



A priorização da humanização em detrimento da infraestrutura no SUS: uma revisão integrativa

Vivian Farias da Fonseca¹, Ana Claudia Gonçalves de Sousa¹, Aline Zaidan Silva Ferreira¹



<https://doi.org/10.36557/2009-3578.2026v12n2p342-362>

Artigo recebido em 20 de Junho e publicado em 14 de Setembro de 2026

REVISÃO INTEGRATIVA

RESUMO

Introdução: A universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS) ampliou o acesso da população aos serviços de saúde, mas não foi acompanhada, de forma homogênea, pela expansão da capacidade material necessária para responder à demanda, refletindo-se em filas prolongadas, insuficiência de leitos e desempenho assistencial heterogêneo entre regiões. Nesse cenário, a humanização da assistência passou a ocupar posição central nas políticas de saúde, cuja implementação não pode ser examinada isoladamente das condições estruturais dos serviços. **Objetivo:** analisar, por meio de revisão integrativa, a relação entre as estratégias de humanização e os componentes estruturais do SUS, examinando se as evidências sustentam a hipótese de que a priorização da humanização, sem investimentos proporcionais em infraestrutura, capacidade instalada e condições de trabalho, contribui para a manutenção de filas, insuficiência de leitos, baixa resolutividade, insatisfação dos usuários e precarização do trabalho. **Métodos:** revisão integrativa fundamentada no referencial de Whittemore e Knafl, com buscas na PubMed/MEDLINE, BVS/LILACS, SciELO e BDENF, entre 2013 e 2026, priorizando estudos com vínculo explícito entre humanização e um componente estrutural da assistência. **Resultados:** dezessete referências compuseram a base do estudo, sendo catorze estudos, publicados entre 2015 e 2024, e três fundacionais. Desenvolvidos em cenários distintos, como maternidades, urgência e emergência, terapia intensiva, atenção primária, saúde mental e gestão regional, os estudos documentaram recorrentemente que dispositivos de humanização coexistem com limitações de infraestrutura, insuficiência de recursos humanos e dificuldades de acesso. **Discussão:** a maior parte dos estudos evidenciou que a precariedade estrutural condiciona a efetivação da humanização, mais do que o inverso, embora um achado isolado tenha demonstrado redução objetiva do tempo de espera após implementação de um dispositivo de humanização, qualificando essa conclusão. **Conclusão:** a hipótese encontra sustentação parcial na literatura revisada; a direção causal específica proposta não foi diretamente testada por nenhum estudo primário, permanecendo como inferência crítico-integrativa.

Palavras-chave: Humanização da Assistência; Sistema Único de Saúde; Gestão em Saúde.



The prioritization of humanization over infrastructure in the Brazilian Unified Health System: an integrative review

ABSTRACT

Introduction: The universality of the Brazilian Unified Health System (SUS) expanded access to health services, but this expansion was not homogeneously accompanied by the material capacity required to meet demand, resulting in prolonged waiting times, insufficient hospital beds, and heterogeneous care performance across regions. In this context, humanization of care became central to health policies, although its implementation cannot be examined separately from the structural conditions of services. **Objective:** To analyze, through an integrative review, the relationship between humanization strategies and structural components of the SUS, examining whether the evidence supports the hypothesis that prioritizing humanization without proportional investments in infrastructure, installed capacity, and working conditions contributes to persistent waiting lists, insufficient beds, low resolvability, user dissatisfaction, and precarious working conditions. **Methods:** Integrative review based on the Whitemore and Knafl framework, with searches in PubMed/MEDLINE, BVS/LILACS, SciELO, and BDENF from 2013 to 2026, including studies explicitly addressing the relationship between humanization and structural components of care. **Results:** Seventeen references supported the study, including fourteen studies published between 2015 and 2024 and three foundational references. Across maternity care, emergency services, intensive care, primary care, mental health, and regional management, humanization strategies frequently coexisted with infrastructure limitations, insufficient human resources, and access barriers. **Discussion:** Most studies indicated that structural limitations condition the implementation and effectiveness of humanization strategies more strongly than the reverse relationship. One study, however, reported an objective reduction in waiting time after implementation of a humanization-related organizational strategy, providing an important counterpoint and qualifying the overall interpretation. **Conclusion:** The proposed hypothesis received partial support; the specific causal direction was not directly tested by the included studies and therefore remains a critical-integrative inference.

Keywords: Humanization of Assistance; Unified Health System; Health Management.

Instituição afiliada – UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO), RIO DE JANEIRO, BRASIL

Autor correspondente: Vivian Farias da Fonseca vivianffonseca24@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) consolidou-se como uma das mais abrangentes políticas públicas brasileiras ao assegurar o acesso universal, integral e equânime às ações e aos serviços de saúde. A ampliação desse direito, entretanto, ocorreu em um cenário de persistentes limitações relacionadas ao financiamento, à expansão da capacidade instalada e à organização da rede assistencial. O subfinanciamento histórico compromete a disponibilidade de recursos compatíveis com as necessidades da população e repercute sobre a oferta de serviços, a disponibilidade de leitos e a sustentabilidade do sistema. As diferenças observadas entre as Redes de Atenção à Saúde evidenciam que a capacidade estrutural permanece heterogênea entre as regiões brasileiras, condicionando distintos níveis de acesso, resolutividade e desempenho assistencial. Filas prolongadas para atendimento especializado, insuficiência de leitos hospitalares, superlotação dos serviços de urgência e dificuldades de acesso constituem, nesse contexto, manifestações recorrentes dessas limitações, reforçando a necessidade de estratégias capazes de qualificar simultaneamente a organização dos serviços e a experiência assistencial dos usuários.

Em paralelo aos desafios relacionados à expansão da capacidade do SUS, a humanização da assistência passou a ocupar posição central nas políticas nacionais de saúde. A Política Nacional de Humanização (PNH), instituída pelo Ministério da Saúde¹ como estratégia transversal para qualificação da atenção e da gestão, estabeleceu princípios voltados ao acolhimento, à cogestão, à valorização dos trabalhadores, ao fortalecimento do protagonismo dos usuários e à democratização das relações no processo de produção do cuidado. Estudos que analisam sua formulação indicam que a PNH representou uma inflexão na organização das políticas públicas ao deslocar parte significativa do debate sobre a qualidade da assistência para a reorganização dos processos de trabalho e das relações entre gestores, profissionais e usuários².

A consolidação da humanização como diretriz transversal do SUS também passou a suscitar análises críticas. Estudos apontam que os dispositivos propostos pela PNH podem assumir caráter predominantemente normativo quando sua implementação ocorre em contextos marcados por restrições estruturais persistentes,



produzindo tensão entre as transformações pretendidas nos processos de trabalho e as condições materiais disponíveis para sua efetivação³. Essa perspectiva não questiona a relevância da humanização como princípio organizador do SUS, mas evidencia que sua implementação depende de condições compatíveis com os objetivos que lhe são atribuídos.

A produção científica sobre o tema desenvolveu-se, predominantemente, em dois eixos. Um deles investiga os efeitos das estratégias de humanização sobre a qualidade das relações entre profissionais e usuários, os processos de trabalho e a organização da assistência. O outro concentra-se na análise do financiamento, da infraestrutura, da disponibilidade de recursos humanos, da capacidade instalada e do acesso aos serviços de saúde. Permanece limitada, entretanto, a produção científica que examina simultaneamente essas duas dimensões, analisando como as práticas de humanização se articulam às condições estruturais necessárias à sua implementação e aos resultados produzidos nos serviços públicos de saúde.

Parte-se, portanto, da hipótese de que a priorização da humanização da assistência como eixo central das políticas e da gestão em saúde, quando não acompanhada por investimentos proporcionais em infraestrutura, capacidade instalada e condições de trabalho, pode contribuir para a persistência de problemas como filas prolongadas, insuficiência de leitos, baixa resolatividade, insatisfação dos usuários e precarização do trabalho em saúde. Essa hipótese não pressupõe relação causal previamente demonstrada pela literatura; constitui uma proposição analítica a ser examinada por meio da integração crítica das evidências disponíveis.

Diante desse contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar, por meio de revisão integrativa, a relação entre a humanização da assistência e a capacidade estrutural do Sistema Único de Saúde, identificando como a literatura aborda a interação entre práticas de humanização, organização dos serviços e limitações estruturais, e se a convergência das evidências oferece sustentação à hipótese proposta.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, desenvolvida com o objetivo



de sintetizar criticamente as evidências científicas acerca da relação entre as estratégias de humanização da assistência e os componentes estruturais do Sistema Único de Saúde (SUS). A revisão foi conduzida com base no referencial metodológico de Whittemore e Knafl, contemplando as etapas de identificação do problema, busca da literatura, seleção dos estudos, extração dos dados, análise crítica e síntese integrativa das evidências.

A questão norteadora foi estruturada segundo a estratégia Population, Exposure, Outcome (PEO), considerando como população os serviços, profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde; como exposição as estratégias de humanização da assistência, acolhimento e cogestão; e como desfechos os componentes estruturais relacionados à organização dos serviços, incluindo infraestrutura, capacidade instalada, acesso, disponibilidade de recursos humanos, resolutividade, condições de trabalho e qualidade assistencial. A questão de pesquisa foi definida da seguinte forma: "Como a literatura científica aborda a relação entre as estratégias de humanização da assistência e as condições estruturais dos serviços públicos de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde?"

A busca bibliográfica foi realizada nas bases PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF), contemplando publicações entre janeiro de 2013 e abril de 2026, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram empregados descritores provenientes dos vocabulários DeCS e Medical Subject Headings (MeSH), combinados a termos livres relacionados à humanização da assistência, acolhimento, cogestão, Sistema Único de Saúde, infraestrutura em saúde, capacidade instalada, acesso aos serviços, disponibilidade de leitos, resolutividade, condições de trabalho e gestão em saúde, utilizando operadores booleanos AND e OR, conforme as especificidades de indexação de cada base. A busca identificou 1.654 registros (PubMed/MEDLINE: 228; BVS/LILACS: 1.004; SciELO: 234; BDENF: 188); após identificação de 4 duplicatas confirmadas, 1.650 registros únicos compuseram o conjunto submetido à seleção.

Após a recuperação das publicações, procedeu-se à leitura dos títulos, resumos e, quando necessário, dos textos completos, buscando identificar estudos que



abordassem simultaneamente estratégias de humanização e aspectos estruturais da assistência no contexto do SUS. A seleção incluiu estudos nos quais essa interface constituía elemento central da investigação, permitindo responder à questão norteadora proposta.

Foram incluídos estudos originais de abordagem qualitativa, quantitativa, avaliativa, estudos de caso e métodos mistos que investigassem explicitamente a interação entre práticas de humanização e componentes estruturais dos serviços públicos de saúde. Documentos institucionais e publicações clássicas sobre a Política Nacional de Humanização foram utilizados exclusivamente para fundamentação teórica da revisão, não compondo o corpus analítico. Foram excluídos editoriais, cartas ao editor, comentários, dissertações, teses, capítulos de livros, resumos de eventos científicos e estudos que abordassem exclusivamente aspectos relacionais da humanização ou exclusivamente questões estruturais, sem estabelecer relação entre esses componentes.

A seleção dos estudos foi conduzida pelos autores mediante avaliação crítica da pertinência temática e da aderência aos critérios de elegibilidade previamente estabelecidos. Em razão da natureza integrativa da revisão, foram selecionados estudos com potencial para responder diretamente à questão de pesquisa, preservando a diversidade metodológica característica desse delineamento.

Os dados foram extraídos mediante instrumento padronizado elaborado pelos pesquisadores, contemplando autores, ano de publicação, periódico, delineamento metodológico, cenário de investigação, população estudada, objetivo, componentes estruturais avaliados e principais achados relacionados à interação entre humanização e estrutura dos serviços. As informações subsidiaram a elaboração das tabelas de caracterização dos estudos e a construção das categorias analíticas utilizadas na síntese integrativa.

A análise foi conduzida por síntese narrativa crítico-integrativa, buscando identificar convergências, divergências e complementaridades entre os estudos incluídos. A interpretação dos resultados foi realizada à luz da hipótese proposta nesta revisão, preservando a distinção entre os achados descritos pelos estudos primários e as inferências produzidas pelos autores da presente investigação.

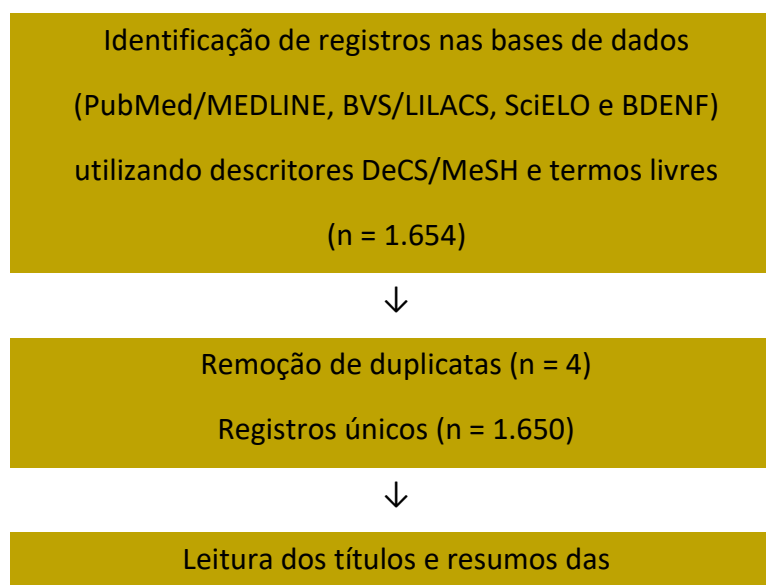


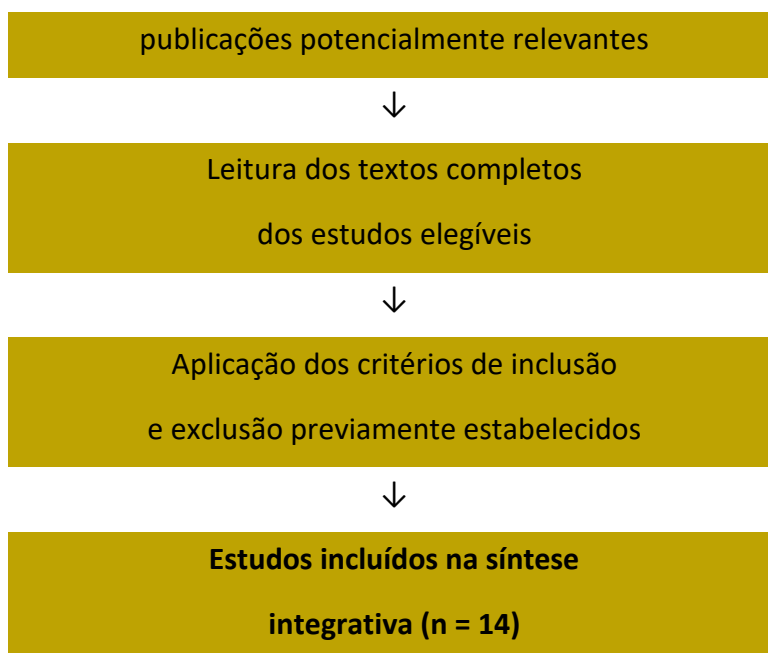
Por tratar-se de estudo baseado exclusivamente em dados secundários provenientes de literatura científica publicada e documentos institucionais de acesso público, sem envolvimento direto de seres humanos ou utilização de dados individualmente identificáveis, a pesquisa dispensou apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A estratégia de busca identificou 1.654 registros nas quatro bases consultadas; após remoção de 4 duplicatas confirmadas, 1.650 registros únicos foram submetidos à leitura de títulos, resumos e, quando necessário, textos completos, com aplicação dos critérios de inclusão e exclusão definidos nesta revisão (Figura 1). Ao término do processo de seleção, foram incluídos 14 estudos, considerados os mais pertinentes para responder à questão norteadora e compor a síntese integrativa. O expressivo volume de registros identificados frente ao reduzido número de estudos finalmente incluídos reflete a amplitude proposital da estratégia de busca, que recuperou publicações voltadas isoladamente à humanização ou isoladamente a aspectos estruturais dos serviços, e confirma a escassez de investigações que analisam conjuntamente essas duas dimensões, lacuna que motivou esta revisão.

Figura 1. Fluxograma do processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos.





Os estudos selecionados foram publicados entre 2015 e 2024 e contemplaram diferentes delineamentos metodológicos, incluindo pesquisas qualitativas, quantitativas, estudos de caso, estudos avaliativos e revisões integrativas. A maior parte das investigações foi desenvolvida em serviços vinculados ao Sistema Único de Saúde, abrangendo maternidades, serviços de urgência e emergência, unidades de terapia intensiva, atenção primária à saúde, Centros de Atenção Psicossocial, hospitais gerais e instâncias de gestão regional, permitindo uma análise abrangente da interface entre as estratégias de humanização da assistência e os componentes estruturais dos serviços de saúde.

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos estudos incluídos, contemplando autores, ano de publicação, delineamento metodológico, cenário, componente estrutural avaliado e principal achado.

Tabela 1. Características metodológicas, desfechos estruturais avaliados e principais evidências dos estudos incluídos na revisão integrativa (n = 14).

Ref.	Autor (ano)	Delineamento	Cenário	Componente estrutural avaliado	Principal achado
4	Dodou et al. (2017)	Qualitativo	Maternidade pública	Infraestrutura física; recursos materiais	Infraestrutura inadequada e escassez de materiais



					coexistiram com práticas de assistência humanizada.
5	Sousa et al. (2019)	Revisão integrativa	Serviços de urgência e emergência	Superlotação; organização dos serviços	A superlotação foi identificada como barreira recorrente para a humanização da assistência.
6	Gomide et al. (2018)	Qualitativo	Atenção Primária à Saúde	Acesso; tempo de espera	Usuários avaliaram positivamente o acolhimento, porém relataram demora para consultas.
7	Lima, Sampaio e Souza (2024)	Estudo de caso	CAPS	Condições de trabalho	A precarização do trabalho comprometeu a gestão do cuidado.
8	Ribeiro et al. (2020)	Revisão integrativa	Unidade de Terapia Intensiva	Recursos humanos; recursos materiais	A insuficiência de recursos dificultou a implementação da assistência humanizada.
9	Aleluia et al. (2022)	Estudo avaliativo	Regiões de saúde	Governança regional	A cogestão apresentou limitações decorrentes da baixa capacidade administrativa regional.
10	Camargo e Castanheira (2020)	Estudo de caso	Atenção Primária à Saúde	Organização do acesso	O Acolhimento por Equipe reduziu o tempo de espera para atendimento.
11	Adorno et al. (2017)	Qualitativo	Maternidade pública	Recursos humanos	A humanização mostrou-se dependente da



					organização do trabalho.
12	Oliveira et al. (2022)	Qualitativo	Hospital filantrópico	Infraestrutura hospitalar	Persistiram limitações estruturais apesar da boa avaliação do acolhimento.
13	Lira et al. (2018)	Quantitativo transversal	Estratégia Saúde da Família	Tempo de espera	O tempo de espera foi o principal fator de insatisfação dos usuários.
14	Gomide et al. (2017)	Quantitativo	Pronto atendimento e APS	Acesso aos serviços	O acesso permaneceu comprometido pelo tempo de espera e limitações do acolhimento.
15	Oliveira e Pinto (2015)	Estudo de caso	Serviço de emergência	Infraestrutura física	Usuários avaliaram positivamente o acolhimento, mas negativamente a infraestrutura.
16	Moreira e Bosi (2019)	Qualitativo	Rede de Atenção Psicossocial	Organização da rede	A qualidade do cuidado dependeu da existência de rede assistencial estruturada.
17	Saka et al. (2016)	Qualitativo	Pronto-socorro	Condições de trabalho; organização da rede	A sobrecarga profissional foi associada às limitações estruturais da rede.

Fonte: elaborado pelos autores, 2026.

Apesar da diversidade metodológica e dos diferentes contextos investigados, observou-se elevada convergência entre os estudos incluídos. As estratégias de humanização, especialmente acolhimento, acolhimento com classificação de risco,



cogestão, reorganização dos processos de trabalho e valorização das equipes, foram consistentemente associadas à melhoria da comunicação entre profissionais e usuários e ao fortalecimento do vínculo terapêutico^{4,5,6}, qualificando a experiência assistencial dos usuários¹². Em contrapartida, essas iniciativas foram implementadas predominantemente em serviços que permaneciam submetidos a limitações estruturais importantes, como insuficiência de infraestrutura física e material^{4,12,15} e déficit de recursos humanos, com sobrecarga das equipes^{7,8}, além de dificuldades na organização do acesso e limitações na capacidade de gestão.

Outro padrão recorrente foi a coexistência entre avaliações positivas da dimensão relacional do cuidado e a permanência de problemas estruturais. Os estudos relataram satisfação dos usuários com o acolhimento, a comunicação e a postura das equipes, enquanto permaneceram frequentes as referências à demora no atendimento, às deficiências da infraestrutura, à indisponibilidade de recursos e às limitações da capacidade de resposta dos serviços^{6,13,14,15}. Da mesma forma, profissionais reconheceram os benefícios das estratégias de humanização para qualificar o cuidado, mas apontaram que a escassez de recursos humanos, materiais e organizacionais restringia sua efetividade e contribuía para o desgaste físico e emocional das equipes^{8,17}.

No âmbito da gestão, os estudos indicaram que mecanismos de cogestão e participação institucional favoreceram maior integração entre equipes e gestores. Entretanto, seus resultados mostraram-se dependentes das condições organizacionais existentes e da capacidade administrativa dos serviços⁹. Entre os estudos incluídos, apenas uma investigação identificou melhora objetiva de um indicador organizacional após a implementação de estratégia de humanização, com redução do tempo de espera para atendimento na Atenção Primária à Saúde mediante reorganização do processo de trabalho¹⁰, resultado que constituiu exceção em relação ao padrão predominante observado na revisão.

A síntese das principais evidências identificadas nos estudos incluídos é apresentada na Tabela 2.

Tabela 2. Síntese temática das evidências identificadas nos estudos incluídos.

Categoria analítica	Evidência predominante	Estudos	Grau de convergência
----------------------------	-------------------------------	----------------	-----------------------------



Humanização da assistência	As estratégias de acolhimento, comunicação qualificada, cogestão e reorganização dos processos de trabalho estiveram associadas à melhoria da experiência do cuidado e do vínculo entre profissionais e usuários.	4, 5, 6, 9, 11, 12, 15, 17	Elevado
Infraestrutura física	Infraestrutura inadequada, insuficiência de equipamentos e escassez de materiais permaneceram como limitações frequentes para a implementação da assistência humanizada.	4, 8, 12, 15	Elevado
Recursos humanos e condições de trabalho	Déficit de profissionais, sobrecarga das equipes e precarização das relações de trabalho comprometeram a efetividade das estratégias de humanização.	7, 8, 11, 17	Elevado
Organização do acesso	Longos tempos de espera, dificuldades regulatórias e limitações no acesso aos serviços persistiram mesmo em cenários com práticas	5, 6, 10, 13, 14, 15	Elevado



	humanizadas consolidadas.		
Gestão e governança	A cogestão favoreceu integração institucional, porém sua efetividade mostrou-se dependente da capacidade administrativa e organizacional dos serviços.	9, 10	Moderado
Organização da rede assistencial	A ausência de redes assistenciais estruturadas limitou a continuidade do cuidado e reduziu a efetividade das ações de humanização.	16, 17	Moderado
Síntese geral	Os estudos convergiram ao demonstrar que a humanização qualificou a dimensão relacional da assistência, porém seus efeitos permaneceram condicionados às condições estruturais dos serviços de saúde.	4 a 17	Muito elevado

Fonte: elaborado pelos autores, 2026.

DISCUSSÃO

A análise integrada dos catorze estudos sugere que a efetividade das estratégias de humanização da assistência no Sistema Único de Saúde (SUS) depende da existência de condições estruturais mínimas para sua implementação. Acolhimento,



cogestão, classificação de risco e demais dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH) constituem instrumentos relevantes para qualificar as relações entre usuários, trabalhadores e gestores. Entretanto, seu potencial para produzir melhorias sustentáveis mostrou-se condicionado à disponibilidade de infraestrutura física adequada, recursos humanos suficientes, capacidade instalada, organização dos processos assistenciais e governança dos serviços. Os achados oferecem, assim, sustentação parcial à hipótese proposta: a humanização, quando implementada de forma dissociada do fortalecimento estrutural, tende a coexistir com a permanência de problemas que busca minimizar, sem que isso represente, por si só, evidência de relação causal.

Apesar da diversidade metodológica e dos diferentes cenários assistenciais investigados, observou-se elevada consistência entre os estudos analisados. Maternidades^{4,11}, serviços de urgência e emergência^{5,15}, unidades de terapia intensiva⁸, Estratégias Saúde da Família^{6,10,13,14}, Centros de Atenção Psicossocial^{7,16} e instâncias de gestão regional⁹ apresentaram um padrão recorrente: os componentes relacionais da assistência receberam avaliações predominantemente positivas por usuários e profissionais, enquanto os aspectos estruturais permaneceram como principal foco de insatisfação. Essa dissociação sugere que a experiência assistencial resulta da interação entre dimensões complementares da organização dos serviços. O acolhimento pode qualificar a relação entre profissionais e usuários, porém não elimina filas, amplia leitos, reduz a sobrecarga das equipes ou aumenta a capacidade resolutiva dos serviços quando essas limitações decorrem da insuficiência de recursos estruturais.

Essa convergência torna-se particularmente evidente nos estudos conduzidos em maternidades públicas, nos quais a valorização das práticas humanizadas coexistiu com inadequações da infraestrutura física e escassez de materiais^{4,11}. De forma semelhante, pesquisas realizadas em serviços de emergência indicaram que usuários reconheceram a qualidade do acolhimento e da classificação de risco, embora mantivessem avaliações desfavoráveis quanto às condições físicas das unidades, ao conforto ambiental e ao tempo de espera para atendimento¹⁵. Na Atenção Primária à Saúde observou-se comportamento semelhante: acolhimento, vínculo e comunicação foram avaliados positivamente, enquanto dificuldades de acesso, demora para



consultas e limitações da capacidade instalada permaneceram entre os principais fatores de insatisfação^{6,13,14}. A repetição desse padrão em diferentes cenários reforça a interpretação de que os dispositivos da PNH atuam predominantemente sobre a dimensão relacional do cuidado, enquanto os obstáculos estruturais permanecem dependentes de investimentos organizacionais, financeiros e gerenciais.

Outro aspecto consistentemente identificado refere-se às condições de trabalho das equipes de saúde. Estudos realizados com profissionais de enfermagem indicaram que satisfação em acolher usuários, compromisso ético e qualificação técnica coexistiram com relatos de estresse, sobrecarga física e emocional, insegurança e desgaste decorrentes da insuficiência de recursos humanos e das limitações da rede assistencial^{7,8,17}. Esses achados sugerem que a valorização do trabalhador, princípio estruturante da Política Nacional de Humanização, não pode ser compreendida exclusivamente como estratégia de reconhecimento simbólico ou aperfeiçoamento das relações interpessoais. Sua efetivação depende igualmente de condições institucionais capazes de assegurar dimensionamento adequado das equipes, disponibilidade de recursos materiais, organização dos processos de trabalho e suporte gerencial compatível com a complexidade da assistência prestada.

No âmbito da gestão, os estudos também apontaram que mecanismos de cogestão e participação institucional favorecem maior articulação entre gestores, trabalhadores e serviços. Entretanto, seus efeitos mostraram-se dependentes da capacidade administrativa das instituições e da organização dos sistemas locais de saúde⁹. A simples existência de instâncias colegiadas não elimina desigualdades regionais, limitações de financiamento ou fragilidades da gestão interfederativa. Dessa forma, a cogestão deve ser compreendida como importante instrumento organizacional, cuja efetividade permanece condicionada ao contexto estrutural em que é implementada.

Os resultados também permitem compreender que a relação entre humanização e estrutura não deve ser interpretada de forma dicotômica. A literatura não sustenta a ideia de que políticas de humanização sejam, por definição, insuficientes ou substituam investimentos estruturais. Ao contrário, as evidências indicam que essas estratégias apresentam maior potencial de impacto quando



desenvolvidas em serviços organizados, dotados de infraestrutura adequada, recursos humanos suficientes e processos assistenciais capazes de responder às necessidades da população. Nessa perspectiva, a humanização atua como elemento potencializador da qualidade assistencial, e não como mecanismo compensatório para deficiências estruturais persistentes.

A existência de um contraponto relevante reforça essa interpretação. Entre os estudos incluídos, apenas uma investigação identificou melhora objetiva de indicador organizacional após a implementação de estratégia de humanização, com redução do tempo de espera mediante reorganização do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde¹⁰. Embora esse resultado constitua exceção em relação ao padrão predominante observado nesta revisão, ele sugere que dispositivos organizacionais da humanização podem produzir repercussões concretas sobre indicadores tradicionalmente considerados estruturais quando encontram condições institucionais favoráveis. Em cenários marcados por adequada governança local, organização dos fluxos assistenciais, disponibilidade de profissionais e capacidade gerencial, estratégias relacionais podem contribuir para melhorar o acesso e a eficiência dos serviços. Em contextos caracterizados por limitações estruturais persistentes, entretanto, seus efeitos tendem a restringir-se à qualificação da experiência assistencial, sem modificar substancialmente os fatores responsáveis pela baixa resolatividade dos serviços.

Sob essa perspectiva, os resultados desta revisão permitem qualificar a hipótese inicialmente proposta. Não foram identificadas evidências capazes de demonstrar que a centralidade atribuída à humanização, enquanto diretriz política ou gerencial, seja responsável pela manutenção das deficiências estruturais do Sistema Único de Saúde. Tampouco foram encontrados estudos que investigassem diretamente essa relação causal. O que a literatura sugere de forma consistente é que a expansão das práticas de humanização ocorreu paralelamente à permanência de limitações estruturais relevantes e que essas limitações condicionam, em grande medida, a efetividade das próprias estratégias humanizadoras. Assim, a principal contribuição desta revisão não consiste em confirmar uma relação causal ainda não demonstrada empiricamente, mas em evidenciar a persistente fragmentação da produção científica entre estudos voltados à humanização da assistência e investigações direcionadas à infraestrutura, à capacidade instalada, ao financiamento e



às condições de trabalho.

Essa constatação possui implicações relevantes para a formulação e a avaliação de políticas públicas. Os estudos analisados sugerem que avaliações fundamentadas exclusivamente em indicadores relacionais, como satisfação dos usuários, percepção do acolhimento ou qualidade da comunicação entre profissionais e pacientes, oferecem compreensão apenas parcial do desempenho dos serviços. A incorporação simultânea de indicadores estruturais, como disponibilidade de leitos, dimensionamento das equipes, tempo de espera, capacidade instalada, financiamento e resolutividade, pode proporcionar avaliações mais abrangentes da qualidade da assistência.

As evidências reunidas também indicam a necessidade de superar a tradicional separação entre dimensões relacionais e estruturais da gestão em saúde. Infraestrutura, recursos humanos, organização dos serviços, financiamento, governança e humanização mostraram-se componentes interdependentes de um mesmo processo de produção do cuidado. A qualidade assistencial resulta, sobretudo, da interação entre esses diferentes elementos, cuja integração determina a capacidade dos serviços de oferecer cuidado oportuno, resolutivo, seguro e socialmente responsivo.

Outro aspecto evidenciado por esta revisão refere-se às lacunas ainda existentes na produção científica nacional. Apesar do crescimento das publicações sobre humanização, permanecem escassos estudos que investiguem simultaneamente seus efeitos sobre indicadores estruturais ou que analisem a distribuição relativa de investimentos entre políticas de humanização e fortalecimento da infraestrutura do sistema. Também são limitadas as pesquisas longitudinais capazes de avaliar o impacto dessas estratégias ao longo do tempo.

Em conjunto, os achados desta revisão permitem propor uma interpretação integradora da literatura disponível. Em vez de compreender a humanização e o fortalecimento estrutural como estratégias concorrentes na gestão do Sistema Único de Saúde, as evidências analisadas indicam que ambas constituem dimensões interdependentes de um mesmo processo de produção do cuidado, e que a principal contribuição desta revisão consiste em integrar dois campos da produção científica



frequentemente investigados de forma isolada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão integrativa sugere que a efetividade das estratégias de humanização da assistência no Sistema Único de Saúde está condicionada às condições estruturais em que são implementadas. A análise dos catorze estudos evidenciou, de forma consistente, que acolhimento, cogestão, classificação de risco e demais dispositivos da Política Nacional de Humanização coexistem, em diferentes níveis de atenção e contextos assistenciais, com limitações relacionadas à infraestrutura física, insuficiência de recursos humanos, baixa capacidade instalada, sobrecarga de trabalho e dificuldades de acesso aos serviços. Esse padrão recorrente indica que a qualificação das relações de cuidado, embora essencial, não é suficiente para superar problemas cuja origem permanece predominantemente estrutural.

Os achados oferecem sustentação parcial e qualificada à hipótese proposta. A literatura revisada não fornece evidências capazes de demonstrar que a priorização político-gerencial da humanização, em detrimento dos investimentos em infraestrutura, capacidade instalada e condições de trabalho, constitua fator causal direto para a manutenção de filas, insuficiência de leitos, baixa resolutividade, insatisfação dos usuários e precarização do trabalho em saúde. Entretanto, indica de forma consistente que a permanência dessas limitações reduz o potencial transformador das estratégias de humanização, restringindo seus efeitos principalmente à dimensão relacional da assistência.

A principal contribuição desta revisão reside na identificação de uma lacuna persistente na produção científica: são escassas as investigações que analisam de forma integrada a interação entre humanização e estrutura dos serviços. Os resultados indicam que a avaliação das políticas de humanização deve incorporar, de forma indissociável, indicadores relacionais e estruturais.

Por fim, esta revisão reforça que humanização e fortalecimento estrutural não representam estratégias concorrentes, mas componentes complementares de uma mesma política pública. Estudos futuros, especialmente com delineamentos longitudinais e avaliação formal da qualidade metodológica dos estudos primários,



deverão investigar de forma direta como diferentes padrões de investimento entre humanização e estrutura influenciam os resultados assistenciais.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Ferreira Neto JL, Ferreira MEC, Oliveira MEC, Penido CMF. A formulação da Política Nacional de Humanização e seus antecedentes históricos. *Psicol Cienc Prof*. 2024;44:e268625. doi:10.1590/1982-3703003268625
3. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Cien Saude Colet*. 2004;9(1):7-14. doi:10.1590/S1413-81232004000100002
4. Dodou HD, Sousa AAS, Barbosa EMG, Rodrigues DP. Sala de parto: condições de trabalho e humanização da assistência. *Cad Saude Colet*. 2017;25(3):332-338. doi:10.1590/1414-462X201700030082
5. Sousa KHJF, Damasceno CKCS, Almeida CAPL, Magalhães JM, Ferreira MA. Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Rev Gaucha Enferm*. 2019;40:e20180263. doi:10.1590/1983-1447.2019.20180263
6. Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF, Santos ALP, Gallardo MPS. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(65):387-398. doi:10.1590/1807-57622016.0633
7. Lima ICS, Sampaio JJC, Souza KCA. Implicações da precarização do trabalho para gestão laboral e do cuidado na Atenção Psicossocial Territorial. *Physis*. 2024;34:e34071. doi:10.1590/S0103-7331202434071pt
8. Ribeiro KRA, Borges SP, Balduino JAS, Silva FA, Ramos TMST. Dificuldades encontradas pela enfermagem para implementar a humanização na unidade de terapia intensiva. *Rev Enferm UFPI*. 2020;9:e5777. doi:10.26694/reufpi.v9i0.5777
9. Aleluia IRS, Medina MG, Vilasbôas ALQ, Viana ALD. Gestão do SUS em regiões interestaduais de saúde: análise da capacidade de governo. *Cien Saude Colet*. 2022;27(5):1883-1894. doi:10.1590/1413-81232022275.10392021
10. Camargo DS, Castanheira ERL. Ampliando o acesso: o Acolhimento por Equipe como estratégia de gestão da demanda na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*.



2020;24(Supl 1):e190600. doi:10.1590/Interface.190600

11. Adorno AMNG, Martins CA, Mattos DV, Tyrrell MAR, Almeida CCOF. Gestão hospitalar como ferramenta do cuidado. Rev Enferm UFPE On Line. 2017;11(8):3143-3150. doi:10.5205/reuol.11064-98681-4-ED.1108201720

12. Oliveira C, Gomes CA, Pereira AD, Lomba ML, Poblete M, Backes DS. Acolhimento e ambiência hospitalar: percepção de profissionais da saúde. Acta Paul Enferm. 2022;35:eAPE032166. doi:10.37689/acta-ape/2022AO032166

13. Lira LBS, Santos DS, Neves SJF, Nagliate PC, Pereira EAT, Cavalcante MV. Acesso, acolhimento e Estratégia Saúde da Família: satisfação do usuário. Rev Enferm UFPE On Line. 2018;12(9):2334-2340. doi:10.5205/1981-8963-v12i9a234878p2334-2340-2018

14. Gomide MFS, Pinto IC, Zacharias FCM, Ferro D. Análise do acesso e acolhimento entre os resultados do PMAQ-AB e a satisfação dos usuários do pronto atendimento: semelhanças e diferenças. Medicina (Ribeirão Preto). 2017;50(1):29-38. doi:10.11606/issn.2176-7262.v50i1p29-38

15. Oliveira TA, Pinto KA. Acolhimento com classificação de risco e acesso em serviço de emergência: avaliação de usuários. Cienc Cuid Saude. 2015;14(2):1003-1010. doi:10.4025/cienccuidsaude.v14i2.22897

16. Moreira DJ, Bosi MLM. Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil. Physis. 2019;29(2):e290205. doi:10.1590/S0103-73312019290205

17. Saka AM, Rossaneis MA, Haddad MCFL, Sardinha DSS. Sentimentos de enfermeiros no acolhimento e na avaliação da classificação de risco em pronto-socorro. Rev Enferm UFSM. 2016;6(2):177-187. doi:10.15253/2175-6783.2016000200011