

Avaliação da Política Nacional de Humanização em Maceió: um olhar para Atenção Primária à Saúde

Evaluation of the National Humanization Policy in Maceió: A look at Primary Health Care

Evaluación de Política Nacional de Humanización en Maceió: una mirada a Atención Primaria de Salud

Luzia Maria da Guia Malta Prata¹, Sérgio Seiji Aragaki², Gabriella Barreto Soares¹

DOI: 10.1590/2358-2898202615110979P

RESUMO A efetivação da Política Nacional de Humanização (PNH) na Atenção Primária em Saúde (APS) exige reorganização dos processos de trabalho e das práticas de cuidado centradas nas necessidades das pessoas. Nesse contexto, desenvolveu-se um estudo de caso, de natureza avaliativa, descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, que analisou a implementação da PNH na APS de Maceió. A coleta de dados incluiu análise documental e entrevistas semiestruturadas com trabalhadores da APS e gestores vinculados à PNH no município. Os dados foram organizados em três categorias analíticas: Gestão do SUS, Cuidado Integral ao Usuário e Valorização do Trabalho e dos Trabalhadores, com base na matriz avaliativa da PNH na APS. Os resultados indicam que a diretriz da ambiência tem sido implementada de forma desigual, com permanência de inadequações estruturais. No cuidado ao usuário, diretrizes como acolhimento e clínica ampliada são aplicadas pontualmente, mas a resolatividade é limitada por falhas na articulação da rede. Quanto à valorização do trabalho, observam-se vínculos precários, ausência de escuta qualificada e baixa efetividade da gestão participativa. Os achados revelam distanciamento entre os princípios da PNH e o modelo de gestão vigente, orientado por uma lógica neoliberal, o que reforça a necessidade de revisão crítica das práticas institucionais.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Humanização da assistência. Sistema Único de Saúde. Política de saúde. Qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde.

ABSTRACT The implementation of the National Humanization Policy (NHP) in Primary Health Care (PHC) requires the reorganization of work processes and care practices centered on people's needs. In this context, a case study was developed, of an evaluative, descriptive, and exploratory nature, with a qualitative approach, which analyzed the implementation of the NHP in PHC in Maceió. Data collection included document analysis and semi-structured interviews with PHC workers and managers linked to the NHP in the municipality. The data were organized into three analytical categories: SUS Management, Comprehensive User Care, and Valuing Work and Workers, based on the evaluative matrix of the NHP in PHC. The results indicate that the guideline of the environment has been implemented unevenly, with the persistence of structural inadequacies. In user care, guidelines such as reception and expanded clinic are applied specifically, but the resoluteness is limited by failures in the articulation of the network. Regarding the valorization of work, there are precarious links, a lack of qualified listening, and low effectiveness of participatory management. The findings reveal a gap between the principles of the NHP (National Humanization Policy) and the current management model, which is guided by a neoliberal logic, reinforcing the need for a critical review of institutional practices.

KEYWORDS Primary Health Care. Humanization of assistance. Unified Health System. Health policy. Health care quality, access, and evaluation.

RESUMEN Se desarrolló un estudio de caso, de naturaleza evaluativa, descriptiva y exploratoria, con enfoque cualitativo, que analizó la implementación de la Política Nacional de Humanización (PNH) en la Atención Primaria de Salud (APS) de Maceió. La recolección de datos incluyó análisis documental y entrevistas semiestruturadas con trabajadores de la APS y gestores vinculados a la PNH en el municipio. Los datos fueron organizados en tres categorías analíticas: Gestión del SUS, Atención Integral al Usuario y Valoración del Trabajo y de los Trabajadores, basándose en la matriz evaluativa de la PNH en la APS. Los resultados indican que la directriz relativa al entorno se ha implementado de manera desigual, con permanencia de inadecuaciones estructurales. En el cuidado al usuario, directrices como acogida y clínica ampliada se aplican de forma puntual, pero la capacidad de resolución está limitada por fallas en la articulación de la red. En cuanto a la valorización del trabajo, se observan vínculos precarios, ausencia de escucha calificada y baja efectividad de la gestión participativa. Los resultados revelan distanciamento entre los principios de la PNH y el modelo de gestión vigente, orientado por una lógica neoliberal, lo que refuerza la necesidad de una revisión crítica de las prácticas institucionales.

PALABRAS CLAVE Atención Primaria de Salud. Humanización de la atención. Sistema Único de Salud. Política de salud. Calidad, acceso y evaluación de la atención de salud.

¹Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil.
luziamaltaprata@gmail.com

²Universidade Federal de Alagoas (UFAL) – Maceió (AL), Brasil.

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 acolhimento, valorização das pessoas e fortalecimento dos vínculos solidários e participativos no território¹. 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 pessoas².

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 cuidado³. Esses entraves não ocorrem de modo dissociado do contexto político e econômico nacional, marcado, desde 2016, pela adoção de medidas mais intensas de austeridade fiscal. A promulgação da Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016⁴, 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 Bolsonaro⁵.

Diante desse cenário, observam-se sérios desafios à gestão de um sistema público de saúde com a complexidade e a 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 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 cuidado⁶.

No governo atual, foi estabelecida uma modificação da Lei nº 8.080/1990, marco legal do SUS⁷, por meio da promulgação da Lei nº 15.126/2025⁸. 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 a 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 saúde⁸.

Nesse contexto, avaliar a PNH como política pública é fundamental para identificar necessidades de ajustes, reorientações ou descontinuidade das ações em curso⁹, sendo um componente central no planejamento e na formulação de políticas. Optou-se, portanto, por uma avaliação participativa, que, segundo Benevides e Passos¹⁰, 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 da 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 as contradições que marcam a gestão e a política de saúde na capital alagoana.

Material e métodos

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 o Certificado de

Apresentação para Apreciação Ética (CAEE) nº 78498024.70000.5188, parecer nº 6.784.792.

A coleta das informações 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 1*.

Quadro 1. 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: elaboração própria (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 dispositivos¹¹.

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 sete trabalhadores(as) da saúde vinculados(as) à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Maceió, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter concluído o curso de formação de apoiadores da PNH realizado em Alagoas; estar 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 cinco ex-gestores da PNH no município e pela atual gestora municipal, totalizando seis participantes.

As entrevistas foram realizadas em Maceió pela pesquisadora responsável, conforme disponibilidade e comodidade dos participantes do estudo, no período de julho a dezembro de 2024. Foram utilizados 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 das informações

A abordagem hermenêutico-dialética foi escolhida para analisar e avaliar a PNH, sob os olhares histórico, sociocultural, político, econômico e educacional, e, assim, compreender o contexto onde trabalham e se cuidam os atores da pesquisa. 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 sistematização dos achados gerou três categorias analíticas: Gestão do SUS, Cuidado Integral ao Usuário e Valorização do Trabalho, as quais foram adaptadas à matriz de avaliação da PNH na APS proposta pelo MS. 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 Donabedian¹².

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 da assistência até o diagnóstico e o tratamento. E a última dimensão, o resultado, refere-se ao alcance das características esperadas dos produtos ou serviços, apontando a repercussão da assistência na saúde da população, considerando sua satisfação e suas expectativas¹².

Resultados e discussão

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 Donabedian¹³, essa categoria aborda aspectos vinculados à diretriz da Ambiência e à Gestão do Trabalho, destacando a importância da infraestrutura física, da ergonomia e da acessibilidade, que são responsabilidade direta do gestor do SUS, como elementos fundamentais para a qualificação do cuidado. 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, considerando os 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 (T02).

Eu acho que melhorou, mas, mesmo assim, os profissionais, por exemplo, da XXX, sofrem muito com questões de mofo, infiltração, mau cheiro (T06).

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 SMS de Maceió avaliaram a ambiência como inadequada ao desenvolvimento das ações de cuidado, conforme preconizado pela política, como nestes relatos:

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).

A ambiência na APS configura-se como elemento estratégico para a qualificação do cuidado e efetivação dos princípios da humanização no SUS. Na perspectiva de Donabedian¹⁴, as condições estruturais e organizacionais dos serviços influenciam diretamente os processos assistenciais e os resultados em saúde, evidenciando que a ambiência integra a dimensão estrutura da qualidade do cuidado. Sob outra perspectiva, Fortes¹⁵ relaciona a humanização à construção de espaços éticos, acolhedores e seguros, capazes de fortalecer o vínculo entre usuários, profissionais e familiares, favorecendo práticas pautadas no respeito e na dignidade humana. A ambiência atua como espaço relacional e produtor de subjetividades, no qual as interações interpessoais, a escuta qualificada e a participação dos sujeitos tornam-se componentes essenciais da produção do cuidado¹⁶. Nesse sentido, a ambiência na APS ultrapassa os aspectos físico-estruturais, constituindo-se, também, como dispositivo de acolhimento, integralidade e fortalecimento das relações humanas no cotidiano dos serviços de saúde.

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) reconhecia ter melhorado, pois houve construções de novas UBS,

ex-gestores da PNH apontaram 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^{17,18}. 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 participativa¹⁹.

Com 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:

Falta principalmente recursos humanos. O último concurso daqui foi 2013 (G06).

Era muito difícil de recompor. Essa pessoa entrando de férias, não tem quem venha substituir (G02).

Os recursos humanos constituem elemento essencial para a organização, o funcionamento e o desempenho de qualquer estrutura social. Segundo Gonçalves et al.²⁰, no contexto da saúde pública e da implantação e consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a precarização dos vínculos empregatícios entre os profissionais de saúde configura-se como um dos principais obstáculos ao fortalecimento da APS, haja vista que a instabilidade no trabalho, associada à alta rotatividade de trabalhadores, fragiliza a continuidade do cuidado, compromete a formação de vínculos entre equipes e usuários e dificulta a efetivação de práticas integrais, resolutivas e humanizadas no âmbito das RAS. Corroborando essa afirmação, Druck²¹ destaca que a redução do número de

servidores públicos estatutários – associada à terceirização, à flexibilização de direitos trabalhistas e previdenciários e à ampliação de modelos privados de gestão, intensificadas por políticas neoliberais, como a Reforma Trabalhista de 2017 e a Emenda Constitucional nº 95/2016 – contribuiu para a precarização do trabalho em saúde, fragilizando o caráter público do SUS e comprometendo a continuidade e a qualidade da assistência na APS. Nessa direção, a valorização, a estabilidade e a reposição da força de trabalho na saúde constituem elementos indispensáveis para o fortalecimento do SUS e para a efetivação de práticas humanizadas e integrais na APS.

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 do diabetes, colocando em risco a saúde dos usuários pela interrupção do tratamento, conforme se observa a seguir:

[...] muitas vezes, não se fazia citologia porque não chegava aqui o material necessário, que não era caro (G02).

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).

A insuficiência de medicamentos e insumos na APS constitui importante obstáculo para a efetivação dos princípios da integralidade, universalidade, equidade e humanização do cuidado no SUS. Nessa direção, Pasche²² resalta que a PNH pressupõe a corresponsabilização entre gestão, trabalhadores e usuários, o que exige condições estruturais mínimas para produção do cuidado. Logo, a ausência de medicamentos e insumos compromete não apenas a assistência clínica, mas, também, a capacidade dos serviços de garantir acolhimento, vínculo e continuidade do cuidado. De modo complementar, Santos-filho²³ afirma que a carência ou insuficiência de medicamentos básicos e insumos repercute diretamente nos processos de trabalho, intensificando a sobrecarga profissional, o desgaste emocional das equipes e a sensação de impotência diante das demandas dos usuários, potencializando, assim, o risco de adoecimento do trabalhador da saúde.

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^{24,25}. 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 das estratégias de financiamento e governança, com valorização da APS como pilar do SUS (*quadro 2*).

Quadro 2. 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. A ambiência ainda não é compreendida nem operacionalizada de maneira uniforme no município.
		1.1 consultórios adequados, com conforto e privacidade visual e auditiva; instalações sanitárias para usuários e trabalhadores adequadas e higienização constante;	Não é a realidade de todas as UBS do município;
		sala de reuniões; disponibilidade de vestuário e equipamentos de proteção individual para os trabalhadores;	Não é a realidade de todas as UBS do município;
	Adequação, incorporação e disponibilização de Recursos Humanos e materiais, conforme necessidade dos projetos e atividades.	Reformas específicas e incorporação de materiais complementares para os serviços, atrelados a projetos e atividades específicas.	Poucas US possuem sala destinada a reuniões; Há períodos de descontinuidade desses insumos;
		Outros	2. Persistem desafios relacionados à acessibilidade, ao conforto, à manutenção dos ambientes e à articulação entre espaço físico e práticas de cuidado.
		Tempo entre a solicitação e a reposição de recursos humanos essenciais para o desenvolvimento do atendimento à saúde.	tempo inadequado, com morosidade e inércia institucional.
		n. e % de materiais, equipamentos e insumos de rotina indisponíveis no serviço.	Reposição não ocorre dentro de prazo adequado para que o serviço não sofra interrupção.
		% de medicamentos que estouraram o estoque mínimo/mês.	3.3 Não há reposição contínua de medicamentos. Sempre há desabastecimentos de alguns.

Fonte: elaboração própria (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 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 Brasil²⁶ 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 sente, 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 onde 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 MS, com apoio da SMS Maceió e da 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. Por que 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^{27,28}. No entanto, a efetivação da integralidade ainda enfrenta entraves na articulação da RAS, cuja estrutura e cujos 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).

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 paciente (T01).

A PNH possui no acolhimento uma de suas diretrizes mais difundidas nos serviços de saúde, por configurar-se como ferramenta potente de cuidado baseada no uso de tecnologias leves.

Nessa perspectiva, Gomide et al.²⁹ destacam que o acolhimento constitui uma prática relacional fundamentada na escuta qualificada, na valorização das necessidades dos usuários e na construção de vínculos, atuando como importante dispositivo de ampliação do acesso à saúde. Além disso, Mitre et al.³⁰ ressaltam que o acolhimento se configura como um processo contínuo de construção no SUS, capaz de ampliar a inclusão dos usuários e fortalecer práticas democráticas, éticas e humanizadas na produção do cuidado e da saúde.

No que se refere à diretriz da clínica ampliada, essa 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 interdisciplinar e a construção de vínculos.

[...] algumas coisas a gente faz em conjunto, algumas visitas domiciliares 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. [...] 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).

Contudo, a Clínica Ampliada ultrapassa a dimensão técnico-assistencial do cuidado, repercutindo, também, nos processos de gestão, organização e articulação das redes de serviços de saúde³¹. Ademais, fundamenta-se na escuta qualificada e no reconhecimento dos saberes, desejos e necessidades dos sujeitos, constituindo uma prática menos prescritiva e mais dialógica, sem desconsiderar os avanços tecnológicos, a qualificação técnica e as evidências científicas³². Sendo assim, as RAS têm como objetivo promover a integração sistêmica das ações e dos serviços de saúde, garantindo atenção contínua, integral, qualificada e humanizada, além de fortalecer o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, efetividade clínica e eficiência sanitária³³.

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^{34,35}. 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 vulnerabilidade, 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 Previner Brasil, que desvalorizou práticas colaborativas ao priorizar indicadores quantitativos e descontinuidade do financiamento das equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)³⁶. 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 3).

Quadro 3. 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.	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.
Alguns dispositivos associados:	Atenção integral 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 terapêutico.	Projeto criado (RAS), porém, com baixo conhecimento entre os trabalhadores da APS.
Acolhimento em função de vulnerabilidade/risco; Apoio matricial; Mecanismos de desospitalização, com cuidado domiciliar; projetos de saúde coletiva; Clínica ampliada.		Projetos de saúde coletiva embasados na clínica ampliada, a partir de necessidades e demandas populacionais específicas.	Os profissionais (e-multi e SAD) atuam a partir das demandas que surgem ou quando acionados pela ESF com baixa integralidade e comunicação.

Fonte: elaboração própria (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 se pode observar nas falas:

Para que não acontecesse adesão à OSC, houveram muitos movimentos dos profissionais, mas hoje é terceirizada (G06).

Os vínculos da APS estão na OSC, na sede administrativa é que tem precarizado e efetivo (G05).

A reforma trabalhista de 2017 (Lei nº 13.467) contribuiu para a precarização do trabalho e repercutiu diretamente na saúde mental dos profissionais de saúde, uma vez que a sobrecarga de trabalho, a instabilidade contratual e a multiplicidade de vínculos favoreceram o aumento de casos de ansiedade, depressão e esgotamento profissional³⁷. A valorização profissional na APS constitui elemento essencial para a satisfação dos trabalhadores e para a qualificação da assistência, sendo determinante para o fortalecimento do trabalho interprofissional e para a melhoria do desempenho dos serviços de saúde³⁸. Ademais, entre os princípios da APS, destacam-se a construção

de vínculos entre trabalhadores e usuários, a valorização dos profissionais de saúde por meio da formação e a qualificação permanente e o incentivo à participação social, elementos centrais para a consolidação do modelo de atenção à saúde e alinhados aos princípios e diretrizes do SUS³⁹.

No que se refere à qualificação do trabalho, observou-se a oferta regular de cursos pautados na Política Nacional de Educação Permanente (PNEP), organizados, principalmente, em parceria com a Escola de Governo do município, 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 à 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 saúde⁴⁰.

Eu não vejo nenhum incentivo para nada, a não ser que eles promovem cursos vindo da própria gestão. Mas se for algo que nós queiramos fazer, não (T02).

Nós vamos porque somos obrigados. Precisamos cumprir com o chamamento da gestão. Mas motivação, interesse nenhum, porque a gente sabe que nada é efetivo (T03).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) propõe que os processos de formação dos trabalhadores da saúde sejam orientados pelas necessidades de saúde da população, da gestão e do controle social, visando à transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho a partir da problematização do processo de

trabalho⁴¹. Vale ressaltar que a gestão da educação permanente em saúde, voltada à formação e ao desenvolvimento profissional, não se restringe a uma dimensão técnica, constituindo, também, uma questão técnico-política, por envolver transformações nas relações, nos processos de trabalho, nas práticas de cuidado e na organização dos serviços de saúde³⁹.

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 sistêmica. 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. Ressalta-se que, em algumas UBS, os GTH foram implementados com êxito nessa atribuição, configurando experiências positivas de cogestão e cuidado com o trabalhador.

[...] lá na UBS 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 à escuta (T02).

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).

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 coletiva⁴². 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 vínculos⁴³. Em contraponto, a atuação dos conselhos gestores nas unidades tem se mostrado relevante para o fortalecimento das lutas coletivas e a defesa de direitos.

Para a quarta conferência de Gestão pelo Trabalho, o Conselho Municipal de saúde convidou a equipe do RH. A gente convidou a diretoria, fizemos o projeto, ficou muito legal pra discutir na 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).

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. Na PNEP, há 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 GTH.

Somam-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 4*:

Quadro 4. 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.	Inserção e Vinculação ao trabalho.	% de trabalhadores com contrato precário de trabalho.	Os vínculos, em sua maioria, são estatutários e terceirizados e são lotados na sede administrativa da SMS Maceió. Os vínculos contratados/precarizados são lotados mais especificamente na APS por intermédio das Organizações da Sociedade Civil.
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;	Incentivo de Qualificação no trabalho.	% de horas/trabalhador envolvidas com atividade de educação permanente em relação à carga horária.	Liberação para educação permanente exclusivamente para os cursos ofertados pela SMS Maceió.
Projeto para Adequação de ambiente (ambiência).	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.

Quadro 4. 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)
	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: elaboração própria(2025).

APS: Atenção Primária à 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 de 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.

Contribuições de autoria

Prata LMGM (0000-0002-7082-9522)* foi responsável pela concepção e projeto, levantamento bibliográfico, análise documental, aplicação de entrevistas, análise e sistematização dos dados e adequação as normas do periódico). Aragaki SS (0000-0002-5100-2933)* e Soares GB (0000-0003-1382-9339)* foram responsáveis por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.
2. Ministério da Saúde (BR). 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 [acesso em 2025 jun 18]. Disponível em: <https://atencao primaria.rs.gov.br/upload/arquivos/201710/03112610-portaria-gm-2-436-2017-nova-pnab.pdf>
3. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde Debate*. 2018;42(Esp 1):208-23. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>
4. Presidência da República (BR). Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 2016 [acesso em 2025 jul 16]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm
5. Menezes APR, Moretti B, Reis ADC. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. *Saúde Debate*. 2019;43(Esp 5):58-70. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>
6. Menezes ELC, Verdi MIM, Scherer MDA, et al. Modos de produção do cuidado e a universalidade do acesso – análise de orientações federais para o trabalho das equipes da APS no Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(5):1751-63. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33462019>
7. Presidência da República (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 1990 [acesso em 2025 jun 18]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
8. Presidência da República (BR). Lei nº 15.126, de 28 de abril de 2025. Altera a Lei nº 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) [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 2025 [acesso em 2025 jun 15]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/lei/l15126.htm
9. Cunha CGS. Avaliação de políticas públicas e programas governamentais: tendências recentes e experiências no Brasil. *Revista Estudos de Planejamento* [Internet]. 2018 [acesso em 2025 jun 15];(12):27-57. Disponível em: <https://revistas.planejamento.rs.gov.br/index.php/estudos-planejamento/article/view/4298>
10. Benevides R, Passos E. Prefácio: uma (in)esperada avaliação. In: Santos Filho SB. Avaliação e humanização em saúde: aproximações metodológicas. Ijuí: Editora Unijuí; 2009. p. 13-27.
11. Ministério da Saúde (BR). Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na rede de atenção e gestão do SUS: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. 2ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
12. Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. Ciudad de México: Prensa Médica Mexicana; 1982.
13. Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Pública de México*. 1990;32:113-7.

14. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA – Journal of the American Medical Association. 1988;260(12):1743-8. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
15. Fortes PA. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. Saude soc. 2004;13(3):30-5. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902004000300004>
16. Deslandes SF, organizadora. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
17. Ministério da Saúde (BR). Ambiência. 2ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
18. Glanzner CH, Olschowsky A. A ambiência e sua influência no trabalho de equipes de saúde da família. Revista Saúde e Desenvolvimento Humano. 2017;5(1):7-14. DOI: <https://doi.org/10.18316/sdh.v5i1.2880>
19. 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 de Salud Publica. 2018;42:1-9. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.175>
20. Gonçalves CR, Cruz MT, Oliveira MP, et al. Human resources: critical factor for primary health networks. Saúde Debate. 2014;38(100):26-34. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-104.20140012>
21. Druck G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. Trab educ saúde. 2016;14(Supl 1):15-43. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023>
22. Pasche DF. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. Interface (Botucatu). 2009;13(Supl 1):701-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1414-32832009000500021>
23. Santos Filho SB. Análise do trabalho em saúde nos referenciais da humanização e do trabalho como relação de serviço. TEMPUS. 2011;5(1):11-32. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v5i1.987>
24. Silva MGB, Austriaco-Teixeira P. Atenção Primária como porta de entrada para o SUS: o papel do médico generalista na humanização do cuidado. Aracê. 2025;7(7):37161-9. DOI: <https://doi.org/10.56238/are-v7n7-112>
25. 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. Ciênc saúde coletiva. 2012;17(8):2071-85. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800018>
26. Ministério da Saúde (BR). 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 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019 [acesso em 2025 maio 5]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/m/malaria/legislacao/portaria-no-2979-2019/view>
27. Ministério da Saúde (BR). Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
28. Paula VG, Pereira KCSA, Tormin CV, et al. Acolhimento: um olhar inclusivo da Política Nacional de Humanização como estratégia de inclusão social. Educação: Saberes e Práticas [Internet]. 2018 [acesso em 2025 jun 15];7(1). Disponível em: <https://revistas.icesp.br/index.php/SaberesPratica/article/view/347>
29. Gomide MF, Pinto IC, Bulgarelli AF, et al. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. Interface (Botucatu). 2017;22(65):387-98. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0633>
30. Mitre SM, Andrade EI, Cotta RM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação

- ção 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>
31. Curvo DR, Matos ACV, Sousa WL, et al. Integralidade e clínica ampliada na promoção do direito à saúde das pessoas em situação de rua. *Cad Bras de Saúde Ment [Internet]*. 2018 [acesso em 2026 maio 25];10(25):58-82. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69614>
 32. Campos GW, Figueiredo MD, Pereira Júnior N, et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (Botucatu)*. 2014;18(Supl 1):983-95. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>
 33. Junges JR, Barbiani R. Repensando a humanização do Sistema Único de Saúde à luz das redes de atenção à saúde. *O Mundo da Saúde*. 2012;36(3):397-406.
 34. Lima SAV, Silva MRF, Carvalho EMF, et al. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis*. 2015;25(2):635-56. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000200016>
 35. Lima JG, Giovanella L, Bousquat A, et al. Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará. *Trab educ saúde*. 2022;20:e00616190. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs616>
 36. 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>
 37. Garcia EM, Andrade RAO. Pejotização na enfermagem: ameaça ao piso salarial e à valorização da maior força de trabalho da saúde. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba [Internet]*. 2025 [acesso em 2026 maio 25];3(9):18-32. Disponível em: <https://rfcm.emnuvens.com.br/revista/article/view/165/137>
 38. Barros RD, Melo HD, Soares RL. Análise dos vínculos trabalhistas e tempo de permanência dos profissionais da atenção primária no Brasil. *Saúde Debate*. 2026;50(148):1070. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-2898202614810701p>
 39. Cunha PF, Magajewski F. Gestão participativa e valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. *Saude soc*. 2012;21(Supl 1):71-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902012000500006>
 40. 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>
 41. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007 [acesso em 2026 maio 25]. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDQ1OA%2C%2C>
 42. Antunes R. O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo; 2018.
 43. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis [Internet]*. 2004 [acesso em 2025 maio 10];14(1):41-65. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/?format=pdf&lang=pt>

Recebido em 11/08/2025

Aprovado em 03/07/2026

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa da Paraíba (Fapesq-PB)

Editora responsável: Maura Vanessa Silva Sobreira, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Caicó (Rio Grande do Norte/RN), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4231913524179274> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6804-4198> – e-mail: maurasobreira@ufrn.br