UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
DOUTORADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LUZIA MARIA DA GUIA MALTA PRATA

AVALIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO MUNICÍPIO DE MACEIÓ: UM OLHAR PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

João Pessoa
2026

LUZIA MARIA DA GUIA MALTA PRATA

AVALIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO MUNICÍPIO DE MACEIÓ: UM OLHAR PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PPGSF), da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, como requisito para obtenção do Grau de Doutora em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Gabriella Barreto Soares.

Coorientador: Prof. Dr. Sérgio Seiji Aragaki.

Área de concentração: Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde da Família.

João Pessoa

2026

LUZIA MARIA DA GUIA MALTA PRATA

AVALIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO MUNICÍPIO DE MACEIÓ: UM OLHAR PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Doutorado apresentado à banca de defesa do Doutorado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutora em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
gov.br GABRIELLA BARRETO SOARES
Data: 05/05/2026 21:51:14-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Profª Dra. Gabriella Barreto Soares – Orientadora
(UFPB)

Documento assinado digitalmente
gov.br SERGIO SEIJI ARAGAKI
Data: 05/05/2026 21:07:03-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Profº Dr. Sérgio Seiji Aragaki - Coorientador
(UFAL)

Profº Dr. Franklin Delano Soares Forte - Membro 1
(UFPB)

Profª Dra. Bruna Teixeira Ávila - Membro 2
(UFPB)

Profª Dra. Cristina de Azevedo Camelo – Membro 3
(UFAL)

Profª Dra. Josineide Francisco Sampaio – Membro 4
(UFAL)

Suplentes:

_____

Profª. Dra. Altamira Pereira da Silva Reichert – Membro 1
(UFPB)

_____

Profª Dra. Divanise Suruagy Correia – Membro 2
(UFAL)

Aprovada em: ____/_____/_____.

João Pessoa, 2026.

Catalogação na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

P912a Prata, Luzia Maria da Guia Malta.
Avaliação da Política Nacional de Humanização no município de Maceió : um olhar para Atenção Primária em Saúde / Luzia Maria da Guia Malta Prata. - João Pessoa, 2026.
159 f. : il.

Orientação: Gabriella Barreto Soares.
Coorientação: Sérgio Seiji Aragaki.
Tese (Doutorado) - UFPB/CCS.

1. Saúde pública. 2. Política pública de saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Saúde da família - estratégia. I. Soares, Gabriella Barreto. II. Aragaki, Sérgio Seiji. III. Título.

UFPB/BC CDU 614(043)

Elaborado por RUSTON SAMMEVILLE ALEXANDRE MARQUES DA SILVA - CRB-15/0386

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha mãe, Acácia Araújo Lins (in memoriam), aquela que sempre acreditou no potencial dos filhos e que nunca mediu esforços para facilitar nosso acesso à educação, pois sabia que ela é libertadora.

Te amo, mãe. Obrigada por tudo!

AGRADECIMENTOS

Meu primeiro agradecimento é a Deus, pela oportunidade concedida e o privilégio de fornecer todas as ferramentas para que pudesse realizar esse sonho.

Em segundo lugar à minha amada mãe Acácia Lins (*in memoriam*) por ter sido sempre exemplo de força, perseverança e incentivo incondicional aos estudos.

À minha família, esposo e filhos, pela compreensão e apoio em todas as horas, não foi fácil ausentar-me tantas vezes, privar-nos de momentos que jamais voltarão, por um propósito que não cabia só a mim, mas à família como um todo.

As amigas que o mestrado me deu, representadas aqui por Tatyana, Ana Neri e Elisangela, carinhosamente chamadas de “amigas dôtoras”, cheguei lá!

Aos docentes da UFAL que tanto me apoiaram, incentivaram-me a me aventurar nesta jornada, especialmente às queridas Cristina Camelo e Josineide Sampaio, grandes amigas.

À minha querida Orientadora Gabriella Barreto por todo apoio, parceria, incentivo e presença em todos os momentos da jornada acadêmica, enxergando-me como um ser social atravessado de cotidiano, atuando sempre com muita sabedoria, humanização, e competência de fazer o que faz com maestria, que sorte a minha!!

Ao meu Coorientador Sérgio Aragaki, que mais que um grande mestre é também um grande amigo e parceiro no ideal susista e da humanização enquanto política pública.

Ao corpo docente, à coordenação do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da UFPB e demais servidores do programa, vocês fizeram a diferença em nossa caminhada acadêmica, aqui representados pelos queridos Franklin Delano, Talitha Pessoa, Altamira Reichert e Cinthia.

Aos mestres da UFRN pela dedicação, acolhimento e partilhas representados aqui por Karla Amorim, Thiago, Grácia e Dixis.

À Fundação de Amparo à Pesquisa da Paraíba – FAPESQ, pelo apoio financeiro por meio da bolsa de estudos que tanto nos auxiliou no desenvolvimento da pesquisa, sem a qual a jornada seria muito mais difícil.

À minha turma maravilhosa da nucleadora 2 composta por oito seres diferenciados e competentíssimos, que privilégio desfrutar dessa jornada com vocês, Cristiane, Layanne, Renata, Renan, Eduardo e Ricardo, levo vocês para vida. A turma

da nucleadora 01, agradeço os momentos vividos e as partilhas calorosas, desejo sucesso a cada um de nós.

Essa conquista teve muitos apoios e por isso requer muitos reconhecimentos a todos que direta e indiretamente contribuíram para realização deste sonho, hoje eu sou só gratidão.

RESUMO

Introdução: A PNH, mais do que uma política formalmente instituída, configura-se como uma prática que se materializa no âmbito do trabalho em saúde, sendo permanentemente atravessada por disputas, tensões e diferentes projetos de gestão e cuidado. Na APS, sua efetivação implica a reorganização do trabalho e das práticas de cuidado, visando a um sistema mais ético, inclusivo e centrado nas necessidades dos usuários. **Pergunta da pesquisa:** Como se deu a implementação da PNH na APS de Maceió e quais desafios estruturais e político-institucionais que impactaram sua efetivação e sustentabilidade? **Objetivos:** Avaliar a implementação da PNH na APS de Maceió (2003–2023), analisando sua trajetória histórica, seu processo de institucionalização e as percepções da gestão municipal da PNH e dos trabalhadores da APS acerca de sua efetivação. **Metodologia**: Estudo de caso avaliativo, exploratório, de abordagem qualitativa, realizado em duas etapas. Inicialmente, realizou-se análise documental de instrumentos de gestão e registros institucionais da política (2009–2025). Em seguida, foram realizadas 13 entrevistas semiestruturadas com gestores da PNH e trabalhadores da APS de Maceió, entre junho e dezembro de 2024, definidas por saturação teórica. A análise articulou a avaliação normativa de Donabedian à abordagem hermenêutico-dialética de Minayo, integrando a dimensão normativa às experiências dos sujeitos. **Resultados**: Os resultados indicam que a implementação da PNH em Maceió foi marcada por avanços e fragilidades. Destacam-se a formação de apoiadores, a criação de espaços de cogestão e o engajamento dos trabalhadores da APS, favorecendo a reorganização do trabalho e a ampliação do acesso. Contudo, a implementação permanece parcial e desigual, com fragilidades estruturais e organizacionais, como vínculos precarizados, limitações na ambiência, ausência de espaços institucionais de escuta e baixa efetividade da gestão participativa. A insuficiência de apoio político-institucional, a descontinuidade das ações e os conflitos interfederativos comprometem a sustentabilidade da política no âmbito municipal. **Considerações finais:** O estudo revela que PNH em Maceió avançou na dimensão processo, com a formação de apoiadores, ampliação da cogestão e incorporação de práticas humanizadoras na APS. Na dimensão estrutura, persistem fragilidades como vínculos precarizados, rotatividade gestora e limitado apoio político-institucional. Nos resultados, há melhorias na qualificação do cuidado e no protagonismo dos trabalhadores, ainda condicionadas à instabilidade da gestão. A

consolidação da política exige fortalecimento estrutural e continuidade institucional. **Aplicabilidade na Saúde da Família:** O estudo subsidia o planejamento e a avaliação da PNH no SUS, fortalecendo a gestão do trabalho e a educação permanente. Com base no modelo estrutura–processo–resultado, oferece uma metodologia replicável e evidencia que a consolidação da humanização na APS depende do alinhamento entre estrutura, gestão e qualidade do cuidado.

Palavras-chaves: Sistema Único de Saúde; política pública de saúde; humanização da assistência; atenção primária à saúde; estratégia de saúde da família.

ABSTRACT

Introduction: The PNH, more than a formally established policy, is configured as a practice that materializes within the scope of the micropolitics of health work, being permanently crossed by disputes, tensions, and different management and care projects. In primary health care, its implementation implies the reorganization of work and care practices, aiming for a more ethical, inclusive system centered on the needs of users**. Research question: How** was the implementation of the PNH carried out in the PHC of Maceió and what structural and political-institutional challenges impacted its effectiveness and sustainability? **Objectives:** Evaluate the implementation of the PNH in primary health care in Maceió (2003–2023), analyzing its historical trajectory, its process of institutionalization, and the perceptions of the municipal management of the PNH and primary health care workers regarding its effectiveness. **Methodology:** Evaluative, exploratory case study with a qualitative approach, carried out in two stages. Initially, a documentary analysis of management instruments and institutional records of the policy (2009–2025) was conducted. Subsequently, 13 semi-structured interviews were carried out with PNH managers and APS workers in Maceió, between June and December 2024, defined by theoretical saturation. The analysis combined Donabedian's normative evaluation with Minayo's hermeneutic-dialectical approach, integrating the normative dimension with the experiences of the subjects. **Results:** The results indicate that the implementation of the PNH in Maceió (2003–2023) was marked by advances and weaknesses. The training of supporters, the creation of spaces for co-management and the engagement of PHC workers stand out, favoring the reorganization of work and the expansion of access. However, implementation remains partial and uneven, with structural and organizational weaknesses, such as precarious bonds, limitations in the environment, absence of institutional spaces for listening, and low effectiveness of participatory management. The insufficiency of political-institutional support, the discontinuity of actions and interfederative conflicts compromise the sustainability of the policy at the municipal level. **Final considerations:** The study reveals that PNH in Maceió has advanced in the process dimension, with the training of supporters, expansion of co-management, and incorporation of humanizing practices in primary health care. Weaknesses persist in the structure dimension, such as precarious employment ties, managerial turnover, and

limited political-institutional support. In terms of results, there are improvements in care quality and in the protagonism of workers, still conditioned by management instability. The consolidation of the policy requires structural strengthening and institutional continuity. **Applicability in Family Health:** The study supports the planning and evaluation of the PNH in the SUS, strengthening the management of work and permanent education. Based on the structure–process–outcome model, it offers a replicable methodology and shows that the consolidation of humanization in PHC depends on the alignment between structure, management, and quality of care.

Keywords: Unified Health System; public health policy; humanization of care; primary health care; family health strategy**.**

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa com identificação do município participante da pesquisa, Alagoas, 2020 40
Figura 2 - Linha do tempo da implantação da PNH no município de Maceió: 2003-2023 53
Figura 3 - Cronologia dos partidos políticos que tiveram mandatos na Prefeitura de Maceió: 2005-2025..... 66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Características sociodemográficas do município envolvido no estudo, Alagoas, 2023..... 41
Quadro 2 - Documentos analisados para trajetória histórica na PNH em Maceió, 2024 51
Quadro 3 - Categorias de análise sobre o processo histórico da implantação da PNH no município de Maceió..... 59
Quadro 4 - Documentos analisados na primeira etapa da pesquisa. Maceió, AL, Brasil, 2025 73
Quadro 5 - Matriz de Avaliação da Gestão do SUS na PNH de Maceió- AL, Brasil, 2025 78
Quadro 6 - Matriz de avaliação do Cuidado integral ao usuário do SUS, Maceió, AL, Brasil, 2025 83
Quadro 7 - Matriz de avaliação da Valorização do trabalho e do trabalhador da saúde, Maceió, AL, Brasil, 2025 87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AL	Alagoas
ADAPS	Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CDRH	Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CES	Conselho Estadual de Saúde
CGPNH	Coordenação Geral da Política Nacional de Humanização
CGTES	Conferência de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
COSEMS	Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde
CTH	CTH - Câmara Técnica de Humanização
ECR	ECR - Equipes de consultório de rua
EMGESP	Escola de Governo da Prefeitura de Maceió
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSB	Equipes de Saúde Bucal
FAMED	Faculdade de Medicina
GDES	Gerência de Desenvolvimento e Educação em Saúde
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização
HEDH	Hospital de Emergência Dr. Daniel Houly
HUPAA	Hospital Universitário Prof. Dr. Alberto Antunes de Alagoas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDHN	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
LACEN	Laboratório Central do Estado de Alagoas
MPES	Mestrado Profissional de Ensino na Saúde
MS	Ministério da Saúde
OS	Organizações Sociais

OSC	Organização da Sociedade Civil
PEHS	Plano estadual de Humanização da Saúde
PEHSA	Plano Estadual de Humanização da Saúde de Alagoas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENASF	Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SESAU	Secretaria Executiva de Saúde
SHS	Setor de Humanização da Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUPVP	Superintendência de Valorização de Pessoas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UNCISAL	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **18**
1 INTRODUÇÃO **21**
2 JUSTIFICATIVA **25**
3 OBJETIVOS **27**
3.1 Objetivo geral 27
3.2 Objetivos específicos 27
4 REFERENCIAL TEÓRICO **28**
4.1 Processo histórico da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS 28
4.2 A experiência do estado de Alagoas com a Política Nacional de Humanização 31
4.3 Avaliação da Política Nacional de Humanização enquanto política pública do SUS 35
5 MÉTODO **38**
5.1 Delineamento da pesquisa 38
5.2 Cenário da pesquisa 39
5.3 Produção de informações 41
5.4 Participantes da pesquisa 43
5.5 Análise das Informações 44
5.6 Aspectos éticos 46
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO **47**
6.1 Etapa 1 - Artigo 01: A construção histórica da trajetória da implantação da Política Nacional de Humanização no município de Maceió 47
6.2 Etapa 2 - Artigo 2: A avaliação da PNH no âmbito da Atenção primária à Saúde em Maceió 71
6.3 Etapa 3 - Capítulo de livro: Humanização em disputa: análise crítica da implantação da política na Atenção Primária à Saúde de Maceió 90
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS **111**
REFERÊNCIAS **113**
APÊNDICE A - MATRIZ COM OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES (METAS) E INDICADORES NA APS **121**

APÊNDICE B - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DAS ENTREVISTAS..... 133
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 137
ANEXO A - PLANO ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO 2016-2019 139
ANEXO B - PLANO ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO 2021-2024 148
ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA 157
ANEXO D - ACEITE REVISTA PHYSIS SAUDE COLETIVA 160
ANEXO E - ACEITE EDITORA REDE UNIDA 161

APRESENTAÇÃO

Enquanto servidora pública do município de Pilar em Alagoas desde abril de 2005, exercendo a função de Assistente Social fui cedida à Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas (SESAU) no ano de 2012, onde desde então desenvolvia minhas atribuições laborais na Superintendência de Valorização de Pessoas (SUPVP), mas precisamente na Gerência de Desenvolvimento e Educação em Saúde (GDES), no Setor de Humanização da Saúde (SHS).

Ao adentrar na GDES fui designada para conduzir a Política Nacional de Humanização (PNH) em Alagoas, assumindo em 2014 (ano oficial com portaria) a Coordenação Estadual da Política, ficando responsável também pelo Setor de Humanização da Saúde da SESAU.

Durante esses onze anos de trabalho, muito foi investido em formação junto aos trabalhadores de saúde em Alagoas, como também em ações que pudessem dar visibilidade aos trabalhos desenvolvidos nesta área da humanização da saúde, dentre eles podemos citar o Seminário Estadual de Humanização da Saúde de Alagoas (em sua décima segunda edição 2023); a Mostra Anual das Ações fundamentadas na PNH (em sua sétima edição 2023), além de mais de trezentos profissionais de saúde capacitados para exercerem a função de Apoiadores Institucionais da Humanização.

A elaboração do Plano Estadual da Humanização da Saúde de Alagoas foi uma deliberação do quinto Seminário Estadual da Humanização, ocorrido em 2015, devidamente aprovado pela Câmara Técnica de Humanização (CTH) do Sistema Único de Saúde (SUS) de Alagoas, estando hoje em sua segunda edição, visto que cada plano tem a vigência de um quadriênio.

No exercício da função de Coordenadora Estadual da PNH pude dedicar-me a conduzir a construção dos dois planos estaduais de humanização, e assim conhecer profundamente cada detalhe e articulação realizada para esse fim. Os planos foram elaborados coletivamente com a participação de várias representatividades, dentre eles podemos citar: gestores e trabalhadores da saúde da esfera municipal e estadual da saúde, docentes, discentes e pesquisadores das universidades públicas e privadas, estudantes dos cursos de saúde e os usuários representados pela sociedade civil organizada de Alagoas.

Após sua elaboração, os planos percorreram o trâmite oficial sendo apresentados e aprovados pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB), em seguida

pelo Conselho Estadual de Saúde (CES) e por último permaneceu sob consulta pública por trinta dias consecutivos, só após esse percurso, ele fôra considerado pronto para ser desenvolvido.

Cabe destacar que a medida que a PNH se fortalecia e era capilarizada no estado, em paralelo houve investimento pessoal desta pesquisadora na área da ciência. Em 2016, adentrava como estudante no curso de Mestrado Profissional no Ensino na Saúde (MPES) pela Faculdade de Medicina (FAMED) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Meu estudo intitulado: “A Oficina de Humanização como possibilidade para a transformação do Trabalho em Saúde” publicado pela Revista Revista Práxis, v. 17, n.31, 2025, buscava conhecer se os profissionais de saúde que participaram da Oficina com tema Humanização das Práticas de Saúde, desenvolvida no Hospital Universitário Prof. Dr. Alberto Antunes de Alagoas (HUPAA) em 2015, levaram para as suas rotinas laborais mudanças no modo de produzir saúde e no modo de se relacionar.

Entendendo que a ciência produz estudos que nos auxiliam a compreender a importância desta política para o SUS, em 2021 continuei investindo na minha

qualificação profissional iniciando no Programa de Pós-Graduação no Doutorado Profissional em Saúde da Família, ofertado através da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), onde continuo a pesquisar a PNH, agora no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

Em 2023, houve mudanças de gestão na SESAU e com isso algumas áreas deixaram de ser conduzidas por servidores técnicos de carreira e passaram a ter a frente das áreas, profissionais ocupando cargos comissionados por indicações políticas, sendo alguns destes sem conhecimento técnico sobre as funções que iriam desempenhar.

Neste contexto de substituições, fui retirada do cargo de chefia do setor de Humanização da Saúde, da coordenação da PNH no estado e também da Superintendência de Valorização de Pessoas (SUPVP) onde por treze anos trabalhei. O processo de desligamento ocorreu de forma vertical e abrupta, sem diálogo e nem opção de escolha. Hoje retornei ao meu órgão de origem na Secretaria Municipal de Saúde de Pilar, assumindo a Coordenação Municipal da Humanização e sigo trabalhando no fomento da Política e nos processos de trabalho, mais especificamente na Atenção Primária em Saúde.

No que se refere a gestão do SUS da capital alagoana, esta pesquisa se constituirá em instrumento norteador que possibilitará conhecer a dimensão em que a PNH está implantada e/ou implementada na Atenção Primária em Saúde, mas especificamente na Estratégia de Saúde da Família de Maceió, bem como, revelando caminhos para seu fortalecimento e capilarização.

1 INTRODUÇÃO

Considerada a principal porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) possui também a função de ordenar o cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS), atuando como o ponto de partida do usuário na hierarquização pela busca de seu cuidado em saúde. Estudos revelam que o acesso aos serviços na APS continua desafiador, restrito e burocrático, regulado pela demanda espontânea e centrado no cuidado médico (Silva *et al.* 2021). Problemas na gestão do cuidado, na organização dos serviços e na articulação em rede também limitam a efetividade da APS. Além da baixa incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) e o subfinanciamento agravam as dificuldades na qualificação da atenção ofertada (Facchine *et al.,* 2018).

Além destes desafios, destaca-se ainda a fragmentação e verticalização dos processos de trabalho, aliados ao despreparo dos trabalhadores para o desenvolvimento de atividades em equipe e com as dimensões sociais e subjetivas, próprias das práticas de atenção à saúde (Brasil, 2017). Estudo recente evidencia avanços na qualidade da APS a partir da PNH, destacando que o cuidado humanizado tem promovido atendimentos mais eficazes, éticos e centrados nas necessidades dos usuários. A incorporação de práticas que valorizam a escuta, as dimensões subjetivas e o respeito aos pacientes contribui para experiências mais satisfatórias e integrais (Da Silva *et al*., 2024).

Convém salientar que nos governos dos ex-presidentes Michel Temer (2016-2018) e de Jair Messias Bolsonaro (2019-2022), foram adotadas uma série de medidas que vieram a fragilizar a APS. No período de 2017 e 2019 os governos emitiram portarias ministeriais, consultas públicas e medidas provisórias que minaram os princípios do SUS, o planejamento e financiamento da APS (Seta *et al.,* 2021).

O desmonte do sistema de saúde iniciou pela APS por intermédio do racionamento de recursos financeiros previsto na Emenda Constitucional Nº 95 aprovada em 2016, que congelava investimentos em saúde e educação por vinte anos, inviabilizando a ampliação das ações, pesquisas e programas de saúde. Nesta direção, o governo federal, à época, institui o Programa Previne Brasil que alterou a lógica dos repasses na APS, atrelando-os a uma produtividade gerencialista, desconectada da essência da APS e consequentemente, dos princípios da

integralidade, equidade e universalidade que fundamentam o SUS, contribuindo para reversão de conquistas históricas no que tange a redução de desigualdades em saúde, presentes desde a implantação do SUS e da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (Brasil, 2019). Por fim, instituíram a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) em 2019, que viabilizaram os estados a designarem parte de seus recursos e funções para a iniciativa privada, efetivados por meio dos contratos de gestão realizados entre municípios e Organizações Sociais (OS), terceirizando a gestão dos serviços e da força de trabalho (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020).

Em 2023, com a mudança no governo federal, muitos avanços estão acontecendo na APS, como aumento de investimentos, contratações, oferta de serviços, no entanto os desafios permanecem, com propostas de parcerias público privadas se expandindo na APS, como é o caso atual da cidade de Recife (Arruda, 2023).

Em um contexto de ameaças ao direito à saúde, a PNH se apresenta como um dispositivo contra hegemônico. Trata-se de uma política que opera na micropolítica do trabalho em saúde, tensionada por lógicas gerencialistas, e que se fundamenta em dois pilares: a transformação dos modos de gestão e a reconfiguração das relações entre os sujeitos envolvidos, se colocando em defesa da vida, buscando ressignificar o trabalho em saúde de forma criativa e prazerosa (Cotta *et al*., 2013). A PNH configura-se como uma estratégia de transformação dos modos de produzir saúde, ao valorizar os sujeitos, promover a cogestão e ampliar a autonomia nos processos de cuidado e gestão (Campos, 2005). Na percepção de Pasche (2010) a PNH é uma política que visa qualificar o SUS por meio da valorização de usuários, trabalhadores e gestores, promovendo a corresponsabilização, o fortalecimento do vínculo, a ampliação da autonomia e a democratização dos processos de cuidado e gestão.

Vale salientar que a compreensão sobre a palavra humanização é polissêmica e possibilita vários entendimentos e percepções. Destaca-se ainda que o conceito de humanização não está relacionado a ações humanistas e caridosas, praticadas por seres humanos dotados de uma bondade superior e irreal (Benevides; Passos, 2005). A literatura ainda destaca que a palavra HumanizaSUS envolve também: condições de trabalho, modelo de assistência, formação permanente dos trabalhadores, direitos dos usuários e avaliação dos processos de trabalho (Moreira *et al.,* 2015).

No processo de construção da PNH enquanto política pública encontra-se o

desafio/preocupação de não a reduzi a uma política governamental, que fica sujeita a sofrer com a descontinuidade, práticas comuns no rodízio de governantes (Moreira *et al.,* 2015). Por esta razão, a PNH emerge intencionalmente, não de uma portaria ministerial, mas ela é pactuada na Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e no Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2010).

Na concepção da política e início de sua organização no Ministério da Saúde (MS) ela nasce implicada em produzir sujeitos no processo de trabalho, e se organiza em quatro eixos estruturantes e intercessores: atenção, gestão, formação e comunicação (Brasil, 2004).

Para Mori e Oliveira (2009), os eixos representam a base do trabalho da PNH no MS. O eixo da gestão busca articular a PNH com as demais áreas do MS e esferas do SUS. Nele, o apoio institucional está relacionado à gestão do processo de produção de saúde. No eixo da atenção, pretende-se incentivar ações integrais, promocionais e intersetoriais através da política de atenção à saúde, mudando os processos de trabalho que visam o compartilhamento dos cuidados, aumentando a autonomia e protagonismos dos sujeitos envolvidos (Brasil, 2006).

No eixo da formação estima-se que a PNH fizesse parte como conteúdo de cursos profissionalizantes na graduação, pós-graduação e extensão em saúde, compondo também os processos de educação permanente, bem como as instituições formadoras de trabalhadores da saúde. Por fim, o eixo da informação/comunicação que visa incluir a PNH na agenda de debates da saúde, bem como articular as ações educativas às de caráter informativo, sensibilizando para os conceitos e temas da humanização (Mori; Oliveira; 2009).

Neste sentido, convém destacar que a PNH tem no apoio institucional o método de trabalho em saúde que favorece a cogestão, buscando se conectar com a força dos coletivos nas práticas nos serviços de saúde, tornando assim elemento fundamental na efetivação da PNH como política pública (Moreira et al., 2015).

Parte-se do pressuposto de que a PNH constitui um dispositivo potente para a qualificação dos processos de trabalho em saúde, ao promover a reorganização das práticas de cuidado e gestão pautadas na integralidade, na cogestão e na valorização dos sujeitos. Nessa perspectiva, a PNH contribui não apenas para a melhoria da atenção à saúde, mas também para a produção de novos modos de subjetivação, favorecendo a constituição de sujeitos mais autônomos, críticos e corresponsáveis no âmbito do SUS (Brasil, 2010; Campos, 2000; Deslandes, 2006).

Dessa forma, este estudo tem como objetivo avaliar a implementação da PNH no âmbito da APS de Maceió, por meio da análise de suas dimensões de estrutura, processo e resultados. Vale salientar que o modelo avaliativo proposto por Avedis Donabedian, organiza a qualidade da atenção em três dimensões interdependentes: estrutura, processo e resultados. A estrutura refere-se às condições sob as quais o cuidado é ofertado, incluindo recursos físicos, humanos, tecnológicos e organizacionais dos serviços de saúde. O processo diz respeito às práticas desenvolvidas no cuidado, abrangendo as interações entre profissionais e usuários, bem como a adequação técnica e ética das ações realizadas. Já os resultados correspondem aos efeitos produzidos na saúde dos indivíduos e populações, incluindo mudanças no estado de saúde, satisfação dos usuários e impacto na qualidade de vida, sendo influenciados diretamente pelas condições estruturais e pela qualidade dos processos assistenciais (Donnabedian, 1982).

Nesta direção, busca-se assim compreender em que medida a política tem sido incorporada no contexto local, identificando avanços, fragilidades e seus efeitos na organização do cuidado e da gestão em saúde. Sua relevância se traduzirá em evidências científicas à gestão do SUS do município de Maceió. No âmbito estadual, a pesquisa será apresentada à Câmara Técnica de Humanização do SUS de Alagoas para que possam conhecer os resultados revelados no estudo e possam buscar estratégias de fortalecimento e capilarização da PNH. Em nível nacional a pesquisa pretende dar origem a artigos científicos, além da participação em eventos da área de saúde coletiva divulgando os resultados encontrados e seus desdobramentos.

2 JUSTIFICATIVA

A relevância acadêmica desta pesquisa reside na contribuição para o campo da avaliação de políticas públicas em saúde, ao analisar a implementação da PNH em um contexto local ainda pouco explorado na literatura científica. Nesse sentido, enfatiza-se a análise dos processos de produção, circulação e apropriação das informações no cotidiano dos serviços, destacando como diferentes atores constroem, interpretam e utilizam essas informações no desenvolvimento das práticas de cuidado e gestão (Brasil,2012).

Além disso, ao adotar o referencial de Donabedian articulado à abordagem hermenêutico-dialética, a pesquisa amplia o debate teórico-metodológico sobre avaliação em saúde, ao integrar dimensões normativas e experiencial-subjetivas da política. Dessa forma, contribui para o avanço do conhecimento científico ao oferecer subsídios analíticos que podem orientar novas investigações, bem como fortalecer práticas avaliativas mais críticas, contextualizadas e comprometidas com a qualificação do cuidado e da gestão em saúde (Donabedian, 1988; Minayo, 2014).

Cabe destacar que a avaliação na área da humanização é algo desafiador tendo em vista que está diretamente proporcional à riqueza dos debates que têm sido levantados na produção do conhecimento nessa área (Brasil, 2004a; Barros; Passos, 2005, 2005b *apud* Santos Filho, 2009). Neste sentido, a pesquisa justifica-se pela inexistência de estudos sobre a avaliação da implementação da PNH no município de Maceió,mais especificamente na APS, sendo oportuno conhecer a maneira como a política está sendo desenvolvida no APS, e como ela conseguiu se manter viva mesmo após o seu desmonte no MS em 2019 (Ferreira et al., 2024).

Nesse sentido, Alagoas vem se destacando, entre os estados da federação brasileira, na contramão do cenário nacional, por ter dado continuidade ao fomento e capilarização da política, investindo na formação de apoiadores institucionais apesar da sua extinção pelo MS (Aragaki *et al.,* 2022). Alagoas manteve o arranjo organizacional e tem como instrumento norteador das práticas de humanização da saúde um plano estadual desde o ano de 2016 (Alagoas, 2021). O Plano Estadual de Humanização da Saúde (PEHS) está estruturado em três eixos: Assistência ao Usuário, Gestão do SUS e Valorização do Trabalho e do Trabalhador da Saúde, ao todo são dezessete ações propostas.

No entanto, percebe-se, a partir do monitoramento anual do desenvolvimento

das ações vigentes no plano, que apesar de ter amplitude estadual, ele não tem um alcance longitudinal junto aos municípios na APS, concentrando-se mais nos equipamentos de saúde sob gestão estadual. Algumas hipóteses direcionam esse fato, dentre elas pode-se citar: a baixa adesão dos municípios à tornarem-se membros da Câmara Técnica de Humanização e assim não terem o apoiador institucional para humanização em seus territórios; à necessidade de uma maior divulgação do Plano junto ao COSEMS pela SESAU; a baixa apropriação da gestão estadual na capilarização do plano junto aos municípios alagoanos. Essas hipóteses podem justificar a ausência de alcance do PNH na APS alagoana (Alagoas, 2021).

Além da relevância em conhecer os desdobramentos dessa política em Maceió, mesmo após o governo do ex-presidente Jair Messias Bolsonaro ter dissolvido a Coordenação Nacional da PNH no Ministério da Saúde em 2019, interrompendo o arranjo operacional de apoio ao fomento da PNH junto aos estados federativos, em claro projeto de desmonte do SUS (Ferreira Neto *et al*., 2024).

Ademais, este estudo tem um lugar especial na trajetória profissional da pesquisadora que nos últimos 13 anos, a história da PNH em Alagoas se mistura com a sua própria história como profissional da saúde, cedida do município de Pilar à SESAU, e tornando-me responsável pela sua condução no estado. À medida que se escreve está registrando a história que vivencia em ato, o que proporciona e enche de sentido cada frase.

Acredita-se que, após a realização de múltiplas experiências, processos formativos, oficinas, seminários, mostras, planos e rodas de conversa, importantes avanços tenham sido construídos. Contudo, considerando o desligamento da pesquisadora, em outubro de 2023, da condução da PNH estadual, esta pesquisa avaliativa configura-se como um necessário momento de síntese, permitindo compreender em que medida essa aposta produziu resultados positivos, ou não, para a Atenção Primária à Saúde de Maceió.

Almeja-se por fim, que esse estudo possa instrumentalizar a gestão da saúde de Maceió quanto a necessidade ou não de um maior investimento no fortalecimento da PNH no município.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar a Política Nacional de Humanização no âmbito da Atenção Primária à Saúde no município de Maceió.

3.2 Objetivos específicos

a) Descrever o processo histórico da PNH no município de Maceió;
b) Avaliar o desenvolvimento da PNH na APS no município de Maceió;
c) Conhecer a percepção da Coordenação da PNH no município de Maceió e dos trabalhadores da APS de Maceió egressos do curso de formação de apoiadores da PNH sobre a efetivação da política no município de Maceió.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

O aporte teórico deste estudo encontra-se estruturado em três eixos analíticos: (1) o processo histórico de constituição da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do Sistema Único de Saúde (PNH); (2) a experiência de implementação da PNH no estado de Alagoas; e (3) a avaliação da PNH enquanto política pública no âmbito do SUS.

4.1 Processo histórico da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS

Com o SUS iniciou-se o processo de mudança do modelo de atenção do sistema de saúde brasileiro, com inúmeros desafios, sendo imprescindível mudar a atenção à saúde pautada na prática curativista e hospitalocêntrica e investir em promoção de saúde, em prevenção de doenças, de modo que os trabalhadores de saúde se relacionem com a população, com foco nas ações da APS nos territórios (Brasil, 2010).

Os avanços alcançados com a descentralização, regionalização da atenção e da gestão da saúde e do controle social, evidenciam, por outro lado, a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho presentes nas relações entre os profissionais de saúde e entre estes e os usuários, demonstrando o despreparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de cuidado (Brasil, 2004).

No cenário nacional, onde se debatiam sobre modelos de gestão e atenção juntamente com os de formação para os profissionais de saúde, surge em 2003 a Política Nacional de Humanização, criada pelo MS, para a qual intencionalmente não houve uma portaria que a instituísse, a mesma foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde (Ferreira *Neto et al*., 2022). A PNH se apresentava como uma estratégia de fortalecimento do SUS com a finalidade de ser uma oferta de mudança, com potencial de transformar o SUS e aproximá-lo das suas exigências discursivas (Brasil, 2010).

Segundo Pasche, Passos e Hennington (2011), ao se apostar na humanização da atenção e gestão do SUS fazia-se uma retomada da agenda sanitária, ressaltando a atenção para a importância de se discutir as práticas de saúde desenvolvidas pelos

profissionais de saúde. Os anos iniciais da PNH tiveram como propósito consolidar a humanização como política pública a partir da sustentação teórico-metodológica, além da sensibilização dos serviços de saúde, trabalhadores, gestores e usuários, levando-os a descobrirem a PNH através de atividades extensivas.

Em 2006, a PNH deu início ao processo de formação de apoiadores institucionais que tinham a função de apoiar os diversos serviços de saúde independente do seu nível de complexidade. De acordo com Pasche, Passos e Hennington (2011): A função de apoio resulta da ação de sujeitos que atravessam o processo de trabalho de coletivos, ajudando- os nas tarefas de qualificar suas ofertas clínicas e de saúde pública, de um lado, e ampliar o grau de grupalidade, de outro.

Para Santos Filho *et al.* (2009), não era suficiente ter como norte a gestão participativa nas unidades de saúde, se esta diretriz em seu desenvolvimento, adotava uma conduta prescritiva, verticalizada no seu modo de fazer, dando mais importância ao produto a ser alcançado, que ao modo de operacionalizar, reduzindo assim, o processo de trabalho. Segundo ele: as ações, no âmbito da PNH, destacam a importância de se (re)organizarem os processos de trabalho para mudar a oferta de serviços, priorizando o modo de se discutir e articular essa (re)organização em equipe, o “que fazer” não pode suplantar o “como fazer”.

A PNH tinha como atribuição ampliar a sua institucionalização enquanto política do SUS junto às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, para isso utilizou a estratégia de descentralização do fomento e capilarização, instituindo coordenações estaduais e, neste sentido, as Câmaras Técnicas de Humanização (CTH) dos territórios foram de grande apoio (Pasche; Passos; Hennington, 2011). Importante salientar que a Coordenação Geral da PNH (CGPNH) no MS, tinha como arranjo organizativo designar um consultor da PNH para apoiar os estados na condução do fomento da política nos territórios, através de visitas aos coletivos locais e às Câmaras Técnicas Estaduais, apoiando na problematização de suas realidades e demandas, respeitando, no entanto, o princípio da autonomia dos estados (Pasche; Passos; Hennington, 2011).

Dentre as agendas pactuadas juntos às coordenações estaduais de humanização estava a realização de um curso para formar apoiadores locais, a fim de intensificar a capilarização da PNH nos territórios. Em Alagoas o curso foi realizado tardiamente em 2011/2012 e formou 53 apoiadores (Alagoas, 2012).

Além do apoio dos consultores aos territórios, anualmente eram promovidos

Encontros Nacionais dos Coletivos da PNH. O primeiro ocorreu em dezembro de 2011, em Brasília, o segundo em setembro de 2012, em Florianópolis com o Coletivo Nacional Ampliado, onde o tema disparador das discussões foi: O que pode a PNH? Além desses, o Coletivo Nacional da PNH organizou cinco seminários macrorregionais abrangendo todas as regiões do país entre os meses de setembro 2012 e junho 2013, onde ao final desse processo se constituiu a Frente de Mobilização Social da PNH em julho de 2013 (Brasil, 2014).

Em comemoração aos 10 anos da PNH foi realizado um Seminário Nacional com a realização do Concurso Cultural Somos Parte do SUS que dá Certo com a submissão de 284 experiências, contemplando todas as regiões do Brasil. Durante o seminário, a PNH propôs ao MS a criação de uma semana de ações da PNH em todos os estados federativos, o que ocorreu de 04 à 07 abril de 2014, tendo como objetivo dar visibilidade às ações de humanização que estão sendo desenvolvidas (Martins *et al.*, 2019).

Em 2015, durante o governo da ex-presidenta Dilma Rousseff, teve início o processo de desestruturação da Coordenação Geral da Política Nacional de Humanização (CGPNH). Segundo Pavan (2015), a PNH, até então constituída como uma Política de Estado com institucionalidade no âmbito do Ministério da Saúde — expressa por meio de orçamento próprio, coordenação nacional, arranjos de gestão compartilhada, coletivos regionais de consultores, colegiado de gestão nacional e coletivo nacional —, e responsável pela formulação, acompanhamento e avaliação das ações, deixou de existir enquanto tal configuração institucional.

Encerrava-se um ciclo de 12 anos desde sua criação, o MS extinguiu o arranjo de apoio utilizado, demitiu todos os consultores e deixou os estados totalmente desamparados com suas agendas e atividades em andamento, tendo que conduzir sozinhos o que fora amplamente incentivado anteriormente.

Nesse cenário desolador a CGPNH resistia no MS sem nenhuma ação e sem recursos financeiros e humanos, vindo a ensaiar uma tentativa de retomada em 2017, onde promoveu junto aos territórios o projeto intitulado AcolheSUS - Qualificação das práticas de cuidado a partir das portas de entrada do SUS com base na Política Nacional de Humanização, visando implantar a diretriz acolhimento nos serviços de saúde indicados pelos estados e territórios (RHS, 2017). O Projeto AcolheSUS não foi formalmente extinto por portaria ministerial, mas sofreu descontinuidade no âmbito das políticas de humanização do SUS, em decorrência de mudanças na agenda

federal e no financiamento. A iniciativa declinou no final de 2018, já no governo do ex-presidente Jair Messias Bolsonaro, culminando com a extinção total da CGPNH em 2019, consequentemente com a PNH no MS.

Recentemente, no governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva observa-se a adoção de iniciativas governamentais voltadas ao fortalecimento e à recomposição do SUS e da APS, reafirmando esse nível assistencial como elemento estruturante para a efetivação dos princípios da universalidade e da integralidade do cuidado. Ainda assim, em diversos contextos, a organização das práticas permanece fortemente centrada na atuação do profissional médico. Entre as medidas implementadas, destacam-se a ampliação do financiamento federal, acompanhada da criação de novos mecanismos de transferência de recursos com vistas à redução das desigualdades regionais e ao fortalecimento da sustentabilidade das redes de atenção, além da reafirmação da APS como instância ordenadora do sistema e coordenadora do cuidado (Brasil, 2023).

No plano normativo, a Lei nº 215.126/2025 estabelece a assistência humanizada como princípio do SUS, reforçando a centralidade de práticas como o acolhimento, a escuta qualificada, o fortalecimento do vínculo e a corresponsabilização entre usuários e profissionais no processo de cuidado, em consonância com os fundamentos da PNH (Brasil, 2010). Reacende-se, nesse contexto, a expectativa de retomada da política em âmbito federal e, consequentemente, em todo o país, reconhecendo-se seu potencial para qualificar o cuidado em saúde, reorganizar os processos de trabalho e valorizar a incorporação das subjetividades no âmbito das práticas e da gestão em saúde.

4.2 A experiência do estado de Alagoas com a Política Nacional de Humanização

A Coordenação Estadual da PNH em Alagoas está situada na Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas (SESAU) alocada na SUPVP, mas precisamente, na Gerência de Desenvolvimento e Educação em Saúde (GDES) sendo desenvolvida pelo Setor de Humanização da Saúde (SHS).

Em Alagoas a PNH iniciou no ano de 2003 com a vinda de consultores do MS ao estado, visando apresentar a política à gestão da SESAU e alinhar o seu fomento e desenvolvimento no estado. Em 2008, foram realizadas duas oficinas para formação

de trabalhadores da rede estadual de saúde, objetivando atuar como apoiadores institucionais da PNH e, assim, darem sustentação às ações que seriam desenvolvidas no estado. A partir desta oficina, teve início, em novembro de 2009, a CTH, enquanto dispositivo de gestão participativa, composta por diversos serviços de saúde de Alagoas e conduzida pelos apoiadores formados pelo Ministério da Saúde (MS) (Alagoas, 2009).'

Entre os anos de 2011 e 2015 Alagoas viveu um período de aquecimento das ações de humanização da saúde com a realização de três cursos de formação de apoiadores da PNH em 2011, 2013 e 2014, culminando com a formação de cento e dez novos apoiadores, ampliação e fortalecimento da CTH, instituiu a realização do seminário estadual de humanização da saúde no calendário da SESAU a partir de 2012, além da realização de rodas de conversa temáticas ofertadas em todo estado. Entretanto, em 2015 o MS inicia o processo de desmonte da PNH, quando retira o arranjo metodológico que fora até então utilizado pela Coordenação Geral da Política Nacional de Humanização (CGPNH) de disponibilizar um consultor do MS para apoiar os estados no fomento da política.

Alagoas teve ao longo de 2003-2015 três consultores do MS. Dentre as atividades desenvolvidas no território, destaca-se a de articulação, seja com os coletivos de saúde existentes no estado, seja com gestores municipais e estadual, com a coordenação estadual da PNH, além do apoio às ações que eram demandadas pelo território.

O processo de apoio institucional realizado pelos consultores era centrado no alinhamento com o território, para que juntos, estado (coordenação estadual e gestor estadual), membros da Câmara Técnica de Humanização do SUS de Alagoas (coletivo da PNH composto por serviços de saúde), Universidades Federal e Estadual e apoiadores da PNH pudessem disparar movimentos e ações. Investiu- se muito na promoção de cursos de humanização para formação de apoiadores institucionais, sempre alinhando com SESAU e CTH.

Os cursos realizados eram gratuitos, os materiais didáticos e facilitadores eram disponibilizados pelo CGPNH. O espaço físico, o processo seletivo dos alunos e a certificação eram de responsabilidade da SESAU em parceria com a Universidade Estadual das Ciências da Saúde (UNCISAL). Os alunos eram profissionais de saúde efetivos e/ou contratados indicados pelos serviços/municípios com trajetória no SUS. Além de cursos foram realizadas oficinas de humanização em diversos municípios e

serviços de saúde alagoanos, como: HUPAA, Unidade Mista de Cajueiro, além de equipes da APS de União dos Palmares, Pindoba, Cajueiro, Palmeira dos Índios, Arapiraca, Lagoa da Canoa, Viçosa, Feira Grande, Teotônio Vilela, entre outros.

Outra ação que foi bem intensificada entre o período de 2014-2015 foi a realização de cinco rodas de conversas temáticas sobre as diretrizes da PNH, abertas ao público interessado sobre os temas: Acolhimento com classificação de risco, Gestão participativa, Valorização do trabalho e do trabalhador da saúde, Direitos dos usuários e Ambiência. Durante a realização do V Seminário Estadual da Humanização da Saúde em 2015, foi deliberado em plenária a proposta de elaboração do I Plano Estadual da Política Nacional de Humanização (PEHS).

O referido plano fora construído de forma coletiva, com a participação de gestores, trabalhadores e usuários do SUS, além da participação social representadas pelo Conselho Estadual de Saúde (CES), pelo Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Universidade Estadual das Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), além de estudantes, professores da área da saúde e por demais interessados no tema (Alagoas, 2016).

Com a vigência de um quadriênio, ou seja, pelo período de 2016-2019, o plano foi estruturado com 03 eixos: 1. Atenção à saúde dos usuários; 2.Gestão da saúde e 3. Valorização do trabalho e do trabalhador. Para facilitar seu monitoramento do desenvolvimento das ações pela CTH e pela SESAU – AL, a proposta foi dividida em três planos operativos, que são avaliados e monitorados anualmente pela SESAU e avaliados em dois fóruns semestrais anuais apresentados pela coordenação da PNH à CTH.

A CTH também foi foco de trabalho do último consultor da PNH em Alagoas, pretendia-se fortalecer o Colegiado para que este se tornasse mais protagonista e autônomo. Para isso, foi realizado um curso de apoiador para que todos os membros pudessem se aprofundar na política, mas também nas atribuições da função de apoiador institucional.

Em 2017, a última iniciativa de um trabalho direcionado pela CGPNH, foi o Projeto AcolheSUS: Qualificação das práticas de cuidado, a partir das portas de entrada do SUS com base na PNH a nível nacional, onde os estados indicaram um estabelecimento de saúde a nível hospitalar para que fosse realizada a intervenção. Em Alagoas o hospital indicado foi o Hospital de Emergência Dr. Daniel Houly (HEDH),

no município de Arapiraca. O projeto teve a duração de pouco mais de um ano e meio, sendo em meados de 2019 finalizado culminando com a dissolução da CGPNH no MS (Brasil, 2017).

No entanto, ao contrário do que o cenário nacional apresentava, Alagoas seguia firme na contramão dos fatos. Os frutos que foram semeados começaram a brotar nos territórios e a SESAU de Alagoas manteve a mesma estrutura utilizada com a coordenação estadual e no apoio às ações de humanização no estado. Nesta direção, deu seguimento a construção da segunda edição para elaboração do PEHS que estava prevista para ocorrer no ano de 2020, porém em função da pandemia da COVID-19 foi adiada para o ano de 2021. O segundo Plano tem vigência de 2021-2024, possui igualmente ao primeiro, três eixos e seu desenvolvimento, monitoramento e avaliação ocorrem anualmente a partir de planos operacionais (Alagoas, 2021).

O PEHS é o instrumento que norteia o fomento e desenvolvimento das ações da PNH no sistema de saúde alagoano, tem por finalidade contribuir para qualificação do modo de produzir saúde utilizando a PNH como ferramenta para intervir nos processos de trabalho e nas relações entre gestores, trabalhadores e usuários do SUS (Alagoas, 2021).

Observa-se, contudo, a partir do monitoramento do desenvolvimento do PEHS e da baixa adesão dos gestores municipais de saúde à participação na Câmara Técnica de Humanização (CTH), que uma das principais fragilidades do plano reside no reduzido engajamento desses gestores, bem como do gestor estadual. Tal cenário contribuiu para que a condução do PEHS se concentrasse, em grande medida, a cargo dos profissionais de saúde, sendo, por vezes, limitada ao âmbito da micropolítica das práticas cotidianas, o que restringe sua institucionalização e capilaridade no sistema de saúde.

Neste sentido, o referido estudo se justifica pela inexistência de pesquisas avaliativas sobre a PNH e mais precisamente sobre o seu desenvolvimento em Alagoas, espera-se que este possa colaborar para revelar as contribuições ou não do PEHS, motivando a sua continuidade.

4.3 Avaliação da Política Nacional de Humanização enquanto política pública do SUS

Segundo Cunha (2018), a avaliação de políticas e programas é fundamental para auxiliar nas funções de formulação e planejamento de políticas públicas visto que é possível identificar a necessidade de reformulação ou ajustes nas ações em desenvolvimento assim como subsidiar as decisões sobre a implementação, manutenção ou interrupção dessas ações.

Para melhor compreensão faz-se necessário apresentar alguns conceitos encontrados na literatura sobre avaliação. Neste sentido iniciaremos com Costa e Castanhar (2023, p. 972) que afirma ser,

> A definição do que seja avaliação parece ser quase consensual. De acordo com a UNICEF (1990), por exemplo, trata-se do exame sistemático e objetivo de um projeto ou programa, finalizado ou em curso, que contemple o seu desempenho, implementação e resultados, com vistas à determinação de sua eficiência, efetividade, impacto, sustentabilidade e a relevância de seus objetivos. O propósito da avaliação é guiar os tomadores de decisão, orientando-os quanto à continuidade, necessidade de correções ou mesmo suspensão de uma determinada política ou programa.

Thoenig (2000) destaca que o emprego da avaliação é direcionado para ação, e tem como finalidade gerar informação. Já Mokate (2002) salienta que várias definições sobre avaliação se equivocam ao atribuir o conceito de “valor” ou de “mérito”, pois estão focados em identificar o desenvolvimento de um plano e na análise do alcance de seus objetivos, acreditando assim que o respectivo plano e objetivos possuem um valor já aceito em si.

Há um consenso entre os autores sobre o conceito de avaliação estar relacionado ao desenvolvimento do plano e ao alcance de objetivos, sendo seus resultados empregados para análise da manutenção, ajuste ou interrupção do programa avaliado.

No que se refere ao conceito de políticas públicas Saraiva e Ferrarezi (2006, p. 28) afirma “ tratar-se de um fluxo de decisões públicas, orientado a manter o equilíbrio social ou a introduzir desequilíbrios destinados a modificar essa realidade.” Há autores que defendem explicar o conceito de políticas públicas a partir das abordagens estatísticas e outros pela abordagem multicêntrica no que se refere ao protagonismo de políticas públicas (Lima, 2012).

Na abordagem estatista, conforme sistematiza Leonardo Secchi (2010), admite-se que atores não estatais possam exercer influência no processo de formulação e implementação de políticas públicas; contudo, não se lhes atribui a prerrogativa decisória nem a centralidade na condução e liderança do processo político. Nessa perspectiva, a autoridade legítima para definir, instituir e dirigir políticas públicas permanece fundamentalmente ancorada no Estado. De acordo com Salisbury (1995, p. 151), “política pública consiste em decisões autorizadas ou sancionadas pelos atores governamentais". Políticas públicas aqui significam resultados ou saídas de processos governamentais (Lima, 2012).

Já para abordagem multicêntrica não é relevante quem formula a política, mas a origem do problema que deve ser superado. A política receberá o adjetivo de “pública” se o problema que precisa ser resolvido for público (Lima, 2012). Em se tratando de política pública no campo da saúde vamos direcionar a discussão para Política Nacional de Humanização buscando compreender como se dá a avaliação neste campo.

Segundo Santos Filho (2009), a avaliação participativa inclui diferentes sujeitos ou pontos de vistas, conduzindo-nos a nos apropriarmos dos resultados do processo de avaliação como indicadores de movimentos que relatam modificações nos modos de produzir cuidado e na gestão do cuidado, desde que sejam utilizados como analisadores de situação do dia-a-dia que alertam, problematizam e buscam correção de caminhos a partir do coletivo.

Sendo assim, o Monitoramento e Avaliação devem ser compreendidos como “acompanhamento avaliativo” que se faz de maneira ampliada, formativa e participativa. O autor ainda ressalta que o processo de avaliação não ocorre sem parceria e negociação. O que está sendo construído não é mais um simples indicador de resultado que fora alcançado, mas, são indicadores de movimentos coletivos, sujeitos coletivos protagonistas em busca de projetos tidos como viáveis, buscando aprender a lidar com as diferenças, os conflitos e sobretudo de qualificação para pactuações (Santos Filho, 2009).

A PNH traz em sua base ético-política a valorização das dimensões subjetivas, coletivas e social em todas as práticas de atenção e gestão do SUS, confirmando o compromisso com os direitos dos usuários, o trabalho em equipe, construção de redes cooperativas e a autonomia e protagonismo dos sujeitos individuais e coletivos (Calderon; Verdi, 2014).

A PNH usa os conceitos e dispositivos com a finalidade de reorganizar os processos de trabalho em saúde, visando transformar as relações sociais incluindo trabalhadores e gestores no cotidiano de práticas de organização e gestão de serviços, assim como transformar o modo de produzir e ofertar serviços à população. Cabe destacar que a PNH dispõe de uma matriz analítica fundamentada em seus princípios e em seu método, a qual contempla o conjunto de diretrizes e dispositivos da política, incorporando indicadores específicos destinados a orientar e subsidiar os processos de implementação e monitoramento no campo da saúde. No campo da gestão investe-se na implementação de instâncias colegiadas e na horizontalização das linhas de cuidado, valorizando o trabalho em equipe e democratizando os processos decisórios com a corresponsabilização de gestores, trabalhadores e usuários. Já no campo da assistência o foco está na acessibilidade e na integralidade da assistência, envolta pelo estabelecimento de vínculo entre trabalhadores e usuários, visando a ampliação da clínica para melhor atender as necessidades dos sujeitos (Brasil, 2004; Santos Filho, 2009).

“Por fim, pode-se afirmar que a complexidade da avaliação no que tange a humanização está ligado diretamente aos debates que têm sido realizados na produção de conhecimento nesta área” (Brasil, 2004a; Barros:Passos, 2005a, 2005b *apud* Santos Filho, 2009, p. 31). Desse modo, este estudo se propõe a analisar a PNH através proposta por Avedis Donabedian (1980): estrutura, processo e resultados, fundamentada pelas noções da Teoria Geral de Sistemas: input - process - output, observados a partir da implementação da PNH na capital alagoana.

A estrutura corresponde às características relativamente estáveis dos serviços, como: área física, recursos humanos, materiais, financeiros e modelo organizacional. O processo abrange as relações que se constituem entre os trabalhadores e a comunidade, incluindo questões que envolvem desde a busca pela assistência, até o diagnóstico e o tratamento. E o resultado se refere ao alcance das características esperadas dos produtos ou serviços, apontando a repercussão da assistência na saúde da população, considerando sua satisfação e expectativas (Donabedian, 1982).

5 MÉTODO

5.1 Delineamento da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de estudo de caso, com abordagem qualitativa e de caráter exploratório. Esta possibilita a compreensão e interpretação de fenômenos sociais a partir da perspectiva dos sujeitos envolvidos, se baseia em métodos de produção e análise de informações que valorizam a subjetividade, a diversidade e a contextualização das informações, tais como entrevistas, observação participante, análise documental e estudo de caso (Camillo, 2017).

Assume-se o estudo de caso como delineamento metodológico, visto que segundo Goode e Hatt (1969, p. 422) “o estudo de caso é um meio de organizar dados sociais, preservando o caráter unitário do objeto social estudado”. Convém destacar que o aspecto diferenciador do estudo de caso “reside em sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências - documentos, artefatos, entrevistas e observações” (Yin, 2001, p. 27).

O referencial epistemológico da pesquisa está ancorado na hermenêutica-dialética, onde segundo Gadamer (1999), a hermenêutica pretende entender os sentidos produzidos na comunicação entre os seres humanos, fixando a linguagem como seu principal instrumento. Os princípios que sustentam essa abordagem são as experiências culturais que apontam nos resultados os consensos que traduzem em estruturas, vivências, significados partilhados e símbolos, ou seja, tem na vida cotidiana os parâmetros para a compreensão (Gadamer, 1999). O segundo princípio diz respeito à necessidade de analisar o contexto e a práxis, pois a linguagem não representa uma estrutura completa da vida social (Habermas,1987).

No que se refere a dialética, Minayo (2014, p. 167) afirma que “a dialética é a ciência e a arte do diálogo, da pergunta e da controvérsia”. E tem a finalidade de descobrir através da linguagem, fatos, símbolos e na cultura elementos que possibilitem elaborar críticas sobre eles. Para Habermas (1987), a articulação entre hermenêutica e dialética é promissora em função do contexto real em que estão inseridos, visto que a mesma racionalidade que entende, esclarece e agrega é a mesma que questiona, censura e desarticula.

As unidades de análise presentes no PEHS (2021-2024) somaram treze ações, envolvendo cinco diretrizes e um princípio da PNH, sendo cada uma delas uma

subunidade de análise que em sua totalidade compõem o caso, conforme Anexo B. Foram também analisados cinco relatórios referentes aos Seminários Estaduais de Humanização da Saúde, que são realizados anualmente desde 2012; contudo, considerou-se, para fins deste estudo, o recorte temporal de 2018 a 2023, período para o qual havia disponibilidade documental. Já nos relatórios das Mostras Estaduais de Humanização que ocorrem anualmente desde 2017, também se fez necessário um recorte temporal do período de 2020-2023 em função da disponibilidade documental e o Plano Municipal de Saúde (2022-2025) do município envolvido no estudo. Em cada unidade integrada de análise foram analisados os elementos necessários para implementação e execução da PNH nos municípios conforme apêndice A.

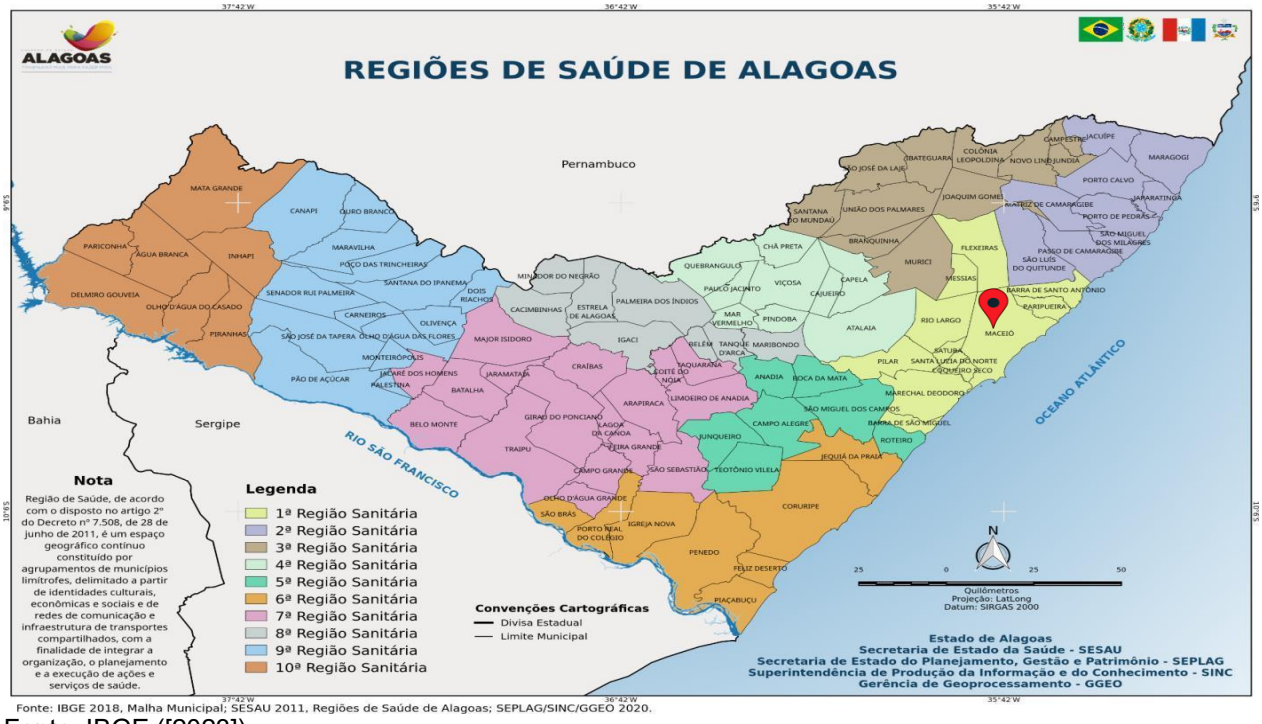
Para produção de informações foi utilizado a análise documental onde os dados pesquisados foram obtidos exclusivamente a partir de documentos, com objetivo de extrair informações e compreender um fenômeno (Kripka; Scheller; Bonotto, 2015).

5.2 Cenário da pesquisa

O cenário desta pesquisa é constituído pelo contexto de implementação da PNH no âmbito do SUS, com ênfase na APS do município de Maceió, Alagoas. Trata-se de um campo empírico situado, dinâmico e atravessado por múltiplos atores — gestores, trabalhadores e usuários —, cujas práticas, relações e modos de organização do trabalho conformam o cotidiano dos serviços de saúde.

Esse cenário é caracterizado, ainda, pela presença de arranjos institucionais e dispositivos de humanização, como os Núcleos Técnicos de Humanização e o Projeto Saúde Itinerante, além de iniciativas locais, a exemplo do projeto Acolher Carminha e da Brinquedoteca. Assim, o cenário investigado não se limita a uma dimensão normativa ou programática da política, mas abrange o modo como a PNH é apropriada, operacionalizada e ressignificada nos territórios, revelando tanto suas potencialidades quanto os limites que atravessam sua implementação no contexto local.

Figura 1 - Mapa com identificação do município participante da pesquisa, Alagoas, 2020



Fonte: IBGE ([2023]).

Maceió possui uma população residente estimada de 957.916 habitantes distribuídos numa área territorial de 509.320 km² (IBGE, 2022). As pessoas ocupadas no mercado formal de trabalho representam 27,1% da população total, e o salário médio mensal é de 2,4 salários mínimos (IBGE, 2023). A educação da capital alagoana analisando o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) referente aos anos iniciais do ensino fundamental da rede pública de ensino está na casa dos 5,3, ocupando a 66º posição no estado (IBGE, 2023).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de Maceió (IDHM), de acordo com o IBGE (2010), é de 0,721. Outro dado relevante refere que a mortalidade infantil média na cidade é de 12.06 para 1.000 nascidos vivos ocupando assim o 55º lugar entre os demais municípios alagoanos (IBGE, 2023).

Na área da saúde, Maceió está localizada na primeira macrorregião de saúde e na primeira região de saúde. A rede de APS está estruturada em oito distritos sanitários, com cento e cinquenta e cinco equipes da Estratégia Saúde da Família e trinta e seis equipes da Atenção Primária à Saúde. Apresenta uma cobertura de 62.23% da APS,cinquenta e duas equipes de saúde bucal (eSB), cinco equipes de

consultório de rua (ECR) e oito equipes multiprofissionais (e-multi) (Brasil, 2025).

Vale salientar que Maceió possui assento representativo na Câmara Técnica de Humanização do SUS de Alagoas (CTH) e desenvolve ações em sua APS a partir do PEHS.

Quadro 1 - Características sociodemográficas do município envolvido no estudo, Alagoas, 2023

Municípios	Maceió
População	957.916
Densidade	509.320 km²
IDHM	0,721
USF APS	36
e-ESF	155
Cobertura APS	62,23%
Participação Câmara Técnica de Humanização	SIM

Fonte: IBGE ([2023]).

5.3 Produção de informações

A produção de informações da pesquisa contemplou as seguintes etapas: Etapa 01- análise documental onde foram separados, preparados, identificados, analisados e avaliados os documentos a serem investigados. Etapa 02- consistiu no estudo de campo por intermédio de entrevista semiestruturada junto aos sujeitos da pesquisa. Estas etapas serão descritas a seguir.

Etapa 1 - Análise documental

Nesta etapa, procedeu-se à análise documental dos instrumentos e registros institucionais pertinentes ao objeto de estudo. Os Planos Estaduais encontram-se disponíveis no sítio eletrônico da SESAU, assim como o Plano Municipal está acessível no portal oficial da Prefeitura. Os relatórios das Mostras Estaduais e as atas das reuniões das Câmaras Técnicas de Humanização foram solicitados, por meio eletrônico, à coordenação estadual da PNH, com fundamento na Lei de Acesso à Informação (Brasil, 2011), que regulamenta o direito de acesso às informações

públicas em conformidade com os princípios da administração pública.

Esses documentos foram produzidos no período de fevereiro a maio de 2024 e foi realizada uma exploração de todo o material com a leitura, para obter uma visão geral, fazendo um levantamento qualitativo das informações com o objetivo de identificar os elementos estruturais e conceituais da PNH (Apêndice A).

- Plano Estadual de Humanização da Saúde de Alagoas (PEHS-AL) referente ao quadriênio 2016-2019;
- Plano Estadual de Humanização da Saúde de Alagoas (PEHS-AL) referente ao quadriênio 2021-2024;
- Monitoramento das ações desenvolvidas pelo município de Maceió referentes às duas edições dos PEHS- AL (2016-2019 e 2021-2024);
- Relatórios das Mostras Anuais das Ações fundamentadas na PNH (2021-2023);
- Atas das reuniões da Câmara Técnica de Humanização (2009-2023);
- Plano Municipal de Saúde do município de Maceió referente aos último quadriênio 2022-2025;
- Plano de trabalho da Coordenação Municipal de Humanização do município de Maceió (2020-2024).

Vale destacar que os conceitos que fundamentam esta matriz de análise são a própria estrutura que integra a PNH, envolve seus princípios norteadores, seu método de desenvolvimento além das suas diretrizes e dispositivos.

A partir dessa matriz foram analisados todos os instrumentos que serviram como nossa base de dados já mencionados acima e buscamos identificar se existiu de fato o efetivo desenvolvimento da PNH nas ações e projetos propostos nos instrumentos que serão analisados.

Etapa 2 - Pesquisa de campo - entrevistas semiestruturadas

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, no município de Maceió em Alagoas, no período de fevereiro a dezembro de 2024. Para realização das entrevistas foram solicitados à Diretoria da APS do município os contatos dos trabalhadores das

equipes de Saúde da Família e foi realizado um convite pelo *Whatsapp e/*ou ligação telefônica onde foi agendado local, data e horário conforme sua disponibilidade.

As entrevistas foram realizadas com base no roteiro semiestruturado, com questões iniciais voltadas para identificação do perfil sociodemográfico e posteriormente por questões abertas, propiciando o diálogo e aprofundamento sobre as ações da PNH para APS, avaliação da PNH, avanços e desafios para sua realização (Apêndice B).

As entrevistas foram realizadas até a amostragem alcançar a saturação dos dados, pois segundo Ribeiro, Souza e Lobão (2018) a saturação teórica corresponde a fase em que o pesquisador constata durante a coleta de dados que não surgem novos fatos e que todos os conceitos da teoria estão bem desenvolvidos.

As entrevistas foram gravadas em áudio e o material obtido foi transcrito e armazenado na nuvem do *Google Drive* @academico.ufpb.br. Também foi realizada a validação da transcrição. A transcrição assgura o anonimato dos entrevistados, sendo codificados pela categoria profissional/usuário/gestor e código alfanumérico segundo a ordem de realização.

5.4 Participantes da pesquisa

Os participantes do estudo foram convidados por conveniência e contactados por telefone. Foram divididos em dois grupos, sendo o primeiro composto por trabalhadores da APS de Maceió e o segundo grupo por gestores/coordenadores municipais da PNH. Os trabalhadores da APS precisaram atender aos seguintes critérios de inclusão: serem egressos do curso de formação de apoiadores na PNH realizado em Alagoas e estarem desenvolvendo atividades laborais nas equipes da Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Maceió há mais de doze meses. Do total de 30 profissionais que atenderam ao perfil, sete se disponibilizaram a participar da pesquisa.

O segundo grupo foi constituído por ex-gestores/coordenadores e pela atual gestora/coordenadora municipal da PNH em Maceió, totalizando seis participantes. Desses, quatro possuem vínculos efetivos com a Prefeitura; a atual gestora apresenta vínculo precarizado, estando contratada pela atual gestão da SMS; e outra, também em condição de precarização, já foi desligada em decorrência da mudança de gestão.

As entrevistas foram realizadas em local seguro e confortável atendendo às necessidades dos participantes em dia e horário convenientes. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora entre os meses de maio à dezembro de 2024.

Os participantes pertenciam às seguintes categorias profissionais: um médico, dois dentistas, três psicólogos, quatro assistentes sociais, um administrador, um profissional de relações públicas e uma psicopedagoga. Quanto ao vínculo de trabalho, entre os 13 participantes, dez eram servidores efetivos, dois possuíam vínculos precarizados e um já havia sido desligado da prefeitura. Dentre os servidores efetivos, dois não estavam enquadrados na categoria de nível superior no concurso. No que se refere ao sexo, o grupo era composto por dois homens e onze mulheres.

Foram excluídos da pesquisa os trabalhadores e gestores com afastamento das atividades laborais por motivos diversos (aposentadoria, desligamento, licenças, transferência para outros níveis/cargos.

5.5 Análise das Informações

A análise das informações, segundo Minayo, nos traz três possibilidades dentro de uma pesquisa qualitativa: a análise de conteúdo, a análise do discurso e a hermenêutica-dialética. Assim sendo, o método hermenêutico-dialético é o mais capaz de dar conta de uma interpretação aproximada (Minayo, 2014).

A associação dos elementos da hermenêutica com os da dialética possibilita a compreensão de uma realidade em que sujeitos expressam seus comportamentos a partir de suas visões e do lugar em que se colocam no mundo. Os sujeitos são atores sociais em ação, analisados pelo olhar do investigador que se fundamenta em sua história de vida, no referencial teórico e nas experiências do campo estudado, e, assim, interferem nos resultados encontrados (Minayo, 2014)

Nessa direção, a abordagem hermenêutico-dialética foi escolhida para analisar e a avaliar a PNH, sob olhar histórico, sociocultural, político, econômico e educacional, e assim, compreender o contexto onde trabalham e se cuidam os atores da pesquisa. Com essa análise é possível chegar ao conhecimento mais próximo possível da realidade, por meio de uma prática dialética interpretativa que reconhece os fenômenos sociais sempre com resultados e efeitos da atividade criadora, tanto imediata quanto institucionalizada.

Portanto, torna como centro da análise a prática social, a ação humana e a

considera como resultado de condições anteriores, exteriores, mas também como práxis. Isto é, o ato humano que atravessa o meio social conserva as determinações, mas também transforma o mundo sobre as condições dadas (Minayo, 2014).

No intento de captar as marcas da linguagem, na transcrição das gravações, foi mantida a informação como foi dada, na forma usada pelo interlocutor, com vícios de linguagem e pausas, mesmo em desacordo com as normas gramaticais oficiais.

A análise das informações foi realizada durante todo o percurso da pesquisa, na intenção de compreender os aspectos revelados nas entrevistas e no próprio processo da investigação. A análise foi realizada com a leitura e interpretação dos textos gerados pelas entrevistas, conforme os passos a seguir: ordenação, classificação e análise final dos dados.

A ordenação das informações teve o objetivo de estabelecer a identificação do material empírico coletado no campo de estudo. Para tanto, no primeiro contato com o material gravado, foi realizada a transcrição fiel e a leitura geral do conjunto das entrevistas, o que permitiu visualizar os núcleos de sentido nos textos. Em seguida, foi feita a organização das informações em diferentes conjuntos, classificando-as em grupos.

A classificação das informações possibilitou a construção dos dados empíricos a partir dos pressupostos teóricos e da teoria que sustenta a pesquisa. Após a transcrição das entrevistas, conforme orientação de Minayo (2014), foi realizada a leitura exaustiva e flutuante dos textos contidos nas entrevistas, para identificar as ideias centrais sobre o objeto de estudo.

Nessa etapa foi preciso compreender que as informações não existem por si só, eles são construídas a partir do questionamento que é feito sobre eles, com base nos fundamentos teóricos. Esse processo permitiu a identificação de fatos relevantes segundo a ação dos atores sociais na comunidade pesquisada. Essas chamadas estruturas relevantes identificadas, tanto nas entrevistas como nas análises de documentos, foram classificadas em categorias.

Por fim, foi realizada a análise final, onde se estabeleceu a articulação entre as informações coletadas na matriz da análise documental e na análise das entrevistas dividida em três partes identificados como estrutura, processo e resultados, com a finalidade de conhecer o desfecho de uma intervenção, comparando os recursos empregados e a sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo) e os resultados encontrados na Avaliação da PNH (Donabedian, 1982),

segundo a matriz de avaliação apresentada no Apêndice A.

5.6 Aspectos éticos

Por se tratar de pesquisa que envolve seres humanos foram respeitadas todas as recomendações conforme prevê a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Conselho Nacional de Saúde, 2016). Desta maneira, duas providências foram necessárias antes de iniciarmos o processo de produção de informações: a primeira foi o envio de carta de anuência ao gestor municipal de saúde do município envolvido no estudo, para autorização da pesquisa; e a segunda providência foi o encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPB. Após a aprovação, todos os participantes tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C) e o assinaram em duas vias, nas quais estavam contidos os objetivos da pesquisa, a participação voluntária, a garantia de preservação da identidade dos entrevistados e a isenção total de qualquer custo.

Essa pesquisa seguiu também os princípios elencados no Ofício Circular de nº 2/2021/CONEP/SESCNS/MS referente à pesquisa com qualquer das etapas em ambiente virtual, caso houvesse a necessidade de realizar a coleta dos dados de maneira virtual (Conselho Nacional de Saúde, 2021).

Os aspectos éticos e os riscos aos sujeitos que fizeram adesão aos estudos foram mínimos e estiveram relacionados apenas a algum constrangimento durante a entrevista entre pesquisador e entrevistado, caso não se sentiram- confortáveis para responder a algumas das perguntas, foram inteiramente respeitadas sua vontade.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados alcançados na construção desta tese serão apresentados e discutidos de forma estruturada, organizados em três produtos acadêmicos elaborados ao longo do desenvolvimento do projeto: dois artigos científicos e um capítulo de livro. Cada produção corresponde a uma etapa específica da investigação, contemplando seus respectivos objetivos, resultados e discussões.

6.1 Etapa 1 - Artigo 01: A construção histórica da trajetória da implantação da Política Nacional de Humanização no município de Maceió[1]

Introdução

No cenário político brasileiro o avanço do neoliberalismo traz perdas significativas para a saúde pública. A redução do papel do Estado na economia, a privatização de serviços e o corte de gastos públicos impactam diretamente no Sistema Único de Saúde (SUS). Algumas das principais perdas incluem falta de investimento, privatização e terceirização da gestão e serviços, desmonte de programas e políticas essenciais e a precarização do trabalho dos profissionais da saúde (Menezes; Moretti; Reis, 2019).

A partir do governo de Michel Temer, houve uma intensificação do projeto neoliberal, potencializando a política de ajuste fiscal permanente, promovendo cortes nos gastos sociais, ao mesmo tempo em que manteve intactas as despesas financeiras, como o pagamento de juros da dívida pública (Boschetti; Teixeira, 2019). O grande desafio se aprofundou durante o governo de Jair Bolsonaro, quando medidas de austeridade fiscal e a ausência de ampliação do orçamento federal para a saúde reduziram o financiamento público e limitaram a capacidade de expansão do SUS. Paralelamente, o Estado favoreceu o setor privado, ao incentivar a privatização de serviços e estimular a difusão dos chamados planos de saúde populares, caracterizados por mensalidades de baixo custo, mas também por coberturas restritas. Essa política contribuiu para deslocar parte da demanda para o mercado suplementar,

[1] Aceito para publicação na Revista Physis de Saúde Coletiva em 07/02/2026.

reforçando a ideia de insuficiência do sistema público e enfraquecendo, de forma estrutural, os princípios de universalidade e integralidade que sustentam o SUS. Concomitantemente, observou-se o desmonte da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e da Política Nacional de Saúde Mental, sem que houvesse amplo debate com a sociedade (Bravo *et al*., 2019).

Considerada a porta de entrada do usuário no SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) possui também a função de ordenar o cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS), atuando como o ponto de partida do usuário na hierarquização pela busca de seu cuidado em saúde. Estudos revelam que o acesso aos serviços na APS continua desafiador, restrito e burocrático, regulado pela demanda espontânea e centrado no cuidado médico (Silva *et al*., 2021). Somam-se a esses desafios a fragmentação e verticalização dos processos de trabalho, caracterizadas pela centralização das decisões em instâncias superiores, reduzindo a autonomia das equipes e desconsiderando as singularidades dos territórios, acrescidas pelo despreparo dos profissionais para atuarem em equipe e lidarem com as dimensões sociais e subjetivas do cuidado (Brasil, 2017).

A humanização do SUS é uma política essencial que propõe e orienta diversas práticas, tais como:a valorização das condições de trabalho dos profissionais, a transformação do modelo de assistência para um cuidado integral e centrado no usuário, a oferta de formação permanente às equipes, a garantia dos direitos dos usuários como princípio orientador e a avaliação contínua dos processos de trabalho, de modo a fortalecer a corresponsabilidade e a efetividade do SUS (Moreira et al., 2015). A PNH atravessa ações e instâncias do SUS, com base na indissociabilidade entre atenção e gestão, clínica e política, produção de saúde e subjetividades. Propõe uma articulação ética e integrada, que reconhece e valoriza o protagonismo de gestores, trabalhadores e usuários na produção do cuidado e na gestão em saúde (Brasil, 2016).

Apesar de sua relevância para o SUS, a PNH sofreu retrocessos significativos no contexto político federal. Uma das medidas mais impactantes foi a retirada dos consultores do Ministério da Saúde, que atuavam como apoiadores institucionais, contratados para o fomento da PNH junto aos estados e Distrito Federal, enfraquecendo e, por vezes, comprometendo a continuidade das ações de humanização da saúde nos territórios. Esse processo culminou na extinção da Coordenação Geral da PNH em 2019, durante o governo Bolsonaro, o que fragilizou

ainda mais as práticas de cuidado humanizado e representou um retrocesso no compromisso com os princípios fundamentais do SUS (Ferreira Neto et al., 2024).

Analisar a história da implantação de políticas públicas, tal como a PNH, é fundamental para compreender os avanços e desafios na construção de um SUS mais inclusivo e resolutivo. Dentre os seus objetivos destaca-se o de identificar como as ações de humanização articuladas podem enfrentar problemas de gestão e do trabalho em saúde em todos os espaços institucionais (Pasche; Passos; Hennington, 2011). Nesta direção, este artigo busca analisar a trajetória da PNH no contexto do município de Maceió, na Secretaria Municipal de Saúde, no período de 2003-2023, com base em documentos públicos e entrevistas com profissionais de saúde e gestores municipais com ela envolvidos.

Procedimentos metodológicos

Esta pesquisa caracteriza-se como um estudo de caso, de caráter descritivo e exploratório, desenvolvido por meio de uma abordagem qualitativa, utilizando análise documental (dados secundários) e entrevistas com o uso de roteiros semiestruturados na coleta de dados.

O aporte teórico-metodológico escolhido foi a hermenêutica-dialética. Segundo Gadamer (1999), a hermenêutica pretende entender os sentidos produzidos na comunicação entre os seres humanos, fixando a linguagem como seu principal instrumento. No que se refere à dialética, Minayo (2014, p. 167) afirma que “é a ciência e a arte do diálogo, da pergunta e da controvérsia”. Além disso, tem a finalidade de descobrir fatos através da linguagem e elementos que possibilitem elaborar críticas sobre eles mediante a cultura. Para Habermas (1987), a articulação entre hermenêutica e dialética é promissora em função do contexto real em que estão inseridas, visto que a mesma racionalidade que entende, esclarece e agrega é a mesma que questiona, censura e desarticula.

O estudo foi realizado no município de Maceió, capital de Alagoas, no nordeste brasileiro. Maceió possui uma população residente estimada em 957.916 habitantes, distribuídos em uma área territorial de 509.320 km² (IBGE, 2022). Em termos de território de saúde, Maceió está localizada na primeira macrorregião de saúde e na primeira região de saúde. A rede de APS está estruturada em oito Distritos Sanitários,

com 155 equipes da Estratégia Saúde da Família (e-SF) e 29 equipes da Atenção Primária à Saúde (e-AP), com carga horária de 20 horas, e 7 equipes da Atenção Primária à Saúde (e-AP), com carga horária de 30 horas. Apresenta uma cobertura de 62,23% da APS (Brasil, 2025).

Os participantes do estudo foram convidados por conveniência e contactados por telefone. Foram divididos em dois grupos, sendo o primeiro composto por de trabalhadores da Atenção Primária em Saúde (APS) de Maceió e o segundo grupo por gestores municipais da PNH. O grupo de trabalhadores da APS atenderam aos seguintes critérios de inclusão: serem egressos do curso de formação de apoiadores na PNH realizado em Alagoas e estarem desenvolvendo atividades laborais nas equipes da Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Maceió há mais de doze meses. Do total de 30 profissionais existentes atuando na SMS Maceió, seis atenderam aos critérios acima descritos. O segundo grupo foi constituído por ex-gestores e pela atual gestora municipal da PNH em Maceió, totalizando seis participantes. Desses, quatro possuem vínculos efetivos com a Prefeitura; a atual gestora apresenta vínculo precarizado, estando contratada pela atual gestão da SMS; e outra, também em condição de precarização, já foi desligada em decorrência da mudança de gestão.

A coleta de dados da pesquisa contemplou as duas etapas. Na primeira, houve a análise documental, onde foram separados, identificados, analisados e avaliados os documentos investigados. A segunda consistiu no estudo de campo, por intermédio de entrevistas semiestruturadas, junto aos sujeitos da pesquisa. Essas etapas serão descritas a seguir.

Na primeira etapa, os documentos descritos no Quadro 1 foram coletados no período de fevereiro a maio de 2024. Os planos municipais de saúde estão disponíveis no website da Prefeitura. Os relatórios das mostras estaduais, os planos estaduais de humanização e as atas das reuniões da Câmara Técnica de Humanização (CTH) foram solicitados por e-mail à coordenação estadual da PNH, com base na Lei de Acesso à Informação que regula o acesso à informação de acordo com os princípios básicos da administração pública (Brasil, 2011). Foi realizada a exploração de todo o material com a leitura aprofundada e por diversas vezes. Esse processo permitiu identificar os elementos históricos da PNH em Maceió, organizando-os em uma linha do tempo, com os principais acontecimentos acerca de sua implantação.

Quadro 2 - Documentos analisados para trajetória histórica na PNH em Maceió, 2024.

Documento	Período
Plano Estadual de Humanização da Saúde de Alagoas (PEHS-AL)	2016-2019 e 2021-2024
Monitoramento das ações desenvolvidas pelo município de Maceió referentes às duas edições dos PEHS-AL	2016-2019 e 2021-2024
Relatórios das Mostras Anuais das Ações fundamentadas na Política Nacional de Humanização (PNH)	2021-2023
Atas das reuniões da Câmara Técnica de Humanização	2009-2023
Plano Municipal de Saúde do município de Maceió referente aos dois últimos quadriênios	2018-2021 e 2022-2025
Plano de trabalho da Coordenação Municipal de Humanização do município de Maceió	2020-2024

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

Na segunda etapa, foram realizadas entrevistas pela pesquisadora em Maceió, entre julho e dezembro de 2024, em locais previamente acordados com os participantes. O roteiro semiestruturado contemplou inicialmente questões de caracterização sociodemográfica e, em seguida, perguntas abertas que favoreceram o diálogo e o aprofundamento sobre as ações da PNH na APS. As entrevistas abordaram o conhecimento dos participantes sobre a PNH, seus avanços, desafios e diretrizes centrais — como ambiência, gestão participativa, direitos dos usuários, valorização do trabalho e do trabalhador, e acolhimento. Também foram exploradas questões relacionadas ao acesso dos profissionais da APS à educação permanente, à percepção de práticas de humanização nos serviços e à opinião sobre a implantação ou não da PNH na APS de Maceió.

As entrevistas foram gravadas em áudio, e o material obtido foi transcrito e armazenado na nuvem do *Google Drive* da pesquisadora. Também foi realizada a validação da transcrição. A transcrição das entrevistas obedeceu ao critério do anonimato dos participantes, os quais foram codificados pela categoria profissional/usuário/gestor e código alfanumérico, segundo a ordem de realização.

A análise dos dados foi realizada durante todo o percurso da pesquisa, na intenção de compreender os aspectos revelados nas entrevistas e no próprio processo da investigação, o que ocorreu com a leitura e a interpretação das transcrições das entrevistas, conforme os passos a seguir: ordenação, classificação e análise final dos dados.

A classificação dos dados possibilitou a construção dos fatos empíricos a partir dos pressupostos teóricos e da teoria que sustenta a pesquisa. Após a transcrição das

entrevistas, conforme orientação de Minayo (2014), foi realizada a leitura exaustiva e flutuante dos textos contidos nas entrevistas, para identificar as ideias centrais sobre o objeto de estudo.

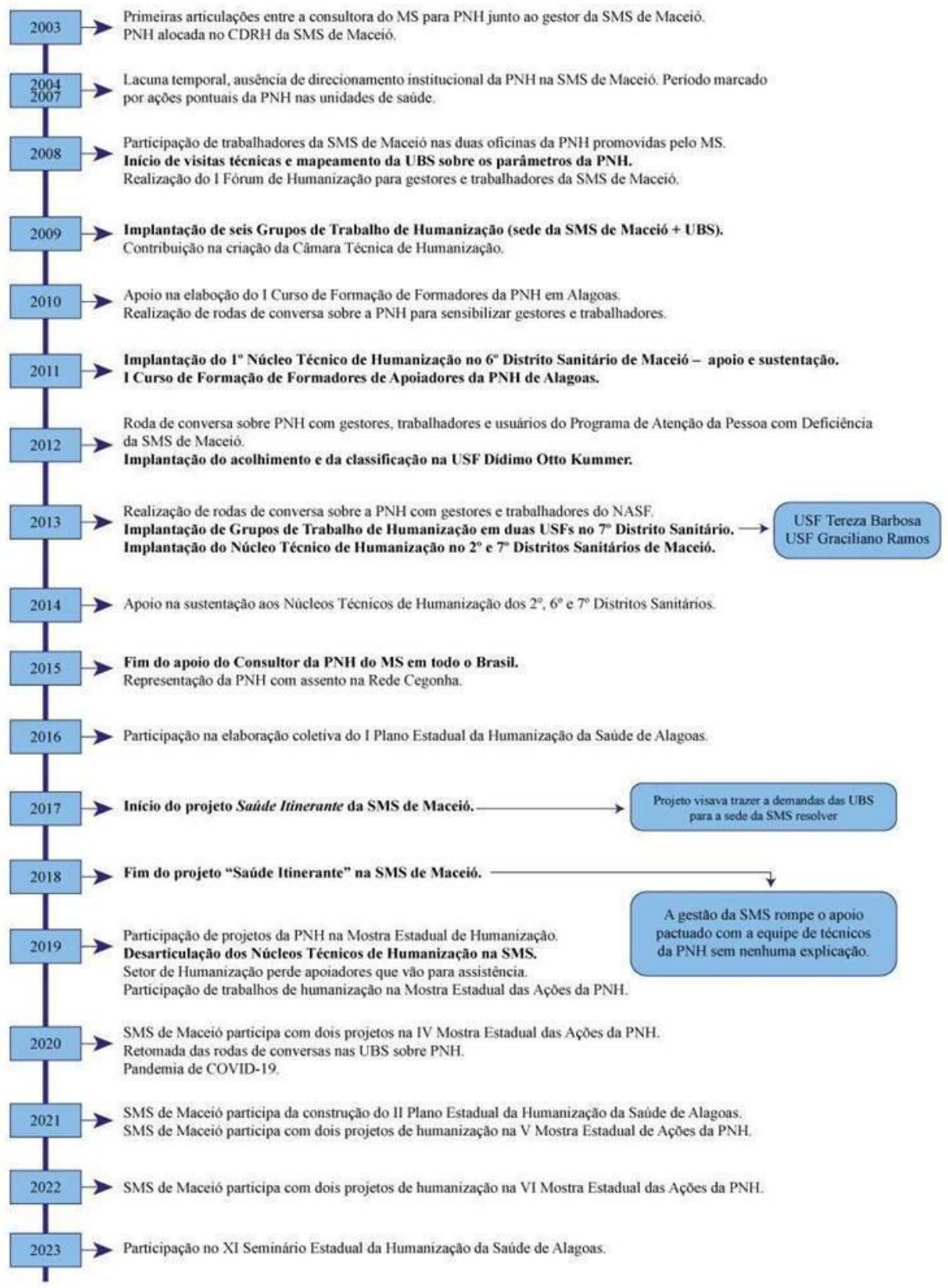
Nessa etapa, foi preciso compreender que os dados não existem por si só, eles são construídos a partir do questionamento que é feito sobre eles, com base nos fundamentos teóricos. Esse processo permitiu a identificação de fatos relevantes, segundo a ação dos atores sociais na comunidade pesquisada. Essas chamadas estruturas relevantes identificadas, tanto nas entrevistas como nas análises de documentos, foram classificadas em categorias.

O estudo atendeu a todos os aspectos éticos exigidos pelo Comitê de Ética de Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Número do Parecer**:** 6.784.792 com CAAE 78498024.7.0000.5188.

Resultados e Discussão

A partir da leitura dos documentos e das falas das pessoas entrevistadas, foi organizada uma linha do tempo onde estão descritos os acontecimentos diretamente relacionados à implantação da PNH no município de Maceió-AL, conforme Figura 2:

Figura 2 - Linha do tempo da implantação da PNH no município de Maceió: 2003-2023



Fonte: Elaborado pelos autores, (2025).

A implantação da PNH em Maceió teve início em 2003, com a articulação entre o MS e a SMS visando a institucionalização da política nos serviços de saúde do município. Essa parceria visava, ainda, promover o alinhamento estratégico necessário para o fomento e a capilarização da PNH na capital alagoana. No entanto, apesar do interesse inicial do gestor municipal da Saúde, a política foi alocada na Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CDRH) sem o devido direcionamento institucional, ou seja, sem a devida estruturação e o planejamento técnico das ações, e na ausência de uma equipe composta para conduzir a política — sendo atribuída a responsabilidade a apenas um profissional, sem o devido apoio financeiro para a proposição de ações de formação e educação permanente em saúde, entre outras medidas necessárias —, observa-se um cenário fragilizado. A falta dessa base estruturante, somada à ausência de uma política institucional consolidada, resultou em ações pontuais e isoladas em algumas Unidades Básicas de Saúde (UBS), geralmente conduzidas por iniciativas locais, sem respaldo institucional consistente.

Sabe-se que a consolidação da PNH como política integrante do SUS depende da organização sistemática junto às secretarias estaduais e municipais e Câmaras Técnicas (Pasche; Passos; Hennington, 2011). No entanto, em Maceió a implementação da PNH ocorreu de maneira bastante frágil e incipiente. A articulação com o governo municipal foi limitada, sem planejamento estruturado, sem definição precisa de responsabilidades institucionais e sem suporte técnico, político ou financeiro que garantisse a sustentabilidade das ações. Essa fragilidade comprometeu a consolidação da política como diretriz efetiva nos serviços de saúde locais.

A partir de 2008, a Coordenação Geral da PNH no Ministério da Saúde começou a investir nos territórios o que acabou favorecendo e estimulando a participação de trabalhadores do município em ações formativas, e que, decorreram nas seguintes ações em Maceió: realização de duas oficinas de formação de apoiadores da PNH e a realização de mapeamento das UBS. Este último visando identificar ações e atores estratégicos. Destacou-se ainda a proposta de se implantar uma unidade de referência na PNH por Distrito Sanitário da capital, além da realização do I Fórum de Humanização da SMS, marco da institucionalização da política no município,

> *A implantação partiu disso, a gente foi fazer esse trabalho minucioso nas unidades para identificar as unidades que já tinham abertura a esse trabalho, ou que já estavam desenvolvendo algum tipo de ação que era de PNH e que, às vezes, nem sabiam, mas a gente já começava a ver que já tinham um caminho ali; e, a partir disso, a gente tinha um apoio também da gestão da SMS, que casou com a gestão política do país, que estava numa fase favorável, e começaram logo a ter congressos relacionados à Humanização, Alagoas começou a mandar representantes para esses momentos, tanto para eventos nacionais como eventos regionais (G01).*

Em 2009, no processo de descentralização da PNH, Maceió apostou na gestão participativa com a criação de seis Grupos de Trabalho de Humanização (GTHs) — um na sede da SMS e cinco nas UBS — como espaços de diálogo horizontal, formação crítica e intervenção no cotidiano dos serviços (Campos, 2015). No mesmo ano, o município também contribuiu ativamente para a criação da CTH estadual, coletivo interinstitucional que segue atuante e se consolidou como instância estratégica para o fortalecimento da PNH em Alagoas, ao promover debates sobre práticas concretas à luz dos princípios da política (Roza *et al*., 2014).

Em 2010, diante da sinalização do MS sobre a importância da formação de apoiadores, iniciou-se o planejamento de cursos voltados à capacitação de profissionais, considerados fundamentais para a disseminação e sustentação da PNH no SUS (Pasche; Passos; Hennington, 2011). Em 2011, a Secretaria de Estado da Saúde (SESAU), em parceria com a CTH, a Universidade das Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), a SMS de Maceió e o MS, promoveu o I Curso de Formação de Formadores da PNH em Alagoas, formando 33 apoiadores, dos quais 11 eram da SMS de Maceió. A segunda turma do curso, realizada em 2013, teve 45 participantes, incluindo sete da APS de Maceió, sendo muito bem avaliada pelos trabalhadores das UBS.

> *Com esse curso, a gente começou a estudar a PNH, onde a gente começou a sensibilizar os funcionários, onde a gente fazia treinamentos, estudamos a clínica ampliada, com a participação dos funcionários. Aí, a gente escolheu a diretriz o acolhimento, que era bem deficiente na unidade, e conseguimos fazer um bom trabalho lá (T01).*

A partir de 2012, a SESAU passou a promover anualmente o Seminário Estadual de Humanização da Saúde, consolidando-o como um espaço de formação, de troca de experiências e de diálogo entre gestores, trabalhadores e usuários. O evento tornou-se uma referência para o fortalecimento das práticas humanizadas no SUS em Alagoas, contribuindo para a articulação entre os diferentes níveis de gestão

e a difusão dos princípios da PNH no estado.

Em Maceió, destacaram-se dois projetos estratégicos para o fomento local da PNH: o Núcleo Técnico de Humanização (NTH) e o programa Saúde Itinerante. Os NTHs foram implantados como unidades de referência nos oito Distritos Sanitários da capital, reunindo representantes de todos os serviços de saúde do território. Esses núcleos se consolidaram, especialmente, em 2015, como espaços de escuta qualificada, de diálogo e de construção coletiva, promovendo a integração entre profissionais, gestores e usuários. A experiência, embora desafiadora, favoreceu a incorporação efetiva das diretrizes da PNH no cotidiano dos serviços, fortalecendo o compromisso com um cuidado mais humanizado e participativo, como descrito na fala do gestor:

> *Porque, à medida que a gente fazia uma discussão de qualificar a produção de saúde no território, dentro do núcleo, a gente discutia necessariamente o processo de trabalho, incluindo o trabalhador. Pensar no processo de trabalho, porque a gente ainda tinha, e tem ainda, um resquício muito forte da gestão, mas mais endurecida mesmo, que diz assim: 'olha, você tem X tempo para entregar tal produto e você vai trabalhar assim'. Então, naquele momento em que a gente abriu o diálogo, colocando o trabalhador como um sujeito ali protagonista de pensar os seus processos naquele cotidiano, a gente vai entender que é pensar a valorização daquele trabalhador, o momento em que ele estava completamente gestor do seu processo de trabalho (G03).*

Em 2015, o trabalho desenvolvido pela equipe da PNH em Maceió ganhou destaque nacional com o projeto "Apoiadores Municipais Fomentando os Núcleos Técnicos de Humanização", premiado em 1º lugar na região Nordeste durante a mostra "Brasil, aqui tem SUS", promovida pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Esse reconhecimento ampliou a visibilidade local da PNH, fortalecendo o interesse da gestão municipal pela continuidade e a expansão das ações.

No entanto, apesar dos avanços alcançados em Alagoas, em nível nacional, a partir de 2016, observou-se um cenário de retrocessos significativos para a PNH e, no contexto de desmonte do SUS. Esse processo se intensificou durante o governo Michel Temer, marcado por uma agenda neoliberal que impactou diretamente o financiamento da saúde, sobretudo com a promulgação da Emenda Constitucional nº 95. Essa medida instituiu o teto de gastos públicos por 20 anos, inviabilizando a expansão de ações, programas e serviços de saúde, bem como investimentos em pesquisa e em iniciativas estratégicas, como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família

(NASF), que qualificava o cuidado ofertado na APS brasileira (Brasil, 2021). Somado a isso, a retirada dos consultores que atuavam como apoiadores institucionais da PNH nos estados e no Distrito Federal, por meio do MS, enfraqueceu a principal estratégia de sustentação da política nos territórios, resultando no abandono de diversos processos de humanização em curso em todo o país (Ferreira Neto *et al*., 2024).

Mesmo diante desse cenário adverso, Alagoas resistiu com ações estratégicas. Um marco importante foi a elaboração coletiva do Plano Estadual de Humanização da Saúde (PEHS), em 2016, sob coordenação da SESAU. Estruturado em três eixos – Gestão do SUS, Assistência ao Usuário e Valorização do Trabalho –, o plano articulou diretrizes da PNH com as especificidades locais e orientou as ações de humanização nos municípios e serviços de saúde alagoanos. Em razão de sua importância houve uma nova edição do plano para o quadriênio 2021-2024. Complementando essa estratégia, foi implantado, em 2017, o projeto “Saúde Itinerante no Município de Maceió”, que inverteu a lógica tradicional da gestão ao levar equipes técnicas diretamente aos territórios. A proposta ofereceu suporte *in loco* às UBS, promovendo escuta qualificada, resolutividade e fortalecimento dos vínculos entre gestão e serviços, sendo uma abordagem inovadora que reafirmou o compromisso com uma gestão humanizada, corresponsável e conectada às realidades locais.

Em 2018, a SMS de Maceió interrompeu abruptamente o apoio ao projeto “Saúde Itinerante”, rompendo acordos estabelecidos e encerrando suas atividades sem diálogo prévio ou justificativa formal. A decisão, tomada de forma unilateral e autoritária, representou um retrocesso nas estratégias de aproximação entre gestão e serviços da ponta, desmontando processos cuidadosamente construídos ao longo dos anos. O episódio insere-se em um contexto político-institucional marcado por tensões entre o governo estadual, então sob a gestão de Renan Filho (PMDB), e a Prefeitura de Maceió, liderada por Rui Palmeira (PSD), o que fragilizou a continuidade de parcerias entre estado e capital. Soma-se a esse cenário o fato de que, no âmbito federal, a PNH havia sido considerada extinta durante o governo do ex-presidente Jair Bolsonaro. Ainda assim, em Alagoas, a coordenação estadual da PNH e as ações e serviços de humanização previamente fomentados foram mantidos pela gestão estadual, em razão de sua relevância para a qualificação do cuidado e da gestão em saúde.

Esse movimento refletiu o cenário político nacional daquele período, com a ascensão do governo Jair Bolsonaro, marcado pelo aprofundamento das

contrarreformas iniciadas na gestão anterior, reforçando a agenda de austeridade fiscal e de retração das políticas sociais. A proposta central desse processo foi a Reforma da Previdência, encaminhada ao Congresso Nacional em 2019, que alterou de forma significativa as regras de aposentadoria e pensão, restringindo direitos historicamente conquistados pela classe trabalhadora (Brasil, 2019). Essa medida não se apresentou de forma isolada, mas integrada a um conjunto de iniciativas que intensificaram a lógica neoliberal no país, marcada pela diminuição do papel do Estado como garantidor de direitos sociais (Bravo; Pelaez; Menezes, 2020). Nesse contexto, o SUS também foi impactado, uma vez que o enfraquecimento do financiamento público e a priorização de pautas econômicas em detrimento da saúde e da seguridade social comprometeram a consolidação de políticas voltadas à equidade e à humanização do cuidado.

Neste contexto, a PNH foi profundamente fragilizada, reduzida a uma coordenação sem potencial de intervenção no MS, com atividades encerradas oficialmente em 2019. No plano municipal, a ruptura também afetou diretamente os profissionais responsáveis pela gestão da PNH em Maceió: dois dos três técnicos da equipe condutora da PNH, envolvidos nos projetos, solicitaram transferência para outras unidades diante da desvalorização, pressões internas e perda de legitimidade, revelando o impacto da descontinuidade das políticas públicas, como destacado na fala do gestor abaixo:

> *Enquanto a gestão apoiou o projeto e colocava na agenda, tudo certo. Quando ela decidiu que não, não foi comunicado à gente. A gente, enquanto PNH, ficou muito exposto, porque era uma atividade que demandava trabalho, esforço, conflitos, fragilidades com pessoas. Em alguns momentos, uma pessoa em si, mas do trabalho de algumas pessoas, e nem todo mundo gostava desse trabalho, apesar da proposta ser apoiada pela PNH. E a gente se tornou um tanto bode expiatório, porque a gente sustentava e era a gente que produzia. Então, todos esses encontros não aconteciam sem a presença da gente. Então, algumas áreas não iam para o Conselho, algumas práticas dessas, mas a gente da PNH estava em todas e tinha geralmente a função de comissão, de mediação, de coordenação. Então, a gente ficou muito exposto; e, aí, quando o projeto – ele para –, algumas coisas ficaram pendentes. Aí, é que isso ficou como responsabilidade nossa: não ter dado continuidade. Aí, ficou bem difícil se sustentar dentro do setor, continuar na sede. Para mim, inclusive (G02).*

Em 2019, com a saída da última técnica da equipe da Política Nacional de Humanização (PNH) na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Maceió, encerrou-se formalmente sua atuação institucional no município. Esse processo reflete o

contexto mais amplo de desmonte das políticas sociais, iniciado no governo Temer e intensificado no governo Bolsonaro, marcado pelo desfinanciamento e pela desestruturação dessas políticas (Bravo; Pelaez; Menezes, 2020).

Atualmente, a condução local da PNH restringe-se à atuação pontual de duas servidoras, centrada na manutenção de reuniões com o grupo de apoiadores do município, na participação na Câmara Técnica de Humanização estadual e na realização de visitas técnicas, apresentando, contudo, baixa efetividade. Esse cenário é agravado por tensões político-institucionais entre os governos estadual e municipal, o que dificulta a articulação interfederativa e compromete a coordenação das ações no âmbito do SUS.

A partir da análise dos documentos levantados e das falas dos entrevistados, foi realizada a exploração do material coletado, através de leitura atenta, o que possibilitou o registro por categoria destacada. Em seguida os resultados encontrados foram interpretados e articulados a luz referencial teórico proposto por Avedis Donabedian (1982), que possibilitou avaliar a qualidade dos serviços em saúde a partir das dimensões estrutura-processo-resultado. Nesta direção, foi possível realizar uma interpretação crítica com a literatura, que culminou com a identificação das categorias temáticas: fragilidades e potencialidades, no processo de implantação da PNH em Maceió, conforme exposto no Quadro 3.

Quadro 3 - Categorias de análise sobre o processo histórico da implantação da PNH no município de Maceió

Potencialidades	Fragilidades
Formação de apoiadores institucionais	Alta rotatividade de gestores municipais
Implantação de espaços de diálogos	Falta de apoio da gestão
Engajamento dos profissionais de saúde à PNH	Cenário político conflitivo entre município e estado

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

A seguir, serão apresentados os resultados e análise de cada categoria.

Potencialidades

Formação de apoiadores institucionais: o aprendizado sendo transformado em ações na UBS

Em 2011, a SMS de Maceió priorizou a participação de profissionais nos cursos de formação de apoiadores da PNH promovidos pelo estado. A proposta era que esses profissionais atuassem como apoiadores institucionais em seus próprios locais de trabalho, assegurando a continuidade das ações de humanização, como destaca a Gestora 01: *"[...] O objetivo era formar multiplicadores, era formar apoiadores que pudessem disseminar dentro das unidades, porque a gente sabia que, a partir daí, seria bem mais fácil de ser conseguida"* (G01).

A oferta de cursos foi essencial para iniciar e sustentar ações de humanização nas UBSs, fortalecendo as equipes com apoio técnico local. No entanto, essas iniciativas também exigiam acompanhamento contínuo da gestão para consolidar os processos, a equipe técnica condutora da PNH no município realizou o monitoramento das iniciativas desencadeadas pelas UBS e realizou visitas técnicas às unidades com o objetivo de oferecer apoio na oferta de capacitações, na facilitação de rodas de conversa sobre temas demandados, no apoio à criação de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH), na intervenção em processos de trabalho que exigiam análises coletivas e dialógicas entre os membros das equipes entre os membros das equipes e na sustentação das ações desenvolvidas nas UBS. Os impactos desses arranjos foram percebidos diretamente nos serviços, como relata a Trabalhadora 04, participante de uma das formações promovidas pelo estado.

> *[...] quando fizemos a capacitação, eu trouxe a política para cá. Nós trabalhamos durante dois anos na política, e foram os dois anos mais maravilhosos que tivemos. O olhar desde a recepção até a cozinha, que a gente trabalhava esse cuidado do trabalhador, do usuário e do serviço como via de mão dupla, tentar fazer o melhor. E foi muito bom! (T04).*

O investimento em formação impulsionou ações de humanização nas UBS de Maceió, com destaque para o projeto "Acolher Carminha", da UBS Dídimo Otto Kummer. A iniciativa foi premiada nacionalmente em 2013 na mostra "O SUS que dá certo", promovida pelo MS, ficando entre as 30 melhores entre as 457 experiências inscritas. O reconhecimento refletiu o compromisso da equipe local e o apoio técnico da gestão da PNH da SMS de Maceió, como ressalta a Trabalhadora 03:

> *[...] e, quando veio o curso, em 2011, foi quando a gente resolveu participar e começou a implantar algumas coisas que a gente aprendia no curso lá na Unidade de Saúde da Família. Em primeiro momento, trabalhamos muito o acolhimento. (T03).*

> *[...] a gente organizou a unidade de saúde pelos fluxos de atendimento, e também fizemos o organograma de lá. Então, mapeamos todos os setores do posto, para depois a gente ver como é que a gente ia melhorar (T03).*

Os processos de formação de apoiadores, iniciados em 2006, adotaram a metodologia de formação-intervenção própria da PNH. Essa abordagem compreende o cotidiano dos serviços como espaço privilegiado para a aprendizagem, a reflexão crítica e a construção coletiva de saberes (Roza *et al*., 2014; Matias; Verdi; Finkler, 2016).

Investir em cursos sobre a PNH mostrou-se essencial não apenas para disseminar a política, mas também para sustentar as ações de humanização nas UBS. Como destacam Pasche, Passos e Hennington (2011), a formação é inseparável da intervenção e atua como estratégia de capilarização e experimentação da política em toda a rede do SUS.

Implantação de espaços de diálogo: apoio institucional como dispositivo de fortalecimento da PNH

A formação dos GTH´s nas UBS´s de Maceió, apoiada pela gestão municipal da PNH, foi fundamental para fortalecer a implementação da política. Ao estimular a autonomia e o protagonismo, os GTHs criaram espaços de diálogo nas UBS que integravam trabalhadores e usuários, promovendo a reflexão sobre os processos de trabalho, a discussão de casos complexos, o fortalecimento do trabalho em equipe e a formação, resultando em experiências reconhecidas em eventos estaduais e nacionais.

> *[...] nós tínhamos grupos de trabalho de humanização nessas unidades, principalmente, que eram referência. A gente tinha uma agenda regular com eles para ir até a unidade, ter aquele momento, aquele espaço com os representantes que compunham o grupo de trabalho de humanização. A gente pedia que sempre tivesse representantes tanto dos trabalhadores quanto dos usuários e gestores da unidade. Às vezes, não podiam estar todos, mas havia sempre alguém representando (G01).*

A PNH utiliza o apoio institucional como estratégia central para fortalecer a gestão e os processos de trabalho, por meio da atuação dos apoiadores, que promovem espaços coletivos de reflexão, planejamento e intervenção (Santos Filho; Barros; Gomes, 2009). Essa prática visa construir, junto aos coletivos de saúde, metas e ações compartilhadas que fomentem mudanças organizacionais (Oliveira, 2011). Os

apoiadores, ao acompanharem os processos de trabalho, qualificam a oferta clínica e de saúde, fortalecendo a grupalidade e potencializando a humanização nos serviços (Pasche; Passos; Hennington, 2011).

Engajamento dos profissionais de saúde aos espaços de cogestão

Entre 2008 e 2023, a SMS de Maceió implementou diversas ações para ampliar a capilarização da PNH nos serviços municipais, destacando-se os Núcleos Técnicos de Humanização nos oito Distritos Sanitários, o projeto “Acolher Carminha”, na UBS Dídimo Otto Kummer, e o projeto “Saúde Itinerante”, o qual levou a gestão para os territórios, promovendo a participação e rompendo a centralização administrativa. Depoimentos de ex-gestores e trabalhadores da APS confirmam esses avanços, como exemplifica a Gestora 03 em relação aos NTHs.

> *O núcleo, ele conseguia discutir possibilidades de dispositivos dentro dos serviços. A gente teve muita experiência de GTH e classificação de risco, roda de conversa dentro do serviço, incluindo todo mundo que faz parte do serviço, e esse todo mundo era o gestor do serviço, o trabalhador do serviço e a própria comunidade (G03).*

Os NTHs, similares aos GTHs, foram criados para fomentar encontros, diálogo horizontal, troca de experiências e formação, valorizando relações de trabalho participativas. A proposta dos NTHs, assim como dos GTHs, consiste em oportunizar espaços de encontro entre sujeitos para refletirem sobre os processos de trabalho e a forma como as relações são conduzidas no cotidiano dos serviços de saúde. Esses espaços visam a construção coletiva de alternativas para os desafios enfrentados, fortalecendo o grupo como instância de autonomia e protagonismo, capaz de promover as mudanças necessárias para a qualificação do cuidado em saúde. O que os diferencia é a abrangência, isto é, o GTH está restrito aos gestores, trabalhadores e usuários de um mesmo serviço de saúde, dialogam sobre os desafios daquela unidade e buscam as possíveis soluções.

Já os NTHs, ele abrange todos os serviços de saúde pertencentes àquele distrito sanitário, e a discussão versa sobre os problemas em comum e na busca das possíveis soluções de forma coletiva. A PNH enfatiza que a gestão participativa não se faz por ordens rígidas, mas pela reorganização coletiva do trabalho, priorizando o “como fazer” para humanizar gestão e cuidado. Essa abordagem foi exemplificada no

projeto “Acolher Carminha”, na UBS Dídimo Otto Kummer, que, com protagonismo da equipe e apoio comunitário, melhorou a assistência e ganhou reconhecimento local. Segundo Santos Filho, Barros e Gomes (2009), essas ações fortalecem o diálogo e a participação, como confirmado por relatos de trabalhadores da APS:

> *O posto era muito barulhento, os pacientes não tinham como aguardar o acesso às consultas, porque não tinha movimento de acolhimento, de ouvir, de conscientização. Então, a gente começou com esse trabalho de acolhimento e classificamos um risco. Quem era consulta marcada, recebia a cor verde, que era a ausência, que era quem fazia um fluxograma que passava pelo arquivo na recepção, era direcionado para a triagem, que era o pessoal da enfermagem, as técnicas de enfermagem na escuta qualificada, elas identificavam se tinham algum problema de saúde, alguma coisa mais de urgência, e elas davam a cor amarela (T01).*

Na ação “Saúde Itinerante”, houve uma inversão na lógica tradicional de funcionamento, ao invés de impor demandas verticalmente às unidades de saúde, a gestão passou a ouvir as demandas originadas dos próprios territórios. Essa mudança ampliou o olhar da gestão para as reais necessidades locais, favorecendo melhorias na qualidade da assistência, na organização dos processos de trabalho e na construção de uma relação mais horizontal entre gestão, trabalhadores e usuários, como destaca o Gestor 02.

> *E a gente fez uma ação chamada Saúde Itinerante. Aí, foi sistematizado um trabalho com todas as áreas da saúde, junto com as unidades básicas e a ideia de itinerante, porque aí teria que ter sido uma prática sistemática de acompanhamento e monitoramento junto às unidades básicas desses setores. O serviço funcionou em torno de um ano, enquanto a gestão apoiou o projeto e colocava na agenda. Quando ela decidiu parar, não foi comunicado à gente: parou o apoio ou não tinha mais interesse, simplesmente abandonou (G02).*

> *O centro era a Atenção Primária. Então, as 38 unidades foram visitadas e revisitadas. Tinha um plano para cada uma delas; e a gente, enquanto PNH, cuidou de estabelecer o fluxo junto com cada uma das unidades. Então, além dessas linhas gerais, a gente ia, em idas próprias da equipe da PNH, lá para junto das oficinas com a equipe, consolidar os fluxos de cada uma das equipes (G02).*

Neste sentido, os relatos indicam que o engajamento de trabalhadores e gestores dos serviços de saúde à PNH nunca representou um desafio significativo, pois estes sempre responderam aos chamados da equipe condutora da PNH, seja para participar de rodas de conversa, seminários de humanização, cursos de formação, entre outras estratégias. No entanto, a ausência de um apoio institucional

mais robusto — que adotasse a PNH como política de governo, e de caráter transversal e estruturante —, com planejamento, monitoramento e execução de ações, além de espaço para formação e diálogo junto às unidades, certamente resultaria em ações muito mais consistentes e contínuas.

Atualmente, observa-se a escassez de apoio institucional a ações de natureza relacional e processual, em detrimento de iniciativas voltadas à quantificação da assistência, que estimula uma busca contínua por mensurar a produção de serviços, ainda que tais indicadores não representam, necessariamente, qualidade no cuidado ofertado. A análise dos documentos consultados, articulada às falas dos participantes das entrevistas, evidencia que o principal entrave à efetivação das ações de humanização refere-se à ausência de apoio contínuo da gestão, condição essencial tanto para a sustentabilidade das iniciativas quanto para a adequada resposta às demandas apresentadas pelos serviços.

Fragilidades

As gestões municipais na área da Saúde de Maceió e o reflexo na PNH

As constantes mudanças de gestores na SMS de Maceió, tendo até cinco secretários de Saúde por mandato, como ocorreu nas gestões de Rui Palmeira (2013-2016) e João Henrique Caldas - JHC (2020-2023), nos últimos anos, dificultou a consolidação da PNH e gerou descrédito entre os trabalhadores. As gestões de Rui Palmeira e JHC em Maceió evidenciam um alinhamento neoliberal, expresso na diminuição do papel do Estado e no fortalecimento de parcerias com o setor privado. Na saúde, esse movimento se materializa na privatização da gestão da APS e em contratos terceirizados, justificados pelo discurso da eficiência. Tais medidas, contudo, fragilizam o SUS, precarizam vínculos trabalhistas e restringem o acesso universal, afastando-se do princípio da saúde como direito social garantido pela Constituição (Bravo; Pelaez; Menezes, 2020). Cada novo gestor que assume trazia sua equipe, o que gerava insegurança entre os servidores terceirizados quanto à permanência no cargo. Além disso, ações e programas de saúde podem ser interrompidos ou modificados conforme as prioridades de uma nova gestão, como aponta o Gestor 02.

Durante menos de quatro anos, passaram cinco secretários. Quando você

> *muda um secretário, você vai mudando todas as funções de coordenação, direção e chefia de toda aquela pasta. No caso da Saúde, isso gera uma descontinuidade muito grande no processo de trabalho (G02).*

Entre 2018 e 2019, os NTHs e o projeto Saúde Itinerante, duas importantes iniciativas da PNH em Maceió, entraram em declínio, especialmente após a retirada abrupta do apoio da gestão da SMS à coordenação municipal da política, fragilizando as ações em curso e qualquer movimento que estimule a coletividade entre trabalhadores. A ausência de governança, aliada à instabilidade política e à falta de rotina nos serviços, comprometeu a qualidade do cuidado e expôs a forte interferência político-partidária na SMS, marcada pela alta rotatividade na gestão, sobretudo sob a administração do Partido da Social Democracia Brasileira - PSDB (2013–2020), que promoveu o desmonte de projetos relevantes da PNH. Nesse período, o Decreto Municipal nº 7.966/2014, editado pelo prefeito Rui Palmeira, consolidou um modelo de gestão neoliberal, com valorização da iniciativa privada, precarização de vínculos e priorização de metas em detrimento da qualidade da assistência.

Na gestão do prefeito JHC (PL), aliado do ex-Presidente Jair Bolsonaro e crítico do fortalecimento das políticas públicas, a SMS de Maceió enfrentou alta rotatividade, com cinco secretários nomeados no primeiro mandato, o que comprometeu a continuidade das ações, desorganizou processos e gerou insegurança entre os trabalhadores. Apesar da resistência popular às privatizações, representada principalmente pelo movimento social Fórum em Defesa do SUS, representante do Fórum Nacional em Defesa do SUS, que realizou a mobilização “Em defesa do SUS contra a privatização da saúde” em 04/04/2022, com o objetivo de dar visibilidade ao pleito, pressionar o poder público e evitar a privatização da APS de Maceió (Alagoas, 2022), a ausência de compromisso efetivo com políticas estruturantes gerou insatisfação entre os profissionais que defendem os princípios do SUS, mas encontram pouco apoio das gestões.

Falta de apoio político na implantação da PNH no SUS de Maceió

Conforme evidenciado na linha do tempo, observa-se uma lacuna entre 2004 e 2007 no fomento da PNH em Maceió, decorrente da ausência de apoio efetivo da gestão municipal de saúde à política, apesar de, em 2003, o gestor da SMS de Maceió

ter manifestado, junto ao Ministério da Saúde, através de reunião com a consultora da PNH, interesse em estruturar a PNH no âmbito da secretaria, assumindo formalmente o compromisso de apoiar seu fomento e disseminação.

> *E eu acho que esse é o maior desafio, porque, como a gente não tem apoio da gestão, eu acho muito difícil implantar PNH, porque a PNH, apesar dela se dar nos microprocessos, para que ela ganhe tônus maior, ela precisa também de apoio macro. Se ela não tiver apoio macro, o micro não se consolida. Ele acontece, mas ele não se consolida. E, às vezes, ele tanto pode ser tímido quanto ele pode gerar medo, temeroso. Então, às vezes, você não cria ou não produz algo novo que a PNH propõe – a questão da efetividade e tal. Você não produz com medo do qual reação isso vai provocar (G02).*

A Figura 3 ilustra a cronologia dos partidos que governaram Maceió desde 2005, revelando contradições nas mudanças de filiação dos gestores e a persistência da oligarquia política alagoana, com forte concentração de poder em famílias tradicionais. Vale ressaltar que, desde sua formação como unidade federativa, Alagoas tem sido marcada pela predominância das elites vinculadas aos antigos senhores de engenho, atualmente reconfigurados como empresários do agronegócio. Esses grupos, historicamente associados à propriedade de terras e ao cultivo da cana- de-açúcar, concentraram o poder econômico e político, ocupando postos estratégicos nos principais cargos públicos e jurídicos, além de exercerem forte influência sobre a dinâmica socioeconômica do estado. Essa permanência das oligarquias rurais evidencia a atualidade de um padrão histórico de dominação que molda, ainda hoje, as relações de poder em Alagoas (Diegues Júnior, 2006).

Distante dessa oligarquia, o ex-prefeito Cícero Almeida, com carreira em rádio e TV, iniciou seu mandato no Partido Democrático Trabalhista (PDT), centro-esquerda, mas, ao final, mudou para o Partido Progressista (PP), centro-direita, para garantir a reeleição, ingressando no campo político que antes criticava. Apesar de ter sido condenado em dois escândalos – das Taturanas e da “Máfia do Lixo” durante seus mandatos –, Almeida foi eleito deputado federal em 2014, ilustrando a complexa relação entre ética pública e política em Alagoas (Cícero [...], 2024).

Figura 3 - Cronologia dos partidos políticos que tiveram mandatos na Prefeitura de Maceió: 2005-2025

2005-2008	2009-2012	2013-2016	2017-2020	2021-2024	2025-2028
PDT	PP	PSDB	PSDB	PSB	PL
Cícero Almeida		Rui Soares Palmeira Neto		João Henrique Caldas – JHC	

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

A cronologia política de Maceió evidencia a permanência das oligarquias locais no poder, com destaque para as famílias Palmeira e Caldas. Rui Palmeira, ex-prefeito e atual vereador, é herdeiro de uma linhagem política tradicional (Guilherme [...], 2020), enquanto o atual prefeito, João Henrique Caldas (JHC), representa a continuidade da influência da família Caldas, cujos membros ocupam há décadas cargos eletivos, incluindo sua mãe, senadora eleita pelo PL após aliança com o vice-prefeito Rodrigo Cunha (João [...], 2024; A Família [...], 2024).

Sob a gestão de JHC e do PL, observa-se uma inflexão neoliberal na SMS Maceió, marcada pela redução de concursos públicos e pelo aumento da presença de organizações sociais, o que fragiliza vínculos de trabalho e reforça a lógica da saúde como mercadoria. Como apontam Bravo e Correia (2012, p. 138), a saúde no Brasil é atravessada entre seu caráter de bem público e seu uso como fonte de lucro, sendo cada vez mais financiada com recursos públicos destinados ao setor privado. Nesse contexto, a ausência de apoio político à PNH em Maceió não é apenas omissão, mas expressão de um projeto político alinhado à racionalidade neoliberal.

Cenário político controverso entre estado e capital alagoana: reflexo nas políticas de saúde

Nos últimos 10 anos, Alagoas tem vivenciado tensões políticas, especialmente entre o governo estadual e a administração municipal de Maceió, governados por partidos opostos desde 2015. Essa rivalidade tem dificultado a articulação de ações conjuntas e parcerias institucionais, comprometendo iniciativas que poderiam beneficiar a população. No setor de saúde, a cooperação entre os governos estadual e municipal é fundamental, sobretudo na implementação da PNH, na formulação e na execução das políticas de saúde que são tripartites, envolvendo todas as esferas de governo, e exigem cooperação para garantir a eficácia do sistema, como destaca o Gestor 02: “[...] *Sim, porque Maceió, há uma disputa entre o governo do estado e o governo da capital. Aí, muitas vezes, essas articulações não podem ocorrer por um posicionamento partidário eleitoral*” (G02).

Diante desse cenário, surge a pergunta: até quando os interesses político-partidários vão obstruir o trabalho dos profissionais de saúde? Essas disputas prejudicam a articulação intersetorial, a garantia de direitos e o acesso da população

a serviços qualificados, causando sofrimento e fragilizando políticas públicas em favor de interesses pessoais ou partidários.

Bravo e Correia (2012) alertam que o avanço dos interesses privados ameaça conquistas históricas do SUS, que vem sendo desmontado por modelos de gestão disfarçados sob o argumento de eficiência. A defesa do caráter público e estatal da saúde torna-se, portanto, urgente e imprescindível.

Considerações Gerais

A implantação da PNH na SMS de Maceió foi influenciada pelos contextos políticos locais e nacionais. Iniciada em 2003, na gestão do ex-prefeito Ronaldo Lessa (Partido Socialista Brasileiro – PSB), avançou em 2008 na condução do ex-prefeito Cícero Almeida (Partido Democrático Trabalhista – PDT), apesar de sua administração ter sido marcada por escândalos. Entre 2013 e 2020, sob o comando do PSDB, a PNH destacou-se nacionalmente, mesmo com dificuldades de articulação entre governos municipais e estaduais, pelo fato de serem rivais.

Ressalta-se, entretanto, que, apesar do contexto político conflituoso, foi possível desenvolver ações que contribuíram significativamente para o processo de implantação da PNH no município de Maceió, conforme evidenciado na linha do tempo e nas categorias identificadas como potencialidades. Destaca-se também a realização de um trabalho sério e comprometido com os princípios da PNH, voltado ao fortalecimento dos territórios, à valorização dos sujeitos como protagonistas de suas próprias vidas e à vivência da coletividade. Tais iniciativas contaram com **o** engajamento de trabalhadores, gestores locais e usuários dos serviços, que legitimaram as propostas em busca de uma assistência à saúde de qualidade, inclusiva e libertadora.

No âmbito nacional, a agenda neoliberal do governo Temer desestruturou o SUS e potencializou o compromisso com atores privados, do mundo do agronegócio, o que se refletiu nos estados e no Distrito Federal. Em Maceió, a desmobilização de projetos locais como o Saúde Itinerante e o Núcleo Técnico de Humanização trouxe prejuízos significativos para o fomento da PNH. Atualmente, sob a gestão de João Henrique Caldas (Partido Liberal – PL), alinhada à direita conservadora e ao neoliberalismo, a PNH sofre com falta de apoio político e atuação limitada a ações pontuais.

Apesar dos retrocessos, a PNH em Maceió consolidou práticas humanizadas valorizadas tanto por profissionais quanto por usuários, mas sua fragilidade maior reside na ausência de suporte político, evidenciando o conflito entre o serviço público humanizado e a lógica neoliberal de mercantilização da saúde.

Referências

A FAMÍLIA Caldas: JHC e o consórcio político de Ibateguara. Alagoas, 2024. Disponível em: https://www.cadaminuto.com.br/noticia/2024/05/06/a-familia-caldas-jhc-e-o-consorcio-politico-de-ibateguara. Acesso em: 26 maio 2025.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; MENEZES, J. S. B. D. (2020). A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **Ser Social**, Brasília, DF, v. 22, n. 46, p. 191-209. Disponível em: https://doi.org/10.26512/ser_social.v22i46.25630. Acesso em: 30 abr. 2025.

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 109, p. 126-150, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0101-66282012000100008. Acesso em: 30 abr. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **CNS pede que parlamentares revisem emenda constitucional que congelou recursos do SUS**. Brasília, DF: CNS, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/novembro/cns-pede-que-parlamentares-revisem-emenda-constitucional-que-congelou-recursos-do-sus. Acesso em: 14 set. 2025.

BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019. Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 216, p. 1, 13 nov. 2019.

CAMPOS, G. W. **Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda.** 5. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

CÍCERO Almeida. *In:* WIKIPEDIA: a enciclopédia livre. 2024. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/C%C3%ADcero_Almeida. Acesso em: 26 maio 2025.

COTTA, R. M. M. *et al*. Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, jan. 2013.

DIEGUES JÚNIOR, Manuel. **O bangüê nas Alagoas: Traços da influência do sistema econômico do engenho de açúcar na vida e na cultura regional**. 3. Ed. Maceió: Edufal, 2006.

FERREIRA NETO, J. L. *et al*. A formulação da Política Nacional de Humanização e seus Antecedentes Históricos. **Psicologia**: Ciência e Profissão, v. 44, e268625,

2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1982-3703003268625. Acesso em: 05 maio 2025.

PALMEIRA Guilherme e **a herança liberal de Rui Palmeira.** *História de Alagoas*, 2020. Disponível em: https://www.historiadealagoas.com.br/guilherme-palmeira-rui-palmeira.html. Acesso em: 26 maio 2025.

JOÃO Henrique Caldas. *In:* WIKIPÉDIA: a enciclopédia livre. 2024. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Jo%C3%A3o_Henrique_Caldas. Acesso em: 26 maio 2025.

MATIAS, M. C. S.; VERDI, M. I. M.; FINKLER, M. A dimensão ético-política da humanização e a formação de apoiadores institucionais. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 55–75, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00095. Acesso em: 10 maio 2025.

MOREIRA, M. A. D. M.; LUSTOSA, A. M.; DUTRA, F.; BARROS, E. de O.; BATISTA, J. B. V.; DUARTE, M. C. S. Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3231–3242, 2015.

OLIVEIRA, G. N. de. **Devir Apoiador**: uma cartografia da função apoio. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011. Disponível em: https://redehumanizasus.net/sites/default/files/devir_apoiador_gustavo_nunes.pdf. Acesso em: 12 mar. 2025.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva***,* Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4541–4548, nov. 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200027. Acesso em: 23 mar. 2025.

ROZA, M. M. R. *et al.* Experience of an educacion process linking humanization and institutional support within healthcare work. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 1041-1052, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0199. Acesso em: 30 abr. 2025.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS M. E. B.; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 603-613, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500012. Acesso em: 20 abr. 2025.

SILVA, L. S.; VIEGAS, S. M. da F.; MENEZES, C.; NASCIMENTO, L. C. do. Demanda longínqua e acesso no Sistema Único de Saúde: vivências de usuários da atenção primária. **Avances en enfermería**, Bogotá, v. 39, n. 1, p. 30-39, 2021.

6.2 Etapa 2 - Artigo 2: A avaliação da PNH no âmbito da Atenção primária à Saúde em Maceió 2

Introdução

A Política Nacional de Humanização (PNH) consolida-se como uma política transversal no Sistema Único de Saúde (SUS), orientada por princípios como a indissociabilidade entre atenção e gestão, a transversalidade e o protagonismo e autonomia dos sujeitos. Esses princípios implicam no acolhimento, na valorização das pessoas e no fortalecimento dos vínculos solidários e participativos no território[1]. Na Atenção Primária à Saúde (APS) a efetivação da PNH se expressa no desafio cotidiano de reorganizar processos de trabalho, práticas de cuidado e relações institucionais em direção a um sistema de saúde mais ético, inclusivo e centrado nas necessidades das pessoas[2].

A APS no Brasil enfrenta desafios que vão além das limitações estruturais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e da insuficiência de pessoal. Observam-se também fragilidades na organização dos processos de trabalho, na gestão das equipes e na ampliação da oferta de cuidado[3]. Esses entraves não ocorrem de modo dissociados do contexto político e econômico nacional, marcado, desde 2016, pela adoção de medidas mais intensas de austeridade fiscal. A promulgação da Emenda Constitucional (EC) n.º 95/2016[4], que congela os investimentos públicos por 20 anos, comprometeu a capacidade do Estado de garantir direitos sociais previstos na Constituição Federal de 1988, aprofundando a lógica neoliberal que se intensificou no governo de Jair Bolsonaro[5].

Diante deste cenário, observa-se sérios desafios à gestão de um sistema público de saúde com a complexidade e abrangência do SUS, especialmente em um país de dimensões continentais e marcado por profundas desigualdades regionais. Ressalta-se ainda que no processo de consolidação do SUS, a ampliação do acesso aos serviços de saúde - representado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) – exige não apenas a expansão da cobertura, mas também a reconfiguração dos processos de trabalho e das práticas profissionais voltadas à produção do cuidado[6].

No governo atual, foi estabelecida uma modificação da Lei nº 8.080/1990,

[2] Aguardando avaliação da Revista Saúde em Debates.

marco legal do SUS[7], por meio da promulgação da Lei nº 15.126/2025[8]. A nova norma incorpora, entre os princípios doutrinários do SUS, a atenção humanizada, conferindo respaldo jurídico a uma diretriz historicamente promovida pela PNH, que vinha sendo implementada nos estados até sua descontinuidade no âmbito do Ministério da Saúde (MS), durante o governo do ex-presidente Jair Bolsonaro, em 2019. Na prática, esse princípio traduz um conjunto de valores e práticas orientados à construção de ambientes de cuidado mais acolhedores, éticos e respeitosos, que reconhecem e valorizam usuários e profissionais como sujeitos ativos no processo de produção do cuidado em saúde[8].

Neste contexto, avaliar a PNH como política pública é fundamental para identificar necessidades de ajustes, reorientações ou descontinuidade das ações em curso[9], sendo um componente central no planejamento e formulação de políticas. Optou-se, portanto, por uma avaliação participativa, que segundo Benevides e Passos[10], envolve escuta qualificada e diálogo entre diferentes sujeitos, considerando os resultados como indicadores de processos e movimentos que sinalizam mudanças nas práticas de cuidado e gestão, além de funcionarem como analisadores do cotidiano, capazes de revelar tensões, estimular reflexões críticas e orientar mudanças por meio da construção coletiva.

O município foi selecionado devido às ações desenvolvidas na APS com base nos Planos Estaduais de Humanização. Identificou-se, em pesquisa preliminar, a escassez de estudos avaliativos sobre a PNH na APS de Maceió, o que motivou a investigação sobre sua implementação no SUS local. Ao evidenciar as experiências do território, busca-se compreender em que medida os princípios da humanização estão presentes nos processos de trabalho e nas práticas de cuidado, considerando os desafios e contradições que marcam a gestão e a política de saúde na capital alagoana.

Material e método

Trata-se de um estudo de caso, avaliativo, de caráter descritivo e exploratório com abordagem qualitativa sobre a implementação da Política Nacional de Humanização na Atenção Primária de Maceió.

O estudo atendeu a todos os aspectos éticos exigidos pelo Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba

(UFPB), conforme parecer número 6.784.792.

A coleta de dados ocorreu em duas etapas: (1) análise documental, com identificação, preparação e avaliação de documentos para levantar elementos estruturais e conceituais da PNH e subsidiar sua inserção na matriz avaliativa; (2) estudo de campo, por meio de entrevistas semiestruturadas com os sujeitos da pesquisa. Os documentos analisados estão sistematizados no Quadro 4.

Quadro 4 - Documentos analisados na primeira etapa da pesquisa. Maceió, AL, Brasil, 2025.

Documento	Período
Plano Estadual de Humanização da Saúde de Alagoas (PEHS-AL)	2016-2019 e 2021-2024
Monitoramento das ações desenvolvidas pelo município de Maceió referentes às duas edições dos PEHS- AL;	2016-2019 e 2021-2024-
Relatórios das Mostras Anuais das Ações de saúde fundamentadas na Política Nacional de Humanização	2021-2023
Atas das reuniões da Câmara Técnica de Humanização de Alagoas	2009-2023
Plano Municipal de Saúde de Maceió referente aos dois últimos quadriênios	2018-2021 e 2022-2025
Plano de trabalho da Coordenação Municipal de Humanização do município de Maceió	2020-2024

Fonte: autores (2025).

A matriz utilizada para avaliação foi a da própria PNH para ações desenvolvidas na APS, que representa a própria estrutura que integra a política, envolvendo seus princípios norteadores, seu método de desenvolvimento, além das suas diretrizes e dispositivos[11].

Na segunda etapa, foram conduzidas entrevistas semiestruturadas com dois grupos de participantes, definidos com base em seus perfis profissionais. O primeiro grupo foi composto por trabalhadores (as) da saúde vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter concluído o curso de formação de apoiadores da PNH realizados em Alagoas; estarem em atuação nas equipes da ESF do município há pelo menos doze meses; e possuir idade igual ou superior a dezoito anos. A seleção dos participantes desse grupo seguiu a técnica de amostragem em cadeia, ou bola de neve, até que se alcançasse a saturação das informações. O segundo grupo, por sua vez, foi constituído por ex-gestores da PNH no município e pela atual gestora municipal, totalizando sete participantes.

As entrevistas foram realizadas em Maceió, conforme disponibilidades e

comodidade dos participantes do estudo, foram realizadas pela pesquisadora responsável entre o período de julho a dezembro de 2024. Foi utilizado dois roteiros semiestruturados com questões voltadas para identificação do perfil sociodemográfico e posteriormente por questões abertas, propiciando o diálogo e aprofundamento sobre as ações da PNH para APS, avaliação da PNH, avanços e desafios para sua realização. As entrevistas foram gravadas com a autorização dos participantes e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Análise de Dados

A sistematização dos achados baseou-se em três categorias analíticas — Gestão do SUS, Cuidado Integral ao Usuário e Valorização do Trabalho —, adaptadas à matriz de avaliação da PNH na APS proposta pelo Ministério da Saúde. Essa matriz permitiu articular os indicadores selecionados aos resultados de campo, evidenciando os desfechos das intervenções a partir das dimensões de estrutura, processo e resultado, conforme o referencial de Donabedian[12].

Destaca-se aqui que a dimensão estrutura corresponde às características relativamente estáveis dos serviços, como: área física, recursos humanos, materiais, financeiros e modelo organizacional. A dimensão processo abrange as relações que se constituem entre os trabalhadores e a comunidade, incluindo questões que envolvem desde a busca pela assistência, até o diagnóstico e o tratamento. E a última dimensão o resultado se refere ao alcance das características esperadas dos produtos ou serviços, apontando a repercussão da assistência na saúde da população, considerando sua satisfação e expectativas[12].

Resultados e Discussão

Cabe destacar a caracterização dos participantes da pesquisa, organizados em dois grupos distintos. O primeiro grupo foi composto por trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) de Maceió, totalizando sete participantes, sendo seis do sexo feminino e um do sexo masculino; todos possuíam nível superior de escolaridade, embora apenas quatro fossem servidores efetivos em cargos compatíveis com sua formação. Um participante apresentava vínculo precarizado e dois, embora efetivos,

estavam enquadrados em cargos de nível médio. O segundo grupo foi constituído por gestores e/ou coordenadores responsáveis pela condução da Política Nacional de Humanização (PNH) no município, somando seis profissionais, dos quais cinco eram do sexo feminino e um do sexo masculino; todos possuíam nível superior, sendo quatro com vínculo efetivo na função, um com vínculo precarizado e um já desligado da gestão municipal.

A análise dos resultados evidenciou três categorias centrais: (1) Gestão do SUS na APS, que contempla Ambiência e Gestão do Trabalho, destacando desafios estruturais e organizacionais; (2) Cuidado integral ao usuário, envolvendo Acolhimento, Clínica Ampliada e Direitos dos Usuários, com ênfase na integralidade e resolutividade; e (3) Valorização do trabalho e do trabalhador, articulada à Gestão Participativa no cotidiano dos serviços. Essas categorias, alinhadas à matriz analítica da pesquisa, serão detalhadas a seguir.

Gestão do SUS na APS: ambiência, força de trabalho e insumos

À luz das dimensões estrutura, processo e resultado propostas por Donabedian[1], esta categoria aborda aspectos vinculados à diretriz da Ambiência e à Gestão do Trabalho, destacando a importância da infraestrutura física, ergonomia e acessibilidade como elementos fundamentais para a qualificação do cuidado e são responsabilidade direta do gestor do SUS.

A análise revelou que, embora haja relatos de investimentos pontuais em expansão das UBS, com prédios próprios, mobiliário e equipamentos de saúde, apenas 25% dos trabalhadores entrevistados percebem melhorias significativas nas UBS comparada aos últimos dez anos (2014–2024), o que evidencia avanços ainda limitados na criação de ambientes adequados ao desenvolvimento das práticas em saúde, como observado nas falas dos(as) trabalhadores(as):

> *Olha, eu acho que melhorou com a construção de muitas unidades de saúde (T2).*

> *Eu acho que melhorou, mas mesmo assim os profissionais, por exemplo, da XX sofrem muito com questões de mofo, infiltração, mau cheiro (T6).*

A maioria dos(as) trabalhadores(as) apontou a necessidade de intervenções

estruturais significativas para o adequado funcionamento das unidades. De forma unânime, os(as) gestores (as) da PNH na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Maceió avaliaram a ambiência como inadequada ao desenvolvimento das ações de cuidado conforme preconizado pela política, como relatado a seguir,

> *Tem UBS que tem duas equipes de saúde da família, tem o atendimento tradicional e ainda tem equipe do consultório na rua no mesmo espaço físico (G2).*

> *Então era uma ambiência que não favorecia diálogo, que não favorecia partilha e não favorecia o acesso (G3).*
> *Nós tínhamos unidades mais precárias em termos de estruturas e tínhamos unidades com perfil bem diferente, com muita mais estruturação e solidez (G1).*

Em relação à gestão de pessoas, houve consenso entre os (as) trabalhadores (as) da APS e os (as) ex-gestores (as) da PNH quanto à insuficiência de profissionais, sendo apontada a necessidade urgente de recompor a força de trabalho para assegurar a continuidade e a qualidade dos serviços prestados na APS. Como pode ser observado nas falas abaixo:

> *Falta principalmente recursos humanos. O último concurso daqui foi 2013 (G6).*

> *Era muito difícil de recompor. Essa pessoa entrando de férias, não tem quem venha substituir (G2).*

> *Eu tenho poucos recursos humanos na minha sala para o trabalho que tem, porque a gente tem os três níveis aqui (T7).*

Quanto à oferta de insumos essenciais, ex-gestores da PNH relataram, de forma unânime, a insuficiência e a irregularidade na reposição. Entre os (as) trabalhadores (as) da APS, a maioria afirmou que a situação permanece crítica, comprometendo a assistência, enquanto uma pequena parcela apontou avanços pontuais. Destacam-se relatos de desassistência, como na impossibilidade de realizar coleta de citologia por falta de lençol descartável, além da recorrente ausência de medicamentos de uso contínuo, como os destinados ao controle da hipertensão e diabetes, colocando em risco a saúde dos usuários pela interrupção do tratamento conforme se observa a seguir:

> *É que a maioria dos gerentes reclamam dos insumos […]. Enfim, eles reclamam bastante em relação aos insumos e medicamentos (G5).*

> *A gente trabalha com o básico do básico e algumas vezes, a gente tem momentos de ter tudo para trabalhar, insumos e equipamentos e passa por momentos realmente de escassez, de falta (T02).*
>
> *[...] muitas vezes não se fazia citologia porque não chegava aqui o material necessário que não era caro (G2).*
>
> *Os remédios de hipertensão, diabetes faltam muito também. os insumos em si tem uma época que chega, porque tem uma época que dá uma defasagem, que eu não sei o que é aquilo (T1).*
>
> *Eu considero que falta a maioria das coisas básicas que é precário e sucateado (T4).*
>
> *Medicação, pelo menos o elenco que é pra ter do basicão a gente tem visto melhora significativa (T5).*

Os achados indicam que a diretriz da ambiência tem sido incorporada de forma desigual na APS de Maceió, refletindo variações nas condições físicas, na funcionalidade dos espaços e na capacidade das unidades de favorecer práticas acolhedoras. Enquanto parte dos trabalhadores(as) reconheciam ter melhorado pois houve construções de novas UBS, ex-gestores da PNH apontam uma ambiência ainda inadequada à efetivação do cuidado humanizado. Persistem desafios relacionados à acessibilidade, ao conforto e à manutenção das unidades, o que evidencia a ausência de uma compreensão ampliada da ambiência como espaço social, relacional e terapêutico, conforme preconiza a PNH[2,3]. Tal cenário é agravado pela persistência de um modelo biomédico e curativista, que limita a organização do processo de trabalho e compromete a oferta de um cuidado integral, contrariando os princípios da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e o que se espera de uma gestão democrática e participativa[4].

Os dados evidenciam que a gestão municipal da saúde em Maceió apresenta fragilidades estruturais e operacionais que comprometem a qualidade da atenção na APS, como a ausência de ambiência padronizada, escassez de insumos, déficit de profissionais e falhas na reposição da força de trabalho, agravadas pela falta de planejamento estratégico[5,6]. Os achados do estudo foram sistematizados e inseridos na matriz analítica da PNH para APS, considerando as diretrizes e dispositivos mais pertinentes às evidências identificadas. Esse procedimento possibilitou a organização dos resultados de forma alinhada aos princípios da PNH, favorecendo uma análise crítica e contextualizada. Além disso, permitiu evidenciar convergências e lacunas na implementação da política no âmbito investigado.

Essas limitações impactam negativamente a integralidade do cuidado e estão inseridas em um contexto político-ideológico orientado por uma lógica neoliberal, vinculada à atual gestão de Maceió, que desinveste em políticas públicas estruturantes. Tal cenário reforça a necessidade de revisão crítica nas estratégias de financiamento e governança, com valorização da APS como pilar do SUS (Quadro 5).

Quadro 5 - Matriz de Avaliação da Gestão do SUS na PNH de Maceió- AL, Brasil, 2025

Objetivos	Dimensão de planejamento e avaliação	Indicadores potenciais (estrutura e processo)	Resultados
Adequar áreas físicas (seguindo o conceito de ambiência nos projetos arquitetônicos) e provisão de recursos materiais e insumos Dispositivos associados: • projetos para adequação de ambiente (ambiência); acolhimento.	Adequação de áreas físicas, seguindo o conceito de ambiência.	1. Projeto arquitetônico elaborado e executado com adequações nos ambientes considerando: 1.1 consultórios adequados, com conforto e privacidade visual e auditiva; 1.2 instalações sanitárias para usuários e trabalhadores adequadas e higienização constante; sala de reuniões; disponibilidade de vestuário e equipamentos de proteção individual para os trabalhadores;	1.A ambiência ainda não é compreendida nem operacionalizada de maneira uniforme no município. 1.1. Não é a realidade de todas as UBS do município; 1.2. Não é a realidade de todas as UBS do município; 1.3. Poucas US possuem sala destinada à reuniões; Há períodos de descontinuidade destes insumos;
	Adequação, incorporação e disponibilização de Recursos Humanos e materiais, conforme necessidade dos projetos e atividades.	2. Reformas específicas e incorporação de materiais complementares para os serviços, atrelados a projetos e atividades específicas. 3. Outros 3.1 Tempo entre a solicitação e a reposição de recursos humanos essenciais para o desenvolvimento do atendimento à saúde. 3.2 n. e % de	2.Persistem desafios relacionados à acessibilidade, ao conforto, à manutenção dos ambientes e à articulação entre espaço físico e práticas de cuidado. 3.1. tempo inadequado com morosidade e inércia institucional. 3.2. Reposição não ocorre dentro de prazo adequado para que o serviço não sofra interrupção. 3.3 Não há reposição contínua de

		materiais, equipamentos e insumos de rotina indisponíveis no serviço. 3.3 % de medicamentos que estouraram o estoque mínimo/mês.	medicamentos, sempre há desabastecimentos de alguns.

Fonte: autores (2025).

Cuidado integral aos usuários do SUS: diretrizes de acolhimento, clínica ampliada e direitos dos usuários

Na categoria “Cuidado integral ao usuário”, a análise evidenciou as diretrizes do Acolhimento, da Clínica Ampliada e dos Direitos dos Usuários, com ênfase na ampliação do acesso e na efetivação de um cuidado resolutivo. Destacaram-se as práticas de acolhimento com classificação de risco, estruturadas a partir da articulação entre dimensões organizacionais e assistenciais voltadas à integralidade das ações em saúde.

Um exemplo relevante foi a implantação de um projeto de acolhimento em uma UBS de alta vulnerabilidade social, conduzido por servidoras egressas do curso de Apoiadores da PNH. A ação envolveu reorganização dos fluxos, qualificação da ambiência e mobilização comunitária, sem financiamento institucional. Com materiais simples, como TNT e CDs reciclados, os trabalhadores identificaram assentos por cor de risco, confeccionaram crachás e coletes com a frase "POSSO AJUDAR?" e se revezavam na recepção, incluindo médica, dentista e enfermeira, promovendo acolhimento ativo e orientação aos usuários.

A experiência, durou cinco anos (2014-2018), foi reconhecida nacionalmente, fortaleceu vínculos com a comunidade e ampliou a capacidade de resposta da unidade, demonstrando o potencial transformador das diretrizes da PNH quando apropriadas pelas equipes locais, como relatado a seguir:

> A UBS apresentou na reunião de apoiadores como a unidade tem trabalhado com a PNH, dentre os dispositivos se destacam: acolhimento com classificação de risco e projeto terapêutico singular, espaço de diálogo (GT). através de reuniões quinzenais em parceria com o NASF, CAPSi, estagiários dos cursos da TO, Psicologia e Serviço Social,entre outros.[7]
>
> *[…] a gente vem trabalhando o acolhimento, de diversas formas, seja ele através da organização de processos de trabalho, de colocar as pessoas para conversarem, de criar estratégias junto com a equipe, como projeto de acolhimento que a gente desenvolveu na atenção básica, acolhimento com*

classificação de risco, na atenção básica (G06).

Na contramão da experiência citada, o programa Previne Brasil[12], contrariou os princípios da PNH ao priorizar metas quantitativas em detrimento da escuta qualificada e do vínculo com o usuário. Ao adotar uma lógica gerencialista, desvalorizou dimensões subjetivas do cuidado, enfraquecendo práticas acolhedoras e participativas na APS, traduzidas na fala da trabalhadora: *"os processos de trabalho não são mais feitos como antigamente […] hoje o trabalhador ele pouco senta, a gente pouco discute, a gente tenta na medida do possível fazer alguma coisa, mas sempre esbarra em números. Não, não pode parar, precisa dar conta dos números*" (T03).

A implantação da diretriz de acolhimento nas UBS de Maceió ocorreu de forma parcial, limitada a algumas unidades, em razão da ausência de apoio institucional e da frágil articulação entre os níveis de gestão. A falta de um direcionamento central claro resultou em uma implementação desigual, com avanços restritos às unidades em que os trabalhadores apresentavam maior envolvimento com os princípios da PNH estimulados pelos cursos de formação de apoiadores desenvolvidos pela Secretaria de Estado da Saúde em parceria com o Ministério da Saúde, com apoio da SMS Maceió e Universidade Estadual das Ciências da Saúde.

> *Na época a gente fez um projeto de acolhimento e entregamos cópias na Atenção Básica. Entregamos cópias na Diretoria de Atenção à Saúde (DAS). Infelizmente na época foi engavetado (T01).*
>
> *[...] a gente tinha um serviço que excluía alguns usuários na sua integralidade porque não fazer uma ponte com o serviço X? Porque às vezes faltava o entendimento do serviço X, que era o vizinho, que não tinha no meu território, mas você encaminha para o outro (G03).*

O acolhimento, enquanto prática ética e organizativa, favorece o vínculo entre equipes e usuários, além de reorganizar o acesso com base na gravidade clínica 21,22. No entanto, a efetivação da integralidade ainda enfrenta entraves na articulação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), cuja estrutura e fluxos permanecem pouco difundidos entre os profissionais da APS, comprometendo a continuidade do cuidado.

> *[...] se a gente tivesse uma rede ampla, talvez fosse mais fácil ou teriam mais tempo para as equipes estarem ofertando outro tipo de prática, mas a prática é muito centrada nos atendimentos individuais e no atendimento por categorias, por áreas (G02).*
>
> *[...] o acesso ali é garantido muitas vezes, o nosso problema, além do acesso, é a continuidade do cuidado (G02).*

> *Então a gente aciona a rede novamente, aciona uma segunda vez, uma terceira vez. Quando não tem mais resposta, infelizmente a gente tenta buscar em outra rede. Então a gente vê dentro da região onde é que a gente pode encaminhar esse usuário (T04).*
>
> *O primeiro entrave que a gente tinha naquelas discussões é com que eu trabalhadora ou como eu, gestora do serviço ofereço atenção integral se eu não tenho como? se os dispositivos que eu tenho no território não me possibilitam isso? (G03).*
>
> *Não que eles tenham direcionado pra gente, porque nunca teve na verdade, contrarreferência, a gente sabe das coisas de como foi a consulta pelo próprio pacientes (T01).*

A diretriz da clínica ampliada enfrenta limitações em sua efetivação, principalmente devido à sobrecarga das equipes multiprofissionais (e-Multi) e à alta demanda, que comprometem sua capacidade de resposta. Persistem ainda dificuldades de acesso em algumas UBS e fragilidades na articulação entre as e-Multi e as equipes de Saúde da Família, decorrentes de falhas na integração inicial, o que prejudica o cuidado interprofissional e a construção de vínculos.

> *A equipe NASF tinha muita dificuldade de relacionamento com as pessoas da Estratégia Saúde da Família e isso reflete as formas de implantação das equipes, né? que quando a gente começa a investigar, a equipe falava, inclusive a própria coordenação falava: olha, quando chegou aqui, a gente foi jogado nas unidades,não falava o objetivo, não falava do trabalho (G06).*
>
> *[...] algumas coisas a gente faz em conjunto, alguma visita domiciliar uma vez ou outra. Mas você ter aquela consulta compartilhada não é comum. Discussão de casos que a gente fazia aquele projeto terapêutico singular, não. [...] gente hoje tem uma equipe multi que antigamente era o NASF que não fica só aqui, então você não consegue se reunir para fazer isso (T02).*

A ampliação da clínica pressupõe a articulação intersetorial e a corresponsabilidade no cuidado, o que inclui a integração com outros dispositivos da rede SUS, como o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), essencial para atender usuários acamados em seus domicílios. No entanto, observa-se a violação do direito ao cuidado quando não há garantia de acessibilidade para que as equipes realizem suas atividades, especialmente em áreas de difícil mobilidade, comprometendo a efetividade da atenção e a equidade no acesso. “*O idoso acamado, que não tem a cobertura do SAD, que não consegue subir, aquelas escadas de 100 degraus para ele chegar até a gente. Hoje eu vejo eles com uma violação. É a maior violação que eu vivencio*” (T05).

A força de trabalho insuficiente na APS de Maceió compromete a qualidade do cuidado, sobrecarrega as equipes e dificulta o acesso dos usuários, sobretudo daqueles que enfrentam barreiras de mobilidade, como nos atendimentos domiciliares realizados pelo SAD[23,24]. Apesar de avanços pontuais na incorporação das diretrizes da PNH, como o acolhimento com classificação de risco e a clínica ampliada, sua efetivação ocorre de forma desigual, limitada a iniciativas isoladas, como a de uma UBS situada em área de alta vulnerabilização, sustentada pelo protagonismo dos próprios trabalhadores, mesmo sem apoio financeiro institucional.

O estudo também evidenciou fragilidades na articulação da RAS e na logística dos atendimentos, agravadas pela lógica produtivista do Previne Brasil, que desvalorizou práticas colaborativas ao priorizar indicadores quantitativos e descontinuidade do financiamento das equipes Núcleo Ampliado de Saúde da Família-Atenção Básica (NASF-AB)[8]. Esses achados reforçam a necessidade de políticas públicas que promovam o vínculo, a escuta qualificada e a integração em rede como pilares para a consolidação de um cuidado integral e humanizado no SUS (Quadro 6).

Quadro 6 - Matriz de avaliação do Cuidado integral ao usuário do SUS, Maceió, AL, Brasil, 2025

Objetivos	Dimensão de planejamento e avaliação	Indicadores potenciais (estrutura e processo)	Resultados
Assegurar ampliação do acesso, cuidado integral e resolutivo. Alguns dispositivos associados: Acolhimento em função de vulnerabilidade/risco; Apoio matricial; Mecanismos de desospitalização, com cuidado domiciliar; projetosde saúde coletivas; Clínica ampliada.	Acolhimento com avaliação de risco (redução de filas e tempo de espera)	1.Projeto de acolhimento implementado, contemplando etapas de discussão com equipes, capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e fluxos.	Implantado parcialmente nas UBS com trabalhadores com maior adesão às propostas da PNH*.
	Atenção integral e resolutivo e resolutiva (integração da rede e continuidade do atendimento; referência e contrarreferência)	Projeto de integração com os demais níveis de organização da rede implementado, com definição de rotinas, fluxos e responsáveis por acompanhamento: atenção especializada e hospitalar, maternidades, serviços de referências, apoio diagnóstico e terapêuticos.	Projeto criado (RAS)* porém com baixo conhecimento entre os trabalhadores da APS.
		Projetos de saúde coletiva, embasados na clínica ampliada, a partir de necessidades e demandas populacionais específica	Os profissionais (e-MULTI* e SAD*) atuam a partir das demandas que surgem ou quando acionados pela ESF* com baixa integralidade e comunicação

Fonte: autores (2025). APS: Atenção Primária à Saúde. PNH: Política Nacional de Humanização. RAS: Rede de Atenção à Saúde. SAD: Serviço de Atenção Domiciliar.

Valorização do Trabalho e do Trabalhador da Saúde: formação, escuta e gestão compartilhada

Na categoria valorização do trabalho e do trabalhador da saúde, os dados revelam vínculos empregatícios marcadamente heterogêneos na SMS de Maceió, com predomínio de servidores efetivos na sede administrativa, mas crescente terceirização, especialmente na APS, onde a força de trabalho é majoritariamente contratada por meio de uma Organização da Sociedade Civil (OSC). Essa configuração reflete a adoção de práticas de gestão alinhadas a princípios neoliberais,

que enfraquecem o papel do Estado e aprofundam a precarização do trabalho, sobretudo entre os profissionais de serviços gerais lotados na sede administrativa. As desigualdades nas condições contratuais e na valorização dos trabalhadores revelam impactos diretos na coesão das equipes e na qualidade das práticas em saúde, como pode-se observar nas falas:

> *Para que não acontecesse adesão à OSC, houve muitos movimentos dos profissionais, mas hoje é terceirizada (G06).*
>
> *O vínculo estatutário mesmo. Sim e ainda hoje, é assim, tirando algumas outras, a maioria é estatutário (G03).*
>
> *Os vínculos da APS estão na OSC, na sede é que tem precarizado e efetivo(G05).*

No que se refere à qualificação do trabalho, observou-se a oferta regular de cursos pautados na Política Nacional de Educação Permanente, organizados principalmente em parceria com a Escola de Governo da Prefeitura de Maceió (EMGESP), com base em levantamentos anuais de necessidades de treinamentos realizados pela SMS Maceió. Entretanto, identificaram-se divergências entre as falas de gestores e trabalhadores quanto à efetividade e pertinência dessas formações: enquanto os gestores destacam a regularidade e o planejamento da oferta, os trabalhadores relatam que nem todos os cursos atendem às demandas reais do cotidiano, resultando em baixa adesão ou participação compulsória. Em muitos casos, os conteúdos ofertados não dialogam com os desafios vivenciados nos serviços, o que contraria o princípio da educação permanente como prática crítica e transformadora do trabalho em saúde[9].

> *Eu não vejo nenhum incentivo para nada, a não ser o que eles promovem cursos vindo da própria gestão. Mas se for algo que nós queiramos fazer não (T02).*
>
> *A gente vai, nós vamos porque somos obrigados. Precisamos cumprir com o chamamento. Mas motivação, interesse nenhum, porque a gente sabe que nada é efetivo (T03).*
>
> *[...] foi desenvolvido um curso de projeto terapêutico e de clínica ampliada compartilhada e dentro dele foi discutido apoio matricial, que é o objetivo das e-Multis e foi o curso de longo prazo, foi especificamente para Saúde da Família e e-multi (G06).*

Quanto à escuta qualificada dos trabalhadores, os dados evidenciam a

ausência de espaços institucionais formalizados para esse fim na maioria das unidades. Na prática, essa função tem sido assumida pontualmente por gestores locais, de forma individualizada e não sistemática. No entanto, conforme preconizado pela PNH, a escuta deve ser institucionalizada por meio de espaços coletivos permanentes, como os Grupos de Trabalho de Humanização (GTH), que favorecem o diálogo, a valorização dos profissionais e o fortalecimento dos vínculos no ambiente laboral (Brasil, 2009). Ressalta-se que, em algumas UBS, os GTHs foram implementados com êxito nessa atribuição, configurando experiências positivas de cogestão e cuidado com o trabalhador.

> *[...] lá no XXX a gente tinha uma salinha de escuta qualificada e tudo. Aqui a gente não tem, mas existe assim, na hora que eles querem conversar, o diretor está sempre a escuta (T02).*
>
> *Serviço de escuta ao trabalhador não mais, já teve, hoje não mais (T03).*
>
> *Assim, o diretor escuta. Quando a gente chega até ele, ele escuta. Mas não existe nenhum momento de escuta, de fala, de partilha, de coletividade, não existe (T02).*
>
> *No núcleo técnico de humanização houve em algum momento participação do trabalhador mesmo nesse processo de autovalorização e também uma valorização de gestão para trabalhador, na relação trabalhador e gestão, e na percepção mesmo (G03).*
>
> *Onde eu trabalhei,a gestora, ela estava disponível para essa escuta. Eu não via nenhum impedimento (T06).*

A análise da valorização do trabalho e da participação na gestão revela fragilidades na SMS de Maceió. Predominam vínculos precarizados, sobretudo na APS, marcada pela contratação via OSC, o que fragiliza direitos e limita a participação coletiva[10]. Embora existam espaços formais de diálogo, os encaminhamentos pactuados raramente são efetivados, como evidenciado pela não realização da etapa municipal da 4ª Conferência de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CGTES), apesar da mobilização dos trabalhadores.

Além disso, persistem divergências quanto à pertinência das ofertas formativas, e não há escuta qualificada institucionalizada, o que compromete a cogestão e o fortalecimento dos vínculos[11]. Em contraponto, a atuação dos conselhos gestores nas unidades tem se mostrado relevante para o fortalecimento das lutas coletivas e a defesa de direitos.

> *A quarta conferência de Gestão pelo Trabalho, a gente discutiu, o Conselho*

> *Municipal de saúde convidou toda a gente, já que trabalha com educação permanente, já que a gente é RH. A gente convidou a diretoria, a gente fez o projeto, ficou muito legal pra discutir, pra fazer a conferência municipal para levar as demandas para estadual. Resultado não teve. Não teve porque a gestão entendeu que não era importante ter, até então pela primeira vez Maceió não teve a Conferência Municipal (G06).*
>
> *E as que são mais atuantes quando tem o conselho gestor, eles de maneira geral, acho que no processo de trabalho eles conseguem com que os direitos sejam mais efetivos (G05).*

Os principais achados na categoria ‘Valorização do trabalho e do trabalhador da saúde’ evidenciam debilidades estruturais nas políticas de gestão de pessoas da SMS de Maceió, especialmente na APS, marcada por vínculos empregatícios precarizados via OSC e desvalorização das funções administrativas. A Política Nacional de Educação Permanente, está em desencontro entre a oferta planejada e as necessidades reais dos trabalhadores, comprometendo sua efetividade. A escuta qualificada, prevista como dispositivo da PNH, mostra-se ausente ou pontual, com poucos espaços coletivos institucionalizados, como os GTHs.

Soma-se a esse contexto a não realização da etapa municipal da 4ª CGTES e o limitado reconhecimento dos conselhos gestores como instâncias legítimas de participação popular. Esses achados revelam um cenário de baixa institucionalização de práticas democráticas e fragilidade na construção de ambientes de trabalho pautados no cuidado, no diálogo e na valorização profissional, apontando para a necessidade de revisão crítica da política de gestão do trabalho no município. Os dados estão sistematizados no Quadro 7:

Quadro 7 - Matriz de avaliação da Valorização do trabalho e do trabalhador da saúde, Maceió, AL, Brasil, 2025

Objetivos	Dimensão de planejamento e avaliação	Indicadores potenciais (estrutura e processo)	Registro das falas dos entrevistados (resultado)
Propiciar participação e Valorização dos trabalhadores no processo e gestão do trabalho. Alguns dispositivos associados: Colegiado de gestão; Sistema de escuta resolutiva; gerência de porta aberta, ouvidoria e pesquisa de satisfação; plano de educação permanente para trabalhadores com base nos princípios da humanização; Projeto para Adequação de ambiente (ambiência).	Inserção e Vinculação ao trabalho.	% de trabalhadores com contrato precário de trabalho	A maioria dos vínculos são estatutários e terceirizados e são lotados na sede administrativa da SMS Maceió. Os vínculos contratados/precarizados são lotados mais especificamente na APS através das Organizações da Sociedade Civil.
	Incentivo de Qualificação no trabalho.	% de horas/trabalhador envolvidas com atividade de educação permanente em relação a carga horária.	Liberação para educação permanente exclusivamente para os cursos ofertados pela SMS Maceió.
	Serviço de escuta dos trabalhadores, avaliação de satisfação e ações para melhoria da satisfação.	Serviço implementado para escuta dos trabalhadores, com sistema de divulgação dos resultados/avaliação.	Não existe.
	Participação dos trabalhadores na organização e gestão do trabalho, e projetos de incentivos por desempenho profissional.	Tipos de pauta e/ou de encaminhamentos prevalentes a partir de reuniões de equipe.	Há pouca reunião com participação dos trabalhadores, geralmente para demandar atividades.

Fonte: autores (2025).
APS: Atenção primária a saúde; SMS: Secretaria Municipal de Saúde.

Esse cenário compromete a qualidade do cuidado e o engajamento dos trabalhadores, exigindo mudanças estruturais e políticas mais coerentes com os princípios da humanização.

Considerações finais

Embora a PNH tenha sido incorporada pontualmente em algumas experiências da APS de Maceió - como o acolhimento com classificação de risco, iniciativas de reorganização dos processos de trabalho e práticas baseadas na clínica ampliada - sua implementação tem se mostrado fragmentada e descontinuada. Os dados indicam desigualdades significativas na aplicação das diretrizes da humanização, refletindo um cenário de precarização dos vínculos de trabalho, escassez de recursos humanos, carência de insumos básicos e ausência de dispositivos institucionais de escuta qualificada e participação efetiva dos trabalhadores. Tais fragilidades são agravadas por uma lógica de gestão neoliberal, marcada pela terceirização e pela retração do papel do Estado, o que compromete o fortalecimento da APS como base estruturante do SUS e impede a consolidação de um cuidado integral, resolutivo e humanizado.

Nesse contexto, a avaliação crítica das políticas de saúde locais se apresenta como uma ferramenta essencial para a qualificação da gestão, contribuindo para a tomada de decisões mais eficazes, a garantia de direitos e a busca por maior eficiência e qualidade no SUS. A ausência de mecanismos sistemáticos de análise e auditoria compromete a capacidade do município de monitorar a efetividade da PNH e de implementar ajustes que respondam às necessidades reais dos territórios.

Portanto, torna-se urgente investir em estratégias de gestão participativa e cogestão, que incorporem os princípios da humanização como diretriz transversal, superando a lógica gerencialista imposta por programas como o Previne Brasil. Valorizar o trabalho e o trabalhador, instituir espaços permanentes de escuta, reconhecer experiências exitosas e fortalecer a rede de atenção são caminhos possíveis para reverter o quadro de descontinuidade e promover a efetiva implementação da PNH no município, contribuindo para um SUS mais equitativo, eficiente e orientado à defesa da vida. Este estudo teve como limitação a não inclusão dos usuários do SUS, sendo assim instigador para novos estudos que venham a ser realizados numa perspectiva mais completa de análise.

Referências

1. Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. Salud Publica México. 1990;32:113-117.

2. Ministério da Saúde (BR). Ambiência. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

3. Glanzner CH, Olschowsky A. A ambiência e sua influência no trabalho de equipes de saúde da família. Rev saúde desenvol Hum. 2017;5(1):7-14. DOI: https://doi.org/10.18316/sdh.v5i1.2880

4. Nunes LO, Castanheira ERL, Dias A, et al. Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. Rev Panam Salud Pública. 2018;42:1-9. DOI: https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.175

5. Silva MGB, Austríaco-Teixeira P. Atenção Primária como porta de entrada para o SUS: o papel do médico generalista na humanização do cuidado. ARACÊ. 2025;7(7):37161–69. DOI: https://doi.org/10.56238/arev7n7-112

6. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. Ciência Saúde Coletiva. 2012;17(8):2071-85. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800018

7. Maceió. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório reunião: Reunião dos Apoiadores da Humanização do Município. Alagoas: SMS; 2019.

8. Coutinho LRP, Barbieri AR, Santos MLM. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. Saúde debate. 2015;39(105):514-24. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002018

9. Ferreira L, Barbosa JSA, Esposti CDD, et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. Saúde debate. 2019;43(120):223-39. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017

10. Antunes R. O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo; 2018.

11. Ceccim, RB, Feuerwerker LCM**.** O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis. 2004 [acesso em 2025 maio 10];14(1):41-65. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/?format=pdf&lang=pt.

12. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

6.3 Etapa 3 - Capítulo de livro: Humanização em disputa: análise crítica da implantação da política na Atenção Primária à Saúde de Maceió[3]

Introdução

Considerada a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) exerce papel estratégico na ordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS), constituindo o ponto inicial de acesso e hierarquização do sistema. Contudo, estudos evidenciam que o acesso à APS permanece limitado, burocrático e fortemente regulado pela demanda espontânea e centrado no cuidado médico (Silva *et al.*, 2021). A predominância da demanda espontânea indica baixa capacidade de organização do acesso programado, dificultando o acompanhamento de grupos prioritários e o monitoramento de condições crônicas. O cuidado tende, assim, a se concentrar em episódios agudos e em atendimentos pontuais, comprometendo a longitudinalidade e o vínculo, atributos fundamentais da APS conforme proposto por Starfield (2002). Soma-se a isso a burocratização dos processos de agendamento, o déficit de profissionais e a alta rotatividade nas equipes, fatores que aprofundam as barreiras de acesso, especialmente em territórios periféricos e entre populações vulnerabilizadas (Facchini;Tomasi; Dilélio,2018;Giovanella; Mendonça, 2021).

Dentro da APS, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) se constitui como núcleo estruturante e principal eixo de coordenação das RAS. Seu fortalecimento é condição essencial para ordenar o sistema, ampliar o acesso e garantir a integralidade do cuidado (Almeida *et al,* 2018). A ESF não representa apenas um modelo organizacional, mas um potente dispositivo de transformação das práticas do cuidado (Dos Santos *et al*, 2025).

Para cumprir essa função, é imprescindível que seus profissionais estejam preparados para lidar com a complexidade dos territórios, as vulnerabilidades sociais e a diversidade das necessidades de saúde da população. Nesse sentido, o trabalho na APS demanda a articulação de múltiplos saberes e práticas interprofissionais orientadas pelos princípios da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de modo a promover respostas integrais, fortalecer vínculos entre equipe e comunidade e

[3] Aprovada pela Revista Rede Unida em 02/04/2026.

ampliar a resolutividade das ações em saúde (Brasil, 2017).

Vale destacar, no entanto, que o trabalho em saúde tem sido marcado pela precarização dos vínculos, das condições e dos ambientes laborais, incluindo a negação de direitos constitucionais e a persistência de modelos de gestão tradicionais que comprometem a qualidade de vida dos trabalhadores (Santos-Filho, 2007). A precarização do trabalho constitui como o principal obstáculo à promoção da qualidade de vida laboral, a qual depende da garantia de direitos trabalhistas, ambientes saudáveis, valorização profissional e reconhecimento subjetivo. Além dos aspectos materiais, é fundamental considerar que a qualidade de vida no trabalho envolve também sentido, prazer e realização, dimensões frequentemente negligenciadas nas práticas de gestão. A esses desafios soma-se às mudanças ocorridas na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) realizadas no governo do ex-presidente Michel Temer, que trouxe uma ruptura com a centralidade da saúde da família, instituindo formas de financiamento para outros arranjos assistenciais que não contemplam equipes multiprofissionais com a presença de agentes comunitários de saúde efetivando princípios opostos aos da APS (Lima Silva; Costa Correia; Santos; 2021).

No cenário político recente, convém ressaltar que nos governos dos ex-presidentes Michel Temer (2016–2018) e Jair Bolsonaro (2019–2022) foram implementadas medidas que fragilizaram a APS. Entre os anos de 2017 e 2019, portarias ministeriais, consultas públicas e medidas provisórias minaram princípios estruturantes do SUS, afetando o planejamento e o financiamento da APS (Seta et al., 2021). Nessas circunstâncias de restrição orçamentária crônica, tais medidas ampliaram o risco de intensificação do subfinanciamento público do sistema de saúde. À vista disso, a adoção do Programa Previne Brasil contribuiu para a reversão de conquistas históricas, sobretudo no enfrentamento das desigualdades em saúde garantidas desde a criação do SUS e da ESF (Massuda, 2020).

Atualmente, o governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, tem implementado um conjunto de mudanças voltadas ao fortalecimento e recuperação do SUS e da APS, reconhecendo esse nível de atenção como pilar estratégico para a consolidação da universalidade e integralidade do cuidado, embora ainda ocorra muito centrado no profissional médico. Entre as principais medidas, destacam-se a ampliação do financiamento federal, com novas formas de repasse que buscam reduzir desigualdades regionais e assegurar a sustentabilidade das redes de atenção, e o reposicionamento da APS como ordenadora do sistema e coordenadora do

cuidado (Brasil, 2023).

Além do aspecto financeiro e estrutural, a Lei nº 215.126/2025 define a assistência humanizada como princípio norteador do SUS, reafirmando a importância do acolhimento, escuta qualificada, vínculo e corresponsabilização entre usuários e profissionais, conforme preconizado pela PNH (Brasil, 2025). Tais diretrizes e dispositivos visam superar o modelo biomédico tradicional, ainda muito presente no cuidado em saúde, estimulando práticas integradas e sensíveis às necessidades subjetivas e sociais dos usuários, de modo a promover a equidade, o respeito e a valorização do trabalho em saúde (Santos-Filho, 2007; Brasil, 2023).

Frente às constantes ameaças ao direito à saúde, a PNH configura-se como uma estratégia relevante de intervenção, assentada na transformação dos modos de gerir e de cuidar. A PNH defende a vida, ressignifica o trabalho em saúde e busca torná-lo mais criativo e prazeroso (Cotta et al., 2013). Com base ético-política, valoriza dimensões subjetivas, coletivas e sociais nas práticas de atenção e gestão do SUS, reafirmando o compromisso com os direitos dos usuários, a valorização do trabalho em equipe, a construção de redes cooperativas e a promoção da autonomia e protagonismo dos sujeitos, individuais e coletivos (Calderon; Verdi, 2014).

Nesta direção, conhecer a percepção dos trabalhadores da saúde sobre a humanização na APS assume relevância estratégica, uma vez que são eles os protagonistas diretos do processo de cuidado e gestão. Estudar a PNH torna-se ainda mais importante porque, apesar de ser uma política existente há 25 anos, seus resultados permanecem heterogêneos e muitas vezes pouco institucionalizados no cotidiano dos serviços, evidenciando desafios persistentes para sua consolidação. A compreensão do entendimento dos profissionais permite identificar limites e potencialidades da política, além de favorecer a construção de práticas mais coerentes com as necessidades dos usuários e com os princípios do SUS. Assim, a valorização da experiência e da subjetividade dos trabalhadores constitui elemento central para fortalecer a PNH como eixo orientador da qualificação do trabalho em saúde (Deslandes, 2004).

Estratégias de implementação da PNH em Alagoas e em Maceió

Em Alagoas, a PNH, sob a coordenação da Secretaria de Estado da Saúde (SESAU), buscou ampliar sua capilaridade por meio da formação de apoiadores

institucionais junto aos profissionais de saúde de diferentes regiões do estado. Entre os anos de 2012 e 2019, estima-se que cerca de trezentos trabalhadores tenham sido capacitados, o que representou um importante esforço de difusão dos princípios da PNH. No entanto, essa estratégia mostrou-se insuficiente para garantir a efetiva implementação da política nos serviços de saúde, uma vez que demandava uma articulação mais consistente entre gestão e trabalhadores — articulação que não se consolidou de forma horizontal. As práticas permaneceram marcadas pela centralização das decisões e pela verticalidade das ações, revelando resistências institucionais em abrir mão do controle e incorporar modos de gestão mais participativos e compartilhados, como relata o G06 a seguir,

> A quarta conferência de Gestão pelo Trabalho a gente discutiu, o Conselho Municipal de saúde convidou toda a gente, já que a gente trabalha com educação permanente, já que a gente é RH. A gente convidou a diretoria, fizemos o projeto, ficou muito legal pra discutir,pra fazer a conferência municipal para levar as demandas para estadual. Resultado? não teve. Não teve porque a gestão entendeu que não era importante ter, até então, pela primeira vez em Maceió, não teve a Conferência Municipal.(G06)

Entre as principais frentes de fomento da política no estado destacam-se a criação da Câmara Técnica de Humanização do SUS (CTH-AL), os dois eventos estaduais já consolidados no calendário da SESAU: o Seminário Estadual de Humanização da Saúde e a Mostra Anual das Ações Fundamentadas na PNH, espaços importantes de trocas de experiências e valorização das práticas de humanização. Além dos Planos Estaduais de Humanização da Saúde de Alagoas, que após dois quadriênios (2016–2019 e 2021–2024) e ter representado um marco histórico para a consolidação da PNH no estado e servido de referencial técnico para os municípios, foi lamentavelmente descontinuado pelo atual gestão da PNH estadual.

Na capital alagoana, Maceió, a PNH tem buscado se manter ativa apesar dos inúmeros desafios impostos pelas sucessivas mudanças na gestão municipal de saúde. Como destacam Machado, Cotta e Jeferson (2015), cada alternância de gestor tende a provocar a substituição de equipes técnicas e, consequentemente, a descontinuidade de programas e ações previamente implantadas, fragilizando a consolidação de processos e o desenvolvimento de uma cultura institucional comprometida com a humanização do cuidado. Mesmo diante desse cenário, algumas iniciativas locais demonstram potencial para fortalecer a política, entre as quais se destacam a implantação dos Núcleos Técnicos de Humanização nos distritos

sanitários e o Projeto Saúde Itinerante.

Os Núcleos configuraram-se como espaços formais e democráticos de diálogo, compostos por representantes de todos os equipamentos de saúde da rede municipal daquele território. Neles, discutiam-se coletivamente os desafios cotidianos do trabalho em saúde, buscando soluções compartilhadas e fortalecendo o apoio institucional e a formação permanente dos profissionais, a experiência da gestão participativa durou em torno de dois anos, sendo inviabilizadas pela gestão pela ausência de apoio técnico e financeiro para continuidade das ações nos territórios.

Já o Projeto Saúde Itinerante tinha como objetivo aproximar a gestão municipal dos serviços assistenciais, promovendo o deslocamento dos gestores até as unidades de saúde para escutar as demandas dos trabalhadores e construir, conjuntamente, estratégias de enfrentamento. Essa proposta representava uma inversão da lógica tradicional, na qual as equipes de base precisavam se deslocar até a sede administrativa da Secretaria Municipal de Saúde para responder a metas e determinações colocadas de forma vertical e pouco participativa. Lamentavelmente, o projeto teve duração de apenas um ano, sendo interrompido com o fim do apoio da gestão municipal de saúde à época. Essa descontinuidade abrupta fragilizou as ações em andamento, desestruturou as equipes técnicas envolvidas e inviabilizou a continuidade de um processo que se mostrava promissor para o fortalecimento da humanização e da gestão participativa no município.

Caminhos para construção da pesquisa

O percurso metodológico desta pesquisa foi tecido a partir de uma escolha intencional: compreender um fenômeno vivo, situado e pulsante — a humanização na Atenção Primária à Saúde de Maceió. Para isso, adotou-se um estudo de caso de natureza descritiva e exploratória, alinhado a uma abordagem qualitativa que permitisse adentrar o universo simbólico e experiencial dos sujeitos. A opção pela hermenêutica-dialética não foi meramente técnica, mas epistemológica: buscou-se um caminho interpretativo capaz de aproximar o pesquisador dos sentidos que emergem da linguagem, do encontro e da prática cotidiana, sem abrir mão da crítica que ilumina tensões, disputas e contradições. Como sugere Gadamer (1999), compreender é sempre dialogar com o outro; e, como lembra Minayo (2014), a dialética faz da controvérsia uma fonte legítima de produção de conhecimento. Habermas (1987), ao

articular ambas as perspectivas, reforça que toda interpretação carrega em si a potência de desvelar estruturas e, simultaneamente, transformá-las.

O cenário da investigação, a cidade de Maceió, com seus 957.916 habitantes, constitui não apenas um recorte geográfico, mas um território atravessado por desigualdades, práticas de cuidado e histórias institucionais. A rede de APS, distribuída em oito Distritos Sanitários, com suas 155 equipes de Estratégia Saúde da Família e 36 equipes de Atenção Primária, conforma o palco onde se desenrolam as experiências, desafios e invenções cotidianas dos trabalhadores do SUS. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba sob parecer nº 6.784.792.

A produção das informações ocorreu em duas etapas complementares. A primeira consistiu na análise documental de instrumentos institucionais relacionados à implementação da Política Nacional de Humanização, incluindo o Plano Estadual de Humanização da Saúde de Alagoas – PEHS/AL (edições 2016–2019 e 2021–2024), documentos de monitoramento das ações dos PEHS-AL desenvolvidas no município, relatórios das Mostras Anuais de Humanização (2021–2023), relatórios dos Seminários Estaduais de Humanização (2018–2023), atas da Câmara Técnica de Humanização (2009–2023), o Plano Municipal de Saúde (2022–2025) e o plano de trabalho da Coordenação Municipal de Humanização (2020–2024). Esses documentos foram organizados, sistematizados e analisados à luz da matriz avaliativa da PNH, fundamentada em seus princípios, método, diretrizes e dispositivos, com o objetivo de identificar a efetividade da implementação da política nas ações e projetos institucionais.

A segunda etapa correspondeu ao estudo de campo, realizado por meio de entrevistas semiestruturadas conduzidas no período de maio a dezembro de 2024. O roteiro contemplou inicialmente a caracterização sociodemográfica dos participantes, seguido de questões abertas que possibilitaram aprofundar aspectos relacionados às ações da PNH na Atenção Primária, sua avaliação, avanços e desafios. Participaram da pesquisa dois grupos distintos: o primeiro composto por profissionais de saúde inseridos nas equipes da Estratégia Saúde da Família — médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, técnicos de enfermagem, técnicos de saúde bucal e agentes comunitários de saúde — que fossem egressos da formação de apoiadores da PNH e com, no mínimo, doze meses de atuação nas Unidades de Saúde da Família; O segundo grupo teve como critério de seleção a inclusão de gestores que exerceram

ou exercem a coordenação municipal da política, estando diretamente envolvidos na condução e implementação das ações de humanização no território.

Foram excluídos do estudo profissionais e gestores afastados de suas atividades laborais por aposentadoria, desligamento, licenças ou transferência de função. Ao todo, participaram sete trabalhadores da saúde e seis gestores (incluindo ex-gestores e a atual coordenação municipal), totalizando treze participantes. As entrevistas foram realizadas até o alcance da saturação teórica, entendida como o momento em que novas informações deixam de emergir de forma significativa para a análise. Todo o material foi gravado em áudio, transcrito, validado e armazenado em ambiente digital seguro, assegurando-se o anonimato dos participantes por meio de codificação alfanumérica, sendo os trabalhadores identificados pela letra “T” e os gestores pela letra “G”.

A análise dos dados resultou na construção de fatos empíricos articulados à teoria e permitiu identificar três categorias que sintetizam as tensões e potências encontradas: o protagonismo dos trabalhadores nas ações de humanização; o reduzido apoio da gestão municipal à PNH; e a fragilidade na condução local da política de humanização. Essas categorias não surgiram de forma estanque, mas como expressões de processos vivos, atravessados por disputas, iniciativas, ausências e invenções coletivas.

Protagonismo dos trabalhadores nas ações de humanização na APS de Maceió

O protagonismo dos trabalhadores nas ações de humanização na APS de Maceió evidencia que a PNH não se consolidou de forma institucionalizada e estruturada pela SMS. Apesar da gestão municipal demonstrar intenção de implantar a política, não se empreendeu vontade política necessária para efetivar essa iniciativa. A ausência de uma base organizacional sólida, aliada à inexistência de uma política de humanização consolidada no âmbito da gestão, resultou em ações pontuais e desarticuladas de humanização em algumas UBS, geralmente impulsionadas por iniciativas locais e pelos profissionais, mas sem o devido respaldo institucional.

Sabe-se, entretanto, que a consolidação da PNH como política integrante do SUS depende da organização de uma estrutura institucional sólida, sustentada por planejamento técnico, apoio da gestão e valorização dos trabalhadores da saúde (Pasche; Passos; Hennington; 2011). Essa consolidação requer, ainda, o

fortalecimento dos espaços de escuta, diálogo e participação coletiva, elementos fundamentais da gestão participativa e da corresponsabilidade, elementos centrais da PNH (Brasil, 2010). Nesse contexto, observa-se que as práticas de humanização se constituem, sobretudo, a partir da iniciativa e do engajamento dos próprios profissionais, os quais, mediante adesão voluntária às diretrizes e dispositivos da PNH, incorporam suas propostas ao cotidiano dos serviços. Dessa forma, a política se materializa no fazer diário dos trabalhadores, qualificando o cuidado em saúde e fortalecendo o vínculo entre equipes e comunidade.

Convém destacar que na SMS Maceió há um corpo de trabalhadores efetivos capacitados pelo governo estadual em parceria com o Ministério da Saúde (MS) para desempenharem a função de apoiadores institucionais da PNH em seus locais de trabalho. Desde 2012 o estado tem investido de forma contínua na oferta de cursos de formação de apoiadores da PNH, estimando haver atualmente cerca de trezentos trabalhadores capacitados no estado. Segundo Pavan et al. (2010), os processos formativos propostos pela PNH funcionam como dispositivos de problematização da experiência concreta dos trabalhadores de saúde, uma vez que a intervenção nas práticas promove transformações significativas nos modos de atenção e gestão, reforçando a centralidade do protagonismo dos sujeitos (no caso, os trabalhadores) na produção do cuidado,

> *A partir do curso de humanização a gente começou a estudar a PNH, a gente começou a sensibilizar os funcionários da unidade, a gente fazia treinamentos, estudamos a clínica ampliada com a participação dos funcionários. (T01)*[4]

O trabalho em saúde constitui-se como espaço de produção de saberes e conhecimentos práticos, configurando um campo de formação permanente que se realiza na vivência das situações concretas. Nesse processo, os sujeitos desenvolvem competências para enfrentar as demandas cotidianas, elaborando estratégias de atuação no próprio fazer em saúde (Santos-Filho, 2020). A promoção da saúde nos espaços de trabalho implica potencializar a capacidade de entender e analisar o processo laboral, favorecendo a circulação da palavra e o incentivo à criação de debate coletivo (Zarifian 2001a; 2001b).

> *Os movimentos que a gente fez eram sobre o acolhimento, a gente fez todo*

[4] Trabalhadores da SMS Maceió.

> *fluxograma da unidade de saúde, a gente organizou a unidade de saúde pelos fluxos de atendimento, e também fizemos o organograma de lá. A gente conseguiu fazer reunião com todos os setores de lá, para saber qual era o gargalo que se tinha em cada setor, desde a administração que era um dos nossos focos de trabalho era ali na recepção, a recepção administrativa que era o primeiro lugar que o paciente chegava (T02)[1].*
>
> *Nós fomos levando a PNH por conta própria, porque os trabalhadores absorveram e os usuários também gostaram. Então a gente foi levando por conta própria até o tempo que não deu mais pra seguir. (T04)[1].*

A fala de T04 evidencia que o grupo sustentou as ações de humanização “por conta própria até o momento em que não foi mais possível seguir”, revelando a fragilidade de manter iniciativas sem apoio institucional. A continuidade das atividades, como ações educativas e rodas de conversa voltadas ao fortalecimento da PNH na unidade tornou-se inviável diante do peso financeiro assumido pelos próprios trabalhadores, somado à saída de profissionais por desligamento ou mudança de lotação. Esses fatores, articulados à ausência de suporte da gestão, acabaram por enfraquecer e inviabilizar o fomento da política na prática cotidiana do serviço.

O protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos enquanto princípio da PNH, expressa a compreensão do trabalho em saúde como prática implicada simultaneamente na produção de si e na transformação do mundo, atravessando dimensões sociais, econômicas, políticas, institucionais e culturais. Nesse sentido, as mudanças nos processos de gestão e de atenção alcançam maior efetividade quando sustentadas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que estabelecem entre si pactos de corresponsabilidade nos modos de gerir e de cuidar (Brasil, 2013).

Exemplo disso aconteceu na APS de Maceió, através da equipe da ESF Dídimo Otto Kummer, também conhecida como Conjunto Carminha, que vivenciou experiência da implantação da diretriz acolhimento, ambiência e gestão participativa colocado em prática o conhecimento adquirido no curso de apoiadores promovidos pela secretaria de estado da saúde (SESAU), que culminou numa experiência robusta da PNH, que ganhou o prêmio nacional do MS em 2015, intitulado “Aqui tem SUS”. Ressalte-se que esta experiência foi fruto da dedicação dos profissionais de saúde, com apoio técnico da equipe que conduz a PNH na SMS Maceió, e sem nenhum recurso financeiro para seu desenvolvimento, tenho como fonte de recurso a equipe e o apoio da população do território através de doação de ferramentas como CDs usados para confecção de crachá, entre outros artefatos, conforme falas dos

trabalhadores a seguir,

> *[...] os movimentos que a gente fez era sobre a questão do acolhimento, a gente fez todo fluxograma da unidade de saúde, organizou a unidade de saúde pelos fluxos de atendimento, e também fizemos o organograma de lá. A gente conseguiu fazer reunião com todos os setores para saber qual era o gargalo que se tinha em cada setor, desde a administração que era um dos nossos focos de trabalho era ali na recepção, a recepção administrativa que era o primeiro lugar que o paciente chegava. Porque às vezes os problemas eram muito centrados ali então a gente fez várias reuniões com todos os setores, através de um questionário que a gente tinha elaborado, fez reunião com técnicos de enfermagem, fez com os agentes de saúde,fez com odontologia, médico, enfermeiro, tudo. Então mapeamos todos os setores do posto, para depois a gente ver como é que a gente ia melhorar.(T02)*

> *Após a gente fazer essas micros reuniões aí sentamos todos juntos pra fazer um consolidado do que como deveríamos funcionar na unidade e depois que a gente tava tudo certo, aí a gente passou pra população."..."A gente fez várias modificações na UBS. Fizemos com CD, a própria funcionária do arquivo pintava os CDS, e pediu a população, elas contribuíram com CDS usados. Aí a gente pintava os CDs e colocava cordãozinhos, a cor verde era usada para os pacientes que queriam vacina, a cor azul era as pacientes que queriam falar com agente de saúde e as cor amarela para as outras atividades que a gente desenvolvia no posto, é curativo e aplicação de injeção.(T01)*

Esse movimento demonstra a criatividade das equipes frente às fragilidades institucionais, ao mesmo tempo em que revela a ausência de diretrizes oficiais e mecanismos de apoio que garantam a sustentabilidade e a consolidação das ações de humanização no âmbito do município de Maceió. A equipe responsável pela condução da PNH no município tem buscado oferecer apoio técnico institucional às iniciativas de humanização dos trabalhadores da APS de Maceió, no entanto, esbarram na falta de recursos mínimos para garantir o desenvolvimento de ações propostas, como as formativas, próprias do trabalho de Educação Permanente em Saúde (EPS). Convém ressaltar que o trabalho de humanização na saúde ocorre no cotidiano das práticas, na realidade do serviço, onde é possível aprender e transformar a realidade prática a partir do olhar atento do trabalhador da saúde.

> *Na UBS Tereza Barbosa, que é conhecida como HumanizaTeca, é um espaço de discutir, de educação permanente, de humanização, para estar discutindo melhoria do processo de trabalho.(G07)*
>
> *Não, financeiro nenhum. Todo apoio que a gente teve da SMS Maceió foi técnico. (T02)*

Essa realidade evidencia que, sem o devido investimento político e material por parte da gestão municipal, a PNH tende a permanecer restrita a experiências isoladas, dependentes da motivação individual dos trabalhadores, o que compromete sua institucionalização e a construção de uma cultura de humanização efetiva e sustentável no sistema de saúde local.

Reduzido apoio da gestão municipal de saúde à PNH

A ausência ou o reduzido apoio destinado à PNH pela gestão municipal de saúde em Maceió não pode ser compreendida como um fenômeno isolado ou circunstancial. Trata-se, antes, de um reflexo da conjuntura política do estado de Alagoas, historicamente marcada pela presença de oligarquias que influenciam de forma significativa os processos decisórios e a condução das políticas públicas. No caso da capital, observa-se a continuidade dessa lógica com a liderança da família Caldas, tradicionalmente vinculada ao município de Ibateguara. O atual prefeito, João Henrique Caldas (JHC), é herdeiro de uma trajetória política familiar consolidada, que inclui seu pai, sua avó e sua mãe – esta última senadora eleita pelo Partido Liberal (PL), após articulação política com o vice-prefeito Rodrigo Cunha (Alagoas, 2025).

A atual gestão da SMS de Maceió, sob a liderança de JHC e do Partido Liberal (PL), expressa uma guinada neoliberal, evidenciada pela mudança de posicionamento político em apoio ao governo do ex-presidente Jair Bolsonaro em 2022, pela redução de investimentos em concursos públicos e pelo crescente protagonismo das organizações sociais na gestão, o que acentua a precarização dos vínculos laborais. O governo municipal antecessor a Caldas, representado pelo ex-prefeito Rui Palmeira, do partido do PSDB, também herdeiro político do seu pai, ex-governador e senador Guilherme Palmeira, manteve alinhado ao neoliberalismo e o baixo compromisso com as políticas públicas. Essa orientação insere-se em uma tensão histórica que atravessa a saúde no Brasil: de um lado, a concepção da saúde como direito e bem público; de outro, sua transformação em mercadoria e campo de

acumulação de lucro, tendência hegemônica em função da ampliação da destinação de recursos públicos ao setor privado (Bravo; Correia, 2012, p. 138).

Nesse contexto, a ausência de apoio político à PNH na SMS de Maceió configura-se como uma escolha deliberada, coerente com uma racionalidade neoliberal que desvaloriza políticas públicas de caráter universal e favorece interesses privados, como se constata nas falas dos trabalhadores abaixo,

> *Apoio financeiro não. O financeiro era por conta de nós mesmos, eram os trabalhadores quem bancava (T04).*
> *O maior desafio é porque a gente não tem apoio da gestão, eu acho muito difícil implantar PNH, porque a PNH apesar de ela se dar nos micros processos e ela poder acontecer, para que ela ganhe tônus maior, ela precisa também de apoio macro. E se ela não tiver esse apoio macro, o micro ele não se consolida. (G02).*
>
> *Em alguns momentos a gente tinha abertura de falar mais com a gestão, mas quando é para tomar decisões nem todas, entendeu? A gente tinha mais abertura de estar mais nas unidades, falar um pouco sobre isso, porque antes, até nisso a gente se sentia até um pouco amedrontado, entendeu? (G04).*

Desse modo, a falta de institucionalização da PNH na gestão municipal de Maceió não se restringe a uma omissão administrativa, mas expressa um projeto político alinhado a uma racionalidade neoliberal que fragiliza a perspectiva universalista do SUS. Ao privilegiar modelos de gestão que transferem recursos públicos ao setor privado e ampliam formas de precarização laboral, a administração municipal reitera práticas historicamente vinculadas às estruturas oligárquicas locais e aos interesses de mercado. Tal cenário reforça a distância entre os princípios da humanização e a realidade da gestão, evidenciando que a efetividade da PNH depende não apenas do protagonismo dos trabalhadores, mas também de um compromisso político e institucional que, em Maceió, permanece ausente em apoio financeiro, político e de formação.

Fragilidade na condução da política de humanização em âmbito local

A PNH, instituída pelo Ministério da Saúde (MS) em 2003, contou, desde sua origem, com estratégias de capilarização voltadas à inserção e consolidação da política em estados e municípios. Para tanto, a Coordenação-Geral da PNH (CGPNH) estimulou a criação de referências locais responsáveis por apoiar os movimentos

desencadeados nos territórios, em articulação com os consultores do MS, de modo a favorecer o desenvolvimento e a difusão da PNH em todo território nacional. Nos estados federativos, foi instituída a função de Coordenador Estadual da PNH, e Alagoas seguiu a diretriz do Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Estado da Saúde (SESAU). A política passou a ser desenvolvida pela Gerência de Desenvolvimento de Educação em Saúde (GDES), cuja principal atribuição consistia em apoiar os serviços de saúde e os municípios na implementação e no fortalecimento das ações de humanização. No município de Maceió, a PNH foi alocada na Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CDRH), como um setor específico, junto a outras duas frentes que compunham essa coordenação: a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e o Estágio.

Entre 2008 e 2024, a condução da PNH em Maceió esteve sob a responsabilidade de seis trabalhadores, sendo três servidores efetivos e três vinculados por contratos de natureza precária. Atualmente, a coordenação técnica da política é exercida por uma trabalhadora também em situação de vínculo fragilizado. Embora detenha ampla expertise e profundo conhecimento sobre a PNH, sua atuação encontra limites no contexto político-institucional do município, marcado pela escassez de espaços efetivos de discussão, articulação e fomento da política. Essa conjuntura compromete o processo de institucionalização da PNH e restringe o alcance de seu potencial transformador, tanto na esfera da gestão quanto no âmbito da atenção à saúde.

> Apesar de ter muitas vezes o quórum pequeno, na época, era a única estratégia que tinha de integração presencial das pessoas, de encontro das pessoas dentro dos distritos. Então teve muita coisa que era conversada nesses espaços e que não tinha outro momento para isso. (G02).

> Qualquer discussão passava pelos técnicos que estavam na condução da PNH na sede administrativa da SMS Maceió, então qualquer iniciativa em discutir esse dispositivo, ou qualquer diretriz ou princípio da PNH ficava localizada ali. Então o esforço era para deslocar essa discussão para o território. (G03).

A figura do coordenador técnico municipal ou estadual da PNH configura-se como o apoiador institucional da política. Dentre suas atribuições, destaca-se o papel de estar “entre”, como ressaltam Benevides e Passos (2005a), isto é, estar entre a produção de saúde e a produção de subjetividade, entre as demandas e as ofertas em análise. Seu trabalho se concretiza “em ato” na intervenção, caracterizando-se como

um “fazer com”. Nessa perspectiva, o apoiador institucional é aquele que adentra o grupo para acioná-lo enquanto dispositivo, não como alguém que o fere ou impõe, mas como sujeito que opera conjuntamente em um processo de transformação tanto da grupalidade quanto da forma de organizar o trabalho (Brasil, 2006, p. 14).

Nesse sentido, questiona-se de que maneira um técnico em condição de vínculo precarizado, inserido em uma instituição sob a gestão de um governo de orientação neoliberal e comprometido com a lógica da privatização, poderia dispor de autonomia para fomentar uma política do SUS com efetivo poder transformador. Trata- se, sobretudo, de uma política que se propõe a trabalhar dimensões como a subjetividade e a grupalidade. O reflexo dessa disparidade manifesta-se de forma contundente nas falas dos trabalhadores, que revelam as tensões e os limites impostos a esse processo.

> Nossa proposta é fazer as pessoas conversarem, não é chegar lá com um olho só pro trabalho, e fazer um projeto de acolhimento aqui não. Quem vai dizer que é a gente vai construir juntos e juntas, quem vai fazer na verdade, são elas. A gente vai estar lá dando um apoio (G06).

> O objetivo nestes primeiros anos não era tanto aprofundar as especificidades, era disseminar a política de humanização. Era falar que existia essa política, era mostrar o quão importante ela era, era mostrar que o trabalho em saúde poderia ser pautado por ideais, por movimentos, por diretrizes que poderiam tornar esse trabalho nao so uma esfera de produção de tarefas, de obrigações mas que poderia ser algo também produtor de saúde para eles, para trabalhadores, para gestores e que valeria a pena pensar sobre isso (G01).

As falas analisadas evidenciam, de forma contundente, a tensão existente entre o ideal da Política Nacional de Humanização e as condições concretas de trabalho nas quais os profissionais estão inseridos. A problematização inicial — que indaga como um trabalhador precarizado, situado em um contexto de gestão neoliberal, poderia exercer autonomia para fomentar uma política transformadora — encontra eco direto nos relatos apresentados. A PNH, ao propor uma prática orientada pela subjetividade, pelo trabalho coletivo e pela gestão participativa, exige condições institucionais mínimas de estabilidade, co-responsabilidade e suporte político. No entanto, a realidade descrita é marcada por vínculos frágeis, rotatividade, ausência de apoio da gestão e um ambiente organizacional regido por lógicas de produtividade e eficiência típicas do neoliberalismo, o que limita a materialização dos princípios da política.

A fala de G06, ao afirmar que a proposta do trabalho em humanização “é fazer

as pessoas conversarem” e construir coletivamente o processo de acolhimento, revela uma compreensão coerente com os pressupostos da PNH. Há uma valorização da grupalidade, da construção compartilhada e da ideia de que o protagonismo deve ser dos próprios trabalhadores da unidade. Entretanto, ao mesmo tempo em que essa visão é potente, ela se choca com a falta de condições institucionais que sustentem tais práticas. Em um cenário de precarização, a aposta na construção conjunta depende, paradoxalmente, de trabalhadores que mal dispõem de estabilidade ou reconhecimento para ocupar esse lugar de facilitadores do processo.

A fala de G01, por sua vez, reforça um ideal pedagógico e político da PNH: disseminar sua existência, despertar nos trabalhadores o sentido do trabalho em saúde e afirmar que este pode ser produtor de vida e não apenas reprodutor de tarefas e obrigações. Esse discurso revela uma dimensão utópica e mobilizadora da política, que busca transformar o cotidiano dos serviços por meio da reflexão crítica e da ampliação do sentido do trabalho. Contudo, a fala também evidencia a distância entre a intenção e a prática: nos “primeiros anos”, a luta era apenas para afirmar que a PNH existia — um dado que, duas décadas depois, permanece atual em muitos territórios.

Assim, as falas, quando articuladas, revelam um paradoxo central: mesmo entre trabalhadores sensibilizados e comprometidos, persiste a dificuldade de sustentar ações transformadoras quando a estrutura institucional opera em sentido contrário. A ausência de apoio da gestão, a rotatividade de profissionais, a lógica produtivista e a precarização dos vínculos corroem a possibilidade de autonomia e comprometem a continuidade das ações de humanização. Nesse contexto, os trabalhadores tornam-se responsáveis por promover uma política que exige, mas não lhes garante, as condições mínimas de existência.

Portanto, essas narrativas não apenas expõem a potência da PNH, que continua sendo reconhecida como um horizonte ético e político desejável , mas também evidenciam as fragilidades estruturais que impedem sua consolidação. As falas funcionam como testemunhos de resistência, mas também como denúncias de um sistema que, ao delegar aos trabalhadores a responsabilidade pela mudança, exime-se de ofertar os meios necessários para que ela aconteça.

A ausência do apoio da gestão se faz presente no cotidiano dos trabalhadores da saúde que inviabiliza o desenvolvimento de atividades diárias e das idas às unidades de saúde, como consta a seguir,

> *Não ter recurso é um desafio muito grande, porque a gente sempre tá dando nó em pingo d'água. Ou seja, todas as ações que a gente faz, se a gente vai a uma unidade de saúde, se a gente vai com um cartaz, se a gente usa metodologia ativa, se a gente vai fazer um painel, praticamente todas as ações são com os nossos próprios recursos, não tem um recurso da secretaria vindo para esse fim, esse objetivo"(G03)*

> *"às vezes até um transporte para gente poder ir, uma abertura de solicitar algo, entendeu? Seja até de recursos, tá precisando desse recurso, até recursos básicos para poder fazer educação permanente, né? Trabalhar. A gente não tinha esse acesso". (G04)*

Os relatos evidenciam a precariedade estrutural e financeira que limita a efetivação da PNH no município. A ausência de recursos institucionais, revela a falta de prioridade da gestão em apoiar as ações de humanização, obrigando os trabalhadores a custear, com meios próprios, atividades que deveriam ser de responsabilidade pública. Essa carência compromete não apenas a continuidade das iniciativas, mas também desestimula o engajamento e a corresponsabilidade dos profissionais. Assim, observa-se que a falta de investimento e de suporte institucional fragiliza o princípio da valorização do trabalho e do trabalhador, diretriz da PNH, e reforça a distância entre o discurso da humanização e sua prática cotidiana nos serviços de saúde.

Em síntese, a análise revela que, embora a PNH em Maceió tenha sido inicialmente estruturada em setores estratégicos da gestão e conduzida por profissionais com conhecimento e engajamento, sua efetivação permanece marcada por fragilidades institucionais e pela precarização dos vínculos de trabalho. A ausência de apoio político consistente, a escassez de recursos materiais e financeiros e a falta de espaços de articulação limitam a atuação dos coordenadores técnicos e comprometem a autonomia necessária ao exercício do papel de apoiador institucional.

As falas dos trabalhadores revelam o impacto direto dessas condições: sentimento de desvalorização, invisibilidade e insegurança diante das reações institucionais, bem como dificuldades práticas para desenvolver ações básicas de humanização. Nesse contexto, a política não alcança sua plena institucionalização, restringindo-se a esforços pontuais e sustentados, em grande medida, pela dedicação individual dos trabalhadores, em meio a um cenário de contradições que esvaziam o potencial transformador da PNH no município.

Ressalta-se que o município de Maceió conta com uma diversidade de profissionais comprometidos com os princípios da PNH, que, mesmo diante da

ausência de apoio financeiro e institucional, têm sido capazes de ousar e implementar novas práticas de cuidado. Exemplos expressivos incluem o projeto Acolher Carminha, da UBS Dídimo Otto Kummer, reconhecido nacionalmente, os Núcleos Técnicos de Humanização, que materializam uma proposta robusta de gestão participativa, baseada na escuta e na construção coletiva de soluções, e a experiência da UBS Teresa Barbosa, com a HumanizaTECA, espaço voltado ao encontro entre sujeitos e à educação permanente em saúde. Essas e outras iniciativas, desenvolvidas apesar dos inúmeros desafios, configuram-se como referências de boas práticas em humanização, apontando caminhos potentes para o fortalecimento de uma cultura institucional mais sensível, participativa e acolhedora.

Considerações finais

A análise das percepções dos trabalhadores sobre a implantação da Política Nacional de Humanização na Atenção Primária à Saúde de Maceió revela um cenário marcado por contradições, potencialidades e limites estruturais que incidem diretamente sobre a efetividade da política. Os relatos apontam que, embora a PNH seja reconhecida como uma proposta potente, capaz de ampliar o sentido do trabalho em saúde, promover espaços de diálogo e fortalecer práticas coletivas, sua consolidação permanece fragilizada pela ausência de condições institucionais adequadas.

Os trabalhadores destacam que a política, historicamente centrada na valorização da subjetividade, da corresponsabilidade e da gestão participativa, encontra sérios entraves quando confrontada com vínculos de trabalho precarizados, rotatividade de profissionais e insuficiente apoio das instâncias gestoras. A falta de suporte macropolítico, seja na oferta de tempo institucional, planejamento, recursos ou reconhecimento do papel dos apoiadores, emerge como um dos principais obstáculos para que as ações de humanização possam se sustentar no cotidiano dos serviços.

Ao mesmo tempo, as falas revelam a existência de experiências significativas, ainda que pontuais, nas quais os trabalhadores conseguiram construir práticas de diálogo, rodas de conversa, acolhimento ampliado e reflexão coletiva sobre o processo de trabalho. Essas iniciativas demonstram que há desejo, engajamento e sensibilidade por parte dos profissionais, que reconhecem na PNH um caminho para tornar o

trabalho mais vivo, mais ético e mais próximo das necessidades dos usuários.

Contudo, essas experiências têm se mostrado difíceis de manter sem respaldo institucional. A percepção recorrente de “trabalhar por conta própria”, expressa pelos participantes, indica um processo de responsabilização individual pela sustentação de uma política que, paradoxalmente, só se consolida quando há compromisso coletivo e suporte organizacional.

Dessa forma, o estudo evidencia que a implantação da PNH na APS de Maceió, embora marcada por esforços importantes de formação, sensibilização e iniciativas locais, carece de uma estrutura de gestão que reconheça a política como estratégica para qualificação do cuidado. Os achados reafirmam que a humanização não se restringe à vontade dos trabalhadores: ela depende de políticas públicas robustas, financiamento, planejamento e, sobretudo, de uma gestão comprometida com a construção de ambientes de trabalho dignos, dialógicos e participativos. Conclui-se que a percepção dos trabalhadores aponta não apenas os limites vivenciados, mas também as possibilidades de retomada e fortalecimento da PNH no município. Reforça-se, assim, a necessidade de investimentos contínuos na formação, na valorização profissional e na criação de espaços institucionais de escuta e participação, para que a PNH deixe de ser um ideal isolado e possa, de fato, orientar a produção do cuidado na APS de Maceió.

Referências

ALMEIDA, P. F. de *et al*. **Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Saúde em Debate [online], v. 42, n. spe1, p. 244-260, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116. Acesso em: 28 out. 2025.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005a.

BRASIL**. Lei n. 215.126, de 28 de abril de 2025**. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para estabelecer a atenção humanizada como princípio no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/lei/l15126.htm. Acesso em: 15 jun. 2025.

BRASIL. **Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011.** Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no §

2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm. Acesso em: 18 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de Formação de Formadores e de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde**: Projeto de Cooperação Técnica. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Novo PAC – Saúde**: investimentos para o fortalecimento do SUS e ampliação da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: documento base.** 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. **Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília, 2017.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema e-Gestor Atenção Básica: informação e gestão da Atenção Primária**. Brasília: Ministério da Saúde, [2025]. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br. Acesso em: 21 abr. 2025.

BRAVO, I. S. *et al*. Avanço das contra reformas na saúde na atualidade: o SUS totalmente submetido ao mercado. *In:* SALVADOR, E. *et al.* (org.). ***Crise do capital e fundo público*: implicações para o trabalho, os direitos e a política social**. São Paulo: Cortez, 2019. p. 141-163.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; MENEZES, J. S. B. D. (2020). A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **Ser Social**, Brasília, DF, v. 22, n. 46, p. 191-209. Disponível em: https://doi.org/10.26512/ser_social.v22i46.25630. Acesso em: 30 abr. 2025.

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 109, p. 126-150. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0101-66282012000100008. Acesso em: 30 abr. 2025.

CALDERON, D. B. de L.; VERDI, M. I. M. **Cogestão e processo de intervenção de apoiadores da Política Nacional de Humanização (PNH)**. Interface – Comunicação, Saúde*, Educação*, Botucatu, v. 18, supl. 1, 2014.

CAMPOS, G. W. **Um método para análise e cogestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

CÍCERO Almeida. *In:* WIKIPEDIA: a enciclopédia livre. 2024. Disponível em:

https://pt.wikipedia.org/wiki/C%C3%ADcero_Almeida. Acesso em: 26 maio 2025.

COTTA, R. M. M. *et al.* Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, jan. 2013.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DIEGUES JÚNIOR, Manuel. **O bangüê nas Alagoas:** Traços da influência do sistema econômico do engenho de açúcar na vida e na cultura regional. 3. Ed. Maceió: Edufal, 2006.

GADAMER, H. G**. Hermenêutica, religião e ética**. New Haven, CT: Yale University Press, 1999.

HABERMAS, J. **Tendências da juridicização**. [S. l.: s. n.], 1987.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Cidades e Estados:** Alagoas. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/al.html. Acesso em: 02 maio 2025.

A FAMÍLIA Caldas: JHC e o consórcio político de Ibateguara. Alagoas, 2024. Disponível em: https://www.cadaminuto.com.br/noticia/2024/05/06/a-familia-caldas-jhc-e-o-consorcio-politico-de-ibateguara. Acesso em: 26 maio 2025.

MACHADO, J. C.; COTTA, R. M. M.; SOARES, J. B. Reflexões sobre o processo de municipalização das políticas de saúde: a questão da descontinuidade político-administrativa. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, v. 19, n. 52, p. 159-170, mar. 2015.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1181-1188, 2020.

MENEZES, A. P. do R.; MORETTI, B.; REIS, A. A. C. dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade**. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe5, p. 58–70, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505. Acesso em: 7 fev. 2025.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Monitoramento e avaliação na Política Nacional de Humanização na rede de atenção e gestão do SUS.** 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4541-4548, 2011.

PAVAN, C. *et al*. **Documento orientador da política de formação da PNH**. Cadernos HumanizaSUS, v. 1, p. 74-93, 2010.

SANTOS, A. N. S. *et al.* Por uma atenção primária transformadora: formação e capacitação profissional para fortalecer o trabalho no cuidado à saúde da família. **Aracê**, v. 7, n. 3, p. 11001–11030, 2025. DOI: 10.56238/arev7n3-054. Disponível em: https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/3700. Acesso em: 24 ago. 2025.

SANTOS-FILHO, S. B. Humanização e gestão: novas práticas de gestão no SUS. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

SANTOS-FILHO, S. B. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do HumanizaSUS. *In*: Trabalhador da saúde: muito prazer. p. 73-96, 2007.

SETA, M.H. de; OCKÉ-REIS, C.O.; RAMOS, A.L.P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, supl. 2, p. 3781-3786, 2021.

SILVA, K. L.; MATOS, J. A. V.; FRANÇA, B. D. A construção da educação permanente no processo de trabalho em saúde no estado de Minas Gerais, Brasil. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20170060, 2017.

SILVA, J. J. S.; CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M. Política de Saúde e Desmonte do SUS no Governo Temer. **SER Social**, Brasília, v. 23, n. 48, p. 191–210, 2021. DOI: 10.26512/sersocial.v23i48.29324. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/29324. Acesso em: 18 nov. 2025.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

ZARIFIAN, P. **Objetivo, competência**: por uma nova lógica. São Paulo: Atlas, 2001a.

ZARIFIAN, P. **Valor, organização e competência na produção de serviço**: esboço de um modelo de produção de serviço. *In*: SALERNO, M. S. (org.). Relação de serviço: produção e avaliação. São Paulo: Senac, 2001b.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A PNH, mais do que uma política formalmente instituída, configura-se como uma prática que se materializa no âmbito do trabalho em saúde, sendo permanentemente atravessada por disputas, tensões e diferentes projetos de gestão e cuidado. Nesse sentido, sua implementação não se dá de forma linear ou homogênea, mas como um campo em construção, no qual coexistem avanços e resistências. Tal perspectiva evidencia a PNH como uma política em disputa, cuja efetividade depende da capacidade dos sujeitos e coletivos de tensionar práticas instituídas e produzir modos mais democráticos e inclusivos de gestão e atenção.

As reflexões produzidas nesta tese permitiram analisar, de forma crítica e contextualizada, o percurso de implementação da Política Nacional de Humanização na APS do município de Maceió, no período de 2003 a 2023, evidenciando avanços, tensões e limites que permeiam a materialização de políticas públicas no cotidiano do SUS. A partir do conjunto de evidências empíricas e analíticas construídas, considera-se que o objetivo geral da pesquisa foi alcançado, na medida em que foi possível avaliar a implementação da PNH articulando sua trajetória histórica, seus arranjos institucionais e as experiências vivenciadas por gestores e trabalhadores da APS.

A análise histórica demonstrou que a inserção da PNH no contexto municipal esteve vinculada a movimentos institucionais de indução federativa e processos formativos que favoreceram a disseminação dos princípios da humanização, especialmente por meio da constituição de apoiadores institucionais. Entretanto, evidenciou-se que a continuidade dessas iniciativas se mostrou sensível às mudanças político-administrativas e às prioridades de gestão, revelando a dependência das políticas transversais em relação à sustentação institucional e ao compromisso político local.

No que se refere a avaliação do desenvolvimento da PNH na APS, os resultados indicam que a política produziu deslocamentos importantes nos modos de organizar o trabalho e o cuidado, fortalecendo práticas de acolhimento, cogestão e valorização das relações entre trabalhadores, gestores e usuários. Todavia, persistem fragilidades estruturais relacionadas à precarização dos vínculos laborais, à insuficiência de processos sistemáticos de educação permanente e à limitada institucionalização de espaços participativos, elementos que tensionam a

consolidação da humanização como diretriz estruturante do sistema.

A escolha metodológica demonstrou-se consistente com a complexidade do objeto investigado. O referencial avaliativo de Donabedian possibilitou analisar a implementação da política a partir da inter-relação entre estrutura, processo e resultados, evidenciando que os avanços observados se concentram predominantemente na dimensão processual, enquanto limitações estruturais condicionam a sustentabilidade dos resultados alcançados. Assim, confirmou-se que mudanças nos processos de trabalho, embora significativas, permanecem vulneráveis quando não acompanhadas de investimentos institucionais permanentes.

De modo complementar, a abordagem hermenêutico-dialética mostrou-se fundamental para interpretar os sentidos atribuídos pelos sujeitos à PNH e para revelar as contradições inerentes ao processo de implementação de uma política que propõe transformações nas relações de poder, nos modos de gestão e nas práticas de cuidado. Tal perspectiva permitiu compreender que a humanização não se configura como um conjunto de dispositivos normativos, mas como um processo histórico em permanente construção e disputa, atravessado por condições políticas, institucionais e subjetivas.

Os achados desta pesquisa reafirmam que a PNH possui potência indutora de mudanças qualitativas na APS, especialmente ao fomentar práticas mais democráticas e centradas nos sujeitos. Contudo, evidenciam que sua consolidação depende da incorporação da humanização como projeto institucional contínuo, e não apenas como iniciativa programática ou experiência pontual. Nesse sentido, a sustentabilidade da política exige o fortalecimento da gestão participativa, da valorização do trabalho em saúde e da institucionalização de estratégias permanentes de apoio e formação.

Por fim, reconhece-se que esta tese não esgota as possibilidades analíticas acerca da PNH na APS de Maceió, constituindo-se, antes, como um marco inicial para novos aprofundamentos investigativos. Como limitação deste estudo reconhece-se a não inclusão do trabalho com os usuários do APS de Maceió, o que ocorreu em função do volume de materiais analisados. Assim, este estudo reafirma a avaliação em saúde como prática crítica e estratégica para o fortalecimento do SUS, indicando que a humanização permanece como um horizonte ético-político em permanente construção, cuja efetivação demanda continuidade, compromisso institucional e produção científica comprometida com a defesa da saúde como direito social.

REFERÊNCIAS

ALAGOAS. **Plano Estadual da Humanização da Saúde de Alagoas (2016-2019).** Secretaria de Estado da Saúde (SESAU). Gestão de Desenvolvimento e Educação em Saúde, Maceió, AL, 2016.

ALAGOAS. **Plano Estadual da Humanização da Saúde de Alagoas (2021-2024).** Secretaria de Estado da Saúde (SESAU). Gestão de Desenvolvimento e Educação em Saúde, Maceió, AL, 2021.

ALAGOAS. **Relatório do I Seminário Estadual da Humanização da Saúde de Alagoas.** Maceió: Secretaria de Estado da Saúde (SESAU), Gerência de Desenvolvimento e Educação em Saúde, 2012.

ALAGOAS. **Câmara Técnica de Humanização 2009**. Maceió: Secretaria de Estado da Saúde (SESAU), Gerência de Desenvolvimento e Educação em Saúde, 2009.

ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. **Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde.** Saúde em Debate [online], v. 42, n. spe1, p. 244-260, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116. Acesso em: 28 out. 2025

ARAGAKI, S. S. *et al*. Formação e Práticas em Humanização da Saúde em Alagoas de acordo com membros da Câmara Técnica de Humanização. **Revista Saúde & Ciência**, v. 11, n.1, p. 19-34, 2022.

ARRUDA, G. Interesses privados abocanharão saúde do Recife?. **Outra Saúde**, São Paulo, 2023.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo?. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389–394, mar. 2005.

BOSCHETTI, I.; TEIXEIRA, S. O. O draconiano ajuste fiscal no Brasil e a expropriação de direitos da seguridade social. *In:* SALVADOR, E. *et al.* (org.). **Crise do capital e fundo público: implicações para o trabalho, os direitos e a política social.** São Paulo: Cortez, 2019. p. 67-97.

BRASIL. **Cadernos de HumanizaSUS**. v. 2, Série B. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019. Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias**. Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 216, p. 1, 13 nov. 2019.

BRASIL. **Humaniza SUS - Política Nacional de Humanização:** a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de Formação de Formadores e de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde**: Projeto de Cooperação Técnica. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Seminário 10 anos da Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. **Lei Nº 12.527, de 18 de novembro de 2011.** Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º , no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Brasília, DF: Presdiência da República, 2011.

BRASIL. **Lei n. 215.126, de 28 de abril de 2025**. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para estabelecer a atenção humanizada como princípio no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/lei/l15126.htm. Acesso em: 15 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Novo PAC – Saúde: investimentos para o fortalecimento do SUS e ampliação da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. **Sistema e-Gestor Atenção Básica: informação e gestão da Atenção Primária.** Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2025. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br. Acesso em: 21 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**: formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Monitoramento e avaliação na Política Nacional de Humanização na rede de atenção e gestão do SUS**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde.Núcleo Temático da Política Nacional de Humanização: **Monitoramento e avaliação na Política nacional de humanização na rede de atenção e gestão do SUS**: manual com eixos avaliativos e indicadores de referencia. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **CNS pede que parlamentares revisem emenda constitucional que congelou recursos do SUS**. Brasília, DF: CNS, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/novembro/cns-pede-que-parlamentares-revisem-emenda-constitucional-que-congelou-recursos-do-sus. Acesso em: 14 set. 2025.

BRAVO, I. S. *et al*. Avanço das contra reformas na saúde na atualidade: o SUS totalmente submetido ao mercado. *In:* SALVADOR, E. *et al.* (org.). ***Crise do capital e fundo público*: implicações para o trabalho, os direitos e a política social**. São Paulo: Cortez, 2019. p. 141-163.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; MENEZES, J. S. B. D. (2020). A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **Ser Social**, Brasília, DF, v. 22, n. 46, p. 191-209. Disponível em: https://doi.org/10.26512/ser_social.v22i46.25630. Acesso em: 30 abr. 2025.

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 109, p. 126-150. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0101-66282012000100008. Acesso em: 30 abr. 2025.

CALDERON, D. B. de L.; VERDI, M. I. M. Cogestão e processo de intervenção de apoiadores da Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 1, p. 859-870, 2014.

CAMILLO, E. J. A qualidade “de dentro” na/da pesquisa qualitativa em Educação do Sul do Brasil. **Educar em Revista**, Rebouças, n. 65, p. 137–148, 2017.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389–406, 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Ofício Circular nº/2021/CONEP/SECNS/MS**. Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Brasília, DF: CNS, 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Esta Resolução dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2016.

COSTA, F. L. da; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, v. 37, n. 5, p. 992-969, 2003.

COTTA, R. M. M.; REIS, R. S.; CAMPOS, A. A. de O.; GOMES, A. P.; ANTONIO, V. E.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 18, n. 1, p. 171-179, 2013

CUNHA, C. G. S. de. Avaliação de políticas públicas e programas governamentais: tendências recentes e experiências no Brasil. **Revista Estudos de Planejamento e Gestão em Perspectiva**, Porto Alegre, n. 12, 2018.

DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DONABEDIAN, A. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**: Volume II – The Criteria and Standards of Quality. Ann Arbor: Health Administration Press, 1982.

DONABEDIAN, A. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment**. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

DONABEDIAN, A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. **Salud Publica México**, v. 32, p. 113-117, 1990.

SANTOS, A. N. S. *et al.* Por uma atenção primária transformadora: formação e capacitação profissional para fortalecer o trabalho no cuidado à saúde da família. **Aracê**, v. 7, n. 3, p. 11001–11030, 2025. DOI: 10.56238/arev7n3-054. Disponível em: https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/3700. Acesso em: 24 ago. 2025.

FACCHINI, L. Augusto; TOMASI, E.; DILÉLIO, Alitéia Santiago. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 1, p. 208-223, 2018.

FERREIRA NETO, J. L. *et al*. A formulação da Política Nacional de Humanização e seus Antecedentes Históricos. **Psicologia:** Ciência e Profissão, v. 44, e268625, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1982-3703003268625. Acesso em: 05 maio 2025.

FÓRUM EM DEFESA DO SUS. **Ato em Defesa do SUS e contra a privatização da atenção básica de saúde e dos serviços odontológicos do município de Maceió**. Maceió, 04 abr. 2022. Disponível em: https://forumsus.blogspot.com/. Acesso em: 14 set. 2025.

GADAMER, H. G. **Hermenêutica, religião e ética.** New Haven, CT: Yale University

Press, 1999.

GOODE, W. J.; HATT, P. K. **Métodos em Pesquisa Social.** 3. ed. São Paulo: Cia Editora Nacional, 1969.

HABERMAS, J. **Tendências da juridicização.** Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE),1987.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**: **Maceió**. Rio de Janeiro: IBGE, [2023]. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/maceio/panorama. Acesso em: 10 fev. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro de 2020**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro de 2021**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro de 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

A FAMÍLIA Caldas: JHC e o consórcio político de Ibateguara. Alagoas, 2024. Disponível em: https://www.cadaminuto.com.br/noticia/2024/05/06/a-familia-caldas-jhc-e-o-consorcio-politico-de-ibateguara. Acesso em: 26 maio 2025.

KRIPKA, R. M. L.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D. de L. **Pesquisa Documental. Considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa**. *In:* 4º CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 4., 2015, Alagoas. **Anais** [...]. 2015.

LIMA, W. G. Política pública: discussão de conceitos. **Interface (Porto Nacional)**, n. 05, 2012.

LIMA SILVA, Joelcio Jackson et al. **Política de Saúde e Desmonte do SUS no Governo Temer**. SER Social, Brasília, v. 23, n. 48, p. 191–210, 2021. DOI: 10.26512/sersocial.v23i48.29324. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/29324. Acesso em: 18 nov. 2025.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. Maceió: Secretaria Municipal de Saúde, 2021.

MACHADO, J. C.; COTTA, R. M. M.; SOARES, J. B. Reflexões sobre o processo de municipalização das políticas de saúde: a questão da descontinuidade político-administrativa. **Interface -** Comunicação, Saúde, Educação, Rio de Janeiro, v. 19, n. 52, p. 159-170, 2015.

MATIAS, M. C. S.; VERDI, M. I. M.; FINKLER, M. A dimensão ético-política da humanização e a formação de apoiadores institucionais. **Trabalho, Educação e Saúde,** Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 55–75, 2016. Disponível em:

https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00095. Acesso em: 10 maio 2025.

MARTINS, A. C. T.; PAULA, A. P. de; CARDOSO, J. R.; BORGES, M. I. G.; BOTELHO, M. B. Projeto AcolheSUS na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2095–2103, 2019.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020.

MINAYO, M. C. de S. **Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOKATE, K. M. Convertendo o "monstro" em aliado: uma validação como ferramenta de gestão social. **Revista do Serviço Público**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 1 p. 89-134, 2002.

MOREIRA, M. A. D. M. *et al.* Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva***,* Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3231-3242, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.10462014. Acesso em: 29 abr. 2025.

MOREIRA, M. A. D. M.; LUSTOSA, A. M.; DUTRA, F.; BARROS, E. de O.; BATISTA, J. B. V.; DUARTE, M. C. S. Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3231–3242, 2015.

MORI, M. E.; OLIVEIRA, O. V. M. de. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, p. 627– 640, 2009.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. De F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, e00040220, 2020.

OLIVEIRA, G. N. de. **Devir Apoiador:** uma cartografia da função apoio. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011. Disponível em: https://redehumanizasus.net/sites/default/files/devir_apoiador_gustavo_nunes.pdf. Acesso em: 12 mar. 2025.

PALMEIRA G. **e a herança liberal de Rui Palmeira**. Alagoas, 2020. Disponível em: https://www.historiadealagoas.com.br/guilherme-palmeira-rui-palmeira.html. Acesso em: 26 maio 2025.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo; HENNINGTON, Élida Azevedo. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4541-4548, 2011.

PASHE, D. F.; PASSOS, E.. A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 144–152, 2010.

PAVAN, Cleusa et al. Documento orientador da política de formação da PNH. Cadernos HumanizaSUS, v. 1, p. 74-93, 2010.

PAVAN, C. Sobre o fim da PNH enquanto política de governo. **Rede HumanizaSUS**, 2015. Disponível em: https://redehumanizasus.net/91704-sobre-o-fim-da-pnh-enquantopolitica-de-governo/. Acesso em: 10 fev. 2023.

REDE HUMANIZA SUS. [2017]. Disponível em: http://redehumanizasus. net/. Acesso em: 10 fev. 2023.

RIBEIRO, J., SOUZA, F. N. de; LOBÃO, C. Editorial: Saturação da Análise na Investigação Qualitativa: Quando Parar de Recolher Dados?. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 6, n. 10, 2018.

ROZA, M. M. R. *et al.* Experience of an educacion process linking humanization and institutional support within healthcare work**. Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 1041-1052, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0199. Acesso em: 30 abr. 2025.

SALISBURY, R. H. **The Analysis of Public Policy:** A Search for Theories and Roles. *In:* THEODOULOU, S. Z.; CAHN, M. A. (org.). Public Policy: The Essential Readings. New Jersey: Prentice Hall, 1995. p. 34-37.

SANTOS FILHO, S. B. **Avaliação e humanização em saúde**: aproximações metodológicas Ijuí: Ed. Unijuí, 2009.

SANTOS-FILHO, S. B. **Humanização e gestão**: novas práticas de gestão no SUS. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde***: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS M. E. B.; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 603-613, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500012. Acesso em: 20 abr. 2025.

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa. **Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do HumanizaSUS**. In: Trabalhador da saúde: muito prazer. p. 73-96, 2007.

SARAVIA, E., FERRAREZI, E. **Políticas públicas:** coletânea**.** Brasília: ENAP, 2006.

SECCHI, L. **Políticas Públicas: Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SETA, M. H. de, OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 3781-3786, 2021.

SILVA, K. L.; MATOS, J. A. V.; FRANÇA, B. D. A construção da educação permanente no processo de trabalho em saúde no estado de Minas Gerais, Brasil. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20170060, 2017.

SILVA, L. S.; VIEGAS, S. M. da F.; MENEZES, C.; NASCIMENTO, L. C. do. **Demanda longínqua e acesso no Sistema Único de Saúde: vivências de usuários da atenção primária.** Avances en enfermería, Bogotá, v. 39, n. 1, p. 30-39, 2021.

SILVA, J. A. *et al.* Humanização na Atenção Primária à Saúde (APS): Uma revisão integrativa sobre os modelos de gestão e os impactos na qualidade do cuidado aos pacientes. **Lumen et Virtus**, v. 15, n. 39, p. 2012–2020, 2024. DOI: 10.56238/levv15n39-033. Disponível em: https://periodicos.newsciencepubl.com/LEV/article/view/177. Acesso em: 13 abr. 2026.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

ZARIFIAN, P. **Objetivo, competência: por uma nova lógica**. São Paulo: Atlas, 2001a.

THOENIG, J-C. A avaliação como conhecimento utilizável para reformas de gestão pública. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 51, n. 2, p. 54-70, 2000.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE A - MATRIZ COM OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES (METAS) E INDICADORES NA APS

OBJETIVOS (E DISPOSITIVOS ASSOCIADOS)	DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO	INDICADORES POTENCIAIS (ESTRUTURA E PROCESSO)
I) IMPLEMENTAR GESTÃO DESCENTRALIZADA E PARTICIPATIVA Alguns Dispositivos associados: • Colegiados e conselhos de gestão; • Contratos de gestão, • Grupo de Trabalho de Humanização (GTH).	**Horizontalização da estrutura e linhas de mando** (Unidades de Produção de Serviços).	1. Unidades de produção de serviços implementadas, com plano de gestão e avaliação baseado em metas: (ex.: cada equipe de saúde da família funcionando como uma unidade de produção).
	Capacidade de formulação e condução de políticas de forma participativa (gestão participativa, co-responsabilização, controle social).	2. Colegiado de Gestão de Unidades de Produção implementado, com metodologia e plano de trabalho. 3. Equipes de saúde da família constituídas como equipes colegiadas. 4. Conselho gestor da unidade de saúde implementado, com metodologia e plano de trabalho. 5. Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) implantado, com plano de ação e de avaliação de resultados. 6. Caracterização do funcionamento das instâncias colegiadas e seus encaminhamentos (definir variáveis, critérios e parâmetros de monitoramento): tipos de pautas predominantes; percentuais de pautas indicadas pelos diferentes atores; percentuais de encaminhamentos/viabilização pelos gestores das decisões tomadas. 7. Contratos de gestão elaborados e implementados (baseados em metas acordadas).
II)ASSEGURAR AMPLIAÇÃO DE ACESSO, CUIDADO INTEGRAL E RESOLUTIVO Alguns Dispositivos associados: *Acolhimento em função de vulnerabilidade/risco;	**Ampliação de acesso.** (Redução de filas e tempo de espera)	1. Horário e agenda de atendimento expandidos e flexibilizados, incluindo horários de almoço e outros. 2. Sistema implementado de cuidado/atenção domiciliar, com diretrizes e protocolos. 3. Serviço implementado de atendimento farmacêutico domiciliar para usuários com impossibilidade de deslocamento. 4. % de casos acolhidos dentre os usuários que procuram a unidade diariamente. 5. % de casos agudos acolhidos dentre todos os atendimentos. 6. % de casos acolhidos, não agudos, com consultas agendadas para até ... dias a partir da procura do serviço.
• Apoio matricial;	**Acolhimento com avaliação de risco**.	7. % de usuários com quadros agudos acolhidos e atendidos em até ... minutos a partir da chegada ao serviço. 8. Projeto de acolhimento implementado, contemplando etapas de discussão com equipes,

• mecanismos de desospitalização, com cuidado domiciliar; •Projetos de saúde coletiva; • Clínica ampliada.	(Redução de filas e tempo de espera).	capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e fluxos. 9. % de usuários atendidos com registros do atendimento conforme rotinas padronizadas de acolhimento.
•	**Atenção integral e resolutiva.** (Integração da rede e continuidade do atendimento; referência e contrarreferência). Obs.:Incluídos indicadores específicos, considerando políticas institucionai prioritárias, especialmente em Saúde da Mulher, da Criança e programas voltados para doenças prevalentes.	10. Redução do tempo de espera em... minutos. 11. Projeto de Integração com os demais níveis de organização da rede implementado, com definição de rotinas, fluxos e responsáveis por acompanhamento: atenção especializada e hospitalar, maternidades,serviços de referência, apoio diagnóstico e terapêutico. 12. Projetos de saúde coletiva, embasados na clínica ampliada, a partir de necessidades e demandas populacionais específicas. 13. % de casos agudos acolhidos e resolvidos no serviço, e com retorno marcado pela unidade, nos casos necessários (grupos de risco). 14. % de encaminhamentos para a rede, com preenchimento adequado do instrumento de encaminhamento, conforme protocolo. 15. % de usuários com encaminhamentos para procedimentos na rede, com procedimento marcado através da unidade. 16. % de casos agudos acolhidos e encaminhados para outros serviços, conforme protocolos estabelecidos. 17. % de casos agudos acolhidos, encaminhados para outros serviços, e com atendimento marcado através da unidade (UBS). 18. % de encaminhamentos para consultas especializadas, com consultas marcadas e realizadas em até ... dias. 19. % de encaminhamentos para exames laboratoriais, com exames marcados e realizados em até ... dias. 20. % de usuários com todos os exames complementares solicitados marcados através da unidade de saúde e realizados na rede. 21. % de usuários de grupos de risco com encaminhamentos para a rede, com procedimento marcado através da unidade. 22. % de pacientes de grupos de risco cadastrados e acompanhados na unidade, conforme protocolo. 23. % de pacientes de grupos de risco que comparece à consulta agendada. 24. % de pacientes de grupos de risco que comparece às atividades de grupo agendadas. 25. % de gestantes que foram encaminhadas pela unidade para maternidades de referência e que conseguiram internação. 26. % de mulheres com gestação de risco que foram atendidas nos locais para onde foram referenciadas. 27. % de mulheres com gestação de risco contra-referenciadas,acompanhadas pela unidade após serem atendidas no local de referência. 28. % de mulheres que fizeram pré-natal na unidade de saúde com consulta de puerpério agendada e realizada na unidade. 29. % de puérperas adolescentes acompanhadas pela unidade, conforme protocolos. 30. % de gestantes com pré-natal iniciado no 1.o trimestre. 31. Concentração de consulta de pré-natal.

		32. % de gestantes acompanhadas com todos os exames recomendados em protocolo. 33. % de nascidos vivos de mães que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal. 34. % de gestantes acompanhadas que tomaram vacina anti-tetânica. 35. % de participantes em grupo de planejamento familiar dentre a população estimada em idade fértil da área de abrangência (4%). 36. % de mulheres com alteração de exame preventivo de câncer de colo uterino encaminhadas e com atendimento realizado em serviço de referência, conforme rotina e prazo estabelecido em protocolo. 37. % de cobertura vacinal, por DPT, em menores de 1 ano. 38. % de recém-nascidos de risco acompanhados segundo protocolo. 39. % de busca ativa de crianças de mães que abandonam o programa de controle do crescimento e desenvolvimento. 40. % de crianças atendidas com complicações por IRA e diarréias encaminhadas e com atendimento realizado em serviço de referência, conforme rotina de protocolo. 41. % de crianças com alta hospitalar por IRA e diarréias acompanhadas pelas equipes na área de abrangência, conforme rotina de protocolo. 42. % de usuários acompanhados em atenção domiciliar, considerando os critérios previstos nos protocolos. 43. % de unidades de saúde e ESF com todos os medicamentos padronizados pela atenção básica disponíveis. 44. % de usuários com todos os medicamentos prescritos viabilizados por meio da unidade de saúde. 45. % de itens de medicamentos atendidos por prescrição. 46. % de usuários que tiveram acesso a contraceptivos prescritos viabilizados através da unidade de saúde. 47. % de métodos contraceptivos disponíveis em relação às prescrições
OBJETIVOS (E DISPOSITIVOS ASSOCIADOS)	**DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO**	**INDICADORES POTENCIAIS (ESTRUTURA E PROCESSO)**
III) **ORGANIZAR A ATENÇÃO E OFERTA DE CUIDADOS A PARTIR DA IMPLEMENTAÇÃO DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS, COM MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE ORIENTAÇÃO DO TRABALHO**. Alguns Dispositivos associados:	**Implementação de equipes multiprofissionais, com definição de métodos de atuação e como referência para o usuário e familiares.**	1. Equipes de atenção básica/saúde da família constituídas como equipes multiprofissionais, com metodologia e plano de atuação. 2. Diagnóstico de situação e plano de ação elaborados pela equipe interdisciplinar, contemplando objetivos/metas, prazos e indicadores de avaliação. 3. % de usuários inscritos na unidade de saúde que são acompanhados nos casos de internação, conforme protocolos estabelecidos. 4. % de usuários que sabem informar o nome dos profissionais de sua equipe de referência. % de reuniões de equipe para planejamento, com participação de representantes de toda a equipe e encaminhamentos registrados em atas/relatórios.

• Equipes multiprofissionais de referência; • Projetos terapêuticos singulares; • Clínica ampliada; Projetos de saúde coletiva.		5. % de reuniões da equipe com a comunidade, com participação de representantes da equipe. 6. % de usuários e famílias vinculados e acompanhados por equipes multiprofissionais, com agenda definida para atendimento pela equipe. 7. N.o de visitas multiprofissionais (integradas) realizadas pela equipe multiprofissional aos usuários e famílias. 8. % de usuários de grupos de risco que tiveram informação sobre possíveis complicações do quadro clínico, medidas preventivas, posologia e efeitos dos medicamentos prescritos. 9. % de internações de usuários inscritos na unidade de saúde, investigados. 10. % de óbitos de usuários inscritos na unidade de saúde, investigados.
	Condução do tratamento e abordagem do usuário/população com base em projetos individualizados de saúde (projetos terapêuticos individuais e projetos de saúde coletiva) e prontuários integrados.	11. Equipes de atenção básica/saúde da família constituídas como equipes multiprofissionais, com metodologia e plano de atuação. 12. Diagnóstico de situação e plano de ação elaborados pela equipe interdisciplinar, contemplando objetivos/metas, prazos e indicadores de avaliação. 13. % de usuários inscritos na unidade de saúde que são acompanhados nos casos de internação, conforme protocolos estabelecidos. 14. % de usuários que sabem informar o nome dos profissionais de sua equipe de referência. 15. % de reuniões de equipe para planejamento, com participação de representantes de toda a equipe e encaminhamentos registrados em atas/relatórios. 16. % de reuniões da equipe com a comunidade, com participação de representantes da equipe. 17. % de usuários e famílias vinculados e acompanhados por equipes multiprofissionais, com agenda definida para atendimento pela equipe. 18. N.o de visitas multiprofissionais (integradas) realizadas pela equipe multiprofissional aos usuários e famílias. 19. % de usuários de grupos de risco que tiveram informação sobre possíveis complicações do quadro clínico, medidas preventivas, posologia e efeitos dos medicamentos prescritos. 20. % de internações de usuários inscritos na unidade de saúde, investigados. 21. % de óbitos de usuários inscritos na unidade de saúde, investigados.
	Implementação de protocolos de condução dos trabalhos e abordagem do usuário.	22. Protocolos clínicos elaborados e/ou validados com participação da equipe e implementados para problemas selecionados, conforme necessidades e demandas prevalentes .Protocolos de referência e contra-referência elaborados e implementados. 23. Protocolos implementados para busca de usuários para comunicação sobre resultados de exames alterados em casos selecionados. 24. Protocolos implementados para solicitação de exames diagnósticos complementares. 25. Protocolos implementados de acompanhamento de doentes terminais.

serviços (arte/cultura e técnico-científico); • Projeto para adequação de ambiente (ambiência).	**Participação dos trabalhadores na organização e gestão do trabalho, e projetos de incentivos por desempenho profissional.**	5. Mesa de negociação permanente instituída para negociação entre trabalhadores e gestores. 6. Sistema implementado de avaliação do trabalhador, baseado em desempenho/metas. 7. Planos de trabalho estabelecidos com os trabalhadores, baseados nos resultados da avaliação de desempenho profissional. 8. Incentivos implementados para trabalhadores, com base em avaliação de desempenho. 9. Estratégias implementadas para fomentar a participação dos trabalhadores elegendo e premiando os melhores servidores do ano. 10. % de reuniões de colegiado da unidade de saúde com presença do gerente. 11. Tipos de pautas e/ou de encaminhamentos prevalentes a partir de reuniões de equipe.
OBJETIVOS (E DISPOSITIVOS ASSOCIADOS)		
IV PROPICIAR PARTICIPAÇÃO E VALORIZAÇÃO DOS TRABALHADORES NO PROCESSO E GESTÃO DO TRABALHO. <u>Alguns Dispositivos associados:</u> • Colegiados de gestão; • Sistemas de escuta resolutivos: gerência de porta aberta, ouvidorias e pesquisas de satisfação; • Plano de educação permanente para trabalhadores com base nos princípios da humanização; • Projetos de valorização e cuidado ao trabalhador de saúde e Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST); Projetos de articulação de talentos nos	**Incentivos de qualificação no trabalho.**	12. % de solicitações atendidas para participação em eventos (discriminar tipos de eventos). 13. % de solicitações atendidas de liberação de carga horária regular para atividades/cursos de qualificação. 14. % de horas/trabalhador envolvidas com atividades de educação permanente em relação à carga horária. 15. % de trabalhadores de nível elementar e médio inscritos em programas de complementação de instrução e/ou cursos de qualificação profissional, oferecidos por meio da Instituição. 16. % de trabalhadores de nível elementar e médio que concluíram cursos de complementação de instrução e/ou de qualificação profissional oferecidos por meio da Instituição.

	Serviços de escuta dos trabalhadores, avaliação de satisfação e ações para melhoria da satisfação.	17. Serviço implementado para escuta dos trabalhadores, com sistema de divulgação dos resultados/avaliações. 18. % de aumento ou redução de reclamações recebidas no serviço de escuta dos trabalhadores. 19. % de reclamações e elogios recebidos no serviço de escuta em relação ao total de registros. 20. % de respostas do serviço de escuta providenciadas em 15 dias ou menos. 21. % de soluções consideradas satisfatórias pelos trabalhadores dentre as respostas providenciadas pelo serviço de escuta. 22. Mudanças observadas na natureza das queixas dos trabalhadores no serviço de escuta (percentuais de tipos de queixas, comparando períodos diferentes). 23. Processo sistemático implementado para avaliação de satisfação dos trabalhadores, com plano de divulgação e discussão com os trabalhadores. 24. Pesquisas avaliativas (com avaliadores externos) programadas para serem realizadas sobre satisfação dos trabalhadores. 25. Processo sistemático implementado para análise e encaminhamentos sobre os pontos críticos apresentados nas avaliações de satisfação de trabalhadores, com plano e prazos de correções e adequações.
	Oportunidades para que os trabalhadores exercitem outras habilidades fora da rotina de trabalho e desenvolvam atividades alternativas com usuários, familiares e comunidade.	26. Horários definidos para lanches coletivos, com agenda livre para atividades lúdicas e culturais organizadas pelos trabalhadores. 27. N.o e % de horas destinadas aos técnicos que queiram desenvolver atividades alternativas com a comunidade.
	Estratégias de análise do processo e condições de trabalho e medidas de intervenção e de promoção de ambientes saudáveis de trabalho.	28. % de horas-extras realizadas pelos trabalhadores. 29. N.o e % de acidentes de trabalho ocorridos e investigados. 30. Programas de prevenção de riscos e/ou mudanças no processo de trabalho implementados e avaliados quanto aos resultados. 31. Áreas implementadas para convívio, descanso e lanche da equipe de trabalho.

OBJETIVOS (E DISPOSITIVOS ASSOCIADOS)	DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO	INDICADORES POTENCIAIS (ESTRUTURA E PROCESSO)
V) PROMOVER EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS TRABALHADORES. Alguns Dispositivos associados: ·Plano de educação permanente para trabalhadores com base nos princípios da humanização; • Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST).	**Estratégias institucionais de fomentar e assegurar educação permanente dos trabalhadores**.	1. Plano e agenda de educação permanente para os trabalhadores. 2. Iniciativas implementadas para constituição de sistemas locais de educação permanente. 3. Levantamentos atualizados sobre necessidades de capacitação de RH. 4. Estratégias sistemáticas implementadas de supervisão/apoio para as equipes interdisciplinares (de atenção básica/saúde da família). . Agenda e instrumentos definidos (telefone, e-mail ou outro) para contatos entre equipes da rede básica com equipes de referência e de especialistas dos serviços de atenção especializada para orientações. 6. % de Equipes de Saúde da Família (ESF) que possuem um grupo de referência (equipes de apoio técnico, apoio matricial) para suporte (capacitação em serviço e/ou discussão de casos). 7. Razão entre n.o de equipes de apoio técnico (grupos de referência) e n.o de ESF. 8. Agenda implementada com critérios e formas de participação dos trabalhadores nas diferentes atividades de educação permanente e eventos, internos e externos à unidade. 9. Biblioteca básica com material científico atualizado de interesse e utilização no âmbito da unidade. 10. Mecanismos implementados de divulgação sobre eventos e atividades de educação permanente internas e externas à unidade. 11. Estratégias implementadas de incentivo a práticas de investigação/pesquisa em serviço, por meio de acréscimo de horas para atividades não diretamente assistenciais. 12. % de trabalhadores desenvolvendo (ou concluído) pesquisas, utilizando incentivos procedentes da unidade.
	Processos de educação permanente para os trabalhadores, com ampliação de métodos de discussão e produção coletiva de conhecimento sobre o trabalho.	13. N.o de eventos de desenvolvimento de RH realizados para os trabalhadores da Unidade. 14. N.o e % de cursos programados e realizados com inclusão de temas relacionados à humanização. 15. N.o de reuniões clínicas (período). 16. % de trabalhadores novos no serviço que participaram de programa de ingresso qualificado, com capacitação introdutória. 17. % de deferimento dos pedidos de participação em eventos (discriminar tipos de eventos). 18. % de trabalhadores liberados do serviço para participação em eventos externos. (período).

		19. % de horas/trabalhador envolvidas com atividades de educação permanente em relação à carga horária (período).
	Processos de avaliação das atividades educativas, e da apropriação do conhecimento e mudanças das práticas profissionais.	21. Mecanismos sistemáticos implementados para compartilhamento das experiências e conhecimentos obtidos em atividades de educação permanente. 22. Estudos realizados para avaliação sobre a apropriação e domínio de conhecimentos básicos (previstos nos protocolos) pelos trabalhadores. 23. Estudos realizados para avaliação sobre mudanças nas práticas profissionais a partir de atividades de educação permanente. 24. % de trabalhadores satisfeitos com os programas de capacitação.
VI) ASSEGURAR DIREITOS DOS USUÁRIOS, CONTROLE SOCIAL E IMPLEMENTAR AÇÕES NO ÂMBITO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE. **A**lguns dispositivos: Associados Acompanhante; Sistemas de escuta resolutivos: gerência de porta aberta, ouvidorias e pesquisas de satisfação; Carta de direitos do usuário; Conselhos de gestão; Projeto para adequação de ambiente (ambiência).	**Estratégias de informação sobre funcionamento dos serviços e direitos dos usuários.**	1. Informações afixadas em locais visíveis sobre: (i) vinculação do Serviço ao SUS; (ii) identificação dos setores, nome dos trabalhadores e responsáveis e horário de atendimento; (iii) serviços a serem procurados em casos agudos e de urgência nos momentos em que a unidade estiver fechada; (iv) direitos dos usuários; (v) horários pré-agendados para comunicação com familiares; (vi) ausências temporárias e férias de profi ssionais; (vii) critérios e fluxos do acolhimento e seguimento na rede. 2. Crachás implementados para identificação dos trabalhadores. 3. Material educativo-informativo de interesse em saúde disponibilizado para a população da área de abrangência. 4. Cartilhas (ou equivalentes) sobre o funcionamento do acolhimento disponibilizadas em locais de circulação. 5. Cartilha (ou equivalente) com serviços e procedimentos disponíveis para o usuário. 6. Boletins informativos (e equivalentes) disponibilizados regularmente em locais de circulação. 7. Estratégias implementadas para possibilitar que o usuário mude de médico nos casos desejados e justificados. 8. Boletins informativos (e equivalentes) disponibilizados regularmente em locais de circulação.
	Implementar ações, experiências inovadoras e práticas de promoção à saúde direcionadas aos usuários e comunidade em geral.	9. Horário implementado para atendimento por telefone, para orientações sobre situações que não carecem de ir ao serviço. 10. N. de projetos implementados no âmbito da promoção à saúde, contemplando objetivos/metas e indicadores de avaliação. 11. N. de projetos implementados de ações conjuntas com instituições e entidades locais, conforme necessidades identificadas nos diagnósticos coletivos e demandas apresentadas pelas instituições e/ou população. 12. Atividades de promoção implementadas em salas de espera e outros espaços da unidade, direcionadas para os usuários que aguardam atendimento e abertas para a comunidade em geral. 13. Projetos desenvolvidos no serviço por voluntários da comunidade. 14. N.o de pessoas da comunidade atuando como voluntários na unidade em projetos ou atividades de promoção da saúde, educativas, de lazer e cultura. 15. Ações de vigilância sanitária implementadas nos locais de prestação de serviços à população da área de abrangência.

		16. % de pacientes de grupos de risco em atividades de promoção dentre os inscritos na unidade. 17. Rádios comunitárias (ou iniciativas similares de comunicação) implantadas com participação da unidade de saúde. 18. Oficinas implementadas de formação de agentes multiplicadores de atividades promocionais e de comunicação. 19. Atividades lúdicas e de lazer programadas para acontecerem regularmente através do Serviço: jogos coletivos, teatro, vídeos, grupos de passeios em espaços culturais, comemorações de aniversários e outros. 20. Propostas implementadas de atenção a segmentos populacionais estratégicos, com diferenças étnicas e/ou em situações especiais de agravos, com plano de ação incluindo objetivos/metas e indicadores de acompanhamento e avaliação de resultados. 21. Estratégias implementadas de ações intersetoriais e ouvidorias municipais para acompanhamento do pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal.
	Estratégias institucionais de comunicação e informação ao usuário e familiares sobre o tratamento e procedimentos.	22. N.o de reuniões com familiares de usuários. Mecanismos implementados de comunicação e justificativa formal ao usuário sobre as razões de suspensão de procedimentos agendados.
	Mecanismos de estímulo à participação e corresponsabilização dos usuários na utilização racional dos serviços.	24. Estratégias implementadas de informação atualizada sobre os quantitativos e custos de insumos envolvidos nos tratamentos e procedimentos realizados na UBS. 25. % de usuários/familiares informados sobre custos do tratamento (destacando insumos mais significativos). 26. Estratégias implementadas de divulgação dos resultados do acolhimento quanto à redução de filas e do tempo de espera, seguindo-se avaliação de necessidades e de riscos.
	Serviços de escuta e avaliação de satisfação dos usuários.	27. Serviço implementado para escuta dos usuários, com sistema de divulgação dos resultados/avaliações. 28. % de aumento ou redução de reclamações recebidas no serviço de escuta. 29. % de reclamações e elogios recebidos no serviço de escuta de usuários. 30. % de respostas do serviço de escuta providenciadas em 15 dias ou menos. 31. % de soluções consideradas satisfatórias pelos usuários dentre as respostas providenciadas pelo serviço de escuta. 32. Processo sistemático implementado para avaliação de satisfação dos usuários, com plano de divulgação e discussão com usuários e trabalhadores. 33. Pesquisas avaliativas (com avaliadores externos) programadas para serem realizadas sobre satisfação de usuários.

		34. Processo sistemático implementado para análise e encaminhamentos sobre os pontos críticos apresentados nas avaliações de satisfação dos usuários,com plano e prazos e correções e adequações. 35. % de redução de queixas nos meios de comunicação.

OBJETIVOS (E DISPOSITIVOS ASSOCIADOS)	DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO	INDICADORES POTENCIAIS (ESTRUTURA E PROCESSO)
VII) ADEQUAR ÁREAS FÍSICAS (SEGUINDO O CONCEITO DE AMBIÊNCIA NOS PROJETOS ARQUITETÔNICOS), E PROVISÃO DE RECUR- SOS MATERIAIS E INSUMOS. <u>Alguns Dispositivos associados</u>: •Projeto para adequação de ambiente (ambiência); • Acolhimento.	**Adequação de áreas físicas, seguindo o conceito de ambiência.**	1. Projeto arquitetônico elaborado e executado com adequações nos ambientes, considerando: • sinalização adequada, com identificação dos setores e orientando a movimentação geral do usuário no Serviço; • acesso para deficientes; • salas de espera com ambiente acolhedor, assentos em número suficiente,equipamento audiovisual ativo, e com disponibilidade de brinquedos nos casos de serviços para crianças; • Área de recepção com espaço sufi ciente e disposição adequada de modo a permitir fácil movimentação do usuário e trabalhadores; • consultórios adequados, com conforto e privacidade visual e auditiva; • instalações sanitárias para usuários e trabalhadores adequadas e com higienização constante; • sala de reuniões; sistema de telefonia que atenda de modo sufi ciente às necessidades do usuário e dos trabalhadores; • equipamentos e instalações atendendo às normas de segurança e higiene previstas em legislações específicas; • disponibilidade de vestuário e equipamentos de proteção individual para os trabalhadores; • certificados atualizados de qualidade da água consumida; • armazenamento e remoção adequados dos produtos residuais e lixos específicos; • 2. Telefones públicos instalados nas dependências da unidade.
	Adequação,incorporação e disponibilização de recursos materiais, conforme necessidades dos projetos e atividades.	3. Reformas específicas e incorporação de materiais complementares para os serviços, atrelados a projetos e atividades específicas. 4. Outros: • n.o e % de materiais, equipamentos e insumos de rotina indisponíveis no serviço; • n.o e % de equipamentos danificados; • tempo médio transcorrido entre a solicitação e a realização de serviços de reparos considerados

		essenciais; • % de medicamentos que estouraram o estoque mínimo/mês; • tempo médio transcorrido entre a solicitação de um serviço de transporte e o seu atendimento; • % de demandas de transporte atendidas.
VIII) PROMOVER QUALIFICAÇÃO E OTIMIZAÇÃO DO TRABALHO,A PARTIR DE INSTRUMENTOS SISTEMÁTICOS DE AVALIAÇÃO. Alguns Dispositivos associados: Monitoramento e avaliação; • Contratos de gestão.	**Estratégias de qualificação do processo de trabalho e das ações, considerando políticas e instrumentos de avaliação e utilização da informação.**	1. Sistema implementado de gestão e avaliação baseados em desempenho/metas, e comissão de avaliação de desempenho instituída, com participação dos trabalhadores. 2. Estratégias implementadas de monitoramento e avaliação do funcionamento da referência e contrarreferência. Estabelecimento sistemático de metas a serem alcançadas com as ações desenvolvidas na unidade, incluindo grupos operativos, atividades educativas e outros.Apresentação mensal de relatórios, com análises dos indicadores de produção e resultados dos serviços. 5. % de encaminhamentos para especialistas com preenchimento adequado do instrumento de referência, conforme protocolo. 6. Alimentação regular dos sistemas de informação padronizados pelo SUS% de ESF que utilizam os sistemas de informação padronizados pelo SUS (SIAB e outros) para planejamento das ações. 7. Preenchimento regular de boletins de DNC. 8. Sistema implementado para notificação e comunicação de acidentes de trabalho de usuários e trabalhadores. 9. Estratégias implementadas de monitoramento da utilização do prontuário integrado, com critérios de avaliação da qualidade dos registros e divulgação de resultados em reuniões de equipe. 10. % de prontuários com procedimentos registrados em acordo com rotinas protocolares. 11. % de prontuários auditados com e sem irregularidades. 12. Estratégias implementadas de monitoramento da prescrição de medicamentos, com emissão e repasse para os médicos de relatórios mensais com perfil de prescrições e custos. 13. Estratégias implementadas de monitoramento da solicitação de exames complementares, com emissão e repasse para os médicos de relatórios mensais com perfi l de exames solicitados, custos e percentuais de resultados alterados (e normais). 14. Manuais de procedimentos e normas documentadas e conhecidos por toda a equipe sobre o funcionamento do transporte. 15. Manuais de procedimentos e normas conhecidos por toda a equipe sobre o funcionamento da higienização da unidade. 16. Publicações regulares sobre os diferentes projetos e resultados de trabalho, contemplando iniciativas de divulgação para diferentes públicos: na imprensa em geral, boletins internos e outros

Fonte: Ministério da Saúde (2009).

APÊNDICE B - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DAS ENTREVISTAS

ROTEIRO I - ENTREVISTA COM TRABALHADORES

A- Perfil SocioDemográfico:

a) Qual a sua idade em anos?_____
b) Com que gênero que se identifica: ( )Masculino ( )Feminino
c) Você se considera de que Raça: ( ) Branca ( ) Negro ( ) Parda ( ) Amarela ( ) indígena.
d) Estado civil: ( )Solteiro ( )Casado ( )Divorciado ( )Viúvo ( )União estável
e) Sua renda familiar varia entre: ( )Até R$1.045 ( )R$1.045 - R$2.200 ( )R$2.200 - R$3.500 ( )R$3.500 - R$5.000 ( )R$5.000 - R$7.500 ( )R$7.500 - R$10.000 ( )>R$10.000 ( )Não quero
responder.
f) Tem filhos? ( )Sim ( )Não
g) Qual sua profissão? _____
h) Quanto tempo de formado?_____
i) Tem outra formação? ( )Sim ( )Não Se sim, qual? _____
j) Tem pós-graduação? ( )Sim ( )Não Se sim: ( )Especialização ( )Residência ( )Mestrado ( )Doutorado ( ) Pós-doutorado. Em que área?_____

k) Durante a fase acadêmica teve alguma proximidade com a PNH? ( ) Sim ( ) Não Quando?
_____
l) Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família (em anos):_____
m) Qual a unidade de saúde que você trabalha?_____
n) Tipo de vínculo com a Prefeitura: ( )Servidor público estatutário ( )Contrato temporário ( )Celetista ( ) Cargo comissionado
o) Tempo de trabalho na atual USF: ( )<1 ano ( )1 ano ( )2 à 5 anos ( )6 à 10 anos ( )11 à 15 anos ( )>15 anos.
p) A Unidade de Saúde que você trabalha, tem quantas equipes de Saúde da Família? ( ) 1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )>4
q) Sua equipe de Saúde da Família é completa? ( )Sim ( )Não

r) Se não, tem desfalque de qual profissional? ( )Médico ( )Enfermeiro ( ) Cirurgião-dentista ( )Técnico de enfermagem ( )Técnico ou auxiliar de saúde bucal ( )ACS

B - Política Nacional de Humanização - Plano Estadual de Humanização – PEHS

a) Você conhece a PNH? ( ) SIM ( ) Não
b) Teve oportunidade de fazer algum curso de Apoiador da PNH? ( ) Sim ( ) Não
c) Conte-me quais experiências e vivências você teve com a PNH na sua unidade de trabalho e fora dela, em outros espaços (seminários estaduais, Mostra de Humanização, Rodas de conversa etc)
d) Você conhece o Plano Estadual de Humanização da Saúde de Alagoas?
e) Teve alguma ação do PEHS desenvolvida na sua UBS? Se sim, relate-me como se deu essa ação? Que sujeitos participaram? Como foi desenvolvida? quem conduziu? Que tema foi abordado e que resultados foram encontrados?
f) A gestão oportunizou algum curso ou treinamento na PNH? Se sim, como foi?

C - Processos de Trabalho Modo de produzir:

a) Quais desafios você identifica nos processo de trabalho de sua UBS que precisam ser superados e que você acredita que a PNH possa contribuir?

b) Há reuniões de equipe para discutir fluxos de processos de trabalho? Como funcionam?
c) As decisões da equipe são participativas ou verticalizadas? Como funciona o trabalho em equipe?
d) Há espaço de diálogo na equipe? sentem necessidade de ter? Como anda a comunicação intragrupo?
e) Tem apoio da equipe e-multi? Como acontece?
f) Desenvolvem Projeto Terapêutico Singular na equipe? ( ) SIM ( ) NÃO

D - Relações Interpessoais - Modo de se relacionar

a) Há na sua unidade algum instrumento de escuta da população usuária? qual? Como se dá na equipe as demandas vindas dos usuários? tem devolutiva à população? Nas reuniões de equipe há alguma representação dos usuários?
b) Existem conflitos entre a equipe de trabalho? Entre equipe e usuários? entre equipe e gestão? Como esses conflitos se resolvem? que experiências já foram superadas e como?
c) Os usuários participam de reuniões da unidade? Há espaço de diálogo envolvendo trabalhadores, gestores e usuários? Como são resolvidos os conflitos nesta tríade?
d) Há conselho gestor na sua UBS? Sim ( ) Não ( ) Como funciona?
e) Coordenador da APS participa de reuniões na UBS? Sim ( ) Não ( )

E - Considerações finais:

a) Você tem sugestões ou recomendações para o fortalecimento da PNH que estimule a sua implementação na sua equipe?
b) Você gostaria de acrescentar algum aspecto a mais que não foi contemplado durante a entrevista?

Roteiro II - Entrevista com gestores da APS do município

A- Perfil SocioDemográfico:

a) Qual a sua idade em anos?
b) Com que gênero que se identifica: ( )Masculino ( )FemininoVocê se considera de que Raça: ( ) Branca ( ) Negro ( ) Parda ( ) Amarela ( ) indígena.
c) Estado civil: ( )Solteiro ( )Casado ( )Divorciado ( )Viúvo ( )União estável
d) Sua renda familiar varia entre: ( )Até R$1.045 ( )R$1.045 - R$2.200 ( )R$2.200 - R$3.500 ( )R$3.500 - R$5.000 ( )R$5.000 - R$7.500 ( )R$7.500 R$10.000 ( )>R$10.000 ( )Não quero responder.
e) Tem filhos? ( )Sim ( )Não
f) Qual sua formação?
g) Quanto tempo de formado?
h) Tem outra formação? ( )Sim ( )Não Se sim, qual?
i) Tem pós-graduação? ( )Sim ( )Não Se sim: ( )Especialização ( )Residência ( )Mestrado ( )Doutorado ( ) Pós-doutorado. Em que área?
j) Durante a fase acadêmica teve alguma proximidade com a PNH? ( ) Sim ( ) Não Quando?
k) Teve oportunidade de fazer algum curso de Apoiador da PNH? ( ) Sim ( ) Não. Qual?
l) Tempo de atuação na gestão (em anos):
m) Tempo de atuação na gestão na APS?
n) Tipo de vínculo com a Prefeitura: ( )Servidor público estatutário ( ) Contrato temporário ( )Celetista ( ) Cargo comissionado
o) Tempo de trabalho na atual USF/ atual município: ( )<1 ano ( )1 ano ( )2 à 5 anos ( )6 à 10 anos ( )11 à 15 anos ( )>15 anos.
p) A Unidade de Saúde/ município que você trabalha, tem quantas equipes de Saúde da Família?

B - Política Nacional de Humanização - Plano Estadual de Humanização da Saúde - PEHS

a) Conte-me quais experiências e vivências você teve com a PNH na sua unidade / município de trabalho e fora dela, em outros espaços (seminários estaduais, Mostra de Humanização, Rodas de conversa etc)
b) Você conhece ou já ouviu falar no Plano Estadual de Humanização da Saúde de Alagoas? Sim ( ) Não ( ) o quê?
c) Teve alguma ação do PEHS desenvolvida na sua UBS/ município? Se sim, relate-me como se deu essa ação? Que sujeitos participaram? Como foi desenvolvida? quem conduziu? Que tema foi abordado e que resultados foram encontrados?
d) A gestão oportunizou algum curso ou treinamento na PNH? Se sim, como foi?
e) Existe alguma atividade ou ação voltada para valorização dos trabalhadores das Equipes? Sim ( ) Não ( ) qual?

C - Processo de Trabalho - Modo de produzir

a) Como funciona o Acolhimento nas USF do município?
b) As USF têm dificuldade de infra-estrutura? Se Sim, quais?
c) Quais desafios você identifica nos processo de trabalho de sua UBS/ do município que precisam ser enfrentados para que a PNH possa contribuir?
d) Há reuniões de equipe para discutir fluxos de processos de trabalho? Como funcionam?
e) Como é sua relação com as equipes de Saúde da Família?
f) Tem equipe e-multi no município? Como atuam? Sim ( ) Não ( )

D - Relações Interpessoais - modo de se relacionar

a) Há na sua unidade/ município algum instrumento de escuta da população usuária? qual? Sim ( ) Não ( )
b) Como se dá na equipe as demandas vindas dos usuários? tem devolutiva à população?
c) Nas reuniões de equipe há alguma representação dos usuários?
d) Existem conflitos entre a equipe de trabalho? Entre equipe e usuários? entre equipe e gestão? Como esses conflitos se resolvem? que experiências já foram superadas e como?
e) Os usuários participam de reuniões da unidade? Há espaço de diálogo envolvendo trabalhadores, gestores e usuários? Como são resolvidos os conflitos nesta tríade?
f) Há conselho gestor na sua UBS/ município? Sim ( ) Não ( ) Como funciona?
g) Coordenador da APS participa de reuniões na UBS? Sim ( ) Não ( )

E - Considerações finais

a) Você tem sugestões ou recomendações para o fortalecimento da PNH que estimule a sua implementação na sua USF/ município?
b) Você gostaria de acrescentar algum aspecto a mais que não foi contemplado durante a entrevista?

Agradecemos muito a sua disponibilidade em participar dessa entrevista!!

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada:“ Avaliação da Política Nacional de Humanização no município de Maceió: um olhar para Atenção Primária em Saúde”, cujos responsáveis pela pesquisa são: Profª Dra. Gabriella Barreto Soares, Profº Dr. Sérgio Seiji Aragaki e a doutoranda Luzia Maria da Guia Malta Prata.

Para tanto você precisará assinar o TCLE que visa assegurar a proteção, a autonomia e o respeito aos participantes de pesquisa em todas as suas dimensões: física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e/ou espiritual – e que a estruturação, o conteúdo e forma de obtenção dele observam as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos preconizadas pela Resolução 466/2012 e/ou Resolução 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde.

Esta pesquisa tem por objetivo avaliar a Política Nacional de Humanização no âmbito da Atenção Primária à Saúde no município de Maceió. O motivo que nos leva a fazer esta pesquisa é conhecer a maneira como esta Política pública do Sistema Único de Saúde está sendo desenvolvida na capital alagoana, e justifica-se pela inexistência de estudos sobre a avaliação da implementação da Política Nacional de Humanização no município de Maceió, sendo oportuno descobrir.

Caso decida participar você responderá a entrevista que terá um roteiro com perguntas que o estimulará a descrever com detalhes a sua percepção sobre o desenvolvimento de ações de Humanização da Saúde que possam ter sido realizadas na unidade de saúde que voce trabalhe ou seja gestor. As entrevistas serão aplicadas pela doutoranda/ pesquisadora em sua unidade de saúde ou em espaço confortável e seguro, que permita ocorrer a confiabilidade sigilosa. Durante a realização da entrevista poderão ocorrer eventuais desconfortos e possíveis riscos, que serão mínimos e estarão relacionados, se ocorrerem, a apenas algum constrangimento durante as perguntas feitas, ao relatar e debater sobre situações vivenciadas. Esses riscos poderão ser minimizados com acolhimento resolutivo e oportuno entre você e a pesquisadora.

Como benefícios da pesquisa você terá a oportunidade de contribuir para avaliação de uma política do SUS que poderá resultar no fortalecimento e capilarização da Política Nacional de Humanização no município de Maceió. Em caso de complicações ou danos à saúde que você possa ter relacionado com a pesquisa, compete à pesquisadora responsável garantir o direito à assistência integral e gratuita, que será prestada por acolhimento resolutivo e oportuno por equipe de saúde de retaguarda.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas entrando em contato com a doutoranda/pesquisadora Luzia Maria da Guia Malta Prata, na avenida Pretestato Ferreira Machado, nº 1439, Jatiúca, em Maceió - Alagoas. CEP: 57036- 400, ou pelo e-mail: luziamaltaprata@gmail.com, ou ligando para o fone (82) 99418-6262.

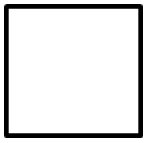
Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase

da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você. Os dados que você irá fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, sempre de forma anônima, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pela pesquisadora responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos. Caso ocorram alguns gastos pela sua participação nessa pesquisa, eles serão assumidos pela pesquisadora e reembolsado para vocês. Se você sofrer qualquer dano decorrente desta pesquisa, sendo ele imediato ou tardio, previsto ou não, você será indenizado.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa - Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, Campus I - Cidade Universitária -1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB. (83) 3216- 7791 – E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br. Horário de Funcionamento: de 07h às 12h e de 13h às 16h. Homepage: http://www.ccs.ufpb.br/eticaccsufpb.

Ao colocar sua assinatura ao final deste documento, VOCÊ, de forma voluntária, na qualidade de PARTICIPANTE da pesquisa, expressa o seu consentimento livre e esclarecido para participar deste estudo e declara que está suficientemente informado(a), de maneira clara e objetiva, acerca da presente investigação. E receberá uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado pelo(a) Pesquisador(a) Responsável.

João Pessoa,_____de_____de 2024.



Impressão

_____
Assinatura,por extenso,do(a) Participante da pesquisa

_____
Assinatura, por extenso, do(a) Pesquisador(a) Responsável pela pesquisa

ANEXO A - PLANO ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO 2016-2019

ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE
GERÊNCIA EXECUTIVA DE VALORIZAÇÃO DE PESSOAS – GEVP
GESTÃO DESENVOLVIMENTO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE - GDES
SETOR HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE - SHS

6. PLANO OPERATIVO/ PRODUTOS E RESULTADOS ESPERADOS

6.1- Eixo: Atenção - Cuidado com os Usuários do SUS

AÇÃO (O QUE?)	ESTRATÉGIAS (COMO?)	RESPONSÁVEIS (QUEM?)	PRAZO (ANO)				RESULTADO ESPERADO (POR QUÊ?)
			2016	2017	2018	2019	
Apoiar a PNH nos municípios.	1. Identificar os apoiadores da PNH; 2. Qualificar o trabalhador-apoiador da PNH; 3. Instituir a função do apoiador da PNH.	SMS's, SESAU e UNCISAL.		X		X	Fortalecer e disseminar a PNH nos municípios.
Implantar /ou Implementar a Gestão Participativa e a Cogestão.	Implantar no mínimo um dispositivo da cogestão: ouvidoria, GTH, Conselho gestor, Colegiado de Gestão.	SMS's, SESAU e UNCISAL.		X			Gestão Participativa e processos de cogestão fortalecidos.
Disseminar a PNH.	Rodas de Conversa sobre as diretrizes e dispositivos da PNH.	Apoiadores da PNH.		X	X	X	Disseminar e fortalecer a PNH nos municípios.
Qualificar os profissionais dos serviços de saúde.	Oficinas com profissionais das unidades de saúde, para escuta e definição de fluxos, normas e protocolos.	SMS's, SESAU e UNCISAL.		X	X	X	Acolhimento humanizado aos usuários. Trabalhadores capacitados, fluxos mapeados com resolutividade.

ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE
GERÊNCIA EXECUTIVA DE VALORIZAÇÃO DE PESSOAS – GEVP
GESTÃO DESENVOLVIMENTO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE - GDES
SETOR HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE - SHS

Promover a integração e conhecimento da rede SUS.	1. Criar fórum regional e/ou rodas de conversas com gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde anual; 2. Elaborar folder e/ou, cartazes e/ou cartilha com funcionamento da Rede SUS local.	SMS's, SESAU e UNCISAL.		X			Conhecer e integrar a rede SUS aumentando a resolubilidade da assistência aos usuários.
Fomento à participação dos cidadãos e do controle social nas práticas de saúde.	Estimular a implantação ao menos um Conselho Gestores.	SMS's, SESAU e UNCISAL.		X	X	X	Gestão participativa e compartilhada, diminuição de queixas e aumento da satisfação dos usuários. Maior conhecimento da saúde, dos serviços e do trabalho em saúde e colaboração dos usuários na resolução de problemas.
Prioridade e agilidade no atendimento à saúde às pessoas com livre demanda, tendo como parâmetro a vulnerabilidade e não a ordem de chegada.	Implantar acolhimento com Classificação de Risco nas unidades de saúde.	SMS's, SESAU e UNCISAL.			X	X	Diminuição de riscos, morbidades e comorbilidades. Atendimento em tempo oportuno, com critérios claros e precisos; Atendimento humanizado a partir da equidade.

ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE
GERÊNCIA EXECUTIVA DE VALORIZAÇÃO DE PESSOAS – GEVP
GESTÃO DESENVOLVIMENTO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE - GDES
SETOR HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE - SHS

Fomentar espaços de diálogo entre profissionais com foco na clínica Ampliada.	Instituir reuniões para discutir casos, com a criação e avaliação continuada de Projetos Terapêuticos Singulares e Projetos de Saúde Coletiva.	SMS's, SESAU e UNCISAL.		X			Integração da equipe com foco no atendimento multiprofissional (Clínica Ampliada); Diminuição de riscos, agravos, morbidades e comorbidades; Diminuição das queixas, melhoria da comunicação, corresponsabilidade pelo trabalho em saúde, diminuição dos sofrimentos e adoecimentos de trabalhadores da saúde. Valorização do trabalho e do trabalhador da saúde.
Acolhimento dos usuários do SUS pelos prestadores de serviços (hospitais, laboratórios...).	Realizar oficinas de qualificação para prestadores de serviços.	Gestores SMS's, SESAU e UNCISAL.		X			Melhoria no Acolhimento e atendimento dos usuários pelos prestadores de serviços em saúde, de acordo com os princípios do SUS e da PNH.
Fomento da criação e utilização de Protocolos clínicos construídos e pactuados coletivamente pelos trabalhadores dos serviços de saúde que os utilizam.	Oficinas para construção, alinhamento e execução de Protocolos Clínicos.	SMS's, SESAU e UNCISAL.		X			Efetivação dos protocolos clínicos pelos profissionais; Melhoria no cuidado, com maior resolutividade; Diminuição de riscos e agravos à saúde Valorização do trabalho e do trabalhador da saúde.

ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE
GERÊNCIA EXECUTIVA DE VALORIZAÇÃO DE PESSOAS – GEVP
GESTÃO DESENVOLVIMENTO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE - GDES
SETOR HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE - SHS

6.2- Eixo – Gestão da Saúde

AÇÕES (O QUE?)	ESTRATÉGIA (COMO?)	RESPONSÁVEIS	PRAZO (QUANDO?)				RESULTADO ESPERADOS (POR QUÊ?)
			2016	2017	2018	2019	
Conhecer as necessidades do usuário.	Implantar caixa de sugestões e outros dispositivos de ouvidoria.	Coordenador da unidade de saúde e equipe educação permanente ou ouvidoria.		X			Conhecer as necessidades do usuário para atendê-lo de acordo com suas demandas; Diminuição de queixas e aumento da satisfação dos usuários; Melhoria do trabalho em saúde.
Discutir e incluir os indicadores de Saúde na produção das ações de gestão da saúde.	Reunir as equipes de vários setores para analisar e incluir esses indicadores do município nas ações, planos e políticas municipais de saúde.	Equipes ESF/NASF e SMS´s.		**X**	**X**	**X**	Valorização do trabalho em saúde, diminuição de indicadores negativos e aumento de indicadores positivos na avaliação do trabalho em saúde.





ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE
GERÊNCIA EXECUTIVA DE VALORIZAÇÃO DE PESSOAS – GEVP
GESTÃO DESENVOLVIMENTO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE - GDES
SETOR HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE - SHS

Participação de apoiadores, gestores e trabalhadores da saúde nas reuniões do Coletivo Estadual da PNH.	Pactuar com gestores a liberação para participar da câmara técnica de humanização.	Gestor municipal de saúde e das instituições e serviço.		**X**	**X**	**X**	Representar os serviços nas reuniões da CTH.
Inserir o SUS e a PNH na qualificação do trabalhador da saúde.	Inserir nas ementas dos cursos que abordem temas de saúde o SUS e a PNH; Criar disciplinas e eventos para discussão e formação a respeito da PNH.	SESAU, UNCISAL, EGAL, UFAL.		**X**			Estudantes em formação e egressos de cursos que abordem temáticas em saúde com conhecimento e capacidade de intervenção para o trabalho no SUS, tendo como base a PNH e outras políticas do SUS.
Fortalecer a PNH nos municípios.	Inserir a PNH nos Planos municipais de saúde.	SMS		**X**	**X**	**X**	Institucionalização da PNH nos municípios.
Fortalecer o plano estadual da PNH, sua divulgação e Sensibilização dos gestores a respeito da importância da implantação do mesmo.	Divulgar nas Reuniões do COSEMS e CIR o Plano Estadual da PNH, pactuando a sua implantação e implementação.	SESAU e SMS's.		**X**			Fortalecimento da PNH.





ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE
GERÊNCIA EXECUTIVA DE VALORIZAÇÃO DE PESSOAS – GEVP
GESTÃO DESENVOLVIMENTO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE - GDES
SETOR HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE - SHS

Divulgar nos conselhos de Saúde o Plano Estadual da PNH – plano operativo anual.	Apresentar anualmente nas reuniões o plano aprovado em execução e os seus resultados.	CTH			**X**	**X**	Disseminar as ações da PNH no estado e municípios; Divulgar e fortalecer os benefícios, decorrentes da execução do Plano Estadual da PNH, para gestores, trabalhadores e usuários.
Divulgar a PNH nos movimentos sociais (LGBT, índios, negros entre outros).	Mapear os movimentos sociais; apresentar a PNH e convidá-los a participarem da CTH e de eventos em prol da humanização da saúde em AL.	CTH		**X**			Fomento da PNH; Inclusão de demandas e necessidades de saúde de participantes de movimentos sociais; Diminuição de queixas e vulnerabilidades e aumento da satisfação e da saúde de participantes de movimentos sociais de pessoas em situação de vulnerabilidade.





ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE
GERÊNCIA EXECUTIVA DE VALORIZAÇÃO DE PESSOAS – GEVP
GESTÃO DESENVOLVIMENTO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE - GDES
SETOR HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE - SHS

Divulgar ações da PNH.	Divulgar em meios de comunicação em geral e no site da SESAU, das SMSs, das IES, rede humanizaSUS, cartilhas, folderes.	SMS's, SESAU e UNCISAL.		X	X	X	Fomento da PNH; Divulgação e fortalecimento de ações do SUS que dá certo em Alagoas.
Qualificar os prestadores de serviços (hospitais, laboratórios) para o acolhimento dos usuários do SUS.	Contratualizar com os serviços a participação em oficinas de qualificação para prestadores de serviços.	Gestor Secretaria Municipal de Saúde.		X	X	X	Adequação do serviço aos princípios do SUS e PNH; Colaboração na criação e sustentação das redes de atenção à saúde; Melhoria nos indicadores de saúde.

ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE
GERÊNCIA EXECUTIVA DE VALORIZAÇÃO DE PESSOAS – GEVP
GESTÃO DESENVOLVIMENTO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE - GDES
SETOR HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE - SHS

6.3 - Eixo: Valorização do Trabalho e Trabalhador da Saúde

AÇÕES (O QUE?)	ESTRATÉGIAS (COMO?)	RESPONSÁVEL (QUEM?)	PRAZO (QUANDO?)				RESULTADO ESPERADOS (POR QUÊ?)
			2016	2017	2018	2019	
Acompanhar/apoiar trabalhadores de licença médica.	Pautar nos espaços públicos a importância da saúde e segurança do trabalhador.	SMS´s.		X			Servidores licenciados assistidos.
Valorizar o trabalhador da saúde.	Pautar nos espaços coletivos a importância da Implantação dos PCCS nos municípios.	SMS´s, SESAU e UNCISAL.		X			Servidores valorizados e estimulados.
Planejamento compartilhado entre gestão e técnicos das ações propostas.	Realizar mostra anual de experiências exitosas nos seminários de humanização.	SMS's, SESAU e UNCISAL.		X	X	X	Fortalecimento do SUS e PNH além de mapeamento das ações no estado.





ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE
GERÊNCIA EXECUTIVA DE VALORIZAÇÃO DE PESSOAS – GEVP
GESTÃO DESENVOLVIMENTO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE - GDES
SETOR HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE - SHS

Articular com área de planejamento da instituição, o planejamento de recursos no plano municipal das instituições para participações de profissionais em congressos e eventos visando à troca de experiências.	Proporcionar acesso das equipes a participação de eventos e encontros para apresentação e troca de experiências de trabalho.	Gestão Equipes.		X	X	X	Profissionais mais capacitados e garantia de intercambio de experiências.

ANEXO B - PLANO ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO 2021-2024

ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE
GERÊNCIA EXECUTIVA DE VALORIZAÇÃO DE PESSOAS – GEREVP
GESTÃO DESENVOLVIMENTO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE - GDES
SETOR HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE - SHS

EIXO 01: Atenção / Assistência – Cuidado com os Usuários do SUS – 05 ações							
Ações (O que?)	**Estratégias (Como?)**	**Responsáveis**	**Prazo/ano (quando?)**				**Resultado esperados (por quê?)**
			2021	2022	2023	2024	
Implantar e/ou implementar em 10% o Acolhimento nos Serviços de Saúde.	Realizar oficinas e treinamentos com as equipes de saúde.	SESAU UNCISAL SMS	X	X	X	X	1.Reduzir ou eliminar das filas por atendimento. 2.Profissionais mais preparados para o acolhimento em saúde. **Meta: implementar/implantar em 10% o acolhimento nos serviços e municípios .**
Fomentar discussão sobre a ampliação da clinica nos serviços de saúde.	Realizar rodas de conversa nos serviços de saúde.	SESAU UNCISAL SMS	X	X	X	X	Maior integração entre os trabalhadores da saúde qualificando assim a oferta da assistência em saúde. **Meta - 40 rodas de conversa temáticas.**
Fomentar discussão sobre a diretriz Direitos dos usuários nos serviços de saúde.	1.Realizar rodas de conversa nas salas de espera sobre direitos dos usuários; 2. Ponto de pauta para discutir com os conselhos gestores. 3.Disseminação por meio virtual (podcast).	SESAU UNCISAL SMS	X	X	X	X	Fomentar a adequação dos serviços na garantia de direitos dos usuários, estimulando seu protagonismo e aumentando sua satisfação. **Meta - 40 rodas de conversa temáticas.**

ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE
GERÊNCIA EXECUTIVA DE VALORIZAÇÃO DE PESSOAS – GEREVP
GESTÃO DESENVOLVIMENTO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE - GDES
SETOR HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE - SHS

EIXO 01: Atenção / Assistência – Cuidado com os Usuários do SUS							
Ações (O que?)	**Estratégias (Como?)**	**Responsáveis**	**Prazo/ano (quando?)**				**Resultado esperados (por que?)**
			2021	2022	2023	2024	
Promover sistema de escuta junto aos usuários de forma participativa.	1.Promover espaços de escuta dos usuários; 2. Identificar as necessidades dos usuários; 3. Planejar e desenvolver ações de enfrentamento. 4.Promover rodas de conversa nos territórios para escutar as necessidades de saúde da população; 5.Analisar as queixas existentes na ouvidoria; 6. Implantar Caixas de sugestão dentre outros; 7.Implantar Questionários físicos e virtuais.	SESAU UNCISAL SMS	X	X	X	X	1.Reduzir a insatisfação dos usuários com os serviços de saúde. 2.Melhorar a comunicação entre trabalhadores da saúde e usuários. **Meta – 20% dos municípios e /ou serviços de saúde.**

ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE
GERÊNCIA EXECUTIVA DE VALORIZAÇÃO DE PESSOAS – GEVP
GESTÃO DESENVOLVIMENTO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE - GDES
SETOR HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE - SHS

Fomentar espaços de diálogo entre profissionais com foco na clínica Ampliada.	Instituir reuniões para discutir casos, com a criação e avaliação continuada de Projetos Terapêuticos Singulares e Projetos de Saúde Coletiva.	SMS's, SESAU e UNCISAL.		X			Integração da equipe com foco no atendimento multiprofissional (Clínica Ampliada); Diminuição de riscos, agravos, morbidades e comorbidades; Diminuição das queixas, melhoria da comunicação, corresponsabilidade pelo trabalho em saúde, diminuição dos sofrimentos e adoecimentos de trabalhadores da saúde. Valorização do trabalho e do trabalhador da saúde.
Acolhimento dos usuários do SUS pelos prestadores de serviços (hospitais, laboratórios...).	Realizar oficinas de qualificação para prestadores de serviços.	Gestores SMS's, SESAU e UNCISAL.		X			Melhoria no Acolhimento e atendimento dos usuários pelos prestadores de serviços em saúde, de acordo com os princípios do SUS e da PNH.
Fomento da criação e utilização de Protocolos clínicos construídos e pactuados coletivamente pelos trabalhadores dos serviços de saúde que os utilizam.	Oficinas para construção, alinhamento e execução de Protocolos Clínicos.	SMS's, SESAU e UNCISAL.		X			Efetivação dos protocolos clínicos pelos profissionais; Melhoria no cuidado, com maior resolutividade; Diminuição de riscos e agravos à saúde Valorização do trabalho e do trabalhador da saúde.

ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE
GERÊNCIA EXECUTIVA DE VALORIZAÇÃO DE PESSOAS – GEREVP
GESTÃO DESENVOLVIMENTO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE - GDES
SETOR HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE - SHS

EIXO 02: GESTÃO DA SAÚDE – 09 AÇÕES							
Ações (O que?)	**Estratégias (Como?)**	**Responsáveis**	**Prazo/ano (quando?)**				**Resultado esperados (por que?)**
			2021	2022	2023	2024	
Estimular a Educação Permanente nos serviços de saúde.	1. Implantação do NEP. 2.Articular e fortalecer parcerias entre ensino e serviços para a educação permanente em saúde nos serviços.	SESAU UNCISAL SMS CTH	X	X	X	X	Ampliar a aproximação do ensino-serviço e comunidade através da criação de espaços de formação, incluindo alunos e dialogando sobre a realidade de pratica. **Meta – 10% dos municípios e serviços de saúde.**
Fortalecimento fortalecer a da Humanização no município.	Inserir a PNH nos Planos Municipais de Saúde;	SESAU SMS CTH	X	X	X	X	Práticas de saúde fundamentadas na PNH a partir da elaboração de um trabalho municipal. **Meta – 20% das regiões de saúde.**
Fomentar a escuta dos usuários.	1 .Implantar Ouvidoria 2. Implantar Caixas de sugestões 3. Utilizar Podcast.	SESAU UNCISAL SMS	X	X	X	X	1.Ampliar a escuta aos usuários do SUS. 2.Melhorar as práticas em saúde; 3.Reduzir as queixas dos usuários. **Meta – 10% dos municípios e serviços de saúde.**

ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE
GERÊNCIA EXECUTIVA DE VALORIZAÇÃO DE PESSOAS – GEREVP
GESTÃO DESENVOLVIMENTO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE - GDES
SETOR HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE - SHS

EIXO 02: Gestão da Saúde							
Ações (O que?)	**Estratégias (Como?)**	**Responsáveis**	**Prazo/ano (quando?)**				**Resultado esperados (por que?)**
			2021	2022	2023	2024	
Melhorar a comunicação entre Gestores, áreas técnicas, trabalhadores e usuários.	1.Implantar GTH com a participação da gestão, áreas técnicas, serviços de saúde e usuários; 2. Instituir reuniões periódicas (mensais ou bimestrais) de equipe; 3.Implantar/implementar Conselho Gestor	SESAU UNCISAL SMS	**X**	**X**	**X**	**X**	Tornar a Comunicação entre gestores, áreas técnicas, trabalhadores e usuários mais clara e fluida, através da : 1.Implantação de GTH; 2.Instituir reuniões periódicas de equipe; 3.Implantar/implementar Conselho Gestor **Meta – 10% dos municípios e serviços de saúde.**
Ofertar espaços nas unidades de saúde com base na Ambiência da PNH.	Buscar articulação com as gestão municipal e estadual visando elaborar projetos de reformas e construção da saúde a partir da escuta dos trabalhadores	SESAU UNCISAL SMS	**X**	**X**	**X**	**X**	Qualificar os espaços físicos a partir da adequação da ambiência. Trabalhadores e usuários com maior satisfação com os serviços de saúde. **Meta – 10% dos municípios e serviços de saúde**.

ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE
GERÊNCIA EXECUTIVA DE VALORIZAÇÃO DE PESSOAS – GEREVP
GESTÃO DESENVOLVIMENTO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE - GDES
SETOR HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE - SHS

EIXO 02: Gestão da Saúde							
Ações (O que?)	**Estratégias (Como?)**	**Responsáveis**	**Prazo/ano (quando?)**				**Resultado esperados (por que?)**
			2021	2022	2023	2024	
Ampliar o diálogo entre gestores e trabalhadores da saúde.	1. Implantar Planejamento participativo; 2. Implantar Comitê; 3. Implantar Colegiado gestor; 4. Implantar Reuniões bimestrais; 5.Implantar espaços de escuta; 6.Gerenciar de porta aberta; 7.Divulgar de fluxos, manuais e protocolos.	SESAU UNCISAL SMS CTH	**X**	**X**	**X**	**X**	1.Aumentar a corresponsabilização dos trabalhadores e gestores . 2. Elevar a motivação dos trabalhadores. **Meta – 10% dos municípios e serviços de saúde**.
Estimular a autonomia e o protagonismo da equipe técnica.	Implantar comitê Técnico com protocolos e fluxogramas de acessos definidos coletivamente.	SESAU UNCISAL SMS	**X**	**X**	**X**	**X**	Equipe com alinhamento Técnico e autonomia de conduzir, monitorar e avaliar as práticas de saúde desenvolvidas no município/serviço. **Meta – 10% dos municípios e serviços de saúde**.

ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE
GERÊNCIA EXECUTIVA DE VALORIZAÇÃO DE PESSOAS – GEREVP
GESTÃO DESENVOLVIMENTO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE - GDES
SETOR HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE - SHS

EIXO 02: Gestão da Saúde							
Ações (O que?)	**Estratégias (Como?)**	**Responsáveis**	**Prazo/ano (quando?)**				**Resultado esperados (por que?)**
			2021	2022	2023	2024	
Acolher necessidades de treinamentos dos trabalhadores de saúde independente de seus vínculos.	1.Ofertar continuamente ~~de~~ capacitações e treinamentos; 2. Apoiar e dar condições do trabalhador participar dos treinamentos. 3. Inclusão de horários dentro do horário de trabalho com repactuação de atividades para possibilitar a participação nos eventos de formação, sem gerar sobrecarga do trabalho. Sugestão 3. Pactuar eventos de formação para que o trabalhador possa participar dentro do seu horário de trabalho	SESAU UNCISAL SMS	X	X	X	X	Capacitar as equipes de trabalho para o desenvolvimento das atividades laborais. **Meta – 10% dos municípios e serviços de saúde**.
Fomentar o ~~do~~ trabalho em rede.	Criar espaços de diálogo com representação de todas as secretarias do município.	SESAU UNCISAL SMS	X	X	X	X	Instituir trabalho intersetorial **Meta – 10% dos municípios e serviços de saúde.**

ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE
GERÊNCIA EXECUTIVA DE VALORIZAÇÃO DE PESSOAS – GEREVP
GESTÃO DESENVOLVIMENTO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE - GDES
SETOR HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE - SHS

EIXO 03: Valorização do Trabalho e Trabalhador da Saúde – 03 ações							
Ações (O que?)	**Estratégias (Como?)**	**Responsáveis**	**Prazo/ano (quando?)**				**Resultado esperados (por que?)**
			2021	2022	2023	2024	
Fomentar ações de valorização do Trabalhador da saúde.	1. Instituir GT permanente com gestores, trabalhadores e sindicatos de classes sobre PCCS; 2. Desenvolver Ações de Educação permanente em Saúde; 3. Garantia de condições de trabalho. 4.Criar de Espaço de diálogo. 5.Trabalhador incluído no planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde.	SESAU UNCISAL SMS	**X**	**X**	**X**	**X**	Aumentar valorização da participação do trabalhador da saúde a partir da inclusão do trabalhador nas ações de gestão do trabalho. **Meta – 10% das regiões de saúde**
Ampliar acesso do trabalhador a saúde ocupacional.	1.Criar um serviço de saúde do trabalhador por macrorregião de saúde	Município com Apoio SESAU e COSEMS	**X**	**X**	**X**	**X**	1.Ampliar cuidado aos trabalhadores da saúde; 2.Acomanhar os casos de adoecimentos do trabalhador; 3.Avaliar e monitorar o absenteísmo. 4. Valorizar o trabalhador da saúde. **Meta – 10% das regiões de**





ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE
GERÊNCIA EXECUTIVA DE VALORIZAÇÃO DE PESSOAS – GEREVP
GESTÃO DESENVOLVIMENTO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE - GDES
SETOR HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE - SHS

							saúde
EIXO 03: Valorização do Trabalho e Trabalhador da Saúde – 03 ações							
Ações (O que?)	**Estratégias (Como?)**	**Responsáveis**	**Prazo/ano (quando?)**				**Resultado esperados (por que?)**
			2021	2022	2023	2024	
Oferecer ações de qualidade de saúde aos trabalhadores da saúde.	1.Implantar ou implementar as Praticas Integrativas e complementares (PICS) no município/serviço de saúde; 2.Instrumentalizar os trabalhadores da saúde através da ampliação da oferta de cursos da PICs.	SESAU UNCISAL SMS CTH	X	X	X	X	1.Ampliar o cuidado ao trabalhador da saúde; 2.Aumentar a valorização do Trabalhador da Saúde; 3.Reduzir os conflitos relacionais nos serviços de saúde;4 4. Fortalecer o vínculo entre equipe e serviço. **Meta – 10% dos municípios e serviços de saúde**

ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - CCS/UFPB

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA POLITICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO MUNICIPIO DE MACEIO:UM OLHAR PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE.

Pesquisador: LUZIA MARIA DA GUIA MALTA PRATA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 78498024.7.0000.5188

Instituição Proponente: Centro de Ciência da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.784.792

Apresentação do Projeto:

Trata-se de avaliar o projeto de pesquisa intitulado "Avaliação da Política Nacional de Humanização no município de Maceió: um olha r para Atenção Primária em Saúde" que será desenvolvido pela Prof.ª Dra. Gabriella Barreto Soares, Prof. Dr. Sérgio Seiji Aragaki e a doutoranda Luzia Maria da Guia Malta Prata, do Doutorado Profissionalizante em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

Objetivo da Pesquisa:

Esta pesquisa tem por objetivo avaliar a Política Nacional de Humanização no âmbito da Atenção Primária à Saúde no município de Maceió.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Durante a realização da entrevista poderão ocorrer eventuais desconfortos e possíveis riscos, que serão mínimos e estarão relacionados, se ocorrerem, a apenas algum constrangimento durante as perguntas feitas, ao relatar e debater sobre situações vivenciadas. Esses riscos poderão ser minimizados com acolhimento resolutivo e oportuno entre você e a pesquisadora.

Benefícios:

Como benefícios da pesquisa você terá a oportunidade de contribuir para avaliação de uma

Endereço: Campus I / Prédio do CCS UFPB - 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

política do SUS que poderá resultar no fortalecimento e capilarização da Política Nacional de Humanização no município de Maceió.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de caso, avaliativo, com abordagem qualitativa de caráter exploratório. A coleta de dados se dará em dois momentos, no primeiro será realizada uma análise documental, por intermédio dos dados secundários dos dois Planos Estaduais de Humanização da Saúde (2016-2024), Plano Municipal de Saúde de Maceió, dos relatórios anuais das Mostras e Seminários Estaduais das Ações de Humanização da Saúde de Alagoas do período de 2017-2023 e das Atas
das reuniões da Câmara Técnica de Humanização. No segundo momento, serão realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais/trabalhadores e gestores da APS de Maceió para aprofundar a percepção sobre a efetivação da PNH no município. As entrevistas serão realizadas pela pesquisadora, no período de junho e julho de 2024, nas Unidades de Saúde da Família dos municípios em que os profissionais trabalham, em ambiente confortável e seguro, a ser combinado
posteriormente com os entrevistados, até o alcance da amostragem por saturação. Para análise dos dados será utilizado a avaliação normativa de Donabedian e hermenêutica-dialética proposta por Minayo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisa em tela se encontra bem instruída de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que rege as pesquisas envolvendo seres humanos.

Recomendações:

Recomenda-se manter a metodologia proposta.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba ¿ CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa. Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - CCS/UFPB

Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2306427.pdf	26/03/2024 21:50:59		Aceito
Folha de Rosto	LUIZA_MARIA_DA_GUIA_MALTA_PRATA__.pdf	26/03/2024 21:49:11	LUZIA MARIA DA GUIA MALTA PRATA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuencia_SMS_Maceio_.pdf	26/03/2024 21:48:19	LUZIA MARIA DA GUIA MALTA PRATA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuencia_Luzia_PPGSF_.pdf	26/03/2024 21:47:53	LUZIA MARIA DA GUIA MALTA PRATA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_.pdf	26/03/2024 21:46:57	LUZIA MARIA DA GUIA MALTA PRATA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf	26/03/2024 21:46:26	LUZIA MARIA DA GUIA MALTA PRATA	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

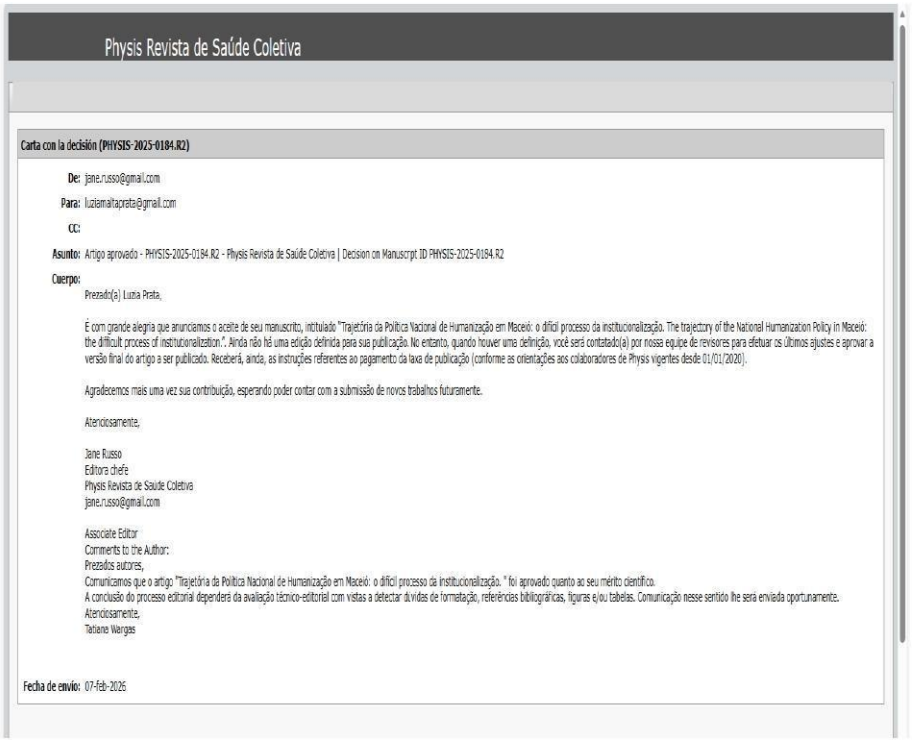
Necessita Apreciação da CONEP:
Não

JOAO PESSOA, 24 de Abril de 2024

Assinado por:
Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: Campus I / Prédio do CCS UFPB - 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

ANEXO D - ACEITE REVISTA PHYSIS SAUDE COLETIVA



Physis Revista de Saúde Coletiva

Carta con la decisión (PHYSIS-2025-0184.R2)

De: jane.russo@gmail.com

Para: luziemaltapreta@gmail.com

CC:

Asunto: Artigo aprovado - PHYSIS-2025-0184.R2 - Physis Revista de Saúde Coletiva | Decision on Manuscript ID PHYSIS-2025-0184.R2

Cuerpo:

Prezado(a) Luzia Preta,

É com grande alegria que anunciamos o aceite de seu manuscrito, intitulado "Trajetória da Política Nacional de Humanização em Maceió: o difícil processo da institucionalização. The trajectory of the National Humanization Policy in Maceió: the difficult process of institutionalization.". Ainda não há uma edição definida para sua publicação. No entanto, quando houver uma definição, você será contatado(a) por nossa equipe de revisores para efetuar os últimos ajustes e aprovar a versão final do artigo a ser publicado. Receberá, ainda, as instruções referentes ao pagamento da taxa de publicação (conforme as orientações aos colaboradores de Physis vigentes desde 01/01/2020).

Agradecemos mais uma vez sua contribuição, esperando poder contar com a submissão de novos trabalhos futuramente.

Atenciosamente,

Jane Russo
Editora chefe
Physis Revista de Saúde Coletiva
jane.russo@gmail.com

Associate Editor
Comments to the Author:
Prezados autores,
Comunicamos que o artigo "Trajetória da Política Nacional de Humanização em Maceió: o difícil processo da institucionalização. " foi aprovado quanto ao seu mérito científico.
A conclusão do processo editorial dependerá da avaliação técnico-editorial com vistas a detectar dúvidas de formatação, referências bibliográficas, figuras e/ou tabelas. Comunicação nesse sentido lhe será enviada oportunamente.
Atenciosamente,
Tatiana Wargas

Fecha de envío: 07-Feb-2026

ANEXO E - ACEITE EDITORA REDE UNIDA

AREA27

DECLARAÇÃO

Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2026.

Eu, **Rodrigo Andrade Alvarenga**, sócio-diretor e coordenador editorial da empresa AREA27, inscrita sob o CNPJ: 15.145.688/0001-75, declaro para os devidos fins que os autores **Luzia Maria da Guia Malta Prata, Sérgio Seiji Aragaki e Gabriella Barreto Soares** foram aprovados pelo conselho editorial e farão parte da publicação do livro **"Gestão e práticas em saúde coletiva: da política à ação V"**, com o capítulo "**Humanização em disputa: análise crítica da implantação da política na Atenção Primária à Saúde de Maceió**", que está no processo de submissão e organização de capítulos e tem sua previsão de lançamento para o segundo semestre de 2026.

Por ser verdade firmo.

Rodrigo Andrade Alvarenga

Rodrigo Andrade Alvarenga

CPF: 114.174.197-09