feminina, população majoritariamente com 50 anos ou mais, escolaridade até o ensino médio, inserção laboral próxima de 50%, renda concentrada entre 2 e 5 salários

mínimos (entre os que responderam) e condições domiciliares estruturalmente estáveis. Esse conjunto de características deve ser considerado na análise dos desfechos em saúde e na organização das estratégias da Atenção Primária, especialmente no planejamento de ações voltadas ao envelhecimento e às condições crônicas.

Tabela 2: Comportamentos e Condições de Saúde

AUDIT-C	n	%
Risco moderado	50	57,47
Risco Alto	25	28,74
Risco Severo	12	13,79
Total	87	100,00
Fumante		
Sim	38	11,14
Não	303	88,86
Total	341	100,00
Uso de Telas		
<= 3h por dia	280	82,11
>= 3h por dia	61	17,89
Total	341	100,00
Atividade Física		
Mais de 150 minutos semanais	98	28,74
Menos de 150 minutos semanais	243	71,26
Total	341	100,00
Qualidade do sono		
Menos da metade dos dias	285	83,58
Mais da metade dos dias	56	16,42
Total	341	100,00
Insegurança Alimentar		
Insegurança alimentar leve	21	6,16

Insegurança alimentar moderada	4	1,17
Insegurança alimentar grave	8	2,35
Segurança alimentar	308	90,32
Total	341	100,00
Polifarmácia		
Não	138	62,16
Sim	84	37,84
Total	222	100,00

Fonte: criado pelos autores (2026)

Em relação ao consumo de álcool (AUDIT-C), entre os 87 respondentes, 57,47% foram classificados como risco moderado, 28,74% como risco alto e 13,79% como risco severo, indicando que uma parcela expressiva apresenta padrão de consumo potencialmente prejudicial. Quanto ao tabagismo, 11,14% declararam ser fumantes, enquanto 88,86% referiram não fumar. Em relação ao uso de telas, 82,11% relataram exposição de até 3 horas por dia, e 17,89% referiram uso igual ou superior a 3 horas diárias.

No que se refere à atividade física, 71,26% praticavam menos de 150 minutos semanais, não atingindo a recomendação mínima para benefícios à saúde, enquanto 28,74% relataram prática igual ou superior a 150 minutos por semana. Esse dado evidencia alta prevalência de sedentarismo na população estudada.

Em relação à qualidade do sono, 83,58% relataram alterações em menos da metade dos dias, enquanto 16,42% referiram comprometimento em mais da metade dos dias, sugerindo que parte da amostra apresenta queixas frequentes relacionadas ao sono. Quanto à segurança alimentar, 90,32% encontravam-se em situação de segurança alimentar. Entretanto, 6,16% apresentaram insegurança alimentar leve, 1,17% moderada e 2,35% grave, totalizando 9,68% com algum grau de vulnerabilidade alimentar.

Por fim, no que se refere à polifarmácia, 37,84% relataram uso concomitante de múltiplos medicamentos, enquanto 62,16% não se enquadraram nesse critério. Esse percentual é relevante, especialmente considerando o perfil etário predominantemente acima de 50 anos.

De forma objetiva, a amostra caracteriza-se por baixa prevalência de tabagismo, consumo de álcool com predomínio de risco moderado entre os respondentes, uso de

telas predominantemente inferior a 3 horas diárias, elevada prevalência de sedentarismo, presença de queixas de sono em parte dos participantes, pequena porém significativa proporção em insegurança alimentar e percentual relevante de polifarmácia. Esses achados são fundamentais para o planejamento de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos na Atenção Primária.

Tabela 3: Doenças e Condições Crônicas

Doenças Crônicas	n	%
Sim	166	48,68
Não	175	51,32
Total	341	100,00
Pressão Alta		
Sim	120	72,29
Não	43	25,90
Preferiu não responder	3	1,81
Total	166	100,00
Diabetes		
Sim	45	27,11
Não	117	70,48
Preferiu não responder	4	2,41
Total	166	100,00
Gordura no Sangue		
Sim	51	30,72
Não	100	60,24
Preferiu não responder	15	9,04
Total	166	100,00
Câncer		
Sim	18	10,84
Não	143	86,15
Preferiu não responder	5	3,01
Total	166	100,00
Doença no Coração		

Sim	35	21,08
Não	124	74,70
Preferiu não responder	7	4,22
Total	166	100,00
Depressão		
Sim	69	41,57
Não	86	51,81
Preferiu não responder	11	6,63
Total	166	100,00
Problemas na Coluna		
Sim	75	45,18
Não	83	50,00
Preferiu não responder	8	4,82
Total	166	100,00
Artrite		
Sim	49	29,52
Não	105	63,25
Preferiu não responder	12	7,23
Total	166	100,00
Bronquite ou Asma		
Sim	16	9,64
Não	138	83,13
Preferiu não responder	12	7,23
Total	166	100,00
Insuficiência Renal		
Sim	11	6,63
Não	146	87,95
Preferiu não responder	9	5,42
Total	166	100,00
Tuberculose		
Sim	1	0,60

Não	163	98,20
Não sabe/Não quer informar	2	1,20
Total	166	100,00
Cirrose		
Sim	1	0,60
Não	159	95,79
Preferiu não responder	6	3,61
Total	166	100,00
Derrame		
Sim	9	5,42
Não	154	92,77
Preferiu não responder	3	1,81
Total	166	100,00
Osteoporose		
Sim	20	12,05
Não	134	80,72
Preferiu não responder	12	7,23
Total	166	100,00

Fonte: criado pelos autores (2026)

48,68% relataram possuir pelo menos uma doença crônica, enquanto 51,32% referiram não apresentar diagnóstico desse tipo. Observa-se, portanto, que aproximadamente metade da população acompanhada na Atenção Primária convive com condições crônicas.

Entre os 166 participantes que relataram doenças crônicas, a condição mais prevalente foi a hipertensão arterial, presente em 72,29% dos casos. Em seguida, destacam-se problemas na coluna (45,18%) e depressão (41,57%), evidenciando tanto a presença de condições físicas quanto de sofrimento psíquico neste grupo.

A dislipidemia (“gordura no sangue”) foi relatada por 30,72%, artrite por 29,52% e diabetes por 27,11%, compondo um perfil importante de doenças metabólicas e osteoarticulares. Doença cardíaca foi mencionada por 21,08% dos respondentes, enquanto osteoporose apareceu em 12,05% dos casos. Condições de menor prevalência

incluíram câncer (10,84%), bronquite ou asma (9,64%), insuficiência renal (6,63%) e histórico de derrame (5,42%). Tuberculose e cirrose apresentaram ocorrência residual (0,60% cada).

De forma objetiva, observa-se que o perfil de morbidade crônica é marcado principalmente por hipertensão, alterações metabólicas, doenças osteoarticulares e depressão, compondo um quadro típico de população adulta e envelhecida.

Tabela 4: Saúde Bucal

Saúde Bucal	n	%
Muito Boa	71	20,82
Boa	187	54,84
Regular	68	19,94
Ruim	11	3,23
Muito ruim	4	1,17
Total	341	100,00
Perdeu Dentes		
Sim	205	60,12
Não	99	29,03
Preferiu não responder	37	10,85
Total	341	100,00
Quantidade de dentes perdidos		
1-5	98	47,80
6-10	29	14,15
11-20	26	12,68
21+	52	25,37
Total	205	100,00

Fonte: criado pelos autores (2026)

Em relação à autoavaliação, a maioria dos participantes classificou sua saúde bucal como boa (54,84%) ou muito boa (20,82%), totalizando 75,66% com percepção positiva. Por outro lado, 19,94% consideraram sua saúde bucal regular e 4,40% (3,23% ruim e 1,17% muito ruim) relataram avaliação negativa. Esses resultados indicam

predominância de percepção favorável, embora aproximadamente um quarto da amostra apresente avaliação intermediária ou insatisfatória.

Quanto à perda dentária, 60,12% relataram já ter perdido dentes, enquanto 29,03% afirmaram não ter perdas, e 10,85% preferiram não responder. A elevada proporção de indivíduos com perda dentária demonstra impacto relevante das condições bucais ao longo da vida.

Entre os participantes que relataram perda de dentes, quase metade (47,80%) perdeu entre 1 e 5 dentes. Entretanto, observa-se um contingente expressivo com perdas mais extensas: 14,15% perderam entre 6 e 10 dentes, 12,68% entre 11 e 20 dentes e 25,37% relataram perda de 21 dentes ou mais. Ou seja, mais de um quarto dos que tiveram perdas dentárias apresenta comprometimento severo.

De forma objetiva, embora a autopercepção de saúde bucal seja majoritariamente positiva, a alta prevalência de perda dentária sugere a necessidade de fortalecimento das ações de prevenção, reabilitação e acompanhamento em saúde bucal na Atenção Primária, especialmente considerando o impacto funcional, estético e psicossocial associado a perdas extensas.

Tabela 5: Satisfação com a UBS

Atendimento da UBS	n	%
Muito Boa	139	40,76
Boa	149	43,70
Regular	47	13,78
Ruim	4	1,17
Muito ruim	2	0,59
Total	341	100,00
Satisfeito com a UBS?		
Muito Satisfeito	115	33,72
Satisfeito	173	50,73
Regular	45	13,20
Insatisfeito	6	1,76
Muito Insatisfeito	2	0,59
Total	341	100,00

Fonte: criado pelos autores (2026)

Em relação ao atendimento da UBS, observa-se predominância de avaliação positiva: 43,70% classificaram como boa e 40,76% como muito boa, totalizando 84,46% de avaliações favoráveis. A avaliação regular foi relatada por 13,78% dos participantes, enquanto apenas 1,76% consideraram o atendimento ruim ou muito ruim. Esses resultados indicam elevado nível de aprovação do serviço prestado.

Quanto ao grau de satisfação com a UBS, o padrão se mantém. A maioria dos usuários declarou-se satisfeita (50,73%) ou muito satisfeita (33,72%), somando 84,45% de satisfação positiva. Avaliação regular foi registrada por 13,20%, e apenas 2,35% relataram insatisfação (insatisfeito ou muito insatisfeito). Os dados evidenciam alto nível de satisfação e boa percepção da qualidade do atendimento na UBS, com baixos índices de insatisfação.

Tabela 6: Satisfação com o Atendimento Médico

É fácil marcar consulta?	n	%
Sim	274	84,83
Não	45	13,93
Não sei/Não quero responder	4	1,24
Total	323	100,00
O agendamento é?		
Muito bom	115	35,60
Bom	141	43,65
Regular	44	13,62
Ruim	16	4,95
Muito ruim	5	1,55
Não sei/Não quero responder	2	0,62
Total	323	100,00
Tempo de espera		
Muito bom	87	26,93
Bom	149	46,13
Regular	73	22,60

Ruim	10	3,10
Muito ruim	4	1,24
Total	323	100,00
Tempo de duração		
Muito bom	100	30,96
Bom	169	52,33
Regular	41	12,69
Ruim	13	4,02
Total	323	100,00
Resolutividade		
Muito bom	93	28,79
Bom	174	53,87
Regular	45	13,94
Ruim	6	1,86
Muito ruim	2	0,62
Não sei/Não quero responder	3	0,93
Total	323	100,00
A atenção		
Muito bom	122	37,77
Bom	150	46,44
Regular	42	13,00
Ruim	7	2,17
Muito ruim	1	0,31
Não sei/Não quero responder	1	0,31
Total	323	100,00
As informações recebidas		
Muito bom	121	37,46
Bom	171	52,94
Regular	25	7,74

Ruim	4	1,24
Muito ruim	1	0,31
Não sei/Não quero responder	1	0,31
Total	323	100,00

Fonte: criado pelos autores (2026)

Quanto à facilidade para marcar consulta, 84,23% dos usuários afirmaram que é fácil realizar o agendamento, enquanto 13,93% relataram dificuldade. Em relação à qualidade do agendamento, 43,65% classificaram como bom e 35,60% como muito bom, totalizando 79,25% de avaliação positiva. As avaliações regulares corresponderam a 13,62%, e apenas 6,50% consideraram ruim ou muito ruim.

No que se refere ao tempo de espera, 46,13% avaliaram como bom e 26,93% como muito bom (73,06% de aprovação). Entretanto, 22,60% classificaram como regular, sugerindo que o tempo de espera é um ponto que ainda pode ser otimizado. O tempo de duração das consultas apresentou avaliação ainda mais favorável: 52,33% consideraram bom e 30,96% muito bom, totalizando 83,29% de avaliação positiva. Apenas 4,02% avaliaram como ruim, indicando adequação do tempo destinado ao atendimento.

A resolutividade também foi bem avaliada, com 53,87% classificando como boa e 28,79% como muito boa (82,66% de avaliação positiva). As avaliações negativas foram pouco frequentes (2,48%). Em relação à atenção do profissional médico, 46,44% consideraram boa e 37,77% muito boa, somando 84,21% de avaliação favorável. Esse resultado evidencia boa qualidade na relação profissional-usuário.

Por fim, as informações recebidas durante a consulta foram o item com melhor desempenho: 52,94% avaliaram como boas e 37,46% como muito boas, totalizando 90,40% de avaliação positiva, com apenas 1,55% de avaliações negativas. De forma objetiva, os dados indicam alto grau de satisfação com o atendimento médico na UBS, especialmente nos aspectos relacionados à atenção, comunicação e resolutividade. O principal ponto de atenção identificado refere-se ao tempo de espera e à percepção do processo de agendamento por uma parcela dos usuários.

Tabela 7: Satisfação com o Atendimento dos Enfermeiros

É fácil marcar consulta?	n	%
---------------------------------	----------	----------

Sim	237	91,51
Não	20	7,72
Não sei/Não quero responder	2	0,77
Total	259	100,00
O agendamento é?		
Muito bom	111	42,86
Bom	114	44,01
Regular	24	9,27
Ruim	7	2,70
Muito ruim	3	1,16
Total	259	100,00
Tempo de espera		
Muito bom	91	35,14
Bom	117	45,17
Regular	38	14,67
Ruim	8	3,09
Muito ruim	4	1,54
Não sei/Não quero responder	1	0,39
Total	259	100,00
Tempo de duração		
Muito bom	94	36,29
Bom	130	50,19
Regular	32	13,36
Ruim	3	1,16
Total	259	100,00
Resolutividade		
Muito bom	100	38,61
Bom	127	49,03
Regular	23	8,89
Ruim	7	2,70

Muito ruim	1	0,39
Não sei/Não quero responder	1	0,39
Total	259	100,00
A atenção		
Muito bom	110	42,47
Bom	119	45,94
Regular	23	8,88
Ruim	5	1,93
Muito ruim	1	0,39
Não sei/Não quero responder	1	0,39
Total	259	100,00
As informações recebidas		
Muito bom	110	42,47
Bom	125	48,26
Regular	16	6,18
Ruim	4	1,54
Muito ruim	1	0,39
Não sei/Não quero responder	3	1,16
Total	259	100,00

Fonte: criado pelos autores (2026)

Quanto à facilidade para marcar consulta com o enfermeiro, 91,51% dos usuários afirmaram que o processo é fácil, enquanto apenas 7,72% relataram dificuldade. Em relação ao agendamento, 44,01% classificaram como bom e 42,86% como muito bom, totalizando 86,87% de avaliação positiva. As avaliações regulares corresponderam a 9,27%, e apenas 3,86% consideraram ruim ou muito ruim.

O tempo de espera também apresentou avaliação favorável: 45,17% classificaram como bom e 35,14% como muito bom, somando 80,31% de aprovação. Contudo, 14,67% avaliaram como regular. No que se refere ao tempo de duração da consulta, 50,19% avaliaram como bom e 36,29% como muito bom (86,48% de

avaliação positiva). Apenas 1,16% consideraram ruim, demonstrando adequação do tempo dedicado ao atendimento.

A resolutividade foi bem avaliada por 87,64% dos usuários (49,03% bom e 38,61% muito bom), com baixa frequência de avaliações negativas (3,09%). Esse dado reforça a percepção de efetividade do cuidado prestado pela enfermagem.



Tabela 8: Satisfação com o Atendimento Odontológico

É fácil marcar consulta?	n	%
Sim	157	89,71
Não	18	10,29
Total	175	100,00
O agendamento é?		
Muito bom	71	40,57
Bom	75	42,86
Regular	24	13,72
Ruim	3	1,71
Não sei/Não quero responder	2	1,14
Total	175	100,00
Tempo de espera		
Muito bom	62	35,43
Bom	90	51,43
Regular	21	12,00
Não sei/Não quero responder	2	1,14
Total	175	100,00
Tempo de duração		
Muito bom	66	37,71
Bom	86	49,14
Regular	21	12,00
Não sei/Não quero responder	2	1,14
Total	175	100,00
Resolutividade		
Muito bom	68	38,86
Bom	86	49,14
Regular	18	10,29
Ruim	1	0,57

Não sei/Não quero responder	2	1,14
Total	175	100,00
A atenção		
Muito bom	87	49,71
Bom	73	41,71
Regular	12	6,86
Ruim	1	0,57
Não sei/Não quero responder	2	1,14
Total	175	100,00
As informações recebidas		
Muito bom	77	44,00
Bom	86	49,14
Regular	10	5,71
Não sei/Não quero responder	2	1,14
Total	175	100,00

Fonte: criado pelos autores (2026)

Quanto à facilidade para marcar consulta, 89,71% afirmaram que é fácil realizar o agendamento, enquanto 10,29% relataram dificuldade. Esse resultado evidencia boa acessibilidade ao serviço odontológico. Em relação ao agendamento, 42,86% classificaram como bom e 40,57% como muito bom, totalizando 83,43% de avaliação positiva. As avaliações regulares corresponderam a 13,72%, e apenas 1,71% consideraram ruim.

O tempo de espera apresentou desempenho ainda mais favorável: 51,43% avaliaram como bom e 35,43% como muito bom, somando 86,86% de aprovação. Apenas 12,00% consideraram regular, sem registros relevantes de avaliação negativa. Quanto ao tempo de duração da consulta, 49,14% classificaram como bom e 37,71% como muito bom (86,85% de avaliação positiva), indicando adequação do tempo destinado ao atendimento odontológico.

A resolutividade também foi bem avaliada, com 49,14% classificando como boa e 38,86% como muito boa, totalizando 88,00% de avaliação positiva. As avaliações negativas foram residuais (0,57%), reforçando a percepção de efetividade do cuidado prestado. No que se refere à atenção do profissional, observa-se um dos melhores desempenhos: 49,71% avaliaram como muito boa e 41,71% como boa, demonstrando praticamente unanimidade de avaliação positiva. As avaliações regulares ou negativas foram mínimas.

Por fim, as informações recebidas durante o atendimento também apresentaram alto nível de aprovação, com 49,14% classificando como boas e 44,00% como muito boas (93,14% de avaliação positiva). De forma objetiva, os dados indicam elevado grau de satisfação com o atendimento odontológico, especialmente nos aspectos relacionados à atenção profissional, comunicação e resolutividade.

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

Qualidade Vida	Média	Intervalo de Confiança
Domínio Físico	68.55	66.78 - 70.32
Domínio Psicológico	69.73	68.33 - 71.13
Domínio Social	69.48	67.82 - 71.14
Domínio Ambiental	63.35	61.63 - 65.06

Fonte: criado pelos autores (2026)

O Domínio Psicológico apresentou o desempenho mediano, com média de 69.73, sugerindo uma percepção satisfatória, porém limítrofe. Logo em seguida, o Domínio Social obteve média de 69.48, indicando que as relações pessoais e o suporte social estão quase plenamente consolidados, mas ainda pouco abaixo da média.

O Domínio Físico registrou média de 68.55, situando-se abaixo da linha de referência, esse valor aponta para a existência de limitações físicas ou funcionais que podem impactar sutilmente a qualidade de vida dos indivíduos. Por fim, o Domínio Ambiental apresentou o maior distanciamento da média estabelecida, com apenas 63.35. Este domínio, que engloba segurança física, recursos financeiros e acesso a serviços, demonstra um déficit mais acentuado em comparação aos demais.

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

Qualidade de vida/ Sintomatologia	Domínio físico	Domínio psicológico	Domínio social	Domínio ambiental
Sintoma Depressivo (PHQ9)				
Sem sintomas significativos	73.93	73.89	73.15	65.95
Com Sintomas significativos	58.65	62.08	62.73	58.56
Sintomas Ansiosos (GAD7)				
Sem Sintomas significativos	73.80	73.77	72.27	65.83
Com Sintomas significativos	58.88	62.29	64.35	58.77

Fonte: criado pelos autores (2026)

No que tange aos Sintomas Depressivos (PHQ9), observa-se que o grupo "Sem sintomas significativos" supera a média nos domínios Físico (73.93), Psicológico (73.89) e Social (73.15). Contudo, para os indivíduos "Com sintomas significativos", as médias sofrem uma queda acentuada, com destaque para o Domínio Físico (58.65) e o Domínio Ambiental (58.56), que apresentam os menores índices de satisfação.

O padrão se repete na avaliação dos Sintomas Ansiosos (GAD7). Aqueles "Sem sintomas significativos" mantêm percepções de qualidade de vida acima da referência nos domínios Físico (73.80), Psicológico (73.77) e Social (72.27). Em contrapartida, a presença de ansiedade significativa reduz drasticamente esses valores, com o Domínio Físico caindo para 58.88 e o Domínio Ambiental para 58.77, evidenciando como a psicopatologia compromete a percepção de bem-estar.

O Domínio Ambiental não atinge a média em nenhum dos cenários analisados, mesmo nos grupos sem sintomas de depressão (65.95) ou ansiedade (65.83). Isso reforça que as questões de infraestrutura e segurança configuram-se como limitadores estruturais da satisfação, manifestando-se de forma independente da condição de saúde mental do indivíduo. Os dados indicam que a ausência de sintomas de depressão e

ansiedade é um fator decisivo para que os domínios físico, psicológico e social alcancem médias superiores ao índice de referência. Em contrapartida, a presença dessa sintomatologia reduz a percepção de bem-estar, mantendo todos os indicadores de qualidade de vida abaixo do patamar esperado.

Tabela 11: Ansiedade e Depressão

Ansiedade	Freq.	%
Sintomas Leves	221	64,81
Sintomas Moderados	98	28,74
Sint. Moderado-Grave	19	5,57
Sintomas Graves	3	0,88
Total	341	100,00
Depressão		
Sem Depressão	221	64,81
Depressão Leve	95	27,86
Depressão Moderada	15	4,40
Depressão Moderada-Grave	7	2,05
Depressão Grave	3	0,88
Total	341	100,00

Fonte: criado pelos autores (2026)

Em relação à ansiedade, observa-se predominância de sintomas leves (64,81%). Entretanto, 28,74% dos participantes apresentaram sintomas moderados, 5,57% sintomas moderado-graves e 0,88% sintomas graves. Assim, aproximadamente 35% da amostra apresenta níveis de ansiedade acima do leve, indicando presença de sofrimento psíquico que pode demandar acompanhamento na Atenção Primária.

Quanto à depressão, 64,81% não apresentaram indicativos do transtorno. Por outro lado, 27,86% apresentaram depressão leve, 4,40% depressão moderada, 2,05% moderada-grave e 0,88% depressão grave. Assim, cerca de 35% dos participantes apresentaram algum nível de sintomatologia depressiva, embora a maioria concentre-se na faixa leve.

Tabela 12 Escores da APS

Score	Média	Intervalo de Confiança
Utilização	8.72	8.48 - 8.97
Acessibilidade	6.14	5.92 - 6.36
Longitudinalidade	6.56	6.39 - 6.74
Integração de Cuidados	6.81	6.50 - 7.12
Sistema de informações	5.95	5.59 - 6.31
Serviços disponíveis	6.52	6.18 - 6.86
Serviços prestados	7.37	7.10 - 7.63
Orientação familiar	7.04	6.76 - 7.32
Orientação comunitária	7.05	6.71 - 7.38
Escore geral	6.82	6.64 - 7.00

Fonte: criado pelos autores (2026)

O atributo com melhor desempenho foi Utilização, com média de 8.72, indicando que a APS é reconhecida como principal porta de entrada e referência para o cuidado em saúde. Entre os escores mais elevados também se destacam Serviços prestados (7.37), Orientação comunitária (7.05) e Orientação familiar (7.04), sugerindo boa avaliação quanto à oferta de ações, à relação com as famílias e à atuação no território.

A Integração de cuidados apresentou média de 6.81, enquanto a Longitudinalidade alcançou 6.56 e os Serviços disponíveis 6.52, indicando desempenho intermediário nesses atributos e possibilidade de fortalecimento do acompanhamento contínuo e da articulação entre níveis assistenciais, haja vista as médias limítrofes.

Os menores escores foram observados em Acessibilidade (6.14) e Sistema de informações (5.95), apontando fragilidades relacionadas ao acesso e à organização das informações em saúde. Os dados indicam que a APS está consolidada como porta de entrada e apresenta boa avaliação quanto aos serviços ofertados e à orientação familiar e comunitária. No entanto, acessibilidade e sistema de informações configuram os principais pontos críticos para aprimoramento da qualidade assistencial.

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

Escore/ Variável	Escore A¹	Escore B²	Escore C³	Escore D⁴	Escore E⁵	Escore F⁶	Escore G⁷	Escore H⁸	Escore I⁹	Escore J¹⁰
Idade										
18-29	8.62	5.74	6.52	5.19	6.43	5.59	6.55	6.26	6.78	6.13
30-39	8.61	5.74	6.68	6.62	5.83	6.14	6.78	6.80	6.38	6.56
40-49	8.64	6.48	6.72	6.43	5.49	6.81	7.51	7.22	7.34	6.91
50+	8.77	6.21	6.57	7.23	6.17	6.80	7.66	7.28	7.23	7.04
Sexo										
Masculino	8.90	6.35	6.74	6.87	5.92	7.20	7.74	7.60	7.63	7.14
Feminino	8.66	6.05	6.49	6.77	5.94	6.27	7.23	6.84	6.84	6.70
Preferiu não responder	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
UBS										
CENTRO	8.69	5.71	6.84	6.69	5.83	8.21	8.27	7.61	7.73	7.34
BARRO PRETO	8.62	5.86	6.57	7.46	7.60	7.34	8.07	7.57	7.17	7.32
RIO AMÉRICA	9.25	6.25	6.59	7.46	4.07	5.06	7.03	7.08	7.77	6.59
SANTANA	8.33	6.96	7.57	8.15	7.12	8.43	8.48	8.56	8.03	8.04
NOVA ITÁLIA	8.38	5.86	6.15	5.65	6.23	5.69	6.55	6.66	6.77	6.17
BOM JESUS	8.54	6.84	6.25	5.98	6.12	5.77	6.66	6.39	6.24	6.35
BELA VISTA	9.46	5.66	7.10	7.76	6.80	7.91	8.40	8.26	7.20	7.63
CENTRO II	9.24	5.96	6.58	6.19	6.98	6.55	7.01	6.88	7.20	6.71
ESTAÇÃO	8.11	5.83	6.05	6.73	2.55	5.07	6.66	5.27	6.11	5.93
Renda individual										

ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE (ASIS)

0-1 SM	8.88	6.66	7.77	7.77	6.66	7.03	8.33	8.33	7.77	7.64
2-5 SM	8	5.45	6	7.08	6.16	5.88	7.54	6.91	7.25	6.60
5-9 SM	10	5	6.66	6.66	6.66	10	10	10	10	8.40
Renda Familiar										
0-1 SM	10	7.22	8.05	8.44	7.77	8.14	8.33	10	10	8.42
2-5 SM	7.90	5.33	5.85	6.89	6.09	5.61	7.47	6.71	7.04	6.44
5-9 SM	9.16	6.25	7.08	8.83	5.83	8.05	8.54	8.33	7.50	7.92
10+ SM	6.66	5	6.25	5.66	6.66	6.66	7.91	6.66	8.33	6.59
Escolaridade										
Não alfabetizado	8.88	7.77	8.19	9.33	7.77	8.14	7.63	7.77	8.88	8.25
Fundamental incompleto	8.85	6.24	6.50	7.55	6.22	6.50	7.75	7.44	7.59	7.08
Fundamental completo	9.09	6.18	6.35	7.31	5.20	6.59	7.58	6.77	6.25	6.84
Ensino médio incompleto	9.04	6.50	6.90	6.06	6.03	6.98	8.41	7.85	6.98	7.12
Médio Completo	8.47	6.26	6.67	6.16	6.38	6.25	6.74	7.00	6.78	6.59
Superior Incompleto	8.33	6.30	6.78	6.42	5.71	6.50	7.20	6.54	8.09	6.78
Superior Completo	8.95	5.20	6.40	6.06	5.31	6.73	7.23	6.61	7.18	6.52
Pós-Graduação	6.11	4.72	5.27	5.55	3.33	5	5.97	3.61	5	5.07
Preferiu não responder	8.33	5.83	6.66	6.83	6.66	7.50	7.08	7.08	5.83	6.92

Fonte: criado pelos autores (2026)

1Utilização

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

Em relação à idade, observa-se tendência de aumento progressivo do escore geral conforme o avanço etário, passando de 6.13 entre usuários de 18 a 29 anos para 7.04 entre aqueles com 50 anos ou mais. A Utilização manteve-se elevada em todas as faixas etárias, sempre acima de 8.6, indicando reconhecimento da APS como porta de entrada. Os atributos Integração de Cuidados, Serviços Prestados e Orientação Comunitária apresentaram melhores médias nas faixas etárias mais avançadas, sugerindo maior satisfação entre os usuários mais velhos.

Quanto ao sexo, os homens atribuíram escores mais elevados na maioria dos atributos, com escore geral de 7.14, enquanto as mulheres apresentaram média de 6.70. As diferenças foram mais evidentes nos atributos Serviços Disponíveis, Serviços Prestados e Orientação Familiar.

Na análise por unidade básica de saúde, verificam-se diferenças: a UBS Santana apresentou o melhor desempenho global, com escore geral de 8.04, seguida por Bela Vista (7.63), Centro (7.34) e Barro Preto (7.32). Em contrapartida, a UBS Estação apresentou o menor escore geral (5.93), com destaque negativo para Sistemas de Informação. A unidade Rio América também apresentou fragilidades em Sistemas de Informação e Serviços Disponíveis, apesar de elevada Utilização.

No que se refere à renda individual, usuários com renda de até um salário mínimo apresentaram escore geral mais elevado (7.64), enquanto aqueles com renda entre dois e cinco salários mínimos apresentaram média inferior (6.60). Tendência semelhante foi observada na renda familiar: o grupo com renda de até um salário mínimo apresentou escore geral de 8.42, ao passo que a faixa entre dois e cinco salários mínimos apresentou 6.44, e a de dez ou mais salários mínimos, 6.59. Esses resultados indicam que maior renda não esteve associada, neste estudo, a melhor avaliação da APS.

Em relação à escolaridade, observa-se que usuários com menor nível educacional atribuíram escores mais elevados, com destaque para não alfabetizados

(8.25). Em contraste, indivíduos com pós-graduação apresentaram o menor escore geral (5.07), sugerindo maior criticidade desse grupo na avaliação dos serviços.

Tabela 14: Atributos do PCATool pelas principais condições de saúde

Escore/ Condição Crônica	Escore A¹	Escore B²	Escore C³	Escore D⁴	Escore E⁵	Escore F⁶	Escore G⁷	Escore H⁸	Escore I⁹	Escore J¹⁰
Sim	8.82	6.23	6.53	7.28	5.96	6.79	7.67	7.32	7.28	7.04
Não	8.62	6.04	6.60	6.31	5.94	6.23	7.05	6.74	6.80	6.59

Fonte: criado pelos autores (2026)

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

Os usuários com condição crônica apresentaram escore geral superior (7.04) em comparação àqueles sem condição crônica (6.59), indicando percepção mais positiva da APS entre pessoas que demandam acompanhamento contínuo. A Utilização foi elevada em ambos os grupos, porém ligeiramente maior entre os com condição crônica (8.82 versus 8.62), reforçando o papel da APS como principal porta de entrada e referência para esse público.

Diferenças mais expressivas foram observadas nos atributos Integração de Cuidados (7.28 entre crônicos versus 6.31 entre não crônicos), Serviços Prestados (7.67 versus 7.05), Orientação Familiar (7.32 versus 6.74) e Orientação Comunitária (7.28 versus 6.80). Esses resultados sugerem que indivíduos com doenças crônicas percebem maior articulação do cuidado, acompanhamento mais próximo e maior inserção das ações no contexto familiar e comunitário.

A Longitudinalidade apresentou médias semelhantes entre os grupos (6.53 para crônicos e 6.60 para não crônicos), indicando percepção relativamente estável quanto à continuidade do cuidado. Já Sistemas de Informação manteve-se praticamente igual (5.96 e 5.94), configurando um dos atributos com menor escore em ambos os grupos. A Acessibilidade também apresentou valores próximos (6.23 e 6.04), sugerindo que

dificuldades de acesso não diferem de forma significativa conforme a presença de condição crônica.

Os dados indicam que usuários com condições crônicas avaliam a APS de maneira mais positiva, especialmente nos atributos relacionados à coordenação do cuidado e à orientação familiar e comunitária, possivelmente em função do maior vínculo e da maior frequência de utilização dos serviços. Contudo, persistem fragilidades estruturais, sobretudo no sistema de informações e na acessibilidade, independentemente da condição de saúde.

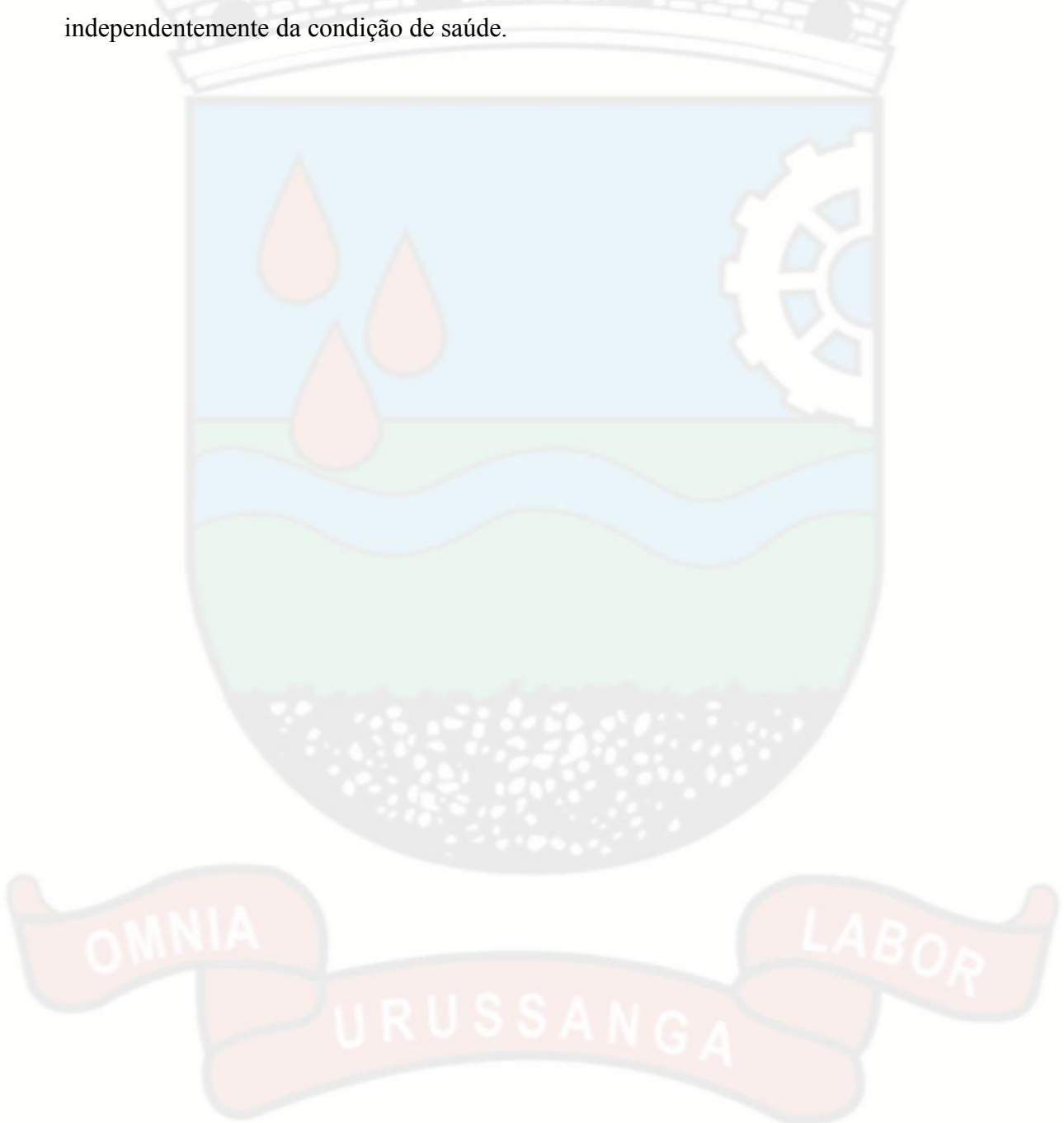


Tabela 15: Condições de Saúde por UBS do município de Lauro Muller

UBS	CENTRO	BARRIO PRETO	RIO AMÉRICA	SANTANA	NOVA ITÁLIA	BOM JESUS	BELA VISTA	CENTRO II	ESTAÇÃO	Total
	n (%)									n (%)
Depressão (PHQ9)										
Sem sintomas significativos	23 (13,12)	34 (15,38)	26 (11,76)	16 (7,24)	20 (9,05)	29 (13,12)	16 (7,24)	26 (11,76)	25 (11,31)	221 (100,00)
Com sintomas significativos	9 (7,50)	13 (10,83)	10 (8,33)	6 (5,00)	23 (19,17)	32 (26,67)	9 (7,50)	7 (5,83)	11 (9,17)	120 (100,00)
Total	38 (11,14)	47 (13,78)	36 (10,56)	22 (6,45)	43 (12,61)	61 (17,89)	25 (7,33)	33 (9,68)	36 (10,56)	341 (100,00)
Sintoma Ansioso (GAD7)										
Sem sintomas significativos	27 (12,22)	32 (14,48)	26 (11,76)	15 (6,79)	16 (7,24)	35 (15,84)	19 (8,60)	26 (11,76)	25 (11,31)	221 (100,00)

Com sintomas significat ivos	11 (9,17)	15 (12,50)	10 (8,33)	7 (5,83)	27 (22,50)	26 (21,67)	6 (5,00)	7 (5,83)	11 (9,17)	120 (100,00)
Total	38 (11,14)	47 (13,78)	36 (10,56)	22 (6,45)	43 (12,61)	61 (17,89)	25 (7,33)	33 (9,68)	36 (10,56)	341 (100,00)
Uso de Álcool (Audit-C)										
Risco Moderad o	10 (20,00)	9 (18,00)	5 (10,00)	1 (2,00)	3 (6,00)	9 (18,00)	2 (4,00)	7 (14,00)	4 (8,00)	50 (100,00)
Risco Alto	3 (12,00)	2 (8,00)	2 (8,00)	0 (0,00)	4 (16,00)	4 (16,00)	4 (16,00)	3 (12,00)	3 (12,00)	25 (100,00)
Risco Severo	5 (41,67)	2 (16,67)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (8,33)	3 (25,00)	1 (8,33)	0 (0,00)	0 (0,00)	12 (100,00)
Total	18 (20,69)	13 (14,94)	7 (8,05)	1 (1,15)	8 (9,20)	16 (18,39)	7 (8,05)	10 (11,49)	7 (8,05)	87 (100,00)
Fumante										
Sim	3 (7,89)	5 (13,16)	5 (13,16)	3 (7,89)	6 (15,79)	8 (21,05)	2 (5,26)	4 (10,53)	2 (5,26)	38 (100,00)

Não	35 (11,55)	42 (13,86)	31 (10,23)	19 (6,45)	37 (12,21)	53 (17,49)	23 (7,59)	29 (9,57)	34 (11,22)	303 (100,00)
Total	38 (11,14)	47 (13,78)	36 (10,56)	22 (6,45)	43 (12,61)	61 (17,89)	25 (7,33)	33 (9,68)	36 (10,56)	341 (100,00)
Condição Crônica										
Sim	15 (9,04)	29 (17,47)	20 (12,05)	8 (4,82)	24 (14,46)	22 (13,25)	18 (10,84)	13 (7,83)	17 (10,24)	166 (100,00)
Não	23 (13,14)	18 (10,28)	16 (9,14)	14 (8,00)	19 (10,86)	39 (22,29)	7 (4,00)	20 (11,43)	19 (10,86)	175 (100,00)
Total	38 (11,14)	47 (13,78)	36 (10,56)	22 (6,45)	43 (12,61)	61 (17,89)	25 (7,33)	33 (9,68)	36 (10,56)	341 (100,00)

Fonte: criado pelos autores (2026)

Em relação aos sintomas depressivos (PHQ-9), entre os 221 usuários sem sintomas significativos, a maior proporção estava vinculada às UBS Barro Preto (15,38%), Centro (13,12%) e Bom Jesus (13,12%). Já entre os 120 usuários com sintomas significativos, destacaram-se as UBS Bom Jesus (26,67%) e Nova Itália (19,17%), concentrando as maiores proporções relativas de casos. A UBS Santana apresentou menor participação proporcional entre os casos com sintomas (5,00%).

No que se refere aos sintomas ansiosos (GAD-7), observou-se padrão semelhante. Entre os 221 usuários sem sintomas significativos, as maiores proporções estavam em Bom Jesus (15,84%) e Barro Preto (14,48%). Entre os 120 com sintomas significativos, destacaram-se Nova Itália (22,50%) e Bom Jesus (21,67%), indicando maior concentração de sofrimento psíquico nessas áreas.

Quanto ao uso de álcool (AUDIT-C), dos 87 usuários classificados com algum nível de risco, 50 apresentaram risco moderado, 25 risco alto e 12 risco severo. O risco moderado foi mais frequente nas UBS Centro (20,00%), Barro Preto (18,00%) e Bom Jesus (18,00%). O risco alto apresentou maior proporção em Nova Itália, Bom Jesus e Bela Vista (16,00% cada). Já o risco severo concentrou-se principalmente na UBS Centro (41,67%) e Bom Jesus (25,00%), sugerindo maior vulnerabilidade nesses territórios.

Em relação ao tabagismo, a distribuição dos fumantes mostrou maior proporção nas UBS Bom Jesus (21,05%), Nova Itália (15,79%) e Barro Preto e Rio América (13,16% cada). As menores proporções foram observadas em Bela Vista e Estação (5,26%).

Quanto à presença de condição crônica, dos 166 usuários que referiram alguma doença crônica, a maior proporção estava vinculada à UBS Barro Preto (17,47%), seguida de Nova Itália (14,46%) e Bom Jesus (13,25%). Entre os 175 usuários sem condição crônica, destacou-se a UBS Bom Jesus (22,29%), seguida de Centro (13,14%).

Observa-se que as UBS Bom Jesus e Nova Itália concentram proporções mais elevadas de sintomas depressivos e ansiosos, bem como presença expressiva de uso de álcool em níveis de risco e condições crônicas. Já Barro Preto apresenta maior concentração de condições crônicas, enquanto o Centro se destaca nos níveis mais elevados de risco severo para uso de álcool.

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

Qualidade de vida/UBS	Domínio físico	Domínio psicológico	Domínio social	Domínio ambiental
CENTRO	69.5	71.10	63.63	64.86
BARRO PRETO	66.08	65.63	67.82	59.87
RIO AMÉRICA	66.91	73.66	68.75	58.94
SANTANA	74.40	73.31	75.63	68.00
NOVA ITÁLIA	61.39	64.34	66.81	61.04
BOM JESUS	65.93	65.81	68.03	57.22
BELA VISTA	76.36	73.32	78.76	72.64
CENTRO II	73.12	76.36	72.72	68.78
ESTAÇÃO	72.22	72.02	71.05	69.55

Fonte: criado pelos autores (2026)

No domínio físico, as maiores médias foram observadas nas UBS Bela Vista (76.36), Santana (74.40) e Centro II (73.12). A menor média foi identificada em Nova Itália (61.39), seguida por Bom Jesus (65.93) e Barro Preto (66.08). No domínio psicológico, Centro II apresentou a maior média (76.36), seguido por Bela Vista (73.32), Santana (73.31) e Rio América (73.66). As menores médias foram observadas em Nova Itália (64.34), Bom Jesus (65.81) e Barro Preto (65.63).

Em relação ao domínio social, Bela Vista destacou-se com a maior média (78.76), seguida por Santana (75.63) e Centro II (72.72). Já o Centro apresentou a menor média (63.63), enquanto Nova Itália (66.81) e Barro Preto (67.82) também apresentaram valores inferiores em comparação às demais unidades. No domínio ambiental, novamente Bela Vista apresentou o melhor resultado (72.64), seguida por Estação (69.55), Centro II (68.78) e Santana (68.00). As menores médias foram observadas em Bom Jesus (57.22), Rio América (58.94) e Barro Preto (59.87).

De forma geral, as UBS Bela Vista, Santana e Centro II apresentaram os melhores desempenhos em praticamente todos os domínios da qualidade de vida. Em contraste, Nova Itália, Bom Jesus e Barro Preto concentram as menores médias em diferentes domínios, especialmente no ambiental e psicológico.

PROPOSIÇÕES

Situação Problema	Sugestões a Gestão
Elevada prevalência de sintomas ansiosos e depressivos.	Fortalecer a linha de cuidado em saúde mental na APS, com ampliação de atendimentos psicológicos, grupos terapêuticos, práticas integrativas e rastreamento sistemático.
	Implementar ações comunitárias de promoção da saúde mental, com foco em envelhecimento ativo, manejo do estresse, prevenção do isolamento social e articulação com CAPS e rede intersetorial.
Alta prevalência de sedentarismo, presença de queixas frequentes de sono e consumo de álcool.	Desenvolver estratégias permanentes de promoção da atividade física no território, com grupos de caminhada, academias ao ar livre e parcerias intersetoriais.
	Incorporar a temática do sono saudável nas consultas e grupos educativos da APS.
	Implementar ações educativas e de redução de danos relacionadas ao consumo de álcool, com acompanhamento multiprofissional e abordagem preventiva contínua.
Perfil populacional predominantemente envelhecido, com elevada carga de doenças crônicas (hipertensão, alterações metabólicas, problemas osteoarticulares e depressão).	Fortalecer o cuidado integral às condições crônicas, com estratificação de risco, acompanhamento longitudinal estruturado e revisão periódica de planos terapêuticos.
	Ampliar ações de prevenção secundária e terciária, incluindo educação em saúde, autocuidado apoiado e monitoramento contínuo.
Percentual relevante de polifarmácia (37,84%) entre os usuários.	Instituir rotina de revisão sistemática da prescrição medicamentosa, com apoio da equipe multiprofissional, visando uso racional de medicamentos e prevenção de interações adversas.
	Desenvolver ações educativas voltadas à adesão terapêutica e segurança medicamentosa.
Baixo desempenho do Domínio Ambiental da qualidade de vida (63,35), mantido mesmo entre indivíduos sem sintomas de ansiedade ou depressão.	Promover planejamento intersetorial envolvendo infraestrutura urbana, segurança, mobilidade e acesso a espaços de convivência.
	Incorporar diagnóstico territorial participativo no planejamento local da APS, com escuta ativa da comunidade sobre necessidades ambientais e sociais.
Fragilidades nos atributos Acessibilidade (6,14) e Sistema de Informações (5,95)	Reorganizar fluxos internos das UBS, ampliando estratégias de acolhimento, comunicação ativa e flexibilização de agendas. Ampliar o acesso da população aos serviços, como a adoção de horários estendidos e mais flexíveis. Entre as

	possibilidades, destaca-se a ampliação do horário de atendimento em pelo menos um dia da semana.
	Investir na qualificação do registro clínico, informatização, integração de sistemas e melhoria do prontuário eletrônico.
	Desenvolver estratégias simples de comunicação com usuários (lembretes de consulta, canais digitais básicos).
Desempenho inferior da UBS Estação (escore geral 5,93) e fragilidades na UBS Rio América, especialmente em Sistemas de Informação e Serviços Disponíveis.	Priorizar investimentos técnicos e organizacionais nessas unidades, com qualificação de processos de trabalho e suporte gerencial.
	Realizar monitoramento contínuo dos indicadores por unidade, com devolutivas sistemáticas às equipes.
Menor escore geral entre usuários sem condições crônicas (6,59), indicando menor vínculo e integração do cuidado nesse grupo.	Expandir o cuidado longitudinal para além do foco nas doenças crônicas, fortalecendo ações preventivas, acompanhamento periódico e educação em saúde para população geral.
	Intensificar ações de orientação familiar e comunitária voltadas a usuários jovens e adultos sem diagnóstico crônico.
Alta prevalência de perda dentária (60,12%)	Ampliar ações preventivas em saúde bucal ao longo do curso de vida, com rastreamento precoce e educação continuada.
	Fortalecer ações de reabilitação protética e integração do cuidado odontológico às demais ações da APS, considerando possível impacto funcional e psicossocial.

A elevada prevalência de sintomas ansiosos e depressivos, associada à queda expressiva dos escores de qualidade de vida (especialmente nos domínios físico e ambiental, sugere que o sofrimento psíquico é presente na organização do cuidado. Esse achado ganha relevância diante do perfil populacional predominantemente envelhecido e da coexistência de múltiplas condições crônicas.

O domínio ambiental apresentou o menor escore entre todos os domínios do WHOQOL-Bref, mantendo-se abaixo da média mesmo entre indivíduos sem sintomatologia significativa. Tal dado sugere que fatores estruturais — segurança, recursos financeiros, mobilidade e infraestrutura — configuram determinantes importantes da percepção de qualidade de vida no território.

No âmbito organizacional, a Acessibilidade e o Sistema de Informações configuram os principais pontos críticos da APS local, indicando necessidade de aprimoramento na gestão dos fluxos, no registro clínico e na comunicação com os usuários. Além disso, as diferenças entre UBS, com destaque negativo para a unidade Estação, evidenciam desigualdades intraurbanas.

Outro ponto relevante refere-se ao menor escore atribuído por usuários sem condições crônicas, o que sugere que o modelo assistencial permanece mais estruturado para o acompanhamento do adoecimento do que para ações preventivas e de promoção da saúde na população geral.

Somam-se a esse cenário a elevada prevalência de sedentarismo, o consumo de álcool em níveis potencialmente prejudiciais e a significativa proporção de polifarmácia, compondo um quadro que exige abordagem multiprofissional e integrada.

Nesse sentido, essas proposições sugerem:

- Fortalecer a saúde mental na APS com cuidado contínuo, territorial e intersetorial;
- Reorganizar os processos de trabalho para qualificar acessibilidade e sistema de informações;
- Priorizar unidades com menor desempenho, reduzindo desigualdades intraurbanas;
- Ampliar o cuidado preventivo e longitudinal para além das doenças crônicas;
- Intensificar estratégias de promoção da atividade física, redução de danos e envelhecimento saudável;
- Integrar saúde bucal, cuidado medicamentoso e acompanhamento das condições crônicas de forma sistêmica;
- Incorporar a dimensão ambiental e os determinantes sociais no planejamento local da APS.

A adoção integrada dessas estratégias pode contribuir para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde em Urussanga, avançando em direção a um modelo territorializado, resolutivo, equitativo e orientado pelos determinantes sociais da saúde, com potencial para qualificar o cuidado e promover melhores condições de vida à população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

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

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

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

