

NOTA TÉCNICA



ASIS

ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE
DE IÇARA
1ª EDIÇÃO



MÉDICOS E ENFERMEIROS

Região Carbonífera



residência
multiprofissional
ATENÇÃO BÁSICA | SAÚDE COLETIVA | SAÚDE MENTAL

NOTA TÉCNICA

**ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
IÇARA – SC
MÉDICOS E ENFERMEIROS**

Organizadores

Rafael Zaneripe de Souza Nunes, Leticia Monteiro Bettiol, Marcos Bauer Torriani, Giovane Lupin da Rosa, Bruna Cardoso Barcelos, Hélio Crecêncio Júnior, Aline Cristina Vieira de Lima, Maria Fernanda Bazilio Antunes, Yago Marcelino Maciel, Vitor João Lobo, 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: 978-65-02-06423-8

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
Hélio Crecêncio Júnior
Marcos Bauer Torriani
Maria Fernanda Bazilio Antunes
Vitor João Lobo
Vinícius Dos Santos De Araújo
Yago Marcelino Maciel

COLABORAÇÃO

Residentes do Programa de Residência Multiprofissional da UNESC

Elizabeth dos Santos Toczek
Eloise Felisberto Farias
Giovane Lupin da Rosa
Helen de Bitencourt Alves
Hélio Crecêncio Júnior
Tatiéli Scheffer Luiz
Vinícius Dos Santos De Araújo

Secretaria Municipal de Saúde de Içara
Secretário Acélio Casagrande

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Profa. Dra. Lisiane Tuon

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

Contato: ppgscol@unesc.net

CONTEXTUALIZAÇÃO

Características Socioeconômicas de Içara-SC

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

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

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

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

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

Introdução – APS

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o ponto inicial de contato entre a população e o sistema de saúde, estruturando-se como base organizadora e considerada a porta de entrada da rede de atenção à saúde. Seu papel é integrar os serviços de forma

articulada, a partir das necessidades dos usuários no território, visando garantir acesso efetivo e resposta qualificada às demandas em saúde da comunidade (Brasil, 2019).

A APS oferece um conjunto abrangente de ações em saúde, que envolvem promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, atuando tanto no cuidado individual quanto coletivo. Com base no princípio da integralidade, busca compreender e atender cada usuário em sua singularidade, respeitando sua individualidade e complexidade. Por essa razão, é considerada um componente chave na estruturação e funcionamento das redes de atenção à saúde.

Para a análise dos dados apresentados nesta nota, destacam-se três papéis centrais desempenhados pela APS (Quadro 1).

Quadro 1: Papéis essenciais da APS

Resolutividade	Coordenação	Responsabilização
Deve ser resolutiva e capacitada cognitiva e tecnologicamente para atender cerca de 90% da demanda da população.	Visa organizar os fluxos e contrafluxos, contrafluxos, dos usuários, produtos e informações entre os diferentes pontos de atenção da rede.	Visa responsabilizar-se pela saúde dos usuários em todos os pontos de atenção da rede. Implica o ato de estabelecer vínculos com a população adscrita em seu território, para que assim seja possível cuidar do usuário de forma integral e longitudinal.

Fonte: Adaptado de Brasil (2019)

A organização dos serviços na Atenção Primária à Saúde visa desenvolver ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua, buscando atender de forma efetiva às necessidades da população. Trata-se de um conjunto de ações e serviços que vão além do atendimento médico, estruturado a partir de uma equipe multiprofissional que objetiva o conhecimento das demandas do território e o fortalecimento dos vínculos entre profissionais de saúde e usuários dos serviços.

Isso permite que as ações e serviços ofertados sejam direcionados às reais necessidades daquela comunidade. A articulação entre seus papéis essenciais e atribuições são fundamentais para garantir uma APS qualificada e sensível às especificidades do contexto em que está inserida.

EQUIPE MÍNIMA E ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS

Em relação a equipe mínima da unidade de saúde, descreve-se abaixo:

ESF: A composição mínima de uma equipe da Atenção Primária à Saúde inclui médicos, preferencialmente com especialização em medicina de família e comunidade, enfermeiros com especialização em saúde da família, além de auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Também podem integrar a equipe os agentes de combate às endemias, profissionais da saúde bucal e seus respectivos auxiliares ou técnicos.

No que diz respeito às atribuições de cada profissional, a Portaria de Consolidação nº 2, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2017), define um conjunto de atribuições mínimas para cada categoria dentro da Estratégia Saúde da Família, conforme apresentado no Quadro 2. Ainda assim, é papel do gestor municipal ampliar essas atribuições quando necessário, considerando as especificidades do território e da população atendida.

Quadro 2: Atribuições dos profissionais da equipe mínima da UBS/ESF

Agente Comunitário de Saúde	O agente comunitário de saúde (ACS) atua com adscrição geográfica de indivíduos e famílias, cadastrando e atualizando os dados no sistema de informação da Atenção Básica para análise da situação de saúde, considerando aspectos sociais, econômicos, culturais, demográficos e epidemiológicos do território. Utiliza instrumentos para coleta de informações que apoiem o diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade, registrando dados como nascimentos, óbitos e doenças. Desenvolve ações que promovem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita, informa os usuários sobre consultas e exames agendados e participa dos processos de regulação relacionados a esses agendamentos e desistências.
Enfermeiro	O profissional deve realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias da equipe, inclusive em domicílio e espaços comunitários, abrangendo todos os ciclos de vida. É responsável por consultas de enfermagem, realização de procedimentos, solicitação de exames, prescrição de medicamentos conforme protocolos e normativas técnicas vigentes. Deve também realizar ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, estratificação de risco e elaboração de plano de cuidados para pessoas com condições crônicas, em articulação com a equipe. Compete-lhe ainda a condução de atividades em grupo, encaminhamento de usuários segundo os fluxos da rede, planejamento, gerenciamento e avaliação das ações dos técnicos ou auxiliares de enfermagem, ACS e ACE, bem como a supervisão direta desses profissionais. Além disso, deve implementar e manter atualizados os protocolos, rotinas e fluxos de sua área de competência na UBS, exercendo, por fim, as demais atribuições previstas na legislação da profissão.
Auxiliar e técnico de enfermagem:	O técnico ou auxiliar de enfermagem deve participar das atividades de atenção à saúde, realizando procedimentos regulamentados na UBS, no domicílio ou em outros espaços comunitários, quando necessário. Compete-lhe executar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos e vacinas, coleta de material para exames, além da lavagem, preparação e esterilização de materiais, conforme delegação do enfermeiro e dentro dos limites de sua regulamentação profissional. Também deve exercer outras atribuições compatíveis com sua área de atuação.

Médico	O médico deve realizar a atenção à saúde das pessoas e famílias sob sua responsabilidade, realizando consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos e atividades em grupo na UBS, no domicílio ou em espaços comunitários, conforme protocolos e normativas vigentes. É responsável pela estratificação de risco e elaboração do plano de cuidados para pessoas com condições crônicas em articulação com a equipe, além de encaminhar usuários a outros pontos de atenção conforme os fluxos locais, mantendo o acompanhamento do plano terapêutico. Deve também indicar internações hospitalares ou domiciliares, acompanhando o paciente durante esse processo. Ainda, planeja, gerencia e avalia as ações dos agentes comunitários e de combate às endemias em conjunto com a equipe, exercendo as demais atribuições previstas em sua área de atuação.
---------------	--

Fonte: Adaptado de Brasil (2017)

MÉTODO

A presente nota técnica se constitui como um recorte da pesquisa Análise de Situação de Saúde no contexto da Atenção Primária dos Municípios da Região de Saúde Carbonífera (ASIS AMREC), que ocorreu durante o período de 2024 a 2025. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativo e delineamento transversal, que tem por objetivo principal avaliar os atributos e componentes da Atenção Primária à Saúde (APS) e a situação de saúde dos seus usuários. Também foram avaliados os atributos e componentes da APS na perspectiva dos profissionais, assim como seus aspectos laborais e qualidade de vida. Na presente nota técnica, relatamos os resultados da pesquisa realizada com os profissionais médicos e enfermeiros do município de Içara.

Para a entrevista com os usuários, a pesquisa apresentou uma amostragem não-probabilística com alocação proporcional e estratificada por cada ponto de atenção primária dos municípios, tendo por base distritos sanitários de saúde de cada município da região Carbonífera. Quanto aos profissionais enfermeiros, médicos e dentistas, a amostragem foi censitária, contemplando todos os profissionais que estavam atuando no município a no mínimo 6 (seis) meses. Nos pontos de APS do município de Içara-SC encontram-se contratados 39 médicos, 25 enfermeiros e 18 dentistas. O município conta com 20 UBS e 65.589 usuários cadastrados nos pontos de APS da rede. 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*.

Primeiramente, foi conduzido uma aplicação piloto dos questionários com os profissionais enfermeiros, médicos e dentistas, e usuários de uma UBS sorteada, a saber, a UBS Mãe Luzia, em Criciúma, com intuito de treinar a equipe na aplicação e realizar adequações nos questionários. Os participantes da aplicação piloto não fizeram parte da

composição final da amostra. Após a definição da amostra municipal, a equipe de pesquisadores se dirigiu aos respectivos locais para realização da pesquisa, tendo como ponto de partida a estrutura física das UBS de cada município. Os pesquisadores estavam munidos de um *tablet*, com acesso a internet e com os instrumentos digitalizados e estruturados no software *EpiCollect*. Inicialmente, foram entrevistados os profissionais médicos, dentistas e enfermeiros, e posteriormente os usuários cadastrados sorteados por cada UBS. Quanto aos critérios de inclusão, foram considerados todos os enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas que estavam trabalhando na APS do município no mínimo a 6 (seis) meses e excluídos todos os profissionais que estavam temporariamente afastados, de férias ou de licença maternidade.

No município de Içara, participaram do estudo 30 médicos, 22 enfermeiros e 15 dentistas. O questionário sociodemográfico foi aplicado à amostra total, enquanto para os instrumentos PCATool - Primary Care Assessment Tool e WHOQOL-Bref foram considerados apenas os profissionais que atuavam há mais de seis meses no município, a saber 22 médicos, 20 enfermeiros e 15 dentistas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC (CAAE: 85399124.0.0000.0119).

INSTRUMENTOS

No presente estudo, para avaliação dos atributos e componentes da APS, foi utilizado o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde, conhecido como *PCATool - Primary Care Assessment Tool* (Brasil, 2020). O instrumento procura mensurar os quatro atributos essenciais da APS (Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação da atenção) e seus três atributos derivados (Atenção à saúde centrada na família, Orientação comunitária e Competência cultural) com um escore padronizado de 0 à 10 para cada atributo individual e a média destes, chamada de escore geral. O instrumento conta com diversas versões, para avaliar os atributos da APS conforme cada público-alvo, onde as versões utilizadas na presente nota técnica com os profissionais foram: *PCATool – Brasil para Profissionais Médicos e Enfermeiros Versão Extensa* e *PCATool – Brasil Saúde Bucal para Profissionais Dentistas Versão Extensa* (Brasil, 2020).

Com os profissionais também foi utilizado um questionário sociodemográfico criado pelos próprios autores, contendo um bloco para cadastro, dados de identificação (Bloco A), bloco de características sociodemográficas e laborais (Bloco B), bloco para PCATool conforme profissão (Bloco C), bloco para comportamentos de risco e hábitos de vida (Bloco D), e qualidade de vida e saúde mental (Bloco E). Todos os blocos e questionários foram transcritos para o Software *Epicollect* pelos pesquisadores, e seus itens podiam ser visualizados via tablets que foram utilizados. Para fins de organização e logística, as notas técnicas dos dentistas foram organizadas de modo separado da nota técnica dos profissionais médicos e enfermeiros.



RESULTADOS

Nesta seção serão apresentados os dados referentes ao ASIS AMREC 2025 realizado em Içara-SC, avaliando médicos e enfermeiros atuantes na APS, foram coletados os dados sociodemográficos, as características de formação e trabalho, escores do PCATool e os domínios do WHOQOL-Bref para a qualidade de vida destes profissionais.

Tabela 1: Características sociodemográficas de médicos(as) e enfermeiros(as)

Sexo	Freq.	%
Feminino	11	21,15
Masculino	41	78,85
Idade		
18-29	16	30,77
30-39	20	38,46
40-49	13	25,00
50+	3	5,77
Cor da pele		
Branca	51	98,08
Preta	1	1,92
Situação Conjugal		
Sem companheiro	28	53,85
Com companheiro	24	46,15
Tem filhos		
Sim	24	46,15
Não	28	53,85
Escolaridade		
Superior completo	27	51,92
Pós-graduação (Especialização)	25	48,08
Renda Individual*		
2-5 SM	19	39,58
5-9 SM	5	10,42

10+ SM	24	50,00
Renda Familiar*		
2-5 SM	5	10,64
5-9 SM	14	29,79
10+ SM	28	59,57
Reside onde trabalha		
Sim	29	55,77
Não	23	44,23

Fonte: criado pelos autores (2025)

*Nem todos os profissionais responderam a renda

A amostra é composta majoritariamente por homens (78,85%), enquanto as mulheres representam apenas 21,15%. Quanto à faixa etária, a maioria está entre 30-39 anos (38,46%), seguida por 18-29 anos (30,77%), 40-49 anos (25%) e 50 anos ou mais (5,77%), evidenciando uma população relativamente jovem e economicamente ativa.

A cor da pele predominante é branca (98,08%), com mínima representação negra (1,92%). Em relação à situação conjugal, 53,85% dos profissionais não possuem companheiro, enquanto 46,15% possuem. Sobre a parentalidade, 46,15% têm filhos, e 53,85% não têm, mostrando diversidade em termos de responsabilidades familiares.

Em termos de escolaridade, a amostra é equilibrada, com 51,92% possuindo graduação completa e 48,08% com pós-graduação. Quanto à renda individual, metade dos profissionais (50%) ganha mais de 10 salários mínimos, 39,58% entre 2-5 salários mínimos, e 10,42% entre 5-9 salários mínimos. A renda familiar apresenta valores mais elevados, com 59,57% recebendo acima de 10 salários mínimos, o que indica um bom padrão socioeconômico global.

A maioria (55,77%) reside no mesmo local onde trabalha, favorecendo a disponibilidade e proximidade com os serviços de saúde, enquanto 44,23% moram em outro local.

Tabela 2: Características de formação e trabalho

Profissão	Frequência	%
Enfermeiro	22	42,31
Médico	30	57,69
Gerente		

Sim	22	42,31
Não	30	57,69
Formação em Saúde Coletiva		
Sim	15	28,85
Não	37	71,15
Foi Residente*		
Sim	5	33,33
Não	10	66,67
Tipo de Contrato		
Processo Seletivo	9	17,31
Processo Seletivo Simplificado	1	1,92
Concurso Público	4	7,69
Outro	38	73,08
Tempo de atuação no SUS		
<=1 ano	8	15,38
2-4 anos	15	28,85
5-9 anos	10	19,23
>10 anos	19	36,54
Tempo de atuação na APS		
<=1 ano	16	30,77
2-4 anos	16	30,77
5-9 anos	8	15,38
>10 anos	12	23,08
Outro vínculo empregatício		
Sim	11	21,15
Não	41	78,85

Fonte: criado pelos autores (2025)

*Apenas os profissionais com formação em Saúde Coletiva devem responder à questão “Foi residente?”.

A amostra é composta por 57,69% de médicos e 42,31% de enfermeiros, com 42,31% ocupando cargos de gestão. A formação em Saúde Coletiva é relativamente baixa, com 28,85% dos profissionais capacitados nessa área, e apenas um terço desses

(33,33%) realizou residência em Saúde Coletiva, o que indica baixa especialização em saúde pública entre os participantes.

Quanto ao tipo de vínculo, a maioria dos profissionais (73,08%) possui outros tipos de contrato, enquanto processos seletivos (17,31%), concursos públicos (7,69%) e processos seletivos simplificados (1,92%) são menos frequentes. O tempo de atuação no SUS apresenta maior concentração em profissionais com mais de 10 anos (36,54%), seguido por 2-4 anos (28,85%), 5-9 anos (19,23%) e até 1 ano (15,38%). Já o tempo de atuação na APS é mais equilibrado, com maior frequência entre os profissionais com até 4 anos de experiência (61,54%). A maioria dos profissionais (78,85%) não possui outro vínculo empregatício, o que sugere dedicação predominante ao serviço público.

Tabela 3: Escores do PCATool de médicos(as) e enfermeiros(as)

DOMÍNIOS	ESCORE
Acessibilidade e Primeiro Contato	4.25
Longitudinalidade	7.08
Integralidade do Cuidado	7.20
Sistemas de Informação	6.24
Serviços Disponíveis	6.68
Serviços Prestados	7.57
Orientação Familiar	7.28
Orientação Comunitária	6.32
Escore Essencial da APS	6.50
Escore Geral da APS	6.58

Fonte: criado pelos autores (2025)

O atributo Longitudinalidade (7.08) e a Integralidade do Cuidado (7.20) foram os mais bem avaliados, indicando continuidade do cuidado ao paciente e abrangência nos serviços prestados. Os atributos de Acessibilidade e Primeiro Contato (4.25) e Sistemas de Informação (6.24) foram os que obtiveram os menores escores, sugerindo dificuldades iniciais de acesso aos serviços e oportunidades de melhoria no uso e integração das informações em saúde.

Os atributos relacionados à orientação familiar (7.28) e serviços prestados (7.57) também mostraram desempenho positivo, destacando atenção voltada às necessidades específicas das famílias e à oferta efetiva de serviços. Já a Orientação Comunitária (6.32) indica atuação moderada na integração com a comunidade e ações coletivas de

saúde. O Escore Essencial (6.50) e o Escore Geral (6.58) confirmam que a APS no município apresenta desempenho com pontos a serem aprimorados, especialmente na acessibilidade e na integração de sistemas de informação.

Tabela 4: Domínios do WHOQOL-BREF de médicos(as) e enfermeiros(as)

Domínio	Média
Físico	71.15
Psicológico	68.95
Social	73.88
Ambiental	70.15

Fonte: criado pelos autores (2025)

Os profissionais avaliados apresentaram qualidade de vida satisfatória, com médias mais altas nos domínios social (73.88) e físico (71.15), indicando percepção positiva sobre relações interpessoais, suporte social e capacidade funcional para atividades diárias. O domínio ambiental apresentou média de 70.15, sugerindo satisfação moderada com condições de trabalho, segurança, infraestrutura e recursos disponíveis, embora haja espaço para melhorias.

O domínio psicológico teve o menor escore (68.95), apontando leve fragilidade na percepção de bem-estar emocional, satisfação pessoal e manejo de estresse, o que pode refletir pressões típicas da prática profissional em saúde. Apesar de apresentarem boa qualidade de vida global, os profissionais indicam maior conforto nas relações sociais e capacidade física, enquanto aspectos psicológicos e ambientais carecem de atenção.

Tabela 5: Apresentação dos Escores do PCATool de médicos(as) e enfermeiros(as)

Escore/ Variáveis	Esco re A.	Esco re B.	Esco re C.	Esco re D.	Esco re E.	Esco re F.	Esco re G.	Esco re H.	Esco re I.	Esco re J.
Idade										
18-29	4.00	6.18	6.52	5.41	5.99	6.08	6.04	5.93	5.70	5.77
30-39	4.48	7.71	7.86	7.16	7.40	8.23	7.96	6.85	7.14	7.21
40-49	5.33	7.10	6.96	5.12	6.43	8.17	7.58	6.19	6.35	6.48
50+	3.70	7.52	7.40	9.30	6.71	8.58	8.17	5.50	7.20	7.11

Sexo										
Feminino	4.26	7.33	7.20	6.31	6.71	7.58	7.38	6.14	6.56	6.61
Masculino	4.20	6.13	7.17	5.98	6.59	7.55	6.94	7.01	6.27	6.45
Renda individual										
2-5 SM	4.19	7.58	7.07	6.29	7.03	7.66	7.96	6.22	6.63	6.75
5-9 SM	4.14	6.97	7.22	6.16	6.39	7.85	7.42	6.19	6.45	6.54
10+ SM	4.21	6.51	7.12	6.18	6.23	7.21	6.63	6.22	6.24	6.29
Renda Familiar										
2-5 SM	4.44	8.66	8.44	8.00	7.48	7.22	8.42	6.34	7.37	7.38
5-9 SM	4.33	7.45	7.10	6.19	7.14	8.34	8.23	6.48	6.76	6.91
10+ SM	4.11	6.58	7.02	6.02	6.23	7.20	6.68	6.16	6.19	6.25
Escolaridade										
Superior Completo	4.40	6.70	7.20	6.46	6.41	7.07	6.59	6.37	6.37	6.40
Pós-Graduação	4.08	7.48	7.20	6.00	6.98	8.12	8.03	6.27	6.64	6.77
Tempo de SUS										
<= 1 ano	3.84	5.12	5.41	4.32	4.16	4.39	4.19	4.56	4.54	4.50
2-4 anos	4.49	7.64	7.96	6.91	7.62	8.13	7.85	7.47	7.12	7.26
5-9 anos	4.18	6.17	7.11	5.75	6.63	8.00	7.52	6.28	6.31	6.45
>10 anos	4.26	7.93	7.39	6.77	7.04	8.25	8.02	6.16	6.94	6.98
Tempo de APS										
<= 1 ano	4.05	6.16	6.35	5.07	5.62	5.77	5.84	5.45	5.50	5.54
2-4 anos	4.44	7.77	7.91	6.87	7.33	8.48	7.88	7.07	7.13	7.22
5-9 anos	4.21	6.28	7.36	6.30	6.74	8.14	7.73	6.50	6.50	6.61

>10 anos 4.29 7.90 7.26 6.90 7.20 8.39 8.11 6.37 6.99 7.05

Tipo de Contrato

Processo Seletivo	4.36	7.63	7.83	7.45	7.17	7.55	7.46	6.13	7.00	6.95
Seletivo Simplificado	5.18	6.66	7.77	7.08	6.06	6.29	5.47	6.34	6.51	6.36
Concurso Público	3.88	5.51	5.13	5.52	5.26	6.29	5.05	5.19	5.27	5.23
Outro	4.23	7.12	7.25	6.00	6.74	7.75	7.53	6.49	6.52	6.64

Fonte: criado pelos autores (2025)

Acessibilidade
Longitudinalidade
Integração de cuidados
Sistemas de Informações
Serviços Disponíveis
Serviços Prestados
Orientação Familiar
Orientação Comunitária
Score Essencial
Escore Geral

Os escores de acessibilidade foram, em geral, os mais baixos entre os atributos avaliados, destacando-se principalmente em profissionais com menor tempo de atuação no SUS e na APS. Profissionais mais jovens e com menor escolaridade também perceberam menor acessibilidade, enquanto contratos seletivos mostraram avaliação mais positiva. A longitudinalidade apresentou melhores escores entre profissionais de 30 a 39 anos, com experiência intermediária no SUS e na APS, sugerindo que a vivência prática favorece a percepção de acompanhamento contínuo do cuidado. Profissionais iniciantes e vinculados por concurso público apresentaram avaliação inferior, indicando fragilidade na continuidade do cuidado percebida nesses grupos.

A integração de cuidados apresentou valores relativamente altos, principalmente entre profissionais com experiência de 2 a 4 anos no SUS e na APS. A percepção de integração dos serviços disponíveis e prestados também se mostrou positiva, destacando-se entre profissionais com maior escolaridade ou experiência intermediária, sugerindo boa articulação das ações assistenciais.

Em relação à orientação familiar, os escores foram adequados, mais elevados entre profissionais de experiência intermediária e contratos seletivos, enquanto os profissionais iniciantes apresentaram percepção mais baixa. Já a orientação comunitária

foi o atributo com menores escores, sobretudo entre profissionais com menor tempo de atuação e vinculados por concurso público, evidenciando dificuldade em integrar a prática às demandas coletivas. O escore essencial e o escore geral refletiram o mesmo padrão, com percepções mais positivas em profissionais com experiência intermediária, maior escolaridade e contratos seletivos, e avaliações inferiores em iniciantes e vinculados por concurso público.

Em síntese, experiência, escolaridade e contratos temporários ou seletivos se associam a percepções mais positivas dos atributos essenciais da APS. Por outro lado, profissionais mais jovens, com menor tempo de atuação ou vinculados por concurso público apresentam percepção mais crítica, especialmente quanto à acessibilidade, orientação comunitária e continuidade do cuidado.



PROPOSIÇÕES

Com base nos dados apresentados, sob a perspectiva dos médicos e enfermeiros do município de Içara/SC, apresenta-se as principais fragilidades identificadas, com ênfase nos aspectos que podem ser objeto de investimento e aprimoramento:

Situação Problema	Sugestões a Gestão
Acessibilidade à população (horários e agendamento)	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 até às 20h em pelo menos um dia da semana.
	Implementação de um turno diferenciado, das 11h às 20h, uma vez por semana; ou ainda, a abertura da unidade em um sábado por mês, com agenda de atendimento das 8h às 12h.
	Revisão dos fluxos e da agenda de atendimento, objetivando torná-los mais resolutivos e responsivos às demandas locais.
Registro de Informações	Capacitações sobre o uso adequado do sistema de saúde, promovendo o registro padronizado e completo das informações essenciais.
	Criação de protocolos de preenchimento, com campos obrigatórios como problemas ativos, lista de medicamentos em uso, evolução clínica e encaminhamentos realizados.
	Integração dos sistemas entre os diferentes pontos da rede de atenção, assegurando que informações relevantes acompanhem o usuário em todo o percurso assistencial.
Oferta de serviços e infraestrutura	Revisar a lista de procedimentos e serviços disponibilizados em cada UBS, garantindo maior equidade entre territórios
	Fortalecer a infraestrutura física, insumos e recursos humanos, assegurando que as atividades previstas sejam realizadas com qualidade.
Adaptação do cuidado às diversidades culturais, sociais e econômicas	Investir em capacitações e processos de educação permanente sobre determinantes sociais da saúde, diversidade cultural e comunicação empática.
	Estimular a troca interdisciplinar entre profissionais, favorecendo reflexões conjuntas sobre o cuidado e o compartilhamento de experiências.
	Incluir nos espaços de reunião e matriciamento temas relacionados às vulnerabilidades sociais e às barreiras que impactam o acesso e a adesão ao cuidado.
	Incentivar práticas humanizadas e culturalmente sensíveis, alinhadas às especificidades da comunidade local.

Acessibilidade

A acessibilidade apresentou escore médio de 4.25, valor que está bem abaixo do considerado essencial. Esse resultado pode apontar que, na percepção dos profissionais, ainda há barreiras para que a população consiga acessar os serviços com facilidade. As limitações percebidas pelos profissionais podem estar relacionadas aos horários de atendimento ou à dificuldade de agendamento.

Recomenda-se que a gestão invista em estratégias para 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 até às 20h em pelo menos um dia da semana; a implementação de um turno diferenciado, das 11h às 20h, uma vez por semana; ou ainda, a abertura da unidade em um sábado por mês, com agenda de atendimento das 8h às 12h. Também sugere-se a revisão dos fluxos e da agenda de atendimento, objetivando torná-los mais resolutivos e responsivos às demandas locais.

Sistema de Informações

O escore médio dos sistemas de informação foi de 6.24, permanecendo abaixo da média de referência. Esse resultado pode refletir dificuldades relacionadas a registros incompletos e acesso limitado às informações clínicas necessárias para a tomada de decisão.

Recomenda-se investir em capacitações sobre o uso adequado do sistema de saúde, promovendo o registro padronizado e completo das informações essenciais. Sugere-se também a criação de protocolos de preenchimento, com campos obrigatórios como problemas ativos, lista de medicamentos em uso, evolução clínica e encaminhamentos realizados. Além disso, é necessário avançar na integração dos sistemas entre os diferentes pontos da rede de atenção, assegurando que informações relevantes acompanhem o usuário em todo o percurso assistencial.

Serviços Disponíveis

Os atributos de serviços disponíveis (6.68) apresentou escore próximo ao ponto de corte. Isso sugere que, embora haja razoável oferta de serviços e infraestrutura, ainda pode haver limitações na diversidade e qualidade do que é ofertado à população. Recomenda-se revisar a lista de procedimentos e serviços disponibilizados em cada UBS, garantindo maior equidade entre territórios. Sugere-se também fortalecer a

infraestrutura física, insumos e recursos humanos, assegurando que as atividades previstas sejam realizadas com qualidade.



Orientação Comunitária

O domínio de orientação comunitária, com escore de 6.32 revela que ainda podem existir dificuldades em integrar as ações de saúde ao contexto coletivo e às especificidades do território. Essa limitação sugere que o trabalho da equipe ainda se concentra predominantemente em atendimentos clínicos individuais, com menor inserção em atividades educativas, preventivas e intersetoriais junto à comunidade.

Diante disso, recomenda-se fortalecer a inserção dos profissionais em espaços comunitários e de participação social, como conselhos locais de saúde, escolas e associações de bairro. É igualmente importante ampliar as visitas domiciliares e desenvolver ações de educação em saúde bucal em parceria com as Agentes Comunitárias de Saúde, favorecendo o reconhecimento das condições de vida das famílias e a adequação das estratégias de cuidado às demandas locais.

Escore Essencial e Escore Geral da APS

O Escore Essencial (6.50) e o Escore Geral (6.58) confirmam que a APS no município apresenta desempenho com pontos a serem aprimorados, especialmente na acessibilidade, na integração de sistemas de informação, serviços disponíveis e orientação comunitária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil - 2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 set. 2017.

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/

FLECK, M. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Revista de saúde pública**, v. 34, p. 178-183, 2000.

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

MACIEL, M. E. D.; VARGAS, D. Validade de critério da Questão-Chave para rastreamento do uso de risco de álcool na atenção primária. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, p. e03553, 2020.

MORENO, A. L. et al. Factor structure, reliability, and item parameters of the Brazilian-Portuguese version of the GAD-7 questionnaire. **Temas em psicologia**, v. 24, n. 1, p. 367-376, 2016.

OLIVIERA, A. E. F.; CHAGAS, D. C.; GARCIA, P. T. (Org.). **Análise de Situação de Saúde**. São Luís: EDLIFMA, 2019.

SANTOS, I. S. et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1533-1543, 2013.

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense. *Indicadores gerais municípios: Nova Veneza*. [S.l.], 2020. Disponível em: <https://pdseamrec.unesc.net/indicadores-gerais-municipios/nova-veneza/>. Acesso em: 6 ago. 2025.