



PERCEPÇÕES SOBRE A AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM ESTUDO QUALITATIVO COM GRUPOS FOCAIS SOBRE A APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO QUALIAB

PERCEPTIONS OF PRIMARY CARE ASSESSMENT: A QUALITATIVE FOCUS GROUP STUDY ON THE USE OF THE QUALIAB TOOL

Elen Rose Lodeiro Castanheira¹

Wania Maria do Espírito Santo Carvalho²

Thais Fernanda Tortorelli Zarili³

Luceime Olivia Nunes⁴

Carolina Siqueira Mendonça⁵

Caroline Eliane Couto⁶

Resumo: A qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS) demanda instrumentos avaliativos capazes de apoiar decisões e aprimorar processos de trabalho. O QualiAB, como ferramenta de autorresposta, tem sido utilizado com esse propósito, porém sua efetividade depende da percepção e da apropriação dos atores envolvidos. Este estudo analisou experiências relacionadas à aplicação do QualiAB por meio de grupos focais com profissionais, gestores e usuários da APS no estado de São Paulo, Brasil. A análise seguiu a abordagem temática de conteúdo e o *checklist* COREQ para rigor metodológico. Quatro eixos foram identificados: organização do processo de trabalho como marcador central da qualidade; heterogeneidade na experiência da aplicação do instrumento; desafios na assistência a populações vulneráveis; e percepções dos usuários sobre acesso, acolhimento e continuidade do cuidado. Conclui-se que o QualiAB é reconhecido como útil, mas pouco incorporado ao planejamento dos serviços, exigindo capacitação e ajustes técnicos para maior aplicabilidade.

Palavras-chave: Grupos Focais; Pesquisa Qualitativa; Avaliação de Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Estudo de Validação.

Abstract: Strengthening quality in Primary Health Care (PHC) requires evaluation instruments capable of supporting informed decision-making and improving organizational processes. The QualiAB, a self-assessment tool, has been adopted for this purpose; however, its effectiveness depends on stakeholders' understanding, engagement, and practical use of its outputs. This study examined experiences with the implementation of QualiAB through focus groups conducted with PHC professionals, managers, and

¹ Doutora em Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo (USP), Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu, São Paulo, Brasil. E-mail: elen.castanheira@unesp.br.

² Doutora em Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo (USP), Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde de Brasília/DF (FEPECS), Brasília, Distrito Federal, Brasil, E-mail waniaescarvalho@gmail.com.

³ Doutora em Saúde Coletiva, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, Paraná, Brasil, E-mail: thaisftzarili@gmail.com.

⁴ Doutora em Saúde Coletiva, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Centro Universitário Sudoeste Paulista, Avaré, São Paulo, Brasil. E-mail: olivia.nunes@unesp.br.

⁵ Doutora em Saúde Coletiva, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu, São Paulo, Brasil. E-mail: carolina.s.mendonca@unesp.br.

⁶ Doutora em Saúde Coletiva, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Prefeitura Municipal de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil. E-mail: caroline.couto@unesp.br



service users in the state of São Paulo, Brazil. Data were analyzed using thematic content analysis and guided by the COREQ checklist to ensure methodological rigor. Four analytical domains emerged: work process organization as a central attribute of quality; heterogeneity in the experience of applying the instrument; persistent challenges in providing care to vulnerable populations; and users' perceptions regarding access, reception, and continuity of care. Findings suggest that although considered valuable, QualiAB remains underutilized in planning processes, indicating the need for capacity-building and technical refinement to enhance applicability.

Keywords: Focus Groups; Qualitative Research; Health Services Research; Primary Health Care; Validation Study.

1 Introdução

A qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS) tem adquirido centralidade no debate nacional e internacional sobre sistemas de saúde, sobretudo em contextos marcados por transições epidemiológicas, aumento da complexidade assistencial e necessidade de racionalização do cuidado no Brasil. A APS, como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), tem entre os seus atributos a equidade, a coordenação do cuidado, a continuidade e a integralidade das ações (Facchini; Tomasi; Dilélio, 2018; Starfield; Shi; Macinko, 2005; Vilasbôas *et al.*, 2024). Para que esses atributos se concretizem na prática, torna-se indispensável o uso de estratégias sistemáticas de avaliação que permitam monitorar processos, reconhecer fragilidades, orientar decisões e induzir melhorias na gestão e na organização dos serviços (Endalamaw *et al.*, 2023; Vilasbôas *et al.*, 2024).

Instrumentos avaliativos de natureza autoaplicável têm sido valorizados não apenas pela capacidade de mensurar indicadores, mas por favorecerem reflexão crítica e aprendizagem institucional. No entanto, sua efetividade depende da forma como são compreendidos, apropriados e inseridos nos processos decisórios por gestores, trabalhadores e usuários (Ferreira Neto; Fam; Silva, 2022). Mais do que responder aos questionários, é necessário que os serviços incorporem a avaliação como prática permanente e orientada para a tomada de decisão. A eficácia de tais ferramentas depende não apenas de sua aplicação, mas da percepção e da adesão dos profissionais e dos gestores, bem como da incorporação de seus resultados à gestão estratégica (Nunes *et al.*, 2023).

O Questionário de Avaliação e Monitoramento dos Serviços de Atenção Básica, QualiAB, insere-se nesse cenário como um sistema *online* de autoaplicação desenvolvido para analisar aspectos estruturais e organizacionais do trabalho das equipes da APS no SUS. Seu objetivo é apoiar o planejamento local, fortalecer processos de monitoramento e induzir melhorias na qualidade da atenção. A adesão de gestores e serviços é voluntária



e livre de qualquer tipo de incentivo, seja de premiação, seja de punição. O sistema *online* realiza a devolução imediata dos resultados para os serviços, assim como dos resultados de todos os serviços para a gestão municipal (Castanheira, 2016).

O QualiAB foi desenvolvido no estado de São Paulo, a partir de 2005, como uma ferramenta de avaliação da organização dos serviços de APS fundamentada no conceito de que a qualidade da APS depende não apenas de atributos assistenciais, mas também de aspectos organizacionais, gerenciais e estruturais que condicionam o processo de trabalho das equipes. O instrumento foi concebido como um questionário de autorresposta baseado nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), da Política Nacional de Humanização (PNH), em documentos e normas nacionais para a APS e em modelos internacionais de qualidade em serviços de saúde, permitindo uma leitura ampliada da gestão e da prática cotidiana das unidades. Suas primeiras aplicações ocorreram em larga escala em municípios paulistas, e o QualiAB tornou-se um dos poucos instrumentos de avaliação da APS aplicado sistematicamente em contextos municipais, regionais e estaduais no período de 2007 a 2010 (Castanheira *et al.*, 2011, 2014).

Estudos posteriores ampliaram o escopo do instrumento, demonstrando sua capacidade de descrever heterogeneidades regionais, padrões de organização do trabalho, fragilidades estruturais e avanços na institucionalização de práticas avaliativas. Essa trajetória consolidou-o como uma ferramenta de gestão reconhecida no cenário paulista, utilizada tanto por secretarias municipais quanto por instâncias regionais de apoio técnico. Houve, também, aplicações do instrumento em experiências em outros estados brasileiros (Castanheira *et al.*, 2014; Castanheira, 2025; Zarili *et al.*, 2021).

O QualiAB diferencia-se por sua natureza declaratória, que privilegia a autoavaliação realizada pelos próprios serviços. Essa característica, ao mesmo tempo em que oferece agilidade e baixo custo, produz desafios interpretativos e operacionais, especialmente quando há pouca apropriação institucional dos indicadores. O instrumento, desde a aplicação de 2016, permite acesso aos critérios e padrões utilizados por meio do Caderno de Boas Práticas, presentes no *site*, como também o acesso imediato aos resultados e aos padrões utilizados (Castanheira, 2016).

Diversos estudos têm apontado que instrumentos de autoavaliação são mais efetivos quando acompanhados de processos formativos, devolutivas sistemáticas e espaços coletivos de interpretação crítica dos dados – dimensões ainda pouco consolidadas em muitos municípios (Furtado *et al.*, 2021). Apesar de sua relativa



capilaridade e de seu uso recorrente, ainda são escassas as pesquisas que explorem as percepções de usuários, trabalhadores, gestores e profissionais que realizam apoio técnico aos municípios sobre o QualiAB.

A adesão ao QualiAB por parte dos gestores e das unidades básicas justifica-se por sua aplicabilidade, uma vez que conta com interface web, fácil compreensão e a possibilidade de ser respondido por etapas; pela governabilidade dos gestores para promover mudanças; e pela possibilidade de instrumentalizar a discussão das equipes locais, uma vez que fornece elementos e diretrizes para a reorganização dos processos de trabalho (Castanheira, 2016).

O Questionário QualiAB na versão de 2016 possui 115 questões, que geram 101 indicadores de qualidade, com pontuação de 0 a 2; 2 correspondendo ao padrão esperado; 1 suficiente; e 0 insuficiente. A média dos indicadores gera uma nota da organização da Unidade Básica de Saúde (UBS). No *site* utilizado para responder ao questionário também consta o Caderno de Boas Práticas, que contém as recomendações, os padrões e os critérios utilizados na avaliação. Esses padrões e critérios de qualidade baseiam-se nas diretrizes do SUS, nas políticas nacionais e nas normas técnicas vigentes (Castanheira, 2016).

Investigações qualitativas são fundamentais, pois permitem compreender a experiência dos diferentes atores envolvidos, revelando percepções, tensões, barreiras e potencialidades que não são apreensíveis por meio de métodos quantitativos. Entre as abordagens qualitativas utilizadas, os grupos focais (GF) destacam-se por possibilitar a troca de experiências, a análise coletiva de significados e a construção compartilhada de sentidos sobre as práticas.

A compreensão da percepção de usuários, gestores e trabalhadores é essencial para avaliar a efetividade e a legitimidade de instrumentos de monitoramento e avaliação, como o QualiAB. Além desses atores, no estado de São Paulo é importante a inclusão dos articuladores da Atenção Básica – profissionais responsáveis por apoiar técnica e politicamente os municípios em ações de coordenação e organização da APS (Doricci; Guanaes-Lorenzi; Pereira, 2017). Diferentes atores vivenciam dimensões distintas do cuidado: usuários expressam expectativas, barreiras simbólicas e experiências concretas de acesso; trabalhadores revelam as condições reais de execução do processo de trabalho; gestores identificam limitações estruturais e desafios de governança; e os Articuladores da Atenção Básica ocupam posição estratégica na mediação entre diretrizes estaduais e práticas locais (Almeida; Tanaka, 2016; Januário *et al.*, 2023; Nickel *et al.*, 2014).



A literatura aponta que avaliações participativas que incorporam múltiplas perspectivas tendem a produzir diagnósticos mais sensíveis às desigualdades e mais efetivos para a indução de mudanças (Furtado *et al.*, 2021). No entanto, ainda são escassos os estudos que examinam simultaneamente essas visões, especialmente no contexto paulista, em que a presença do articulador regional se configura como uma instância singular de apoio institucional e de fortalecimento da capacidade avaliativa dos municípios.

Compreender como gestores, profissionais e usuários interpretam o instrumento QualiAB e suas aplicações pode contribuir para o aprimoramento do questionário, identificar seus limites e potencializar sua maior aderência às necessidades dos serviços, especialmente no que concerne à assistência a segmentos específicos da população, além de reiterar sua contribuição para o fortalecimento da cultura avaliativa no SUS.

O objetivo do trabalho é conhecer a opinião de profissionais, gestores e usuários da APS sobre o que qualifica a APS, como se deu a aplicação do QualiAB realizada no estado de São Paulo em 2022 e como se dá a assistência a segmentos específicos como pessoas que vivem em situação de rua; população LGBTQIAPN+ e o atendimento aos casos de violência – violência doméstica, sexual, contra idosos e contra crianças e adolescentes.

2 Método

Trata-se de um estudo transversal de abordagem qualitativa, conduzido com foco interpretativo para explorar percepções, experiências e significados atribuídos pelos participantes em relação ao instrumento QualiAB. A coleta de dados foi realizada por meio de GF. Esse método permite aos pesquisadores explorarem as opiniões dos participantes de modo interativo e dinâmico, permitindo uma compreensão rica e multifacetada das experiências e opiniões (Lima; Sampaio, 2023). A condução da pesquisa e o relato seguem as recomendações dos marcos metodológicos *Standards for Reporting Qualitative Research* (O'Brien *et al.*, 2014) e *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) (Tong; Sainsbury; Craig, 2007), para garantir transparência, rigor e completude no processo investigativo.

Os GF foram compostos por atores-chave que participaram direta ou indiretamente da aplicação do QualiAB, ocorrida em inquérito realizado em 2022, no estado de São Paulo. A experiência com o instrumento constituiu-se como elemento



indutor das discussões e definiu, como amostra intencional, a composição de cada grupo: Grupo 1 – profissionais de serviços de APS de diferentes municípios do estado de São Paulo, que responderam ao QualiAB; Grupo 2 – articuladores da Atenção Básica; Grupo 3 – gerentes de serviços de APS; Grupo 4 – gestores municipais de APS; Grupo 5 – usuários de UBS e/ou que fazem parte de alguma instância de controle social (como Conselhos Municipais, Conselhos Locais da UBS, associações e fórum intersetorial).

A amostra foi escolhida com base na possibilidade de acesso e na disponibilidade desses diferentes atores. Os critérios de inclusão foram: ter participado ou vivenciado a aplicação do instrumento previamente; aceitar participar voluntariamente. Não houve substituição de participantes, que totalizaram 52 diferentes atores.

A realização do GF com os articuladores da APS ampliou o alcance analítico da pesquisa, uma vez que transitam numa posição intermediária entre diretrizes estaduais e práticas cotidianas dos serviços, o que permite identificar tensões, limitações e potencialidades do processo de avaliação, que não são plenamente visíveis pelos demais atores. A inclusão desse grupo segue recomendações de abordagens participativas que enfatizam a importância de integrar diferentes níveis de governança para compreender sistemas complexos de saúde e aprimorar instrumentos avaliativos (Andrade; Castanheira, 2011; Doricci; Guanaes-Lorenzi; Pereira, 2017; Viana *et al.*, 2018).

A Tabela 1 apresenta os sete GF realizados.

Tabela 1: Composição e número de participantes dos grupos focais

Composição dos grupos focais	Nº de participantes
Gestores municipais da APS de diferentes municípios do estado de São Paulo	5
Profissionais dos serviços de APS de diferentes municípios do estado de São Paulo	4
Gerentes de UBS de diferentes municípios do estado de São Paulo	4
Profissionais dos serviços de APS do município de Botucatu	8
Gerentes de serviços do município de Botucatu	8
Usuários dos serviços do município de Botucatu	11
Articuladores da APS responsáveis por apoiar 10 diferentes regiões do estado de São Paulo	12
TOTAL	52

Fonte: Elaborada pelos autores.

Os GF ocorreram entre julho e agosto de 2023 e foram conduzidos por uma pesquisadora com experiência em metodologias qualitativas e familiaridade com o campo da APS. O roteiro foi previamente testado e composto de duas questões gerais e três específicas sobre novos temas a serem incorporados no questionário QualiAB: 1. O que qualifica a APS? 2. Como foi a experiência de aplicação do questionário QualiAB em 2022? 3. Como são assistidas as pessoas em situação de rua? 4. Como se dá a assistência



à população LGBTQIAPN+? 5. E o atendimento aos casos de violência – violência doméstica, sexual, contra idosos e contra crianças e adolescentes?

Os encontros tiveram duração média entre 60 e 90 minutos, sendo que três grupos se reuniram presencialmente e quatro, por videoconferência (Google Meet). Todos os encontros foram gravados em áudio e/ou vídeo e posteriormente transcritos na íntegra.

A pesquisadora responsável pela moderação dos grupos contou com o apoio de dois observadores em cada grupo. Sua experiência profissional em serviços de APS e na condução de grupos proporcionou o estabelecimento de confiança entre os participantes e facilitou o debate em diferentes momentos. Diários de campo foram utilizados pelos observadores para registrar impressões, dinâmicas interacionais e decisões analíticas.

A análise seguiu a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011), organizada em três etapas: pré-análise, codificação e categorização temática. A criação de categorias de análise implica constantes idas e vindas da teoria ao material de análise e pressupõe várias versões do sistema categórico. Dois caminhos foram seguidos: 1º) categorias criadas *a priori*, categorias predeterminadas em função de uma busca específica do pesquisador – respostas a perguntas específicas presentes no roteiro do GF; 2º) categorias não definidas *a priori* que emergem da “fala”, do discurso, do conteúdo das respostas e implicam idas e vindas ao material de análise. A partir da codificação, fez-se a categorização – operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento. A organicidade presente no processo corroborou para torná-lo um método de análise de dados que buscou extrair elementos que se encontravam impregnados nas expressões verbais ou não. O processo de análise foi conduzido por duas pesquisadoras de forma independente, com posterior consenso.

Para garantir confiabilidade na interpretação, foram adotadas estratégias metodológicas como: triangulação de pesquisadores para chegar ao consenso – três pesquisadores analisaram separadamente o material e as análises foram confrontadas; registro de trilha metodológica com todas as atividades realizadas – cada pesquisador apresentou o caminho percorrido para a realização da análise; discussão coletiva dos códigos com as decisões analíticas continuamente confrontadas com o material coletado.

As fases e os desdobramentos provocados em cada uma das etapas conseguiram absorver informações, organizá-las, aproximá-las e apresentar os elementos para a etapa seguinte, conferindo ao processo de análise um percurso estruturado e delineado



sistematicamente, para que o pesquisador pudesse se guiar durante o processo, desde a organização do material até as inferências.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista (CAAE 58649222.2.3002.5469; parecer nº 5.850.603). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tiveram garantidos anonimato e confidencialidade. A primeira versão desse trabalho foi publicada nos anais do evento VII Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos (SIPEQ), no formato resumo expandido (SIPEQ, 2025).

3 Resultados

A análise dos sete GF revelou quatro eixos temáticos centrais que sintetizam percepções, tensões e experiências compartilhadas por profissionais, gestores, articuladores e usuários da APS acerca da qualificação do cuidado, da aplicação do QualiAB e das práticas de atenção a populações vulnerabilizadas. Esses resultados oferecem subsídios relevantes para o aprimoramento do instrumento e para a institucionalização da avaliação no âmbito municipal e regional. A seguir, apresenta-se o Quadro 1, com os temas e subtemas identificados.

Quadro 1: Temas e subtemas identificados na análise temática

Tema central	Subtemas
Organização do processo de trabalho	Protocolos; estrutura física; insumos; formação; vínculo; cuidado de quem cuida
Heterogeneidade da aplicação	Porte municipal; vínculos trabalhistas; pandemia; abandono do questionário; dificuldades técnicas
Potencialidades e limites do QualiAB	Devolutiva imediata; Caderno de Boas Práticas; falta de apropriação dos relatórios; necessidade de oficinas
Assistência a populações vulnerabilizadas	Consultório na Rua; nome social; fragilidade nas notificações de violência
Papel singular do articulador da APS	Inclusão dos articuladores na pesquisa; apoio técnico aos gestores e equipes; colaboração com a aplicação do QualiAB

Fonte: Elaborado pelos autores.

3.1 Organização do processo de trabalho como núcleo estruturante da qualidade da APS

A partir da perspectiva dos profissionais e gerentes que atuam diretamente na APS, a organização do processo de trabalho emerge como um dos principais marcadores da qualidade do cuidado, porém é atravessada por profundas tensões entre o modelo de atenção proposto pelo SUS para a APS e as condições concretas na operacionalização.



Eu acho que os colegas trouxeram [...] o que qualifica né, atenção básica no sentido de reconhecer a questão do acolhimento, de uma escuta qualificada, né, de [...] da longitudinalidade que é necessária para que a assistência seja prestada da melhor forma possível (Profissional L).

[na reunião] [...] a gente falou o dia inteiro de Atenção Básica; ela é a principal porta de entrada, ela que deve ser ordenadora de toda a rede, né, e o que qualifica bem Atenção Básica é a organização, né, e o processo de trabalho, e organização começando principalmente pelo território, né, [...] conhecer bem o território, as fragilidades, as potências, as parcerias, né, e isso é que dá o norte, é isso que através dos dados do território e da rede, né, dos equipamentos da rede, é que a gente começa a organizar o processo de trabalho, né, [...] então é uma soma, né, é uma soma de ações para fortalecer a Atenção Básica, porta de entrada, uma escuta qualificada, a promoção do vínculo com a população no território, acho que é tudo isso, é um conjunto de ações. (Gerente D).

[...] essa troca de médico demais, assim, troca demais, cada vez que você vai... [é um novo médico] (Usuário D).

Os participantes demonstraram domínio conceitual da APS, discutindo conceitos como vínculo, acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado e trabalho em equipe, mas enfatizaram que tais atributos muitas vezes não se materializam de forma plena no cotidiano dos serviços. Descreveram um processo de descaracterização da APS, que passa a operar predominantemente sob a lógica do atendimento imediato, aproximando-se de um modelo de pronto-atendimento, com a percepção de que a demanda espontânea excessiva aliada a pressões políticas institucionais deslocou o foco da promoção e da prevenção para a resposta rápida a queixas agudas em detrimento do cuidado longitudinal.

Essa dinâmica é agravada pela interferência política direta na organização do trabalho, especialmente em contextos municipais, em que gestores e agentes políticos redefinem prioridades assistenciais à margem das diretrizes da PNAB. Os profissionais relataram que muitas vezes há ausência de respaldo institucional para sustentar decisões técnicas, sendo frequentemente compelidos a responder a demandas mediadas por ouvidorias, contatos diretos com prefeitos ou secretarias, o que fragiliza a autonomia profissional e compromete a coerência do cuidado.

Eu acho que o que consegue resumir o que o [...] falou, é descaracterização da Saúde da Família, principalmente que é onde eu atuo, [...], mas a gente não tem a autonomia de fazer as nossas atividades, as nossas visitas sem a política interferir ferrenhamente em cima disso. Então, se eu tenho que atender uma paciente, ela precisa de um exame, não é urgente, mas se ela for na Secretaria da Saúde, no WhatsApp da Prefeitura, onde quer que seja, o Prefeito vai voltar para a Unidade com essa demanda de uma coisa que não é extremamente necessária. Não é agora, a população está numa ideia imediatista de que eu preciso fazer meu exame agora, preciso do resultado agora e eu preciso da minha medicação, perdeu essa ideia de prevenção, promoção da saúde, de participação em grupo, de grupo de resultado, a gente não tem mais isso [...] (Profissional M).



Adicionalmente, a fragilidade da gestão do trabalho e da educação permanente contribui para a descontinuidade de processos coletivos, como reunião de equipe, atividades educativas e ações de promoção da saúde. A alta rotatividade de profissionais, a sobrecarga assistencial e a escassez de espaços institucionais para a reflexão coletiva foram apontadas como obstáculos centrais para a qualificação do cuidado. Essa percepção também é compartilhada pelos usuários, que associam a qualidade do cuidado à continuidade do profissional e à possibilidade de acompanhamento ao longo do tempo.

Esse cenário produz efeitos subjetivos importantes, expressos em sentimento de frustração, impotência e sofrimento moral, sobretudo entre profissionais que reconhecem o potencial transformador da APS, mas se veem limitados por condições organizacionais adversas. Ainda assim, os relatos indicam que a qualidade do cuidado frequentemente se sustenta pelo compromisso individual dos trabalhadores, que desenvolvem estratégias informais de organização, uso de tecnologias leves e articulação interna para mitigar as fragilidades institucionais.

Os relatos dos profissionais evidenciam que a qualidade da APS não se restringe a aspectos estruturais e organizacionais, mas está profundamente ancorada na dimensão relacional do processo de trabalho. As falas revelam fragilidades no vínculo entre profissionais e usuários, tensões na relação entre equipes e gestão e descontinuidade de espaços coletivos de planejamento, elementos centrais da micropolítica do trabalho em saúde. A perda de autonomia técnica, a interferência política direta e o enfraquecimento do trabalho em equipe comprometem o uso de tecnologias leves como acolhimento, escuta e responsabilização, fundamentais para a produção do cuidado na APS.

Gestores e articuladores também identificaram a organização do processo de trabalho como o principal marcador de qualidade da APS, enfatizando que estrutura física, insumos, disponibilidade de equipes e clareza de protocolos definem as condições necessárias para os serviços garantirem um cuidado integral. Nos grupos, emergiu um consenso de que a organização do trabalho deveria se sobrepor a ações isoladas ou investimentos pontuais, refletindo entendimento sistêmico da qualidade, destacando a importância da gestão em garantir a estrutura necessária para uma adequada organização do processo de trabalho.

[...] conhecer os protocolos do ministério, conhecer o perfil do teu território, para você conseguir tratar as linhas de cuidado que aquele território necessita [...] (Gestora K).



Estrutura física, insumos, contingente de RH, formação dos profissionais [...] mas nada disso se sustenta sem organização do processo de trabalho (Gestora T).

A percepção dos articuladores amplia essa leitura ao evidenciar desigualdades regionais, apontando que o QualiAB permite comparar realidades distintas e refletir sobre necessidades específicas de cada território: “São tantos territórios diferentes [...] esse instrumento abre um leque de opções para discutirmos a partir do nosso território” (Articuladora R).

A predominância do tema “organização do processo de trabalho” em todos os segmentos confirma a evidência acumulada de que a qualidade da APS depende também da capacidade das equipes em desenvolver práticas coordenadas, orientadas por protocolos e sustentadas por infraestrutura adequada e integradas ao território. Esse entendimento se alinha à literatura, especialmente no que diz respeito à coordenação do cuidado, à longitudinalidade e ao acesso oportuno (Amaral *et al.*, 2021; Brasil, 2023).

As falas dos gestores e articuladores reforçam que a qualificação exige não apenas recursos materiais, mas a governança e a sustentação organizacional – elementos também ressaltados por estudos sobre regionalização e apoio institucional no SUS (Pereira; Feuerwerker, 2018; Silva; Jorge; Silva Júnior, 2015). A recorrência dessa categoria demonstra que embora o QualiAB avalie indicadores estruturais e organizacionais, sua apropriação prática ainda depende da maturidade dos serviços e da capacidade gestora de transformação dos resultados das avaliações em implementação de novas ações.

O conjunto dos achados dialogam com a literatura da micropolítica do trabalho em saúde, que indica que a qualidade da APS se materializa na articulação entre tecnologias leves, relacionais e organizacionais, para as quais a estrutura dá suporte (Merhy; Franco, 2003). A PNAB (Brasil, 2017) também enfatiza que a coordenação do cuidado e da longitudinalidade dependem da estabilidade dos vínculos, da capacidade de planejamento e da institucionalização de rotinas coletivas, elementos explicitamente fragilizados nos relatos dos participantes.

3.2 Heterogeneidade da experiência de utilização do QualiAB

A experiência de utilização do instrumento revelou forte heterogeneidade entre os municípios. Os discursos apontam que a adesão, o engajamento e a compreensão do questionário variaram conforme o porte municipal, a estabilidade das equipes, a maturidade da gestão e o contexto pós-pandemia. Observou-se que a adesão depende do



porte dos serviços e da gestão, assim como da experiência da gestão, do vínculo trabalhista e do momento político. Municípios menores tenderam a ter maior disponibilidade para responder ao instrumento.

[...] a gente tá vivendo uma situação muito complexa com a terceirização: o perfil desses profissionais e a forma de contratação tem contribuído muito para essa questão da qualificação da Atenção Primária. As firmas [...] eles contratam através de firmas, a rotatividade é muito alta [...] os médicos cooperados [...] e hoje nós temos também um grande problema, que [é] a rotatividade da enfermagem, tá muito grande também. Por quê? eles contratam essas firmas, esse profissional não tem vínculo nenhum com a Atenção Primária, às vezes eles são profissionais de porta de pronto-socorro e vem trabalhar como um bico na APS, então eu acho que valeria a pena a gente focar um pouco essa questão de vínculo, de contratação [...] (Articulador S).

O impacto da pandemia foi apresentado como um fator transversal que ocasionou o esgotamento das equipes, o que é indiscutível. Reforça-se que a aplicação mais recente ocorreu em 2022, momento de reorganização da APS logo após o final da pandemia de covid-19. Assim, pode-se dizer que a integralidade e a longitudinalidade foram altamente comprometidas nesse período.

Durante o estudo, profissionais também relatam a dificuldade no preenchimento do questionário, o abandono do processo de resposta e a necessidade de funcionalidades técnicas adicionais, por exemplo, lembretes automáticos, como se observa no trecho a seguir: “Muitos iniciam e não finalizam o questionário [...] um sistema de alerta ajudaria muito” (Articuladora S).

A forte variação entre municípios, influenciada por porte populacional, vínculos trabalhistas, rotatividade, experiência gerencial e contexto pós-pandemia indicam que um instrumento universal enfrentará dificuldade de padronização quando aplicado em sistemas locais tão diversos. Isso reforça a necessidade de mecanismos de apoio técnico com devolutivas qualificadas e mediação contínua, de modo a adequar as recomendações contidas nos padrões utilizados pelo instrumento às diferentes realidades, para garantir validade e confiabilidade no uso de instrumentos de autoavaliação.

O impacto residual da pandemia, como exaustão das equipes, interrupção da rotina assistencial e fragilização de vínculos, contextualiza a baixa adesão e a dificuldade de completar o questionário. Esse elemento, amplamente relatado nos grupos, é coerente com os estudos que mostram efeitos prolongados da covid-19 nos serviços de APS, com impacto sobre indicadores e sobre a capacidade organizativa das equipes (Carvalho *et al.*, 2025; Castro *et al.*, 2019; Oliveira *et al.*, 2021).

[...] quase que 90% [dos que não aderiram] o desgaste emocional, eu tive muito próxima, como todos nós, dos nossos gestores, das nossas equipes [...] nesse processo doloroso da pandemia, né, e foi muito sofrido, gente, o esgotamento



foram [sic] de todos. Eu falo sempre: Atenção Primária ela virou quaternária, o município teve paciente com sonda enteral dentro de uma UBS! Pensa bem o significado disso na Atenção Primária, gente! [...] (Articulador S).

Os profissionais indicaram que o preenchimento do questionário ocorreu com frequência de forma individualizada, sem discussão coletiva ou envolvimento da equipe, o que limita o seu caráter reflexivo e participativo. Esse modo de aplicação, segundo eles, gera uma frustração, uma vez que os profissionais percebem o instrumento como um retrato fiel das fragilidades organizacionais e assistenciais, ou seja, um verdadeiro “espelho do que falta” nos serviços, sem que isso se traduza em mudanças institucionais concretas.

Embora o QualiAB seja descrito como capaz de promover reflexão crítica sobre o processo de trabalho, seus efeitos podem permanecer no plano individual, funcionando como um gatilho subjetivo para questionamentos pessoais e ajustes pontuais, mas muitas vezes não consegue induzir transformações coletivas nem reorganização sistemática do processo de trabalho.

A heterogeneidade observada reforça desigualdades historicamente documentadas na capacidade de gestão dos municípios brasileiros. Municípios com menor densidade técnica e maior rotatividade tendem a apresentar mais dificuldades em institucionalizar práticas avaliativas. A pandemia exacerbou essas desigualdades, conforme apontam estudos nacionais, pois houve queda na cobertura de APS, interrupção de ações programáticas e desgaste crônico das equipes (Lui *et al.*, 2021; Ouverney; Fleury, 2023).

3.3 Potencialidades e limitações do QualiAB como ferramenta de gestão

Os grupos reconhecem o QualiAB como uma ferramenta valiosa, sobretudo pela devolutiva imediata e pelos critérios explícitos presentes no Caderno de Boas Práticas.

[...] quando nós apresentamos o Caderno de Boas Práticas, foi uma festa porque é um referencial, é um parâmetro, é um lugar para eles poderem olhar para saber se é aquilo mesmo, então eu achei de uma riqueza o Caderno de Boas Práticas e as equipes também valorizaram muito [...] Eu usei uma palavrinha mágica que eu comecei a falar sobre o Caderno de Boas Práticas, e eu falava do padrão ouro que era o ideal, que eles tinham que pensar que para atingir o padrão ouro era necessário fazer tais e tais coisas [...] (Articulador S).

[...] o ganho do QualiAB tá muito no cotidiano mesmo da equipe, no momento que vai responder o questionário que aí percebe que a prática dele não tá condizente [...] (Articulador C).



Entretanto, apontam baixa apropriação dos resultados por parte das equipes e dificuldades dos gestores em utilizar os relatórios para planejamento. Foi reiterado que os gestores enfrentam dificuldades para usar instrumentos de gestão com a finalidade de fazer planejamento, assim como usar relatórios para melhorar a assistência prestada. Os participantes sugeriram que o QualiAB se torne mais integrado a processos formativos coletivos.

[...] depende do perfil do gestor, você vai usar ou não o instrumento, a gente tem gestores que podem usar, mas tem gestores que nunca vão olhar para isso, porque faz isso cola, copia, é o perfil dele, por outro lado, eu tenho o município que participou de todas as fases do QualiAB [...] Uma oficina com articuladoras para triangular processo de trabalho, regionalização e QualiAB seria muito produtiva (Articulador R).

Esses achados sugerem que o instrumento, embora tecnicamente robusto, depende de apoio institucional contínuo, formação e mediação para se transformar em prática avaliativa transformadora. Os participantes reconheceram sua contribuição para a reflexão sobre padrões de qualidade e reforçam o seu potencial como ferramenta de gestão e educação permanente. No entanto, emergiram limitações estruturais, como a dificuldade de interpretação do instrumento, a baixa apropriação dos relatórios emitidos pelo sistema e a ausência de espaços coletivos de análise dos resultados.

Eu acho que quando a gente fala da questão envolver acolhimento, né, uma escuta qualificada a gente também tem que pensar no preparo profissional, né? Então, ter uma atualização desse profissional para que ele consiga tá atualizado de acordo com a diretrizes [...] então a gente tem que pensar dos dois lados, tanto do assistencial quanto do profissional, para que haja essa preparação para oferecer um cuidado de qualidade (Profissional L).

Os achados corroboram a literatura com relação à avaliação participativa, segundo a qual o diagnóstico somente induz mudança de fato quando acompanhado de participação efetiva (Correa *et al.*, 2025; Furtado; Queiroz; Andres, 2021). A mediação técnica em ambientes institucionais de aprendizagem – sugestão de oficinas, formações continuadas e aproximação com articuladores regionais – evidencia a percepção de que o instrumento sozinho não é suficiente, ele precisa estar integrado a políticas de apoio institucional, ao fortalecimento das equipes e a rotinas regulares de monitoramento.

Os limites identificados refletem desafios mais amplos da institucionalização da avaliação no SUS, conforme discutido por Vilasbôas *et al.* (2024), que apontam fragilidade das capacidades avaliativas municipais e dependência de apoio técnico regional. A baixa apropriação dos relatórios evidencia que o QualiAB só produz mudança quando acionado dentro de arranjos institucionais de educação permanente, retroalimentação contínua e pactuação de metas, dimensões previstas na PNAB (Brasil,



2017) e na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2009a). Os participantes reforçam isso ao solicitar oficinas devolutivas presenciais e acompanhamento mais próximo, indicando que o QualiAB alcançará sua potência plena se articulado a práticas da educação permanente e gestão participativa.

3.4 Desafios na assistência a populações vulnerabilizadas

Nesta categoria, três temas específicos analisados nos grupos revelaram fragilidades estruturais e necessidade de qualificação permanente. As fragilidades persistentes na APS, como a não existência de acesso ao Consultório na Rua em todos os municípios e o desconhecimento desse serviço, evidenciam que as ações da APS ainda são insuficientes diante da complexidade dos casos. Os achados comprovam que o cuidado às vulnerabilidades é marcador sensível de qualidade da APS.

Outra questão abordada refere-se à dificuldade de profissionais de saúde em lidar com a violência. Estudos que analisam vulnerabilidades sociais e barreiras simbólicas nos serviços de saúde indicam que a qualidade não pode ser compreendida apenas por indicadores tradicionais, mas exige leitura ampliada das dinâmicas sociais e culturais (Lopes; Soares, 2023; Souza *et al.*, 2021). As fragilidades identificadas na atenção às populações vulnerabilizadas dialogam com lacunas reconhecidas nas políticas nacionais.

Os profissionais salientam que a atenção às populações em situação de maior vulnerabilidade é profundamente impactada por mudanças recentes na organização dos serviços, especialmente pela digitalização dos fluxos de acesso, pela sobrecarga assistencial e pela descontinuidade de ações coletivas. O agendamento por aplicativos e plataformas digitais foi identificado como uma barreira de acesso para alguns usuários, penalizando aqueles com menor escolaridade e restrições de acesso à internet ou dificuldades no uso de tecnologias, o que intensifica desigualdades já existentes.

Associada a isso está a elevada demanda assistencial e a pressão por atendimentos imediatos, que reduzem a capacidade das equipes de identificar necessidades específicas e de desenvolver estratégias diferenciadas de cuidado, fazendo com que os usuários mais vulneráveis sejam frequentemente atendidos de forma episódica e fragmentada.

Os profissionais também relataram a perda progressiva de grupos educativos, ações comunitárias e atividades coletivas, historicamente centrais na APS, em razão de falta de tempo, de recursos humanos e de respaldo institucional. Esse conjunto de fatores compromete a integralidade do cuidado e evidencia também que a sobrecarga



organizacional não afeta os usuários de maneira homogênea, incidindo com maior intensidade sobre aqueles que mais dependem de estratégias ativas, presenciais e coletivas de cuidado.

O Consultório na Rua foi identificado como referência central, para a população nessas condições. Contudo, equipes relatam falta de retaguarda da rede, dificuldades de articulação intersetorial e insuficiência de formação para o manejo de situações complexas como essa.

[...] a gente tem o trabalho já com as equipes de Atenção Primária, que também são voltadas para esses moradores de rua, nós temos alguns pontos mais graves, temos também as gestantes moradores [*sic*] de rua, [...] são usuárias de droga também, então a gente tá trabalhando muito forte nessa parte do morador de rua, nós não temos um programa ainda, estamos montando um ônibus itinerante que vai ter um consultório [...] (Gestor K).

No caso da população em situação de rua, a Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPSR) é um conjunto de ações governamentais para garantir direitos, acesso a serviços e inclusão social, abrangendo saúde, trabalho, educação e justiça. Implementada de forma descentralizada entre União, estados e municípios, busca uma abordagem integral e humanizada, com ações específicas como o Programa PopRuaJud, do CNJ, a Lei 14.821/2024 e a estratégia Consultório na Rua, do Ministério da Saúde. A PNPSR e a PNAB determinam que o Consultório na Rua é estratégia essencial de cuidado contínuo, mas sua implementação ainda é desigual no país (Brasil, 2024; 2009b; Conselho Nacional de Justiça, 2024).

Os grupos relataram que as notificações de situações de violência ainda são frágeis, especialmente na APS, seja por medo dos profissionais, insegurança sobre protocolos e dificuldades de articulação com a rede de proteção. Essas vulnerabilidades demonstram que o QualiAB ainda não captura integralmente esses desafios ligados a grupos historicamente marginalizados, reforçando a pertinência de sua revisão de conteúdo para ampliação desse escopo.

Um problema recorrente foi a necessidade de sensibilização dos profissionais para o uso correto do nome social para pessoas trans, mostrando a necessidade de sensibilização dos profissionais da APS.

[...] o município vem fazendo processos de educação permanente no intuito de sensibilizar os trabalhadores também na questão do uso do nome social como uma prioridade [...] (Gestor C).

Nós também temos um olhar para essa população, tanto na Atenção Primária quanto na especializada; no município a gente tem um ambulatório, o AME (Ambulatório de Especialidades Médicas); ele também atua na questão do processo transsexualizador. A gente tem uma equipe multidisciplinar que faz



todo o atendimento necessário lá, e a questão também do nome social; todas as questões a gente tenta trabalhar dentro da Atenção Primária com a promoção e a prevenção (Gestor V).

[Na cidade] o preconceito e a discriminação não é uma questão apenas do sistema de saúde, é uma questão cultural, você entende, relacional [...] (Usuário H).

Para a população LGBTQIAPN+, a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT reforça o direito ao uso do nome social, o que evidencia o descompasso entre diretrizes normativas e práticas cotidianas. A política também reforça a importância do enfrentamento à discriminação, mas os relatos revelam persistência de barreiras simbólicas consonantes com estudos nacionais, que mostram tensões culturais e formativas nos serviços de APS com relação a essa temática (Brasil, 2013; Nogueira; Aragão, 2019; Silva *et al.*, 2020).

No que se refere às situações de violência, os discursos de profissionais e usuários revelam limites importantes da APS na abordagem desse fenômeno. Embora a violência seja reconhecida como um problema recorrente nos territórios, a APS não é percebida, nem pelos usuários nem pelas equipes, como um espaço legitimado para o cuidado, a escuta e o acompanhamento desses casos. Usuários relatam que o atendimento à violência é deslocado para outros setores, como Segurança Pública ou Justiça, enquanto os profissionais expressam insegurança técnica e institucional para lidar com essas situações no cotidiano.

Esse deslocamento evidencia um descompasso entre as diretrizes normativas, que atribuem à APS papel central na identificação, notificação e coordenação do cuidado às pessoas em situação de violência (Brasil, 2011) e as condições reais de implementação, marcadas por ausência de protocolos operacionais, fragilidades da articulação intersetorial e o medo de exposição profissional. Assim, a violência emerge nos grupos focais como evento não apenas clínico ou somente social, mas como fenômeno complexo com implicações ligadas à forma como os serviços a reconhecem e como interagem com a rede de cuidados. Em outras palavras, a violência tenciona os limites da APS e torna explícita a necessidade de fortalecimento institucional e de proteção aos trabalhadores.

A linha de cuidado para a atenção integral às pessoas em situação de violência prevê a articulação intersetorial, mas os grupos revelam insegurança e ausência de retaguarda, indicando falhas na implementação local. A dificuldade de notificar e manejar situações de violência confirma achados de pesquisas sobre a linha de cuidado, indicando que as equipes ainda se sentem desprotegidas e desamparadas tanto técnica quanto



institucionalmente (Brasil, 2010; Menezes *et al.*, 2014). Essas fragilidades mostram que a avaliação da APS precisa dialogar com indicadores que capturem desigualdades sociais e barreiras de acesso.

3.5 Papel singular do articulador da APS na análise dos resultados

Os articuladores se destacam como categoria que produz a análise mais sistêmica, conectando diferenças regionais, necessidades formativas e fragilidades da governança estadual e municipal. Seu discurso aponta para a importância de integrar avaliação, apoio institucional e regionalização, assim como destaca seu papel de mediação técnica entre equipes e gestores. Essas características os posicionam como atores fundamentais para a institucionalização da avaliação, ao fomentar a indução da participação, como no caso do QualiAB, que sempre conta com a colaboração desses profissionais para a expansão da adesão a esse instrumento.

[...] acho que seria muito produtivo esse encontro do QualiAB, com o processo de trabalho do articulador e com o processo de regionalização; fica aí a minha sugestão [...] (Articulador R).

dentro da questão da aceitabilidade, dos gestores, dos coordenadores e das equipes, é muito positiva e teve um envolvimento muito melhor dessa vez, eu percebi um movimento dentro dos municípios fazendo reuniões. conversando sobre a ferramenta, os coordenadores de Atenção Básica sentando junto com as equipes [...] (Articulador S).

A inclusão dos articuladores nos grupos focais emerge como uma das contribuições metodológicas mais relevantes deste estudo, pois possibilita leituras sistêmicas capazes de integrar diferenças regionais, avaliar heterogeneidades municipais e captar fragilidades que não são visíveis para atores locais. Suas falas mostram que eles reconhecem o QualiAB como uma ferramenta estratégica, identificam gargalos de adesão, propõem a articulação entre regionalização e avaliação e sugerem aprimoramentos técnicos, como alertas automáticos, formações e encontros intermunicipais.

O estudo destaca também o papel dos articuladores como mediadores, com visão ampliada dos territórios, capacidade analítica, compreensão das desigualdades regionais, leitura crítica da adesão e da aplicação do QualiAB, trazendo propostas concretas para a integração entre a regionalização, o apoio institucional e a avaliação.

Alguns autores caracterizam os articuladores como burocratas de nível intermediário (Lotta, 2019) e de governança multinível (Viana *et al.*, 2018), uma vez que ocupam função estratégica na sustentação da avaliação e no fortalecimento das



capacidades estaduais e municipais, ao traduzir políticas, apoiar gestores, formar equipes e mobilizar redes – elementos fundamentais para que instrumentos avaliativos se convertam em ação. Ao incluir esses atores no processo analítico, o estudo ofereceu uma contribuição original, revelando dimensões da avaliação que permanecem invisíveis quando uma análise está focada na visão e na percepção de equipes e gestores.

Segundo Lotta (2019), burocratas de nível médio operam entre a formulação e a execução, mediam orientações técnicas, acompanham municípios, traduzem políticas, exercem autoridade técnica e influenciam a implementação sem executar diretamente o serviço. No estudo de Andrade e Castanheira (2011), os autores não usam o termo “burocrata de nível médio”, mas descrevem características e funções que correspondem exatamente ao conceito desenvolvido posteriormente por Lotta.

Esses achados dialogam diretamente com a literatura sobre apoio institucional, regionalização e profissionais técnicos de apoio estaduais e regionais que têm papel de tradutores organizacionais entre política e prática. O estudo, ao incluir essa categoria, revela uma lacuna da literatura e oferece contribuição original ao campo da avaliação da APS (Doricci; Guanaes-Lorenzi; Pereira, 2017).

Uma síntese das fragilidades e potencialidades identificadas nos grupos é apresentada no Quadro 2.

Quadro 2: Fragilidades e potencialidades identificadas

Fragilidades	Potencialidades
Baixa apropriação dos relatórios	Devolutiva imediata do sistema para os participantes
Dificuldade de interpretação	Clareza e divulgação dos padrões e critérios
Abandono do preenchimento	Possibilidade de preenchimento por etapas
Precarização do trabalho	Espaço para formação e apoio institucional

Fonte: Elaborado pelos autores.

O estudo contribui para ampliar a compreensão sobre como instrumentos de autoavaliação são vivenciados nos serviços e destaca que sua efetividade depende de condições organizacionais, de processos formativos contínuos e de mecanismos de governança capazes de sustentar práticas avaliativas regulares. O QualiAB apresenta-se, como ferramenta relevante, mas cuja potência depende de sua integração em estratégias mais amplas de gestão da qualidade.

A apropriação do QualiAB requer que gestores e equipes incorporem rotinas de discussão dos relatórios, utilizando-os para uma revisão crítica da organização do trabalho, de modo a reorientar fluxos, aprimorar protocolos e redefinir prioridades assistenciais. Sem esses espaços institucionais, o instrumento mantém caráter diagnóstico, sem cumprir a principal função da avaliação – avaliar para mudar, a partir



de uma reflexão crítica e de planejamento das ações. Assim, há o risco de o instrumento perder a capacidade indutora de mudança.

A dificuldade de interpretação do instrumento e de uso dos relatórios evidencia a necessidade de formações contínuas que articulem avaliação, cuidado e gestão. Oficinas regionais, encontros intermunicipais e análises devolutivas qualificadas podem potencializar o uso pedagógico do QualiAB. Os participantes sugerem que haja a incorporação no sistema *online* de alertas automáticos, a manutenção do preenchimento por etapas (que já está presente no instrumento) e melhorias de navegabilidade, indicando que o aperfeiçoamento da plataforma pode reduzir o abandono de questionários e aumentar a qualidade das respostas.

As fragilidades identificadas na atenção à população em situação de rua, à população LGBTQIAPN+ e às situações de violência indicam a necessidade de que avaliações organizacionais considerem indicadores relacionados a grupos vulnerabilizados, ampliando a capacidade de um instrumento captar desigualdades e orientar práticas mais inclusivas.

Para que o QualiAB seja efetivamente um instrumento de gestão, seus resultados precisam integrar ciclos anuais de planejamento, monitoramento e avaliação com metas pactuadas, devolutivas periódicas e acompanhamento das ações implementadas.

4 Conclusão

O estudo evidenciou que a qualificação da APS depende centralmente da organização do processo de trabalho das equipes, um elemento reconhecido por profissionais, gestores, articuladores e usuários como estruturante da qualidade do cuidado. A percepção dos usuários converge, em diversos aspectos, para os discursos de profissionais e gestores, especialmente no que se refere à descontinuidade do cuidado, às barreiras de acesso e às dificuldades no atendimento de grupos com necessidades específicas. Os achados revelam que o QualiAB, embora amplamente valorizado por seu potencial pedagógico e por sua capacidade de gerar devolutivas imediatas, ainda enfrenta limites importantes relacionados à heterogeneidade das condições municipais, à precarização dos vínculos profissionais, à baixa apropriação dos resultados e à fragilidade de sua utilização como parte das estratégias de educação permanente.

A inclusão inédita dos articuladores da APS no estudo para avaliação do instrumento e a reflexão das práticas de avaliação permitiu identificar dimensões



sistêmicas da avaliação que não emergem quando apenas profissionais, gestores e usuários são objetos de estudo. Os articuladores se mostraram atores-chave na mediação entre diretrizes estaduais e capacidades municipais, oferecendo leitura ampliada sobre a adesão, as dificuldades operacionais e as possibilidades de aprimoramento do instrumento. Essa perspectiva reforça a necessidade de fortalecer o apoio institucional como parte integrante das políticas de avaliação da APS. Investir na formação, ampliação e institucionalização do articulador como apoiador da organização dos processos de trabalho nas UBS pode aumentar significativamente a efetividade do QualiAB como ferramenta de gestão.

As recomendações derivadas dos achados do estudo foram organizadas por eixos temáticos. No eixo de qualificação do processo de trabalho, destaca-se a necessidade de fortalecer protocolos assistenciais, investir em educação permanente e reduzir a rotatividade dos profissionais. Em relação ao aprimoramento do QualiAB, recomenda-se a criação de alertas automáticos no sistema, a ampliação de oficinas de formação e a integração dos articuladores no processo de análise dos dados. No âmbito da gestão regional, sugere-se estimular encontros intermunicipais e aprofundar as estratégias de apoio institucional. Por fim, no eixo de assistência a populações vulneráveis, enfatiza-se a importância da formação em cuidado à população LGBTQIAPN+, do manejo adequado das situações de violência e do fortalecimento das ações intersetoriais.

O estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos achados. Em primeiro lugar, trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada no contexto específico do estado de São Paulo, o que embora permita aprofundamento contextual, limita a generalização dos resultados para outras realidades estaduais ou municipais com arranjos distintos de governança, apoio institucional e maturidade das práticas de avaliação.

A composição dos grupos focais, ainda que deliberadamente diversa, também pode ter influenciado a dinâmica das discussões, já que, em algumas regiões, a presença de gestores e articuladores com maior experiência institucional pode ter conduzido debates ou inibido fala de profissionais com menor tempo de atuação. Ademais, a participação de usuários ocorreu de forma mais restrita, restringindo a profundidade da análise sob a perspectiva comunitária.

Outra limitação diz respeito ao fato de que os dados se referem a percepções retrospectivas sobre a aplicação do QualiAB. Isso pode ter introduzido o viés de memória



ou interpretações influenciadas por mudanças recentes na organização dos serviços, no cenário pós-pandemia ou na composição das equipes.

No campo metodológico, a análise depende das transcrições fornecidas e dos registros disponíveis, que podem não capturar integralmente nuances não verbais, entonações ou tensões implícitas observáveis apenas na interação presencial. Além disso, embora a análise tenha seguido padrões rigorosos de pesquisa qualitativa, os achados representam interpretações situadas próprias do caráter construtivista da abordagem, pois quando analisamos falas de grupos focais, estamos produzindo interpretações sobre sentidos, experiências e discursos, baseadas na interação social e no contexto da coleta e mediadas pelas decisões analíticas dos pesquisadores (como organizar temas, categorias, sentidos).

Por fim, deve-se destacar que o estudo focalizou a aplicação do QualiAB a partir da perspectiva dos atores envolvidos, sem articular diretamente esses achados a indicadores quantitativos do instrumento ou a resultados assistenciais e de desempenho. Estudos futuros que integrem métodos mistos poderão ampliar a compreensão sobre como percepções qualitativas se relacionam com padrões concretos de qualidade e organização do trabalho.

Referências

ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. Evaluation in health: participatory methodology and involvement of municipal managers. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, p. 1-10, 2016. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006251>

AMARAL, V. S.; OLIVEIRA, D. M.; AZEVEDO, C. V. M.; MAFRA, R. L. M. Os nós críticos do processo de trabalho na atenção primária à saúde: uma pesquisa-ação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, e310106, p. 1-20, 2021. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310106>

ANDRADE, M. C.; CASTANHEIRA, E. R. L. Cooperação e apoio técnico entre estado e municípios: a experiência do programa articuladores da atenção básica em São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 980-990, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400015>

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2011. 280 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde, 2009a. 64 p. Disponível em: www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/educacao-e-pesquisa/qualificacao-profissional-em-vigilancia-sanitaria/politica-nacional-de-educacao-permanente-em-saude.pdf



BRASIL. **Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 246, p. 16, 24 dez. 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, 2010. 104 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf

BRASIL. Presidência da República. **Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres**. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011. 46 p. (Coleção Enfrentamento à violência contra as mulheres). Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/menu/entenda-a-violencia/files/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do sistema único de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 190, p. 360-568, 3 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejamento e organização do processo de trabalho**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2023. 103 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejamento_organizacao_processo_trabalho.pdf

BRASIL. **Lei nº 14.821, de 16 de janeiro de 2024**. Institui a Política Nacional de Trabalho Digno e Cidadania para a População em Situação de Rua (PNTC PopRua). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 12, p. 5, 17 jan. 2024.

CARVALHO, R. S.; MISHIMA, S. M.; REZENDE, K. T. A.; KAWATA, L. S.; PERES, C. R. F. B.; SANHUEZA-ALVARADO, O.; CHIRELLI, M. Q. Modelo de atenção na estratégia saúde da família: o cuidado antes e após pandemia por covid -19. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, e00672025, p. 1-10, 2025. <https://doi.org/10.1590/1413-81232025305.00672025>

CASTANHEIRA, E. R. L. (org). **Caderno de boas práticas para organização dos serviços de atenção básica**: critérios e padrões de avaliação utilizados pelo Sistema QualiAB. 1. ed. Botucatu: UNESP-FM, 2016. 183 p.

CASTANHEIRA, E. R. L.; NEMES, M. I. B.; ALMEIDA, M. A. S.; PUTTINI, R. F.; SOARES, I. D.; PATRÍCIO, K. P.; NASSER, M. A.; MACHADO, D. F.; CALDAS JUNIOR, A. L.; VASCONCELOS, R. A.; PISSATO, S. B.; CARRAPATO, J. F. L.; BIZELLI, S. S. K. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 935-947, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400011>

CASTANHEIRA, E. R. L.; NEMES, M. I. B.; ZARILI, T. F. T., SANINE, P. R. CORRENTE, J. E. Avaliação de serviços de atenção básica em municípios de pequeno e médio porte no



estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 679-691, 2014. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140063>

CASTANHEIRA, E. R. L. (coord.). **Panorama gráfico da organização de Unidades Básicas de Saúde**: Estado de São Paulo: QualiAB 2022. Botucatu: FMB/UNESP, 2025. 70 p.

CASTRO, M. C.; MASSUDA, A.; ALMEIDA, G.; MENEZES-FILHO, N. A.; ANDRADE, M. V.; NORONHA, K. V. M. S.; ROCHA, R.; MACINKO, J.; HONE, T.; TASCA, R.; GIOVANELLA, L.; MALIK, A. M.; WERNECK, H.; FACHINI, L. A.; ATUN, R. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **Lancet**, London, v. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanour/article/PIIS0140-6736\(19\)31243-7](https://www.thelancet.com/journals/lanour/article/PIIS0140-6736(19)31243-7)

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA – CNJ. **Resolução nº 605, de 13 de dezembro de 2024**. Altera a Resolução CNJ n. 425/2021, que instituiu a Política Nacional Judicial de Atenção a Pessoas em Situação de Rua e suas interseccionalidades, torna obrigatória a criação de Comitês Locais PopRuaJud e a realização de mutirões de cidadania e acesso à Justiça e institui o Índice PopRuaJud e o Prêmio Nacional PopRuaJud. Brasília, DF: CNJ, 2024. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original1126512024121767615ffbb28e4.pdf>

CORREA, J. P. C.; TELLES, R. C. S.; GUIMARÃES, M. H. D.; GOMES, D. M.; FONSECA, I. C. M.; FERREIRA, W. L. S.; MUNIZ, T. S.; GOMES, C. A.; CAMPOS JÚNIOR, E. S.; GUIMARÃES, A. L. A. Indicadores de qualidade no sistema único de saúde: abordagens para avaliação da eficiência e eficácia dos serviços prestados. **Interference: A Journal of Audio Culture**, Macapá, v. 11, n. 2, p. 2130-2140, 2025. <https://doi.org/10.36557/2009-3578.2025v11n2p2130-2140>

DORICCI, G. C.; GUANAES-LORENZI, C.; PEREIRA, M. J. B. O programa articuladores da atenção básica: uma proposta inovadora para qualificação da atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 2073-2082, 2017. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.17412016>

ENDALAMAW, A.; KHATRI, R. B.; ERKU, D.; NIGATU, F.; ZEWDIE, A.; WOLKA, E.; ASSEFA, Y. Successes and challenges towards improving quality of primary health care services: a scoping review. **BMC Health Services Research**, London, v. 23, p. 893, 2023. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09917-3>

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da atenção primária à saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 208-223, 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>

FERREIRA NETO, J.; FAM, B. M.; SILVA, K. L. Práticas de avaliação na gestão da atenção básica à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. e320112, p. 1-20, 2022. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320112>

FURTADO, J. H. L.; QUEIROZ, C. R.; ANDRES, S. R. (org.). **Atenção primária à saúde no Brasil**: desafios e possibilidades no cenário contemporâneo. 1. ed. Campina Grande: Amplla, 2021. 356 p. *E-book*.

FURTADO, J. P.; SERAPIONI, M.; PEREIRA, M. F.; TESSER, C. D. Participação e avaliação participativa em saúde: reflexões a partir de um caso. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, e210283, p. 1-15, 2021. <https://doi.org/10.1590/interface.210283>



JANUÁRIO, T. G. F. M.; VARELA, L. D.; OLIVEIRA, K. N. S.; FAUSTINO, R. S.; PINTO, A. G. A. Escuta e valorização dos usuários: concepções e práticas na gestão do cuidado na estratégia saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 2283-2290, 2023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023288.05952023>

LIMA, D. F.; SAMPAIO, A. A. Grupos focais como ferramenta de pesquisa qualitativa na fisioterapia: implicações e expectativas. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 11, n. 27, p. 361-374, 2023. <https://doi.org/10.33361/RPQ.2023.v.11.n.27.577>

LOPES, M. O.; SOARES, T. C. M. Perfil de vulnerabilidade diante das desigualdades sociais e seu impacto na saúde: uma revisão sistemática. **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda, v. 18, n. 53, p. 1-10, 2023. <https://doi.org/10.47385/cadunifoa.v18.n53.4382>

LOTTA, G. (org). **Teoria e análises sobre implementação de políticas públicas no Brasil**. 1. ed. Brasília, DF: Enap, 2019. 323 p.

LUI, L.; ALBERT, C. E.; SANTOS, R. M.; VIEIRA, L. C. Disparidades e heterogeneidades das medidas adotadas pelos municípios brasileiros no enfrentamento à pandemia de covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 19, p. e00319151, p. 1-13, 2021. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00319>

MENEZES, P. R. M.; LIMA, I. S.; CORREIA, C. M.; SOUZA, S. S.; ERDMANN, A. L.; GOMES, N. P. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 778-786, 2014. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300004>

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

NICKEL, D. A.; NATAL, S.; HARTZ, Z. M. A.; CALVO, M. C. M. O uso de uma avaliação por gestores da atenção primária em saúde: um estudo de caso no sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 12, p. 2619-2630, 2014. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00022314>

NOGUEIRA, F. J. S.; ARAGÃO, T. A. P. Política Nacional de Saúde Integral LGBT: o que ocorre na prática sob o prisma de usuários (as) e profissionais de saúde. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 12, n. 3, p. 463-470, 2019. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n3p463-470>

NUNES, L. O.; CASTANHEIRA, E. R. L.; ZARILI, T. F. T.; COUTO, C. E. Comparabilidade dos resultados de avaliações presencial e *on-line* de serviços paulistas de atenção básica. **Revista Avaliação de Políticas Públicas – Aval**, Fortaleza, v. 9, n. 23, p. 219-245, 2023. <https://doi.org/10.36517/aval.923.91705>

O'BRIEN, B. C.; HARRIS, I. B.; BECKMAN, T. J.; REED, D. A.; COOK, D. A. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. **Academic Medicine**, Stanford, v. 89, n. 9, p. 1245-1251, 2014. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>

OLIVEIRA, B. V. S.; ALENCAR NETA, R. L.; NASCIMENTO, I. M. G.; OLIVEIRA, G. S.; MEDEIROS, R. L. S. F. M.; FEITOSA, A. N. A. Impacto da pandemia do covid-19 sob o cuidado na atenção primária à saúde: percepção de enfermeiros. **Saúde Coletiva**, Osasco, v. 11, p. 7057-7064, 2021. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11iCOVIDp7057-7072>

OUVERNEY, A. M.; FLEURY, S. (org.). **Novo federalismo no Brasil: tensões e inovações em tempos de pandemia de covid-19**. 1. ed. Brasília, DF: CONASS, 2023. 521 p. *E-book*.



PEREIRA, C. M.; FEUERWERKER, L. C. M. Apoio em saúde: forças em relação. **Revista Psicologia Política**, São Paulo, v. 18, n. 42, p. 379-398, 2018. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v18n42/v18n42a13.pdf>

SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PESQUISA E ESTUDOS QUALITATIVOS – SIPEQ, 7., 2025, Foz do Iguaçu. **Anais [...]**. Foz do Iguaçu: Sociedade de Estudos e Pesquisa Qualitativa, 2025. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/vii-seminario-internacional-sipeq/>

SILVA, A. C. A.; ALCÂNTARA, A. M.; OLIVEIRA, D. C.; SIGNORELLI, M. C. Implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) no Paraná, Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 24, e190568, p. 1-15, 2020. <https://doi.org/10.1590/Interface.190568>

SILVA, R. M.; JORGE, M. S. B.; SILVA JÚNIOR, A. G. (org.). **Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde**. 1. ed. Fortaleza: EdUECE, 2015. 548 p. *E-book*.

SOUZA, K. O. C.; FRACOLLI, L. A.; RIBEIRO, C. J. N.; MENEZES, A. F.; SILVA, G. M.; SANTOS, A. D. Quality of basic health care and social vulnerability: a spatial analysis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 55, e20200407, p. 1-9, 2021. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0407>

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Quarterly**, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, Dublin, v. 19, n. 6, p. 349-57, 2007. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

VIANA, A. L. A.; BOUSQUAT, A.; MELO, G. A.; NEGRI FILHO, A.; MEDINA, M. G. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>

VILASBÔAS, A. L. Q.; NEDEL, F. B.; AQUINO, R.; BATISTA, S. R. R.; ALMEIDA, A. P. S. C.; CURY, G. C.; MENDONÇA, M. H. M.; SARTI, T. D.; FACCHINI, L. A.; GIOVANELLA, L. Institucionalização da avaliação e monitoramento da atenção primária à saúde no SUS: contribuições para uma agenda estratégica de pesquisa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 48, n. esp. 2, p. e9249, 2024. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/9249>

ZARILI, T. F. T.; CASTANHEIRA, E. R. L.; NUNES, L. O.; SANINE, P. R.; CARRAPATO, J. F. L.; MACHADO, D. F.; RAMOS, N. P.; MENDONÇA, C. S.; NASSER, M. A.; ANDRADE, M. C.; NEMES, M. I. B. Técnica Delphi no processo de validação do questionário de avaliação da atenção básica (QualiAB) para aplicação nacional. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. e190505, p. 1-14, 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021190505>

Recebido em: 15 de dezembro de 2025.

Aceito em: 11 de maio de 2026.