NOTA TÉCNICA

ASIS

ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE
DE CRICIÚMA 3º EDIÇÃO

USUÁRIOS

Região Carbonífera

unesc

CRICIÚMA
DE FRENTE PARA O FUTURO

PPGSCol

residência multiprofissional
ATENÇÃO BÁSICA | SAÚDE COLETIVA | SAÚDE MENTAL

NOTA TÉCNICA

ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA
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, Susana Cararo Confortin, 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: 978-65-02-06392-7

CRICIÚMA

2024 / 2025

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 Criciúma
Secretário Deivid de Freitas Floriano

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 Criciúma, 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 de saúde do município de Criciúma.

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 Forquilhinha. 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, Forquilhinha, Içara, Lauro Müller, Morro da Fumaça, Nova Veneza, Orleans, Siderópolis, Treviso e Urussanga.

Sobre a sua realização em Criciúma, esta fica localizada no Sul de Santa Catarina, possui área territorial de 235,628 km² e população estimada em 227.438 habitantes para 2025, segundo o Censo 2022, que registrou 214.493 moradores, resultando em densidade demográfica de 913,26 habitantes por km². O Produto Interno Bruto (PIB) per capita é de R$ 57,528,91. A economia municipal é impulsionada pelos setores de serviços (33,56%), comércio (22,47%) e indústria (16,99%). Em 2018, havia 67.317 empregos formais distribuídos em 8.894 empresas, com remuneração média de 2,6 salários mínimos.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,78, considerado um nível alto. A taxa de escolarização na faixa etária de 6 a 14 anos foi de 99,42% em 2022, e havia 29.392 estudantes matriculados em 2019, predominando o ensino fundamental. A infraestrutura urbana apresenta 80,58% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 53,38% em vias arborizadas e 31% em áreas com urbanização completa. A taxa de mortalidade infantil é de 8,34 óbitos por mil nascidos vivos.

A rede de atenção primária à saúde é composta por 47 unidades de Saúde da Família (UBS/ESF), divididos em seis distritos, sendo: Boa Vista, Santa Luzia, Quarta Linha, Rio Maina, Centro, Próspera. No que concerne a equipe de trabalho na APS, conta com 73 enfermeiros, 167 técnicos de enfermagem, 52 médicos, 66 dentistas, 55 auxiliares de saúde bucal e 280 agentes comunitários de saúde.

O diagnóstico situacional realizado em 21 de agosto de 2020 pelo Observatório da UNESC destacou desafios nas áreas ambientais, de infraestrutura, educação,

desenvolvimento econômico e turismo. Em saúde, ressaltou-se a atuação regional do hospital sob gestão municipal.

MÉTODO

A presente nota técnica é um recorte da pesquisa Análise de Situação de Saúde, que apresenta uma abordagem quantitativo e delineamento transversal, cujo objetivo principal avaliar os atributos e componentes da Atenção Primária à Saúde e a situação de saúde dos seus usuários do município de Criciúma - SC, durante o período de 2024 a 2025. Quanto aos 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. Atualmente o município conta com 45 UBS e 3 extensões e 202.829 usuários cadastrados nos pontos de APS da rede. O instrumento utilizado para avaliação dos atributos e componentes da APS será o Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, no caso o instrumento *PCATool - Primary Care Assessment Tool*. Cabe destacar que tanto para os profissionais quanto para os usuários, para avaliação da APS, foi criado um questionário ampliado, com blocos criados pelos pesquisadores associados a outros questionários padronizados, ampliando o escopo de avaliação.

Os indivíduos elegíveis para participar deste estudo foram os residentes com 18 anos ou mais, que utilizam os serviços de APS, e vivem nos lares situados no território de cobertura das 45 Unidades Básicas de Saúde e suas 3 extensões de Criciúma a no mínimo 6 (seis) meses. De acordo com o IBGE (2022), consideramos a faixa etária populacional a partir da estratificação de 15 anos ou mais, colocando um total de 175.388. O software OpenEpi® foi empregado para determinar o tamanho da amostra, que considerou a população de Criciúma com base no censo de 2022 a partir dos 15 anos, o qual resultou na necessidade de aplicação de 460 questionários. Considerando um acréscimo de 30% para compensar possíveis perdas, foi preciso coletar 598 questionários. Os cálculos foram baseados nos seguintes parâmetros: (i) nível de confiança de 95%, (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 (≥6,6) para os serviços de APS avaliados. Os usuários foram estratificados por UBS e distribuídos de acordo com o tamanho das populações respectivas. Nesse sentido, cabe destacar que o município conta atualmente com um total de 202.829 usuários cadastrados e 2 UBS em reforma, que não entraram para o estudo. Além disso, o estudo foi realizado primariamente em uma UBS piloto, para teste dos questionários, nos quais não foram considerados na amostra final, a saber, a UBS Mãe Luzia.

Posteriormente, após a execução da pesquisa na unidade piloto, os pesquisadores fizeram um levantamento dos usuários cadastrados no território adscrito de cada UBS, aonde 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 um *tablet*, com acesso a internet e com os instrumentos digitalizados e estruturados no software *EpiCollect*. Primeiramente, foram entrevistados os profissionais médicos, dentistas e enfermeiros (que não fazem parte dessa nota técnica), e posteriormente os usuários cadastrados, de acordo com o dia sorteado de coleta por cada UBS. O percentual de perda acrescido ao cálculo amostral será de 30%, totalizando uma amostra total de 594 usuários de 598, com 4 exclusões. Cabe destacar, que para a nota técnica, além do critério de exclusão do usuário não morar no município ou morar a menos de 6 meses no município. Ressalta-se que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC (CAAE: 85399124.0.0000.0119).

INSTRUMENTOS

Na presente nota técnica, 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 no presente estudo serão: *PCATool* – Brasil para Pacientes Adultos Versão Reduzida; *PCATool* – Brasil para Profissionais Médicos e Enfermeiros Versão Extensa; *PCATool* – Brasil Saúde Bucal Para Pacientes Adultos Versão Extensa; e *PCATool* – Brasil Saúde Bucal para Profissionais Dentistas Versão Extensa (Brasil, 2020). As versões do instrumento foram digitalizadas e transcritas para o software *EpiCollect*, que permitiu a coleta e o armazenamento dos dados de forma digital. Cabe destacar que tanto para os profissionais quanto para os usuários, para avaliação da APS, foi criado um questionário ampliado, com blocos criados pelos

pesquisadores associados a outros questionários padronizados, ampliando o escopo de avaliação. Além disso, para os usuários foi utilizado um questionário sociodemográfico criado pelos próprios autores, contendo um bloco para cadastro, dados de identificação (Bloco A), bloco de avaliação socioeconômica, que contará com apoio do Critério Brasil para classificar os usuários de acordo com sua estratificação socioeconômica (Bloco B), bloco para avaliar hábito de fumar e histórico de morbidades (Bloco C), bloco para avaliar uso de álcool com apoio da escala AUDIT-C (Bloco D), bloco para avaliar a percepção de saúde do usuário (Bloco E), bloco para avaliar insegurança alimentar com apoio da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (Bloco F), e o último bloco com o instrumento PCATool (Bloco G).

RESULTADOS

Nos achados abaixo serão apresentados os resultados provenientes da pesquisa ASIS Criciúma 2024 a 2025, na qual foram entrevistados 598 pacientes no total, com a contabilização final de 594 aptos a participarem segundo os critérios de elegibilidade para a nota técnica. 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 do Município de Criciúma

Sexo	**n**	**%**
Masculino	171	28,60
Feminino	427	71,40
Total	598	100,00
Idade		
18–29	130	21,74
30–39	107	17,89
40–49	112	18,73
50+	249	41,64
Total	598	100,00
Cor da Pele		
Branca	444	74,75
Preta	55	9,26
Parda	89	14,98
Amarela	3	0,51
Indígena	1	0,17
Não sabe/não quer informar	2	0,34
Total	594	100,00
Distrito		
Boa Vista	76	12,79
Santa Luzia	107	18,01
Quarta Linha	69	11,62
Rio Maina	94	15,82

Centro	144	24,24
Próspera	104	17,51
Total	594	100,00
Situação Conjugal*		
Sem parceiro	229	38,55
Com parceiro	357	60,10
Não sabe/não quer informar	8	1,35
Total	594	100,00
Tem filhos		
Sim	462	77,78
Não	132	22,22
Total	594	100,00
Escolaridade		
Não Alfabetizado	3	0,51
Alfabetizado	12	2,02
Ensino fundamental incompleto	105	17,68
Ensino fundamental completo	60	10,10
Ensino médio completo	52	8,75
Ensino médio incompleto	161	27,10
Ensino superior incompleto	68	11,45
Ensino superior completo	74	12,46
Pós-graduação	55	9,26
Preferiu não responder	4	0,67
Total	594	100,00
Está trabalhando		
Sim	348	58,59
Não	236	39,73
Preferiu não responder	10	1,68
Total	594	100,00
Trabalho Atual		
Trabalhador com carteira assinada	198	33,33
Funcionário público concursado	41	6,90

Funcionário público temporário	8	1,35
Trabalhador autônomo que não paga INSS	40	6,73
Trabalhador autônomo que paga INSS	37	6,23
Trabalhador sem carteira assinada	14	1,68
Empregador	10	1,68
Não se aplica	236	39,73
Não sabe ou não quer informar	10	1,68
Total	594	100,00
Renda Individual		
0–1 SM	102	17,53
2–5 SM	466	80,07
5–9 SM	13	2,23
10+ SM	1	0,17
Total	582	100,00
Renda Familiar		
0–1 SM	29	05,05
2–5 SM	447	77,87
5–9 SM	83	14,46
10+ SM	15	2.61
Total	574	100,00
Quantidade moradores		
0–1	71	11,95
2–4	461	77,61
5+	62	10,44
Total	594	100,00
Quantidade cômodos		
1–4	122	20,54
5–9	434	73,06
10+	38	6,40
Total	594	100,00
Condição Econômica		
DE	27	4,55
C2	80	13,47

C1	144	24,24
B2	214	36,03
B1	86	14,48
A	43	7,24
Total	594	100,00

Média Renda	**Média**	**Intervalo de Confiança**
Renda Individual (R$)	2559,11	2411,60 - 2706,61
Renda Familiar (R$)	4911,00	4608,02 - 5213,98
Quantidade Pessoas no domicílio	2,9	2.8 - 3,1
Quantidade Cômodos no domicílio	5,8	5,6 - 6,6

*Sem parceiro refere-se a solteiros, divorciados e viúvos. Com parceiro refere-se a união estável e casados

A amostra é majoritariamente composta por mulheres (71,40%), com concentração predominante na faixa etária de 50 anos ou mais (41,64%) e autodeclarada de cor branca (74,75%). Os distritos com maior número de residentes são Centro (24,24%) e Santa Luzia (18,01%). A maioria dos participantes tem companheiro (60,10%) e tem filhos (77,78%). Em relação à escolaridade, destacam-se os níveis de Ensino Médio Incompleto (27,10%) e Fundamental Incompleto (17,68%), com baixos percentuais de escolaridade superior. No mercado de trabalho, 58,59% estão empregados, sendo a maior parte com carteira assinada (33,33%), embora também se observe presença relevante de Funcionário público concursado (6,90%) e Trabalhadores autônomos informais (6,73%). A renda individual concentra-se majoritariamente entre 2 a 5 salários mínimos (80,07%), enquanto a renda familiar apresenta maior frequência nesse mesmo intervalo (77,87%). A maioria dos domicílios é composta por 2 a 4 moradores (77,61%) e conta com 5 a 9 cômodos (73,06%). Quanto à condição econômica, predomina a classe B2 (36,03%), seguida pelas classes C1 e C2. Sobre as médias das variáveis socioeconômicas e domiciliares dos participantes do estudo, evidenciando uma renda individual média de R$2.559,1, com intervalo de confiança de 95% entre R$2.411,60 e 2.706,61. Enquanto para renda familiar média o valor foi de 4.911,00 com intervalo de confiança de 95% entre 4608,02 e 5213,98. A média de moradores por domicílio foi de aproximadamente 2,9 pessoas, variando entre

2,8 a 3,1, enquanto o número médio de cômodos por residência foi de 5,8 (IC95%: 5,6 - 6,6).

Tabela 2: Comportamentos e Condições de Saúde

Fumante	**n.**	**%**
Sim	61	10,30
Não	531	89,70
Total	592	100,00
Possui Doença Crônica?		
Sim	302	51,36
Não	286	48,64
Total	588	
Pressão Alta		
Sim	176	58,67
Não	124	41,33
Total	275	100,00
Diabetes		
Sim	90	30,10
Não	209	69,90
Total	299	100,00
Gordura no Sangue		
Sim	47	15,99
Não	247	84,01
Total	294	100,00
Câncer		
Sim	12	4,03
Não	286	95,97
Total	298	100,00
Doença no Coração		
Sim	56	18,86
Não	241	81,14
Total	297	100,00
Depressão		

Sim	88	29,63
Não	209	70,37
Total	297	100,00
Problemas na Coluna		
Sim	96	31,89
Não	205	68,11
Total	301	100,00
Artrite		
Sim	53	18,03
Não	241	81,97
Total	294	100,00
Bronquite		
Sim	36	12,00
Não	264	88,00
Total	300	100,00
Insuficiência Renal		
Sim	12	3,99
Não	289	96,01
Total	301	100,00
Tuberculose		
Sim	2	0,66
Não	299	99,34
Total	301	100,00
Cirrose		
Sim	1	0,33
Não	301	99,67
Total	302	100,00
Derrame		
Sim	11	3,64
Não	291	96,36
Total	302	100,00
Osteoporose		

Sim	24	8,00
Não	276	92,00
Total	300	100,00
Audit-C		
Risco moderado	93	45,15
Risco alto	73	35,44
Risco severo	40	19,42
Total	206	100,00

A amostra referente aos comportamentos e condições de saúde da população avaliada, observa uma baixa prevalência de tabagismo (10,30%). Destaca-se uma prevalência de hipertensão arterial (58,67%) e prevalência de diabetes mellitus (30,10%) e depressão (29,63%). 18,86% dos participantes relataram problemas cardíacos e 3,64% histórico de derrame. Outros agravos crônicos incluem problemas na coluna (31,89%), artrite (18,03%) e gordura no sangue (15,99%). A presença de doenças respiratórias como bronquite (12,00%) e doenças mais graves, como insuficiência renal (3,99%), câncer (4,03%) e osteoporose (8,00%) em menor proporção. Já agravos infecciosos como tuberculose (0,66%) e hepatopatias como cirrose (0,33%) são pouco frequentes. Por fim, o escore do instrumento Audit-C indica que 45,15% dos indivíduos apresentam risco moderado relacionado ao uso de álcool.

Tabela 3: Qualidade de vida a partir dos domínios do WHOQOL-Bref

Qualidade Vida.	**Média**	**Intervalo de Confiança**
Domínio Físico	64.42	62.71 - 66.14
Domínio Psicológico	65.49	64.06 - 66.92
Domínio Social	68.38	66.76 - 70.00
Domínio Ambiental	61.60	59.96 - 63.24

A tabela 3 apresenta as médias e intervalos de confiança (IC95%) dos escores de qualidade de vida, avaliados por quatro domínios do instrumento WHOQOL-bref. Observa-se que o domínio social como a maior média (68.38; IC95%: 66.76 - 70.00), seguido pelo domínio psicológico (65.49; IC95%: 64.06 - 66.92). Esses resultados

evidenciam diferenças nos aspectos da qualidade de vida, com maior impacto percebido no ambiente e menor impacto nas relações sociais.

Tabela 4: Qualidade de vida dos pacientes e sintomatologia depressiva e ansiosa

Qualidade de vida	Domínio físico	Domínio psicológico	Domínio Social	Domínio Ambiental
Sintoma Depressivo (PHQ9)				
Sem sintomas	72.94	72.79	76.07	66.64
Com Sintomas	57.42	57.17	63.03	56.89
Sintomas Ansiosos (GAD7)				
Sem sintomas	72.49	72.02	75.03	66.21
Com sintomas	60.62	59.83	66.20	58.73

A tabela 4 mostra as médias dos domínios da qualidade de vida conforme a presença ou ausência de sintomas depressivos e ansiosos. Indivíduos sem sintomas depressivos apresentaram médias mais elevadas em todos os domínios: físico (72.94), psicológico (72.79), social (76.07) e ambiental (66.64). Resultados semelhantes são observados para os sintomas ansiosos: participantes com sintomas leves apresentaram escores mais altos em todos os domínios do que aqueles com sintomas moderados a graves, cujas médias foram inferiores, principalmente nos domínios físico (60.62) e psicológico (59.83).

Tabela 5: Ansiedade e Depressão

Ansiedade	**Freq.**	**%**
Sintomas Leves	251	46,31
Sintomas Moderados	164	30,26
Sint. Moderado-Grave	82	15,13
Sintomas Graves	45	8,30
Total	542	100,00
Depressão		
Sem Depressão	302	55,93
Depressão Leve	143	26,48
Depressão Moderada	45	8,33
Depressão Moderada-Grave	33	6,11
Depressão Grave	17	3,15
Total	540	100,00

Na tabela acima, na variável ansiedade, a frequência dos sintomas leves é maior (46,31%) seguido dos sintomas moderados (30,26%). Para depressão, a frequência sem depressão é a maior (55,93%), seguido de depressão leve (26,48%), apenas 3,15% dos pacientes apresentaram sintomas graves de depressão.

Tabela 6: Escores da APS

Score	Média	Intervalo de Confiança
Utilização	8.21	7.99 - 8.43
Acessibilidade	5.08	5.23 - 5.58
Longitudinalidade	6.13	5.99 - 6.27
Integração de Cuidados	5.08	4.79 - 5.38
Sistema de informações	5.38	5.11 - 5.64
Serviços disponíveis	3.98	3.72 - 4.25
Serviços prestados	4.97	4.70 - 5.24
Orientação familiar	5.68	5.43 - 5.93
Orientação comunitária	4.29	3.98 - 4.61
Escore geral	5.24	5.09 - 5.38

Fonte: criado pelos autores (2025)

Na tabela acima, observa-se que o atributo Utilização apresentou a maior média (8.21), indicando avaliação mais positiva do uso dos serviços como primeiro contato. Em contraste, os menores escores foram identificados em Serviços disponíveis (3.98) e Orientação comunitária (4.29), sugerindo fragilidades nessas dimensões da APS. Os atributos Longitudinalidade (6.13), Orientação familiar (5.68) e Sistemas de informação (5.38) apresentaram valores intermediários. O Escore geral foi de 5.24, refletindo uma avaliação global moderada da APS pelos usuários.

Tabela 7: Atributos do PCATool por condições sociodemográficas dos pacientes do município de Criciúma/SC.

Escore / **Atributos**	**Escore A[1]**	**Escore B[2]**	**Escore C[3]**	**Escore D[4]**	**Escore E[5]**	**Escore F[6]**	**Escore G[7]**	**Escore H[8]**	**Escore I[9]**	**Escore J[10]**
Variáveis										
Idade										

18-29	7.57	5.09	5.91	3.28	4.66	3.62	4.45	5.24	4.45	4.61
30-39	7.75	5.38	6.22	4.18	5.63	4.10	5.10	5.95	4.33	5.16
40-49	8.28	5.37	6.16	6.06	6.24	4.41	5.15	5.72	4.11	5.55
50+	8.70	5.59	6.20	5.97	5.25	3.93	5.11	5.77	4.28	5.45
Sexo										
Feminino	8.30	5.51	6.15	4.96	5.25	3.86	4.78	5.46	4.06	5.14
Masculino	7.98	5.13	6.08	5.38	5.70	4.28	5.45	6.22	4.88	5.47
Distrito										
Boa Vista	9.16	6.16	5.78	4.92	4.78	2.51	3.80	5.04	2.93	4.66
Santa Luzia	7.91	5.40	6.34	5.02	5.73	4.17	5.42	5.60	5.70	5.42
Quarta Linha	8.40	5.21	6.46	4.08	4.97	3.41	3.79	5.96	3.04	4.77
Rio Maina	8.04	5.65	5.96	5.09	4.96	4.92	5.92	5.58	4.64	5.53
Centro	7.56	5.08	6.01	5.54	6.13	4.56	5.64	5.84	5.00	5.54
Próspera	8.75	5.22	6.29	5.30	5.06	3.60	4.39	5.89	3.39	5.09
Renda individual										
0-1 SM	8.43	4.91	6.24	5.06	5.06	3.88	4.06	4.96	3.88	4.93
2-5 SM	8.17	5.54	6.11	5.04	5.43	4.02	5.14	5.88	4.42	5.30
5-9 SM	8.20	5.12	6.28	5.23	5.38	3.41	5.19	4.74	3.33	5.09
10+ SM	6.66	6.66	6.66	10.00	10.00	3.33	7.50	5.00	6.66	8.11
Renda Familiar										
0-1 SM	7.93	4.94	6.20	4.64	4.71	3.67	3.10	4.71	4.25	4.61
2-5 SM	8.40	5.59	6.11	5.11	5.33	3.90	4.86	5.74	4.14	5.22
5-9 SM	7.51	4.83	6.08	4.71	5.54	4.31	5.59	5.44	4.97	5.27

10+ SM	7.55	5.33	6.33	4.97	6.22	4.96	6.66	7.22	5.33	5.90
Escolaridade										
Não alfabetizado	10.00	5.55	5.83	5.33	3.33	1.85	1.11	4.44	1.11	3.89
Alfabetizado	9.16	6.25	7.77	5.55	5.27	3.98	5.62	4.58	3.88	5.70
Fundamental incompleto	8.57	5.50	6.62	5.93	5.65	3.51	5.10	5.74	4.03	5.43
Fundamental completo	9.11	5.63	5.83	5.73	4.05	2.46	2.91	5.27	2.44	4.55
Ensino médio incompleto	7.94	5.60	6.23	5.08	5.76	4.03	4.71	5.70	4.42	5.23
Médio Completo	8.13	5.36	6.25	4.81	5.23	3.94	4.93	5.81	4.82	5.22
Superior Incompleto	7.50	5.34	5.50	4.77	5.44	5.04	5.94	5.71	5.00	5.44
Superior Completo	7.92	5.00	5.69	4.62	5.54	4.03	5.49	5.81	4.05	5.15
Pós-graduação	8.18	5.39	6.18	4.55	6.24	5.27	5.40	5.78	4.78	5.50
Preferiu não responder	5.83	5.00	5.62	3.66	5.00	5.55	6.87	4.16	5.83	5.31

[1]Utilização
[2]Acessibilidade
[3]Longitudinalidade
[4]Integração de Cuidados
[5]Sistemas de Informação
[6]Serviços Disponíveis
[7]Serviços Prestados
[8]Orientação Familiar
[9]Orientação Comunitária
[10]Escore Geral

De acordo com a tabela 6, pode-se perceber que os pacientes de 40 a 49 anos apresentam os maiores escores quando comparados com as outras faixas etárias, sendo

que os principais são Utilização (Escore A) (8.28) e Sistemas de Informação (Escore E) (6.24) o que sugere que os pacientes têm uma boa percepção quanto ao cuidado recebido. Em contrapartida, os jovens de 18 a 29 anos obtiveram os menores escores, principalmente, na Integração de Cuidados (Escore D) (3.28), refletindo, portanto, menor contato com os serviços ou expectativas em relação à APS.

Quanto ao sexo, as mulheres obtiveram menores escores comparadas aos homens em relação aos Sistemas Disponíveis (Escore F) (3.86) e os Orientação Comunitária (Escore I) (4.06) por outro lado, obtiveram maiores resultados no atributo Utilização (Escore A) (8.30). Os homens tiveram maiores resultados em relação à Utilização (Escore A) (7.98) e Orientação Familiar (Escore H) (6.22), indicando diferentes experiências por sexo no uso e acesso à APS.

Entre os distritos entrevistados, Boa Vista se destacou em relação à Utilização (Escore A) (9.16), mesmo tendo obtido valores medianos nos outros atributos. O Centro obteve bons resultados nos atributos Utilização (Escore A) (7.56) e Sistemas de Informação (Escore E) (6.13). Boa Vista obteve os piores resultados em atributos como Serviços Disponíveis (Escore F) (2.51) e Orientação Comunitária (Escore I) (2.93), o que pode indicar dificuldade ao acessar a qualidade máxima dos serviços de uma APS.

Em relação à renda, os pacientes com renda individual maior que 10 salários mínimos apresentaram os melhores resultados em relação à Integração de Cuidado (Escore D) (10) e Sistema de Informação (Escore E) (10). Já na Utilização (Escore A) (6.66) dos pacientes com renda maior que 10 salários mínimos, apresentaram o menor escore (6.66) indicando assim, menor dependência ou vínculo com os serviços públicos.

No que se refere à escolaridade dos pacientes, observaram-se maiores escores entre os pacientes que possuem pós graduação, especialmente para o atributo Sistemas de Informação (Escore E) (6.24). Já aqueles que não são alfabetizados tiveram os menores escores, principalmente em Serviços Disponíveis (Escore F) (1.85), Serviços Prestados (Escore G) (1.11) e Orientação Comunitária (Escore I) (1.11), em contrapartida, possuem a maior pontuação em Utilização (Escore A) (10.0) indicando assim, barreiras na utilização dos serviços por pessoas de baixa escolaridade, podendo indicar também falha no próprio sistema de saúde em relação à adaptação às necessidades específicas de um grupo populacional.

Tabela 8: Atributos do PCATool pelas principais condições de saúde

Escore Atributos	Escore A[1]	Escore B[2]	Escore C[3]	Escore D[4]	Escore E[5]	Escore F[6]	Escore G[7]	Escore H[8]	Escore I[9]	Escore J[10]
Diabetes										
Sim	8.66	5.79	6.23	6.54	5.77	3.96	5.30	5.12	4.07	5.56
Não	8.48	5.44	6.30	5.68	5.07	3.68	4.57	5.97	3.58	5.23
Pressão Alta (HAS)										
Sim	8.40	5.44	6.09	5.94	5.20	3.87	5.00	5.70	3.88	5.34
Não	8.81	5.71	6.55	5.95	5.34	3.58	4.43	5.73	3.38	5.31
Coração										
Sim	8.75	5.29	6.35	6.78	5.71	5.21	5.72	6.22	4.22	5.98
Não	8.47	5.62	6.27	5.73	5.18	3.46	4.57	5.57	3.62	5.19
Sintoma Depressivo										
Sem sintomas significativos	8.48	5.53	6.03	4.96	5.29	3.98	4.98	6.05	4.73	5.28
Com sintomas significativos	8.01	5.30	6.22	5.09	5.29	4.17	4.76	5.29	3.62	5.16
Sintoma Ansioso										
Sem sintomas	8.64	5.43	6.00	5.13	5.23	3.66	4.55	6.00	4.31	5.14

significativos										
Com sintomas significativos	7.91	5.45	6.20	4.90	5.33	4.41	5.17	5.45	4.19	5.29

[1]Utilização
[2]Acessibilidade
[3]Longitudinalidade
[4]Integração de Cuidados
[5]Sistemas de Informação
[6]Serviços Disponíveis
[7]Serviços Prestados
[8]Orientação Familiar
[9]Orientação Comunitária
[10]Escore Geral

Na tabela 7, pode-se perceber que os pacientes com diabetes possuem maiores escores em relação a Utilização (Escore A) (8.66) e Integração do Cuidado (Escore D) (6.54) do que os pacientes não diabéticos, podendo sugerir então, que existe cuidado e contato mais frequente e contínuo nos serviços para pacientes diabéticos. O mesmo ocorre em pacientes com doença cardíaca, que provavelmente, por utilizarem mais os serviços, possuem maior escore em Utilização (Escore A) (8.75). Dessa forma, essa diferença de escores pode resultar também de um cuidado mais especializado e específico para os pacientes com alguma comorbidade, algo que apenas em teoria os pacientes sem comorbidades não necessitam.

Já os pacientes com hipertensão tiveram escores com pouca diferença em relação aos que responderam “sim” para hipertensão e os que responderam “não”, podendo então, refletir um cuidado não tão diferenciado para esses dois diferentes públicos, mesmo com alta prevalência de hipertensão entre a população.

No que se refere ao sintoma depressivo, pacientes sem depressão apresentaram escores mais altos em atributos como Utilização (Escore A) (8.48) e Longitudinalidade (Escore C) (6.03). Esses valores indicam maior vínculo com os serviços de saúde, melhor continuidade do cuidado. Os pacientes com depressão demonstraram um escore superior também no atributo Utilização (Escore A) (8.01). No entanto, em outros domínios, os escores foram ligeiramente inferiores: Serviços Disponíveis (4.17), Serviços Prestados (4.76) e Orientação Comunitária (3.62), o que pode refletir menor

satisfação com o atendimento mais direto ou com o vínculo estabelecido com os profissionais.

No caso do sintoma ansioso, os pacientes com sintomas leves atribuíram maior valor a Utilização (Escore A) (8,64), demonstrando que percebem a APS como um serviço mais acessível e utilizado como primeiro contato. Já os pacientes com sintomas ansiosos moderados a graves apresentaram escores mais elevados na Utilização (7.91), Longitudinalidade (5.45) e Orientação Familiar (5.45), além de um Escore Geral de 5.29, superior ao grupo com sintomas leves (5.14). Isso sugere que, apesar de enfrentarem maior sofrimento emocional, esses pacientes apresentam maior maior vínculo, acompanhamento contínuo e envolvimento da família no cuidado, possivelmente devido a um contato mais frequente com os profissionais da APS.

Tabela 8: Condições de Saúde por distrito do município de Criciúma/SC

Distrito	**Boa Vista**	**Santa Luzia**	**Quarta Linha**	**Rio Maina**	**Centro**	**Próspera**
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Depressão (PHQ9)						
Sem sintomas significativos	35 (11,59)	37 (12,25)	38 (12,58)	54 (17,88)	79 (26,16)	59 (19,54)
Com sintomas significativos	32 (13,45)	51 (21,43)	29 (12,18)	38 (15,97)	48 (20,17)	40 (16,81)
Total	67 (12,41)	88 (16,30)	67 (12,41)	92 (17,04)	12 (23,52)	99 (18,33)
Sintoma Ansioso (GAD7)						
Sem sintomas significativos	30 (11,95)	30 (11,95)	33 (13,15)	49 (19,52)	59 (23,51)	50 (19,92)
Com sintomas significativos	37 (12,71)	60 (20,62)	34 (11,68)	43 (14,78)	67 (23,02)	50 (17,18)
Total	67 (12,36)	90 (16,61)	67	92 (16,97)	126 (23,25)	100 (18,45)

			(12,36)			
Uso de Álcool (Audit-C)						
Risco moderado	9 (9,68)	15 (16,13)	11 (11,83)	14 (15,05)	31 (33,33)	13 (13,98)
Risco alto	7 (9,59)	11 (15,07)	9 (12,33)	6 (8,22)	24 (32,88)	16 (21,92)
Risco severo	3 (7,50)	4 (10,00)	5 (12,50)	5 (12,50)	18 (45,00)	5 (12,50)
Total	19 (9,22)	30 (14,56)	25 (12,14)	25 (12,14)	73 (35,44)	34 (16,50)
Fumante						
Sim	13 (21,31)	13 (21,31)	9 (14,75)	3 (4,92)	8 (13,11)	15 (24,59)
Não	63 (11,86)	94 (17,70)	60 (11,30)	91 (17,14)	135 (25,42)	88 (16,57)
Total	76 (12,84)	107 (18,07)	69 (11,66)	94 (15,88)	143 (24,16)	103 (17,40)
Diabetes						
Sim	15 (16,67)	24 (26,67)	9 (10,00)	11 (12,22)	20 (22,22)	11 (12,22)
Não	27 (12,92)	34 (16,27	28 (13,40)	25 (11,96)	46 (22,01)	49 (23,44)
Total	42 (14,05)	58 (19,40)	37 (12,37)	36 (12,04)	66 (22,07)	60 (20,07)
Pressão Alta						
Sim	20 (11,36)	39 (22,16)	20 (11,36)	22 (12,50)	35 (19,89)	40 (22,73)
Não	22 (17,74)	22 (17,74)	17 (13,71)	14 (11,29)	29 (23,39)	20 (16,13)
Total	42 (14,00)	61 (20,33)	37 (12,33)	36 (12,00)	64 (21,33)	60 (20,00)
Doença do Coração						
Sim	3 (5,36)	16 (28,57)	4 (7,14)	6 (10,71)	16 (28,57)	11 (19,64)

Não	39 (16,18)	43 (17,84)	32 (13,28)	29 (12,03)	50 (20,75)	48 (19,92)
Total	42 (14,14)	59 (19,87)	36 (12,12)	35 (11,78)	66 (22,22)	59 (19,87)

Quanto à tabela 8, percebe-se que existe elevada prevalência de sintomas depressivos em todos os distritos, com maior foco para Santa Luzia com 51 pacientes com sintomas e Centro com 48 pacientes. Outros sintomas a serem considerados são os sintomas ansiosos moderados, os quais também possuem números relevantes, especialmente no Centro (67) e Santa Luiza (60).

Os distritos também apresentaram altos valores quanto ao uso de álcool, com destaque para o Centro (73) e a Próspera (34). Já na taxa de tabagismo, nota-se que o Rio Maina (3) representou o menor, enquanto a Próspera lidera com 15 pacientes que responderam que são fumantes.

Tabela 9 – Relação entre médias de qualidade de vida por distrito do município de Criciúma - SC

Qualidade de vida	**Domínio físico**	**Domínio psicológico**	**Domínio social**	**Domínio ambiental**
Distrito				
Boa Vista	64.44	65.00	69.63	61.50
Santa Luzia	60.28	59.96	68.57	58.11
Quarta Linha	65.84	65.93	67.62	63.32
Rio Maina	70.08	68.125	72.09	65.03
Centro	69.50	67.26	73.52	62.50
Próspera	64.62	64.19	68.40	62.05

A tabela 9 demonstra os domínios do WHOQOL-BREF, os quais representam a qualidade de vida dos pacientes em relação à sua própria percepção. Os distritos do Rio Maina (70.08) e Centro (69.50) apresentaram os maiores escores para o domínio físico, demonstrando que esses pacientes possuem boa percepção quanto à sua saúde física. Acerca do Domínio Ambiental, o distrito do Rio Maina (65.03) mostrou-se com o maior escore.

Em relação ao domínio psicológico, percebe-se que o Rio Maina apresentou o maior escore, com (68.125), já em relação ao domínio social, o maior escore ficou com o distrito centro (73.52) ou seja, os pacientes residentes do distrito Rio Maina e Centro possuem uma melhor percepção quanto à sua autoestima, estão mais satisfeitos consigo, possuem melhor entendimento sobre sua saúde mental e bem-estar e ainda dispõem de maior satisfação em relação aos seus relacionamentos interpessoais, podendo assim, associar esses dois domínios, demonstrando que quando os pacientes possuem melhor percepção de si mesmos, terão mais interações sociais e maior participação em atividades sociais.

Apesar de a percepção dos pacientes em relação à sua qualidade de vida serem parecidas, os menores escores ainda foram encontrados nos distritos de Santa Luzia e Boa Vista, podendo refletir ainda sobre as desigualdades no bem-estar.

PROPOSIÇÃO

Situação Problema	Sugestões a Gestão
Baixa adesão de jovens (18 a 29 anos) aos serviços de saúde	Fortalecimento de ações de educação em saúde com foco na juventude, utilizando mídias sociais, escolas e centros comunitários como canais de aproximação.
	Programas de saúde voltados à saúde sexual, mental e à prevenção de agravos comuns nessa faixa etária devem ser ampliados, com horários flexíveis e fora do horário comercial e nos fins de semana, assim como estratégias que foquem os interesses dos jovens.
Desigualdades no acesso e na forma como a população conhece os recursos da APS no distrito Boa Vista.	Mapear melhor quais serviços existem e se as pessoas sabem que eles estão disponíveis, ajustando equipes e recursos conforme as necessidades reais.
	Campanhas visuais e simples, como vídeos nas UBS, para mostrar os serviços, especialmente para quem tem baixa escolaridade.
Parte da população pode não estar sendo adequadamente atendida ou compreendida em suas demandas pela APS.	Capacitação continuada para as equipes sobre acolhimento inclusivo e abordagens centradas na pessoa. Equipes devem ser treinadas para identificar as necessidades e devem empregar uma escuta ativa e simplificada.
	Oficinas comunitárias frequentes nos próprios territórios, nas quais profissionais da APS possam revisar e adaptar fluxos de atendimento junto à população local, numa lógica participativa e corresponsável.
Grupos de menor escolaridade e renda acabam enfrentando barreiras culturais e estruturais que dificultam o vínculo e a continuidade do cuidado na APS.	Fortalecer e divulgar os conselhos locais de saúde, com lideranças da própria comunidade preparadas para orientar sobre direitos, serviços e como acessá-los.
	Maior integração entre os diferentes pontos de atendimento, para que o histórico de saúde seja usado de forma eficaz no planejamento do cuidado e para que a APS tenha acesso às informações sobre atendimentos feitos em outros níveis de atenção.
Expandir a atenção integral e contínua também para os pacientes sem comorbidades, prevenindo agravos e promovendo a saúde de forma mais eficaz	Busca ativa e acompanhamento para todos os pacientes, inclusive os que não possuem atendimento contínuo na UBS, com foco em saúde mental, alimentação, atividade física e vínculos comunitários.

Com base nos dados apresentados da análise ASIS Criciúma 2024-2025, é possível identificar diversos atributos do PCATool que registraram escores

insatisfatórios em determinados segmentos sociodemográficos e grupos com condições de saúde específicas. Tais lacunas apontam para oportunidades de melhoria na Atenção Primária à Saúde (APS) do município, e demandam intervenções direcionadas, considerando a diversidade do território e as necessidades específicas dos usuários. O atributo "Integração de Cuidados" (Escore C3) apresentou os menores escores entre jovens de 18 a 29 anos (3.19), o que sugere uma desconexão significativa entre essa faixa etária e os serviços de saúde. Para mitigar essa lacuna, recomenda-se o fortalecimento de ações de educação em saúde com foco na juventude, utilizando mídias sociais, escolas e centros comunitários como canais de aproximação. Complementarmente, programas de saúde voltados à saúde sexual, mental e à prevenção de agravos comuns nessa faixa etária devem ser ampliados, com horários flexíveis e fora do horário comercial e nos fins de semana, assim como estratégias que foquem os interesses dos jovens.

Quanto ao atributo "Serviços Disponíveis" (Escore E5), os escores mais baixos foram verificados em Boa Vista (2.58) e entre pacientes não alfabetizados (1.85), refletindo desigualdades territoriais e educacionais no acesso e na percepção sobre os recursos oferecidos pela APS a população deste distrito. Recomenda-se intensificar o mapeamento territorial de oferta e conhecimento por parte da população dos serviços com o objetivo de readequar a alocação de equipes e recursos de acordo com a demanda real dos distritos. A gestão municipal pode também promover campanhas visuais de comunicação em saúde, que mostrem os serviços disponíveis para públicos com baixa escolaridade, como vídeos nas UBS sobre os serviços que a UBS possui. Esse tipo de abordagem é fundamental para inclusão informacional e acesso igualitário.

O atributo "Serviços Prestados" (Escore F6) também merece atenção, tendo obtido escores particularmente baixos entre indivíduos não alfabetizados (1.11), assim como em Santa Luzia (3.75). Esses resultados indicam que parte da população pode não estar sendo adequadamente atendida ou compreendida em suas demandas pela APS. Para solucionar isso, é essencial que o município implemente uma capacitação continuada para as equipes sobre acolhimento inclusivo e abordagens centradas na pessoa. Equipes devem ser treinadas para identificar as necessidades e devem empregar uma escuta ativa e simplificada. Além disso, é recomendável realizar oficinas comunitárias frequentes nos próprios territórios, nas quais profissionais da APS possam revisar e adaptar fluxos de atendimento junto à população local, numa lógica participativa e corresponsável.

Outro ponto que merece ação estratégica refere-se aos baixos escores entre pessoas com menores níveis de escolaridade e renda, especialmente nos atributos “Serviços Disponíveis” (Escore C5), “Serviços Prestados” (Escore C6) e “Sistemas de Informação” (Escore C4). Tais grupos enfrentam barreiras culturais e estruturais que comprometem o vínculo e a longitudinalidade com a APS. Nesse sentido, propõe-se o fortalecimento e divulgação dos conselhos locais de saúde, compostos por lideranças locais capacitadas para orientar a comunidade quanto aos seus direitos, serviços disponíveis e formas de acesso. Já o aprimoramento dos sistemas de informação, com escores baixos especialmente entre mulheres e jovens, requer uma maior conexão entre pontos de atenção, garantindo que o histórico de saúde seja utilizado de forma eficaz para planejamento do cuidado em toda a rede, assim com a APS possuir conhecimento sobre os atendimentos realizados nos demais níveis de atenção.

Por fim, observa-se que alguns grupos com condições crônicas de saúde, como diabéticos e pacientes com doenças cardíacas, apresentaram escores superiores nos atributos de “Integração de Cuidados” e “Serviços Disponíveis”. Tal dado indica que a APS está funcionando melhor para grupos que demandam cuidados contínuos. Vale destacar que é essencial expandir essa lógica de atenção integral e contínua também para os pacientes sem comorbidades, prevenindo agravos e promovendo a saúde de forma mais eficaz. Para isso, sugere-se a busca ativa e acompanhamento para todos os pacientes, inclusive os que não possuem atendimento contínuo na UBS, com foco em saúde mental, alimentação, atividade física e vínculos comunitários. A adoção dessas estratégias, embasadas nas evidências da ASIS Criciúma 2024-2025, representa uma oportunidade concreta de fortalecimento da Atenção Básica no município e de superação das disparidades observadas nos escores do PCATool.

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@: Criciúma (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.

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.