SAÚDE E VIDA

UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

VOLUME 3



ORGANIZADORES

Dr. Avelar Alves da Silva

Dr. Wallace Rodrigues de Holanda Miranda

Dr. Arquimedes Cavalcante Cardoso

SCISAUDE EDITORA

SCISAUDE EDITORA

SAÚDE E VIDA

UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

VOLUME 3



ORGANIZADORES

Dr. Avelar Alves da Silva

Dr. Wallace Rodrigues de Holanda Miranda

Dr. Arquimedes Cavalcante Cardoso

SCISAUDE
EDITORA

SCISAUDE
EDITORA

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial do SCISAUDE. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

LICENÇA CREATIVE COMMONS

A editora detém os direitos autorais pela edição e projeto gráfico. Os autores detêm os direitos autorais dos seus respectivos textos. SAÚDE E VIDA: UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR 3 de SCISAUDE está licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional. (CC BY-NC-ND 4.0). Baseado no trabalho disponível em https://www.scisaude.com.br/catalogo/saude-e-vida-uma-abordagem-multidisciplinar-3/99

2026 by SCISAUDE
Copyright © SCISAUDE
Copyright do texto © 2026 Os autores
Copyright da edição © 2026 SCISAUDE
Direitos para esta edição cedidos ao SCISAUDE pelos autores.
Open access publication by SCISAUDE



SAÚDE E VIDA UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR 3

ORGANIZADORES

Dr. Avelar Alves da Silva
http://lattes.cnpq.br/8204485246366026
https://orcid.org/0000-0002-4588-0334

Dr. Wallace Rodrigues de Holanda Miranda
http://lattes.cnpq.br/9510895183615760
https://orcid.org/0000-0002-0306-251X

Dr. Arquimedes Cavalcante Cardoso
http://lattes.cnpq.br/0647092865505641
https://orcid.org/0000-0001-9546-805X

Editor chefe
Paulo Sérgio da Paz Silva Filho

Projeto gráfico
Lennara Pereira Mota

Diagramação:
Paulo Sérgio da Paz Silva Filho
Lennara Pereira Mota

Revisão:
Os Autores



Conselho Editorial

Ana Flavia de Oliveira Ribeiro	Elane da Silva Barbosa	Juliane Maguetas Colombo Pazzanese
Ana Florise Morais Oliveira	Francine Castro Oliveira	Júlia Maria do Nascimento Silva
André de Lima Aires	Giovanna Carvalho Sousa Silva	Kaline Malu Gerônimo Silva dos Santos
Angélica de Fatima Borges Fernandes	Heloísa Helena Figuerêdo Alves	Laíza Helena Viana
Camila Tuane de Medeiros	Jamile Xavier de Oliveira	Leandra Caline dos Santos
Camilla Thaís Duarte Brasileiro	Jean Carlos Leal Carvalho De Melo Filho	Lennara Pereira Mota
Carla Fernanda Couto Rodrigues	João Paulo Lima Moreira	Luana Bastos Araújo
Daniela de Castro Barbosa Leonello	Juliana britto martins de Oliveira	Maria Isabel Soares Barros
Dayane Dayse de Melo Costa	Juliana de Paula Nascimento	Maria Luiza de Moura Rodrigues
Maria Vitalina Alves de Sousa	Raissa Escandiusi Avramidis	Wesley Romário Dias Martins
Maryane Karolyne Buarque Vasconcelos	Renata Pereira da Silva	Wilianne da Silva Gomes
Paulo Sérgio da Paz Silva Filho	Sannya Paes Landim Brito Alves	Willame de Sousa Oliveira
Mayara Stefanie Sousa Oliveira	Suellen Aparecida Patricio Pereira	Naila Roberta Alves Rocha
Michelle Carvalho Almeida	Thamires da Silva Leal	Neusa Camilla Cavalcante Andrade Oliveira
Márcia Farsura de Oliveira		

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Saúde e vida : uma abordagem multidisciplinar : volume 3 [livro eletrônico] / organização Avelar Alves da Silva, Wallace Rodrigues de Holanda Miranda, Arquimedes Cavalcante Cardoso. -- Teresina, PI : SCISAUDE, 2026.
PDF

ISBN 978-65-85376-86-0

1. Medicina e saúde 2. Promoção da saúde 3. Saúde pública 4. Sistema Único de Saúde (Brasil) I. Silva, Avelar Alves da. II. Miranda, Wallace Rodrigues de Holanda.

26-355658.0 CDD-362.109

Índices para catálogo sistemático:
1. Saúde pública 362.109
Livia Dias Vaz - Bibliotecária - CRB-8/9638

10.56161/sci.ed.20260427

978-65-85376-86-0

SCISAUDE
Teresina – PI – Brasil
scienceesaude@hotmail.com
www.scisaude.com.br



APRESENTAÇÃO

A obra *Saúde e Vida: Uma Abordagem Multidisciplinar 3* nasce da necessidade crescente de compreender a saúde para além de uma perspectiva isolada, reconhecendo-a como um fenômeno complexo, dinâmico e profundamente influenciado por múltiplos determinantes biológicos, sociais, culturais e tecnológicos. Em um cenário marcado por constantes transformações, torna-se imprescindível integrar saberes e práticas de diferentes áreas do conhecimento, promovendo uma visão ampliada e mais resolutiva do cuidado em saúde.

Este volume reúne contribuições relevantes de pesquisadores, profissionais e estudiosos que atuam em diversas frentes do campo da saúde, contemplando discussões atuais e necessárias sobre promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Os capítulos aqui apresentados refletem o compromisso com a produção e disseminação do conhecimento científico de qualidade, bem como com o fortalecimento das práticas baseadas em evidências.

A proposta desta coletânea é fomentar o diálogo interdisciplinar, valorizando a interação entre diferentes saberes e incentivando a construção de estratégias integradas que possam impactar positivamente a qualidade de vida da população. Ao abordar temáticas variadas, o livro se consolida como um importante instrumento de apoio para acadêmicos, profissionais da saúde e gestores, contribuindo para a formação crítica e para a tomada de decisões mais assertivas no âmbito da saúde.

Por fim, espera-se que esta obra inspire reflexões, amplie horizontes e fortaleça o compromisso coletivo com a promoção da vida e do bem-estar, reafirmando a importância de uma atuação multiprofissional ética, humanizada e centrada nas necessidades da população.

Boa Leitura!!!

Sumário

CAPÍTULO 1 ..... **11**

USO DE *PANAX GINSENG* COMO RECURSO FITOTERÁPICO NA MELHORA DA RESISTÊNCIA FÍSICA: UMA ABORDAGEM INTEGRATIVA **11**

10.56161/sci.ed.20260427C1 11

CAPÍTULO 2 ..... **24**

EFEITOS DO TREINAMENTO RESISTIDO SOBRE PARÂMETROS HEMODINÂMICOS E ESTRESSE OXIDATIVO EM INDIVÍDUOS HIPERTENSOS **24**

10.56161/sci.ed.20260427C2 24

CAPÍTULO 3 ..... **37**

EFEITOS DA SUPLEMENTAÇÃO COM SUCO DE UVA SOBRE O ESTRESSE OXIDATIVO E A PERFORMANCE ESPORTIVA **37**

10.56161/sci.ed.20260427C3 37

CAPÍTULO 4 ..... **51**

PERFIL DAS LESÕES ORTOPÉDICAS EM PRATICANTES DE MOUNTAIN BIKE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA **51**

10.56161/sci.ed.20260427C4 51

CAPÍTULO 5 ..... **62**

UMA OVERVIEW DAS LESÕES ORTOPÉDICAS EM CORREDORES **62**

10.56161/sci.ed.20260427C5 62

CAPÍTULO 6 ..... **71**

PROBIÓTICOS E PREBIÓTICOS NA PRÁTICA ESPORTIVA: UMA REVISÃO SOBRE A MODULAÇÃO DO EIXO INTESTINO-MÚSCULO. **71**

10.56161/sci.ed.20260427C6 71

CAPÍTULO 7 ..... **86**

UTILIZAÇÃO DE NUTRIENTES ANTIOXIDANTES: CÚRCUMA, GENGIBRE E PRÓPOLIS NA MELHORA DO DESEMPENHO ESPORTIVO **86**

10.56161/sci.ed.20260427C7 86

CAPÍTULO 8 ..... **104**

AVANÇOS TECNOLÓGICOS NA RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA NO TRATAMENTO DOS GLIOMAS DE ALTO GRAU **104**

10.56161/sci.ed.20260427C8 104

CAPÍTULO 9 ..... **115**

APRENDIZAGEM LÚDICA DO SISTEMA DIGESTÓRIO POR MEIO DE JOGO DE TABULEIRO **115**

10.56161/sci.ed.20260427C9 115

CAPÍTULO 10 ..... **122**

PRESENÇA DO FARMACÊUTICO NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA: COMPETÊNCIA TÉCNICA E PROTEÇÃO DA SAÚDE COLETIVA **122**

10.56161/sci.ed.20260427C10 122

CAPÍTULO 11 ..... **133**
CONTRIBUIÇÃO DAS ANÁLISES CLÍNICAS PARA A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E FORTALECIMENTO DAS RESPOSTAS A EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA **133**
10.56161/sci.ed.20260427C11 133
CAPÍTULO 12 ..... **145**
A INSERÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA FORMAÇÃO EM SAÚDE: IMPACTOS NA CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS INTERPROFISSIONAIS E NO MODELO DE ATENÇÃO **145**
10.56161/sci.ed.20260427C12 145
CAPÍTULO 13 ..... **157**
SAÚDE DO TRABALHADOR NA ERA DIGITAL E AS TRANSFORMAÇÕES TECNOLÓGICAS MEDIADAS PELA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NOS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS DO CUIDADO INTEGRAL **157**
10.56161/sci.ed.20260427C13 157
CAPÍTULO 14 ..... **170**
ONCOLOGIA E PRÁTICAS MULTIDISCIPLINARES NA PRODUÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL E NA QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE **170**
10.56161/sci.ed.20260427C14 170
CAPÍTULO 15 ..... **183**
PAINEL COPROLÓGICO PARA AVALIAÇÃO DE AMOSTRAS FECAIS **183**
10.56161/sci.ed.20260427C15 183
CAPÍTULO 16 ..... **192**
PREVENÇÃO DO CÂNCER COLORRETAL **192**
10.56161/sci.ed.20260427C16 192
CAPÍTULO 17 ..... **201**
TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS PARA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DE CRIANÇAS COM DIABETES TIPO-1: Uma revisão integrativa **201**
10.56161/sci.ed.20260427C17 201
CAPÍTULO 18 ..... **219**
A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E SEUS REFLEXOS NA QUALIDADE DO CUIDADO NO SUS **219**
10.56161/sci.ed.20260427C18 219
CAPÍTULO 19 ..... **241**
CUIDADO LONGITUDINAL AO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTRATÉGIAS E DESAFIOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE **241**
10.56161/sci.ed.20260427C19 241



CAPÍTULO 18

A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E SEUS REFLEXOS NA QUALIDADE DO CUIDADO NO SUS

THE NATIONAL HUMANIZATION POLICY AND ITS EFFECTS ON THE QUALITY OF CARE IN THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM

10.56161/sci.ed.20260427C18

Ana Paula Mendes Batista da Silva
Graduada em Enfermagem pela FUNESO- Fundação de Ensino Superior de Olinda

Jozadake Petry Fausto
Doutoranda em Geografia pela Universidade Estadual Paulista "Júlio Mesquita Filho" (UNESP/SP) no Programa Territorial América Latina e Caribe

Stefane Lima Rodrigues
Mestre em psicologia Social -Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO
Ana Carolina dos Santos Melo
Fisioterapeuta e Mestranda em Saúde da Família- RENASF
Universidade Federal do Piauí - UFPI

Alysson Guilherme Vieira Santos
Gestão Pública pela Universidade Estadual de Maringá

Samara Atanielly Rocha
Mestre pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Pedro Henrique Lopes Correia de Melo
Graduando em Odontologia pelo Centro Universitário Maurício de Nassau - UNINASSAU

Vitoria Ilana Rodrigues de Souza
Enfermeira e Pós-graduanda em urgência e emergência e UTI pela Faculdade Rodolfo Teófilo

Luís Augusto Antunes
Graduado em Bacharelado em Teologia, Licenciatura em Geografia e Sociologia.
Graduando no Centro Universitário UniFatecie em Bacharelado em Fonoaudiologia, Bacharelado em Farmácia, Licenciatura em Ciências Biológicas e Bacharelado em Biologia.
Especialista em Docência do Ensino Superior; Didática e Metodologia no Ensino Básico e Superior; Gestão de Organização de Saúde (MBA); Psicopedagogia Clínica e Institucional; Neuropsicopedagogia; Educação Inclusiva e Especial com ênfase no Atendimento

Educacional Especializado (AEE), Análise do Comportamento Aplicada ao Autismo (ABA) e Antropologia Social

Eline Nogueira Santos Sobreira
Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Maurício de Nassau do Juazeiro do Norte- UNINASSAU

RESUMO

OBJETIVO: Analisar os reflexos da Política Nacional de Humanização na qualidade do cuidado ofertado no Sistema Único de Saúde, considerando seus avanços, limites e desafios de efetivação nos serviços de saúde. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão de literatura, de natureza qualitativa, descritiva e exploratória, realizada nas bases SciELO, BVS, PubMed/MEDLINE, Portal de Periódicos da CAPES e Google Acadêmico, com recorte de publicações entre 2023 e 2025. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 22 estudos relacionados à percepção dos usuários, atenção primária, acesso, desigualdades sociais, cuidado obstétrico, saúde mental, telessaúde e educação permanente. **RESULTADOS:** Os achados evidenciaram que a humanização contribui para a qualificação do cuidado quando se materializa em acolhimento, vínculo, escuta qualificada, participação dos usuários, práticas baseadas em evidências, ampliação do acesso e fortalecimento da atenção primária. Contudo, persistem desafios relacionados à infraestrutura insuficiente, desigualdades regionais, dificuldades de acesso a especialistas, fragilidade dos canais de escuta, baixa participação dos usuários, limitações na assistência farmacêutica e desigualdade digital. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que a Política Nacional de Humanização possui potencial para fortalecer a qualidade do cuidado no SUS, desde que seus princípios sejam acompanhados de condições institucionais, materiais, formativas e políticas capazes de garantir cuidado integral, equitativo, resolutivo e centrado nos sujeitos.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização da Assistência; Qualidade da Assistência à Saúde; Sistema Único de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the effects of the National Humanization Policy on the quality of care provided in the Brazilian Unified Health System, considering its advances, limitations, and implementation challenges in health services. **METHODOLOGY:** This is a qualitative, descriptive, and exploratory literature review conducted in SciELO, BVS, PubMed/MEDLINE, CAPES Journals Portal, and Google Scholar, covering publications from 2023 to 2025. After applying the inclusion and exclusion criteria, 22 studies were selected, addressing users' perceptions, primary care, access, social inequalities, obstetric care, mental health, telehealth, and continuing education. **RESULTS:** The findings showed that humanization contributes to improving care quality when expressed through welcoming practices, bonding, qualified listening, user participation, evidence-based practices, expanded access, and strengthening of primary care. However, challenges remain, including insufficient infrastructure, regional inequalities, difficulties in accessing specialists, fragile listening channels, limited user participation, weaknesses in pharmaceutical care, and digital inequality. **CONCLUSION:** It is concluded that the National Humanization Policy has the potential to strengthen the quality of care in the Brazilian Unified Health System, provided that its principles are supported by



institutional, material, educational, and political conditions capable of ensuring comprehensive, equitable, resolutive, and person-centered care.

KEYWORDS: Humanization of Assistance; Quality of Health Care; Unified Health System; Primary Health Care; Health Services Accessibility.

1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização, também conhecida como HumanizaSUS, constitui uma diretriz transversal do Sistema Único de Saúde, orientada pela valorização dos sujeitos envolvidos no cuidado, pela qualificação das relações entre usuários, trabalhadores e gestores e pela defesa de práticas assistenciais mais acolhedoras, participativas e resolutivas (Brasil, 2010; Ferraz *et al.*, 2025).

A humanização, nesse sentido, ultrapassa a ideia de cordialidade no atendimento, pois envolve acolhimento, escuta qualificada, vínculo, corresponsabilização, autonomia dos usuários, participação social e reorganização dos processos de trabalho em saúde (Brasil, 2010; Raimundo *et al.*, 2025).

No contexto do SUS, tais princípios tornam-se fundamentais porque a qualidade do cuidado não depende apenas da existência formal dos serviços, mas também da capacidade da rede de garantir acesso oportuno, continuidade assistencial, informação adequada, respeito às necessidades dos usuários e respostas compatíveis com as realidades territoriais (Santos *et al.*, 2023; Rodrigues, 2025).

A discussão sobre a humanização do cuidado assume especial relevância diante das desigualdades históricas que atravessam o sistema público de saúde brasileiro, uma vez que a experiência dos usuários pode variar conforme território, infraestrutura, disponibilidade profissional, organização da atenção primária e acesso aos diferentes pontos da rede assistencial (Souza *et al.*, 2024; Castanheira *et al.*, 2024).

Nesse cenário, a Política Nacional de Humanização pode ser compreendida como uma estratégia ética, política e institucional voltada à superação de práticas fragmentadas, impessoais e centradas apenas no procedimento, favorecendo uma assistência mais integral, democrática e comprometida com a dignidade dos sujeitos (Brasil, 2010; Ramos; Castaldelli-Maia, 2025).

Assim, analisar os reflexos da humanização na qualidade do cuidado no SUS exige considerar diferentes dimensões da assistência, como atenção primária, cuidado obstétrico, saúde mental, telessaúde, educação permanente, acesso aos serviços e percepção dos usuários



sobre o atendimento recebido (Medina *et al.*, 2023; Teixeira *et al.*, 2024; Lamas *et al.*, 2025; Pereira *et al.*, 2023).

Diante da amplitude da Política Nacional de Humanização, este estudo delimita-se à análise de seus reflexos na qualidade do cuidado no SUS, considerando evidências relacionadas à percepção dos usuários, à atenção primária, ao acesso aos serviços, às desigualdades sociais, ao cuidado obstétrico, à saúde mental, à telessaúde e à educação permanente (Ferraz *et al.*, 2025; Carmo; Silva; Campos, 2023; Rodrigues, 2025). A pesquisa não pretende esgotar todos os aspectos da humanização no sistema público de saúde, mas discutir como seus princípios aparecem associados à qualificação ou à limitação do cuidado em diferentes contextos assistenciais (Castanheira *et al.*, 2024; De Souza *et al.*, 2024).

Essa delimitação permite compreender a humanização como uma dimensão prática da qualidade assistencial, especialmente quando se expressa por meio do acolhimento, da escuta, do vínculo, da informação, da autonomia, da participação dos usuários e da organização dos serviços segundo as necessidades concretas da população (Brasil, 2010; Raimundo *et al.*, 2025).

A análise proposta concentra-se em estudos que abordam o SUS em sua diversidade de práticas e serviços, incluindo investigações sobre percepção dos usuários, organização da atenção básica, cuidado obstétrico, saúde mental, inovação digital e formação profissional em saúde (Souza *et al.*, 2024; Medina *et al.*, 2023; Ramos; Castaldelli-Maia, 2025; Franco *et al.*, 2024).

Com isso, busca-se relacionar a Política Nacional de Humanização à qualidade do cuidado de maneira crítica, observando tanto experiências que indicam avanços quanto situações que evidenciam permanências de desigualdades, fragilidades estruturais e limites institucionais na efetivação dos princípios humanizadores (Rodrigues *et al.*, 2023; Duarte; Novaes, 2025; Padilha *et al.*, 2024).

Embora a Política Nacional de Humanização tenha sido formulada para fortalecer práticas de cuidado mais acolhedoras, participativas, integrais e comprometidas com os direitos dos usuários, sua efetivação ainda encontra desafios no cotidiano dos serviços de saúde (Brasil, 2010; Rodrigues, 2025). Entre esses desafios, destacam-se barreiras de acesso, fragilidades na infraestrutura, desigualdades territoriais, dificuldade de acesso a profissionais especializados, baixa participação dos usuários nas decisões assistenciais e persistência de modelos biomédicos centrados no procedimento e na doença (Souza *et al.*, 2024; Raimundo *et al.*, 2025; Ramos; Castaldelli-Maia, 2025).



Além disso, a incorporação de tecnologias, programas institucionais e estratégias formativas nem sempre garante, por si só, cuidado humanizado, pois sua efetividade depende da forma como são integrados à rede, apropriados pelos profissionais e acessados pelos usuários (Lamas *et al.*, 2025; Oliveira; Valadão; Tabak, 2024; Pereira *et al.*, 2023).

Diante desse cenário, formula-se o seguinte problema de pesquisa: de que maneira a Política Nacional de Humanização repercute na qualidade do cuidado ofertado no Sistema Único de Saúde e quais desafios ainda limitam sua efetivação nos serviços? (Brasil, 2010; Ferraz *et al.*, 2025; Rodrigues, 2025).

A realização deste estudo justifica-se pela relevância da Política Nacional de Humanização como eixo estratégico para a qualificação do SUS, especialmente porque a qualidade do cuidado não pode ser avaliada apenas pela oferta de consultas, exames, procedimentos ou tecnologias, mas também pela forma como os usuários são acolhidos, orientados, escutados e acompanhados ao longo da rede assistencial (Brasil, 2010; Ferraz *et al.*, 2025; Raimundo *et al.*, 2025).

A investigação torna-se pertinente porque a humanização permanece como um desafio prático e institucional, sobretudo em serviços nos quais persistem dificuldades relacionadas ao acesso, à continuidade do cuidado, à infraestrutura, à escuta dos usuários e à participação social nas decisões assistenciais (Souza *et al.*, 2024; Rodrigues *et al.*, 2023; Duarte; Novaes, 2025). Assim, discutir os reflexos da PNH na qualidade do cuidado permite problematizar a distância entre a diretriz política e sua aplicação cotidiana, identificando avanços, limites e possibilidades de fortalecimento do cuidado humanizado no SUS (Castanheira *et al.*, 2024; De Souza *et al.*, 2024; Pereira *et al.*, 2023).

A relevância acadêmica e social do tema também se relaciona à necessidade de compreender a humanização como dimensão crítica da gestão e da assistência em saúde, pois serviços que não garantem acesso, informação, vínculo, escuta e resolutividade tendem a comprometer a experiência dos usuários, mesmo quando há oferta formal de atendimento (Santos *et al.*, 2023; Rodrigues, 2025).

Além disso, áreas como cuidado obstétrico, saúde mental e telessaúde demonstram que a humanização precisa ser analisada a partir de práticas concretas, envolvendo respeito à autonomia, redução de intervenções desnecessárias, participação no planejamento terapêutico, inclusão digital e organização dos serviços conforme as necessidades dos sujeitos (Medina *et al.*, 2023; De Oliveira *et al.*, 2024; Ramos; Castaldelli-Maia, 2025; Lamas *et al.*, 2025). Dessa forma, o estudo contribui para ampliar a reflexão sobre os caminhos necessários para tornar o SUS mais sensível às desigualdades, mais democrático na relação com os usuários e mais

comprometido com a saúde como direito social (Beviláqua *et al.*, 2023; Leal *et al.*, 2024; Teixeira *et al.*, 2024).

Parte-se da hipótese de que a Política Nacional de Humanização contribui para a melhoria da qualidade do cuidado no SUS quando seus princípios são incorporados à organização dos serviços, à prática profissional e à relação entre trabalhadores, gestores e usuários (Brasil, 2010; Ferraz *et al.*, 2025). Pressupõe-se, contudo, que sua efetividade ainda é limitada por desigualdades regionais, fragilidades estruturais, dificuldades de acesso, insuficiência de recursos, baixa participação dos usuários e permanência de modelos assistenciais pouco integrados e excessivamente centrados na lógica biomédica (Souza *et al.*, 2024; Rodrigues, 2025; Ramos; Castaldelli-Maia, 2025). Considera-se, ainda, que a humanização produz efeitos mais consistentes quando se materializa em acolhimento, vínculo, escuta qualificada, respeito à autonomia, cuidado territorializado, corresponsabilização e educação permanente dos profissionais de saúde (Castanheira *et al.*, 2024; Medina *et al.*, 2023; Pereira *et al.*, 2023).

O objetivo geral deste estudo é analisar os reflexos da Política Nacional de Humanização na qualidade do cuidado ofertado no Sistema Único de Saúde, considerando seus avanços, limites e desafios de efetivação nos serviços de saúde.

Como objetivos específicos, busca-se compreender os princípios da Política Nacional de Humanização e sua relação com a qualidade do cuidado no SUS; identificar como a humanização se expressa em diferentes dimensões assistenciais, como atenção primária, cuidado obstétrico, saúde mental, telessaúde e educação permanente; discutir os principais desafios que limitam a implementação da humanização nos serviços; e analisar criticamente as possibilidades de fortalecimento do cuidado humanizado a partir das evidências científicas recentes.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão de literatura, de natureza qualitativa, descritiva e exploratória, voltada à análise dos reflexos da Política Nacional de Humanização na qualidade do cuidado ofertado no Sistema Único de Saúde. A escolha por esse delineamento justifica-se pela possibilidade de reunir, organizar e interpretar produções científicas recentes que discutem acesso, acolhimento, resolutividade, atenção primária, cuidado obstétrico, saúde mental, telessaúde, percepção dos usuários e educação permanente no contexto do SUS, permitindo compreender de que maneira os princípios humanizadores se aproximam ou se distanciam das práticas efetivamente realizadas nos serviços de saúde.



Foram utilizados como materiais de análise artigos científicos publicados em periódicos nacionais e internacionais, disponíveis em bases de dados eletrônicas e relacionados à qualidade do cuidado no SUS, à Política Nacional de Humanização, à atenção primária, à Estratégia Saúde da Família, ao cuidado obstétrico humanizado, à reforma psiquiátrica, à telessaúde, à inovação digital e à educação permanente em saúde. A seleção dos estudos considerou produções que, direta ou indiretamente, abordassem dimensões centrais da humanização, como acesso, vínculo, escuta, participação dos usuários, integralidade, equidade, acolhimento, qualificação profissional e organização dos serviços.

A busca bibliográfica foi realizada no período de março a abril de 2026, em bases de dados nacionais e internacionais, com o objetivo de localizar estudos recentes e pertinentes ao tema investigado. Foram consultadas as bases Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed/MEDLINE, Portal de Periódicos da CAPES e Google Acadêmico, por reunirem publicações relevantes nas áreas de saúde coletiva, atenção primária, gestão em saúde, cuidado obstétrico, saúde mental, telessaúde e políticas públicas de saúde.

Foram utilizadas palavras-chave em português e inglês, de modo a ampliar o alcance da busca e contemplar diferentes formas de indexação dos estudos. Em português, foram empregados os termos: “Política Nacional de Humanização”, “humanização da assistência”, “qualidade do cuidado”, “Sistema Único de Saúde”, “SUS”, “atenção primária à saúde”, “Estratégia Saúde da Família”, “acesso aos serviços de saúde”, “cuidado obstétrico humanizado”, “saúde mental”, “telessaúde” e “educação permanente em saúde”. Em inglês, foram utilizados os termos: “*humanization of care”, “quality of care”, “Brazilian Unified Health System”, “primary health care”, “Family Health Strategy”, “access to health services”, “humanized childbirth care”, “mental health care”, “telehealth” e “continuing education in health”*. Sempre que possível, os termos foram conferidos nos vocabulários DeCS/MeSH, com a finalidade de aproximar a estratégia de busca dos descritores controlados utilizados nas bases científicas da área da saúde.

As estratégias de busca foram organizadas por meio dos operadores booleanos AND e OR. O operador AND foi utilizado para restringir os resultados e relacionar diretamente os conceitos centrais da pesquisa, enquanto o operador OR foi empregado para ampliar a recuperação de estudos por meio de termos semelhantes ou equivalentes. Foram realizados intercruzamentos como: “Política Nacional de Humanização” AND “Sistema Único de Saúde”; “humanização da assistência” AND “qualidade do cuidado” AND “SUS”; “atenção primária à saúde” AND “qualidade do cuidado” AND “Brasil”; “Estratégia Saúde da Família” AND



"acesso" AND "SUS"; "cuidado obstétrico humanizado" AND "Sistema Único de Saúde"; "saúde mental" AND "humanização" AND "SUS"; "telessaúde" AND "atenção primária" AND "Brasil"; e "educação permanente" AND "qualidade do cuidado" AND "atenção primária".

Foram definidos como critérios de inclusão: artigos científicos publicados entre 2023 e 2025; estudos disponíveis na íntegra; publicações em português, inglês ou espanhol; pesquisas realizadas no Brasil ou relacionadas diretamente ao SUS; estudos quantitativos, qualitativos, transversais, ecológicos, avaliativos, prospectivos, revisões de literatura e protocolos de pesquisa que abordassem qualidade do cuidado, percepção dos usuários, atenção primária, acesso, desigualdades sociais, humanização obstétrica, saúde mental, telessaúde ou educação permanente. Foram excluídos artigos duplicados, textos indisponíveis na íntegra, publicações sem metodologia científica definida, editoriais, cartas ao editor, resumos simples de eventos, estudos sem relação com o SUS e produções que não apresentavam contribuição direta para a discussão sobre humanização e qualidade do cuidado.

Inicialmente, foram encontrados 236 estudos nas bases consultadas. A distribuição ocorreu da seguinte forma: 58 estudos na PubMed/MEDLINE, 46 estudos na BVS, 39 estudos na SciELO, 42 estudos no Portal de Periódicos da CAPES e 51 estudos no Google Acadêmico. Após a identificação inicial, foram excluídos 44 estudos duplicados, restando 192 publicações para a etapa de triagem. Em seguida, realizou-se a leitura dos títulos, etapa na qual foram excluídos 96 estudos por não apresentarem relação direta com a temática investigada, permanecendo 96 estudos para leitura dos resumos.

Após a análise dos resumos, foram excluídos 48 estudos, especialmente por abordarem qualidade em saúde sem relação com o SUS, humanização sem vínculo com serviços públicos brasileiros ou telessaúde sem conexão com atenção primária e políticas públicas. Dessa forma, 48 estudos foram selecionados para leitura na íntegra. Após essa etapa, 26 estudos foram excluídos por não atenderem integralmente aos critérios de inclusão, resultando em 22 estudos incluídos na revisão final.

A análise dos estudos selecionados foi realizada mediante leitura crítica, organização dos dados e interpretação temática dos achados. Inicialmente, os artigos foram organizados conforme autoria, ano de publicação, objetivo, delineamento metodológico, população ou serviço investigado, principais resultados e relação com os princípios da Política Nacional de Humanização. Posteriormente, os achados foram agrupados em sete eixos temáticos: qualidade do cuidado e percepção dos usuários no SUS; atenção primária e Estratégia Saúde da Família; acesso e desigualdades sociais; humanização do cuidado obstétrico; saúde mental e reforma

psiquiátrica; telessaúde e inovação digital no SUS; e Programa Mais Médicos e educação permanente.

A interpretação dos resultados buscou comparar os estudos entre si, identificando aproximações, divergências e lacunas relacionadas à qualidade do cuidado no SUS. Desse modo, foram observados tanto os avanços associados à humanização, como maior acolhimento, ampliação do acesso, práticas obstétricas baseadas em evidências, intervenções psicossociais e expansão da telessaúde, quanto as fragilidades persistentes, como desigualdades regionais, infraestrutura insuficiente, dificuldade de acesso a especialistas, baixa participação dos usuários, limitações na assistência farmacêutica, problemas de padronização dos serviços digitais e desafios na formação profissional.

No que se refere aos aspectos éticos, por se tratar de uma revisão de literatura baseada exclusivamente em artigos científicos já publicados, disponíveis em bases de dados e sem coleta direta de informações com seres humanos, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Não foram realizadas entrevistas, aplicação de questionários, observações diretas ou coleta de dados individuais e identificáveis. Ainda assim, foram respeitados os princípios éticos da pesquisa científica, especialmente quanto à fidelidade às ideias dos autores consultados, à correta citação das fontes, à integridade acadêmica e à prevenção de plágio.

Dessa forma, o percurso metodológico adotado permitiu reunir 22 estudos considerados pertinentes ao tema “A Política Nacional de Humanização e seus Reflexos na Qualidade do Cuidado no SUS”, possibilitando uma análise crítica sobre os modos pelos quais os princípios da humanização se expressam na prática assistencial, na organização dos serviços, no acesso da população, na atenção primária, no cuidado obstétrico, na saúde mental, na telessaúde e na educação permanente em saúde.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os estudos analisados evidenciam que a Política Nacional de Humanização, quando observada a partir da qualidade do cuidado no SUS, precisa ser compreendida para além de uma diretriz normativa, pois seus reflexos aparecem concretamente na percepção dos usuários, na organização da atenção primária, no acesso aos serviços, na humanização do cuidado obstétrico, na saúde mental, na telessaúde e na qualificação profissional permanente (Ferraz *et al.*, 2025; Raimundo *et al.*, 2025; Souza *et al.*, 2024; Pereira *et al.*, 2023).

Desse modo, os resultados indicam que o cuidado humanizado depende da articulação entre acolhimento, acesso, vínculo, resolutividade, escuta qualificada, infraestrutura, presença de profissionais capacitados e organização territorial dos serviços, uma vez que a experiência



do usuário no SUS é atravessada tanto pela disponibilidade material da rede quanto pela forma como os sujeitos são recebidos, orientados e acompanhados nos diferentes pontos de atenção (Castanheira *et al.*, 2024; De Souza *et al.*, 2024; Santos *et al.*, 2023; Rodrigues, 2025).

No eixo da qualidade do cuidado e da percepção dos usuários, Ferraz *et al.* (2025) identificaram, em estudo transversal com 1.000 participantes de cinco regiões do estado do Rio de Janeiro, que 54,5% da amostra era composta por mulheres, 62,5% tinham entre 26 e 60 anos e 29% possuíam plano de saúde privado, sendo a vacinação o serviço mais utilizado no SUS, com 25,1% das respostas. Os achados também demonstraram que usuários mais frequentes avaliaram o acesso de forma mais positiva, com significância estatística de $p = 0,002$, enquanto participantes com menor nível socioeconômico avaliaram o acesso de maneira mais favorável, com $p = 0,001$, revelando que o SUS se apresenta como referência mais valorizada entre aqueles que dependem diretamente da rede pública para garantir cuidado em saúde.

A comparação entre as regiões avaliadas por Ferraz *et al.* (2025) revela que a qualidade percebida pelos usuários não se distribui de modo homogêneo, pois as regiões do Médio Paraíba e metropolitana receberam as melhores avaliações, enquanto as Baixadas Litorâneas apresentaram os piores resultados. Esse achado dialoga com Souza *et al.* (2024), que investigaram 200 indivíduos nas Baixadas Litorâneas do Rio de Janeiro e identificaram que 64% dos participantes avaliaram a qualidade do atendimento como muito ruim ou ruim, enquanto 34,9% classificaram o acesso também como muito ruim ou ruim, evidenciando que as disparidades regionais interferem diretamente na efetivação do cuidado humanizado.

Ainda no campo da percepção dos usuários, Raimundo *et al.* (2025), em estudo transversal com 200 participantes da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, observaram que usuários frequentes do SUS avaliaram o acesso como muito bom ou bom, com $p = 0,002$, e a qualidade geral como muito boa ou boa, com $p = 0,045$. Entretanto, os mesmos autores identificaram desafios importantes, pois 48,5% dos participantes apontaram necessidade de melhoria da infraestrutura, 30,6% indicaram necessidade de melhor qualificação profissional e 16,8% relataram maior dificuldade no acesso a medicamentos, demonstrando que uma boa avaliação geral não elimina fragilidades estruturais que comprometem a integralidade e a humanização da assistência.

Os dados de Raimundo *et al.* (2025) também revelam lacunas na assistência farmacêutica, uma vez que 49,4% dos participantes nunca receberam informações sobre armazenamento de medicamentos e 42,3% nunca encontraram um farmacêutico nas farmácias públicas. Esse resultado é especialmente relevante porque a humanização do cuidado envolve informação, orientação e corresponsabilização do usuário, não se restringindo ao atendimento

médico ou à oferta de medicamentos, pois a ausência de profissionais e de educação em saúde pode fragilizar a segurança terapêutica e reduzir a autonomia dos usuários no manejo do próprio cuidado.

Os achados de Souza *et al.* (2024) reforçam que o acesso permanece como dimensão central da qualidade do cuidado, pois, apesar da avaliação negativa da qualidade e do acesso nas Baixadas Litorâneas, os participantes que utilizavam o SUS com mais frequência o consideraram essencial, com $p = 0,031$. A disponibilidade de consultas especializadas apenas em outros municípios, como no caso de neurologistas, com $p = 0,001$, indica que a regionalização insuficiente da oferta assistencial produz barreiras concretas para a continuidade do cuidado, sobretudo para usuários com menor renda, menor mobilidade e maior dependência da rede pública.

Na atenção primária, os estudos demonstram que a Estratégia Saúde da Família permanece como um dos principais instrumentos para materializar a humanização do cuidado, uma vez que sua proposta territorializada favorece vínculo, acompanhamento longitudinal e maior proximidade entre profissionais e população (Carmo; Silva; Campos, 2023; Castanheira *et al.*, 2024). Carmo, Silva e Campos (2023), mediante análise de tendência temporal dos indicadores da Estratégia Saúde da Família entre 2007 e 2020, observaram que a maioria dos indicadores apresentou tendência ascendente nos primeiros segmentos temporais, seguida de estabilidade ou declínio, especialmente após 2017, indicando que mudanças normativas e organizacionais podem interferir na consolidação da ESF como modelo prioritário de atenção primária (Carmo; Silva; Campos, 2023).

O declínio do indicador referente ao número de agentes comunitários de saúde após 2017, observado por Carmo, Silva e Campos (2023), é particularmente relevante para a discussão da humanização, pois esses profissionais exercem função estratégica na mediação entre equipe e território, no reconhecimento das vulnerabilidades familiares, na busca ativa, na educação em saúde e no fortalecimento do vínculo comunitário. Desse modo, a possível retração da ESF após a PNAB de 2017 pode representar não apenas uma mudança administrativa, mas também uma fragilização de práticas humanizadoras que dependem da presença cotidiana dos trabalhadores nos territórios (Carmo; Silva; Campos, 2023).

Castanheira *et al.* (2024), em pesquisa avaliativa com 2.472 serviços de atenção primária em 461 municípios de São Paulo, identificaram dois grandes grupos de municípios, sendo 43,6% homogêneos e 56,4% heterogêneos, subdivididos em sete padrões organizacionais. Os serviços integrados com unidades de saúde da família apresentaram padrão mais próximo do modelo abrangente, com ações de planejamento e avaliação comprometidas

com a realidade local, enquanto o grupo homogêneo-tradicional mostrou-se distante do modelo desejado de atenção primária integral e resolutiva, com significância estatística para os indicadores analisados, $p < 0,001$ (Castanheira *et al.*, 2024).

A comparação entre Carmo, Silva e Campos (2023) e Castanheira *et al.* (2024) permite afirmar que a qualidade da atenção primária não depende apenas da existência de unidades básicas, mas do modelo organizacional adotado, da integração com a Estratégia Saúde da Família e da capacidade de planejar o cuidado conforme as necessidades territoriais. Assim, quando a atenção primária se aproxima do modelo abrangente, territorializado e avaliativo, ela se alinha mais fortemente à humanização, enquanto modelos tradicionais tendem a manter práticas fragmentadas, centradas em atendimento pontual e menos comprometidas com vínculo e continuidade (Carmo; Silva; Campos, 2023; Castanheira *et al.*, 2024).

De Souza *et al.* (2024), em estudo ecológico territorial sobre o desempenho da atenção primária no Programa Previne Brasil entre 2022 e 2023, identificaram que, entre os sete indicadores analisados, apenas um atingiu a meta proposta, correspondente à proporção de gestantes testadas para sífilis e HIV, cuja meta era 60% e o resultado observado foi 62,5%. O Nordeste apresentou melhor desempenho, superando a meta em três dos sete indicadores, enquanto os indicadores relacionados à hipertensão e ao diabetes foram os piores, o que demonstra desigualdade de desempenho entre regiões e entre linhas de cuidado (De Souza *et al.*, 2024).

Apesar das limitações identificadas, De Souza *et al.* (2024) observaram aumento na mediana do Indicador Sintético Final ao longo dos quatro quadrimestres, passando de 4,78 para 6,29, sugerindo melhoria progressiva no desempenho da atenção primária. Entretanto, essa melhora não foi suficiente para garantir cumprimento amplo das metas, indicando que a qualidade do cuidado no SUS permanece marcada por avanços parciais e desigualdades persistentes, especialmente no acompanhamento de condições crônicas como hipertensão e diabetes, que exigem vínculo, continuidade e corresponsabilização, dimensões centrais da humanização (De Souza *et al.*, 2024).

No eixo do acesso e das desigualdades sociais, Santos *et al.* (2023), a partir da análise de dados dos inquéritos ISA-Capital de 2003 e 2015, identificaram aumento da demanda por serviços de saúde, do acesso, da resolução e do uso de serviços públicos em São Paulo. Os autores não encontraram iniquidades sociais no uso dos serviços quanto à demanda, acesso, satisfação e resolução segundo nível de escolaridade, mas observaram forte concentração do uso do SUS pela população com menor escolaridade, o que revela tanto avanços na ampliação do acesso quanto a centralidade do sistema para grupos socialmente mais vulneráveis.



Rodrigues (2025), em revisão sobre desafios e oportunidades do SUS nos últimos cinco anos, complementa essa análise apontando que áreas urbanas recebem serviços de saúde melhores que regiões rurais, com disparidades substanciais no acesso e na qualidade. O autor destaca que a Estratégia Saúde da Família cobre cerca de 60% da população, mas observa que as restrições de financiamento se agravaram desde 2016, contribuindo para longos tempos de espera, escassez de leitos, falta de profissionais qualificados e ineficiências relacionadas à competição entre os setores público e privado (Rodrigues, 2025).

A comparação entre Santos *et al.* (2023) e Rodrigues (2025) demonstra que o SUS possui capacidade real de ampliar acesso e reduzir determinadas iniquidades, mas continua atravessado por desigualdades estruturais, territoriais e financeiras que limitam a consolidação de uma assistência plenamente humanizada. Nesse sentido, a humanização não pode ser pensada apenas como mudança de postura profissional, pois também depende de financiamento adequado, distribuição equitativa dos serviços, presença de profissionais, integração da rede e capacidade de garantir cuidado oportuno para populações urbanas, rurais e socialmente vulnerabilizadas (Santos *et al.*, 2023; Rodrigues, 2025).

No campo da humanização do cuidado obstétrico, Medina *et al.* (2023) apresentaram evidências expressivas em estudo transversal comparativo com 1.515 puérperas, no qual o centro de parto normal foi comparado a hospitais do SUS na Região Sudeste. As mulheres atendidas no centro de parto normal tiveram chance significativamente maior de ter acompanhante, com OR = 86,31, alimentar-se durante o trabalho de parto, com OR = 862,38, deambular, com OR = 7,56, utilizar métodos não farmacológicos para alívio da dor, com OR = 27,82, e permanecer em posição vertical, com OR = 252,78, demonstrando maior respeito à autonomia, ao conforto e à fisiologia do parto (Medina *et al.*, 2023).

Os resultados de Medina *et al.* (2023) também mostraram que as mulheres atendidas no centro de parto normal tiveram menor chance de receber intervenções como ocitocina, com OR = 0,22, amniotomia, com OR = 0,01, episiotomia, com OR = 0,01, e manobra de Kristeller, com OR = 0,01. Além disso, os recém-nascidos tiveram maior chance de aleitamento materno exclusivo, com OR = 1,84, indicando que práticas obstétricas humanizadas podem reduzir intervenções desnecessárias, favorecer protagonismo da mulher e melhorar desfechos relacionados ao vínculo inicial entre mãe e bebê (Medina *et al.*, 2023).

De Oliveira *et al.* (2024), em estudo qualitativo com oito hospitais privados sobre o Programa Parto Adequado, identificaram três dimensões de mudança após a implementação do programa, envolvendo incorporação, adaptação e rejeição de práticas obstétricas. As práticas incorporadas incluíram planejamento do parto, visitas pré-natais hospitalares, dieta durante o



trabalho de parto, analgesia farmacológica para parto vaginal, contato pele a pele e amamentação na primeira hora, enquanto a adaptação de práticas buscou melhorar o monitoramento do trabalho de parto e reduzir cesáreas sem justificativa clínica, e a rejeição da manobra de Kristeller indicou maior alinhamento às evidências científicas e à segurança da mulher (De Oliveira *et al.*, 2024).

Rodrigues *et al.* (2023), analissando experiências de 102 mulheres em dois hospitais participantes do Programa Parto Adequado, identificaram uma contradição importante: embora o programa tenha potencial de qualificação do cuidado obstétrico, ele era desconhecido pela maioria das mulheres antes do parto. As visitas à maternidade e os grupos de pré-natal foram apontados como oportunidades de mudança na percepção sobre o parto, porém os canais de escuta entre hospitais e mulheres foram considerados frágeis e não sistematizados, indicando que a humanização perde força quando as usuárias não são reconhecidas como agentes ativas do cuidado (Rodrigues *et al.*, 2023).

A comparação entre De Oliveira *et al.* (2024) e Rodrigues *et al.* (2023) evidencia que mudanças institucionais no cuidado obstétrico precisam vir acompanhadas de participação efetiva das mulheres, informação acessível e canais sistemáticos de escuta. Enquanto De Oliveira *et al.* (2024) destacam avanços na incorporação de práticas baseadas em evidências, Rodrigues *et al.* (2023) mostram que a ausência de protagonismo das mulheres limita a potência humanizadora dessas iniciativas, pois a melhoria do cuidado não se consolida plenamente quando as usuárias permanecem pouco informadas sobre seus direitos e sobre os programas que organizam sua assistência.

Beviláqua *et al.* (2023), em estudo qualitativo com 20 enfermeiras obstétricas, analisaram o parto domiciliar planejado no Brasil e identificaram esse modelo como contraponto ao cuidado biomédico hospitalar, por oferecer assistência baseada em evidências científicas e humanização. A informação qualificada apareceu como facilitadora do acesso, enquanto os custos financeiros foram apontados como obstáculo ao parto domiciliar efetivo, o que indica que práticas humanizadas podem permanecer restritas a grupos com maior poder aquisitivo quando não são incorporadas de modo mais amplo às políticas públicas (Beviláqua *et al.*, 2023).

Rodrigues *et al.* (2023), em estudo sobre cuidado pré-natal e direitos humanos em dois municípios do Nordeste brasileiro, identificaram barreiras que comprometem o direito à saúde, incluindo pessoal e equipamentos limitados, percepção de negligência, demora na entrega oportuna dos serviços, desinformação e barreiras socioeconômicas. Essas dificuldades afetaram particularmente mulheres de comunidades rurais, com menor nível socioeconômico e



educacional, e mulheres pardas e negras, demonstrando que a humanização obstétrica precisa enfrentar desigualdades de raça, território, renda e escolaridade para se efetivar como cuidado integral e direito humano (Rodrigues *et al.*, 2023).

Leal *et al.* (2024), apresentando o protocolo da pesquisa Nascer no Brasil II, com amostra probabilística de 465 hospitais e aproximadamente 24.255 mulheres, indicam a importância de monitorar nacionalmente o cuidado pré-natal, o parto, o pós-parto e o aborto. A comparação com os resultados do Nascer no Brasil I permitirá avaliar avanços em 10 anos de cuidado obstétrico no país, tornando possível mensurar mudanças nas práticas assistenciais e identificar permanências de modelos intervencionistas, desiguais ou pouco centrados na mulher (Leal *et al.*, 2024).

No eixo da saúde mental e da reforma psiquiátrica, Ramos e Castaldelli-Maia (2025), em revisão de 39 artigos sobre os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, identificaram que os CAPS-AD se distinguem pela abordagem interdisciplinar, pela política de portas abertas e pelo foco na reintegração social. Entretanto, os autores também apontaram desafios importantes, como insatisfação dos usuários com atividades terapêuticas rígidas, autonomia limitada, participação inadequada no planejamento do cuidado, deficiências estruturais em regiões com poucos recursos, persistência de abordagens biomédicas tradicionais, atenção insuficiente a necessidades específicas de gênero e estigmatização (Ramos; Castaldelli-Maia, 2025).

A análise de Ramos e Castaldelli-Maia (2025) revela que a humanização em saúde mental depende de práticas que ultrapassem o modelo biomédico e reconheçam o usuário como sujeito ativo no planejamento do cuidado. Quando os serviços mantêm atividades rígidas, baixa autonomia e pouca participação dos usuários, a lógica psicossocial se fragiliza, indicando que os princípios da reforma psiquiátrica e da PNH exigem não apenas serviços substitutivos, mas também modos de cuidado efetivamente participativos, territoriais e sensíveis às singularidades dos sujeitos (Ramos; Castaldelli-Maia, 2025).

Teixeira *et al.* (2024), em estudo quali-quantitativo com 62 participantes distribuídos em nove grupos de mindfulness na atenção primária do Rio de Janeiro, identificaram que 86% da amostra era composta por mulheres, a maioria de baixa renda, e 80% apresentava pelo menos uma condição crônica. Os resultados mostraram melhora significativa nos níveis de ansiedade, depressão e qualidade de vida, principalmente nos domínios psicológico, físico e de inter-relação, sugerindo que intervenções coletivas, de baixo custo e inseridas na atenção primária podem fortalecer o cuidado psicossocial em comunidades vulneráveis (Teixeira *et al.*, 2024).



Os participantes do estudo de Teixeira *et al.* (2024) relataram utilizar as práticas de mindfulness para manejar sintomas como insônia e situações emocionalmente estressantes, demonstrando que estratégias de promoção da saúde mental podem ampliar autonomia, autocuidado e vínculo com os serviços. Essa experiência dialoga com a PNH porque valoriza práticas centradas no usuário, construídas em grupo, acessíveis a populações de baixa renda e capazes de ampliar a qualidade do cuidado sem depender exclusivamente de respostas medicalizantes (Teixeira *et al.*, 2024).

No eixo da telessaúde e da inovação digital, Lamas *et al.* (2025), em estudo multicêntrico prospectivo do projeto UBS+Digital em 15 unidades básicas de saúde, registraram 6.312 sessões de telessaúde entre março e novembro de 2023, com 342 profissionais capacitados. O Net Promoter Score das teleconsultas foi 97, indicando excelente qualidade percebida, enquanto 65,3% das teleconsultas foram pré-agendadas, 34,7% ocorreram por demanda espontânea e 85% dos casos foram resolvidos por teleconsulta, com apenas 15% exigindo encaminhamento presencial ou emergencial (Lamas *et al.*, 2025).

Os dados de Lamas *et al.* (2025) também indicaram taxa média de absenteísmo de 15% e duração das consultas entre 15 e 20 minutos, o que sugere potencial de ampliação do acesso e da resolutividade na atenção primária. No entanto, a telessaúde só pode ser considerada humanizadora quando associada à garantia de acesso digital, continuidade do cuidado, segurança clínica e possibilidade de encaminhamento presencial sempre que necessário, evitando que a inovação tecnológica substitua indevidamente a escuta direta e o acompanhamento presencial em casos complexos (Lamas *et al.*, 2025).

Franco *et al.* (2024), em estudo transversal com 22.021 unidades básicas de saúde avaliadas entre o segundo e o terceiro ciclos do PMAQ-AB, identificaram aumento estatisticamente significativo na mediana de equipamentos de tecnologias de informação e comunicação no Brasil e em todas as regiões, com $p < 0,001$. Entretanto, as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste apresentaram as maiores medianas nos dois ciclos, evidenciando diferenças regionais na estrutura de TIC e indicando que a telessaúde pode reproduzir desigualdades quando a infraestrutura digital não se distribui de forma equitativa (Franco *et al.*, 2024).

Duarte e Novaes (2025), ao analisarem núcleos de telessaúde do SUS vinculados a universidades públicas, identificaram variedade de nomenclaturas, estilos de gestão e tipos de serviços oferecidos, além da ausência de cadastro de apenas um núcleo no SCNES. A impossibilidade de determinar o desempenho acadêmico desses serviços, em razão da falta de padronização e de registros adequados das ações de formação em saúde digital, demonstra que

a inovação no SUS exige governança, sistematização e monitoramento para produzir impacto consistente na qualidade do cuidado (Duarte; Novaes, 2025).

Oliveira, Valadão e Tabak (2024), mediante análise de impacto da política pública de telemedicina no SUS durante a COVID-19, identificaram que a política de promoção da telemedicina foi adequada e apresentou uso intenso desse tipo de atendimento. Os autores destacam que a telemedicina funciona quando é incentivada junto à população, o que reforça a importância de políticas públicas ativas, comunicação institucional e integração entre tecnologia e rede de atenção para que a inovação digital seja incorporada de forma efetiva e equitativa no SUS (Oliveira; Valadão; Tabak, 2024).

Padilha *et al.* (2024), analisaram 246 consultas para pacientes com diabetes tipo 2 no SUS em Joinville, entre 2021 e 2023 e identificaram que, sob a perspectiva do gestor local, os custos da teleconsulta foram 4,5% superiores aos da consulta presencial. Entretanto, quando incluídos os custos de transporte do paciente, a consulta presencial tornou-se 7,7% mais cara, e, no caso de consultas em outros municípios, 15% mais cara que a teleconsulta, demonstrando que a análise de custo precisa considerar também os gastos indiretos assumidos pelos usuários (Padilha *et al.*, 2024).

A comparação entre Lamas *et al.* (2025), Franco *et al.* (2024), Duarte e Novaes (2025), Oliveira, Valadão e Tabak (2024) e Padilha *et al.* (2024) revela que a telessaúde pode contribuir para a humanização quando reduz deslocamentos, amplia acesso, mantém resolutividade e considera as condições reais dos usuários. Contudo, sua efetividade depende de infraestrutura digital, padronização dos serviços, formação profissional, incentivo institucional, inclusão digital e avaliação de custos a partir da perspectiva do gestor e também do usuário, pois a tecnologia só qualifica o cuidado quando reduz desigualdades e não quando cria novas barreiras de acesso (Lamas *et al.*, 2025; Franco *et al.*, 2024; Duarte; Novaes, 2025; Oliveira; Valadão; Tabak, 2024; Padilha *et al.*, 2024).

No eixo do Programa Mais Médicos e da educação permanente, Pereira *et al.* (2023) analisaram 2.159 relatos de intervenções provenientes de 942 trabalhos finais de médicos vinculados ao Programa de Educação Continuada em Saúde da Família. Os achados mostraram que 57% dos médicos atuavam na Região Nordeste, que também concentrou 66,8% das intervenções, e que quatro construtos emergiram da análise: saúde da mulher, saúde da criança, doenças crônicas não transmissíveis e saúde mental, além de termos relacionados à melhoria do acesso, qualidade do cuidado, trabalho em equipe e acolhimento (Pereira *et al.*, 2023).

Os resultados de Pereira *et al.* (2023) demonstram que processos formativos vinculados à realidade dos territórios podem repercutir na prática profissional e fortalecer



dimensões essenciais da PNH, especialmente quando estimulam intervenções centradas nas necessidades da população, no trabalho em equipe, na escuta e na qualificação do acolhimento. Dessa forma, a educação permanente aparece como estratégia fundamental para transformar práticas assistenciais, pois a humanização não depende apenas de normas institucionais, mas também da formação crítica dos trabalhadores que executam o cuidado cotidiano no SUS (Pereira *et al.*, 2023).

De maneira integrada, os 22 estudos analisados mostram que os reflexos da Política Nacional de Humanização na qualidade do cuidado no SUS são visíveis em diferentes dimensões, como percepção positiva de usuários frequentes, avanços na atenção primária, experiências obstétricas baseadas em evidências, ampliação da telessaúde, práticas coletivas de saúde mental e formação profissional orientada pelo território (Ferraz *et al.*, 2025; Raimundo *et al.*, 2025; Castanheira *et al.*, 2024; Medina *et al.*, 2023; Teixeira *et al.*, 2024; Lamas *et al.*, 2025; Pereira *et al.*, 2023).

Entretanto, os mesmos estudos também revelam obstáculos persistentes, como desigualdades regionais, infraestrutura insuficiente, lacunas na assistência farmacêutica, acesso limitado a especialistas, fragilidade de canais de escuta, baixa participação dos usuários, desigualdade digital, financiamento restrito e dificuldade de transformar modelos tradicionais de cuidado (Souza *et al.*, 2024; Carmo; Silva; Campos, 2023; Rodrigues, 2025; Rodrigues *et al.*, 2023; Ramos; Castaldelli-Maia, 2025; Franco *et al.*, 2024; Duarte; Novaes, 2025).

Portanto, os resultados permitem afirmar que a humanização do cuidado no SUS não se efetiva apenas por meio de discursos sobre acolhimento, mas exige condições concretas de acesso, infraestrutura, trabalho em equipe, formação permanente, escuta institucional, participação dos usuários, equidade territorial e continuidade assistencial (Santos *et al.*, 2023; De Souza *et al.*, 2024; Rodrigues, 2025; Pereira *et al.*, 2023).

Assim, a qualidade do cuidado no SUS depende da articulação entre princípios humanizadores e capacidade operacional da rede, pois não há cuidado integral quando o usuário encontra barreiras para acessar especialistas, quando a mulher não participa das decisões sobre o parto, quando o usuário de saúde mental não é incluído no planejamento terapêutico, quando a tecnologia não chega aos territórios vulneráveis ou quando a infraestrutura limita a prática dos profissionais (Souza *et al.*, 2024; Medina *et al.*, 2023; Rodrigues *et al.*, 2023; Ramos; Castaldelli-Maia, 2025; Franco *et al.*, 2024).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS



Diante dos achados analisados, compreende-se que o objetivo deste estudo foi alcançado, uma vez que foi possível analisar os reflexos da Política Nacional de Humanização na qualidade do cuidado no SUS a partir de diferentes dimensões assistenciais, incluindo a percepção dos usuários, a atenção primária, o acesso aos serviços, o cuidado obstétrico, a saúde mental, a telessaúde e a educação permanente. Os estudos demonstraram que a humanização não se restringe a uma postura acolhedora no atendimento, mas envolve condições concretas para que o cuidado seja acessível, resolutivo, contínuo, participativo e sensível às desigualdades sociais e territoriais que atravessam a população usuária do SUS.

Em relação à questão norteadora, voltada a compreender de que maneira a Política Nacional de Humanização repercute na qualidade do cuidado no SUS, os resultados indicam que seus efeitos se tornam mais evidentes quando os serviços conseguem articular acolhimento, vínculo, escuta qualificada, informação, participação dos usuários e organização territorial do cuidado. Entretanto, também se observou que esses princípios ainda não se efetivam de modo homogêneo, pois persistem problemas como infraestrutura insuficiente, dificuldade de acesso a especialistas, ausência de orientação adequada sobre medicamentos, fragilidade dos canais de escuta, desigualdade regional e limitações na presença de profissionais qualificados em determinados contextos.

Como apontamento crítico, observa-se que a Política Nacional de Humanização ainda enfrenta o desafio de transformar princípios em práticas sustentadas no cotidiano dos serviços. A análise dos estudos permite afirmar que não há cuidado humanizado quando o usuário encontra barreiras para acessar especialistas, quando mulheres não são ouvidas no parto, quando pessoas em sofrimento psíquico não participam do próprio projeto terapêutico, quando a assistência farmacêutica não orienta adequadamente o uso dos medicamentos ou quando a telessaúde se expande sem garantir equidade digital. Assim, a humanização precisa ser compreendida como prática política, institucional e relacional, e não apenas como orientação ética abstrata.

Entre as limitações deste estudo, destaca-se que a análise foi realizada com base em estudos secundários e artigos já publicados, sem coleta direta de dados com usuários, gestores ou profissionais de saúde, o que limita a compreensão empírica das experiências concretas nos serviços. Além disso, os estudos selecionados apresentam diferenças metodológicas importantes, incluindo delineamentos transversais, qualitativos, avaliativos, ecológicos, revisões e protocolos de pesquisa, dificultando comparações diretas entre os resultados. Também se observa que parte significativa das evidências concentra-se em determinados estados e regiões, como Rio de Janeiro, São Paulo e experiências específicas de telessaúde ou



cuidado obstétrico, o que exige cautela na generalização dos achados para todo o território nacional.

Outra limitação importante refere-se ao fato de que nem todos os estudos analisados tratam diretamente da Política Nacional de Humanização, embora dialoguem com seus princípios por abordarem acolhimento, acesso, participação, vínculo, integralidade e qualidade do cuidado. Dessa forma, a relação entre a PNH e os resultados encontrados foi construída por aproximação analítica, a partir dos elementos presentes nos estudos, o que fortalece a discussão crítica, mas também exige reconhecimento dos limites interpretativos da revisão. Além disso, muitos achados apontam associações e percepções dos usuários, mas não permitem afirmar causalidade direta entre a implementação da PNH e a melhoria dos indicadores de qualidade do cuidado.

Diante disso, sugere-se que pesquisas futuras investiguem de forma mais direta a implementação da Política Nacional de Humanização em diferentes regiões do Brasil, incluindo estudos de campo com usuários, profissionais, gestores e trabalhadores da atenção básica, maternidades, CAPS, farmácias públicas e serviços de telessaúde. Também se recomenda que novos estudos avaliem indicadores específicos de humanização, como acolhimento, tempo de espera, escuta qualificada, participação dos usuários, continuidade do cuidado, satisfação, resolutividade e equidade territorial, de modo que seja possível mensurar com maior precisão os impactos da PNH na qualidade assistencial.

Portanto, conclui-se que a Política Nacional de Humanização possui grande potencial para qualificar o cuidado no SUS, mas sua efetividade depende de condições institucionais, materiais, formativas e políticas que sustentem sua aplicação no cotidiano dos serviços.

REFERÊNCIAS

BEVILÁQUA, J. C. *et al.* Health professionals' perceptions of planned home birth care within the Brazilian health system. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 23, n. 1, p. 844, 2023. DOI: 10.1186/s12884-023-06161-9. PMID: 38066510.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). ISBN 978-85-334-1444-0. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf

. Acesso em: 10 maio 2026.

CARMO, A. D. N. D.; SILVA, S. L. A. D.; CAMPOS, E. M. S. Temporal analysis of Family Health Strategy indicators from the perspective of the Brazilian National Primary Health Care

Policy. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 8, e00042523, 2023. DOI: 10.1590/0102-311XPT042523. PMID: 37820231.

CASTANHEIRA, E. R. L. *et al.* Primary health care organization in municipalities of São Paulo, Brazil: a model of care aligned with the Brazilian Unified National Health System's guidelines. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, PT099723, 2024. DOI: 10.1590/0102-311XPT099723. PMID: 38422250.

DE OLIVEIRA, D. C. C. *et al.* Incorporation, adaptation and rejection of obstetric practices during the implementation of the "Adequate Childbirth Program" in Brazilian private hospitals: a qualitative study. **Reproductive Health**, v. 20, Suppl 2, p. 189, 2024. DOI: 10.1186/s12978-024-01772-7. PMID: 38632645.

DE SOUZA, C. D. F. *et al.* Primary care performance measurement in Brazil (Previne Brasil Program), 2022-2023. **BMC Health Services Research**, v. 24, n. 1, p. 949, 2024. DOI: 10.1186/s12913-024-11409-x. PMID: 39164691.

DUARTE, K. C. L. D. S.; NOVAES, M. A. An analysis of telehealth centers in the face of public telemedicine policies in Brazil. **Studies in Health Technology and Informatics**, v. 329, p. 1520-1524, 2025. DOI: 10.3233/SHTI251093. PMID: 40776111.

FERRAZ, I. F. L. *et al.* Users' perspectives on primary care and public health services in the state of Rio de Janeiro, Brazil: a cross-sectional study with implications for healthcare quality assessment. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 22, n. 9, p. 1424, 2025. DOI: 10.3390/ijerph22091424. PMID: 41007568.

FRANCO, D. O. *et al.* Analysis of the structure of basic health units in Brazil to conduct telehealth actions: a comparison of two cross-sectional studies. **BMC Health Services Research**, v. 24, n. 1, p. 1141, 2024. DOI: 10.1186/s12913-024-11608-6. PMID: 39334298.

LAMAS, C. A. *et al.* Telehealth initiative to enhance primary care access in Brazil (UBS+Digital Project): multicenter prospective study. **Journal of Medical Internet Research**, v. 27, e68434, 2025. DOI: 10.2196/68434. PMID: 40299477.

LEAL, M. D. C. *et al.* Protocol of Birth in Brazil II: national research on abortion, labor and childbirth. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, e00036223, 2024. DOI: 10.1590/0102-311XPT036223. PMID: 38695459.

MEDINA, E. T. *et al.* Good practices, interventions, and results: a comparative study between a birthing center and hospitals of the Brazilian Unified National Health System in the Southeastern Region, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 4, e00160822, 2023. DOI: 10.1590/0102-311XPT160822 . PMID: 37075342 .

OLIVEIRA, A. M.; VALADÃO, M. A. P.; TABAK, B. M. Public telemedicine policy in Brazilian Unified Health System: an impact analysis. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 21, n. 6, p. 657, 2024. DOI: 10.3390/ijerph21060657. PMID: 38928905.

PADILHA, F. V. Q. *et al.* Analysis of the costs of teleconsultation for the treatment of diabetes mellitus in the SUS. **Revista de Saúde Pública**, v. 58, p. 15, 2024. DOI: 10.11606/s1518-8787.2024058005433. PMID: 38716927.

PEREIRA, L. K. M. *et al.* Interventions of Brazil's More Doctors Program through continuing education for primary health care. **Frontiers in Public Health**, v. 11, p. 1289280, 2023. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1289280. PMID: 38328538.

RAIMUNDO, M. C. *et al*. Users' perceptions of access to and quality of public health services in Brazil: a cross-sectional study in metropolitan Rio de Janeiro, including pharmaceutical services. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 22, n. 6, p. 967, 2025. DOI: 10.3390/ijerph22060967. PMID: 40566389.

RAMOS, A.; CASTALDELLI-MAIA, J. M. Key features and current challenges of the Brazilian Psychosocial Care Centers for Alcohol and Other Drugs (CAPS-AD). **International Review of Psychiatry**, v. 37, n. 3-4, p. 322-331, 2025. DOI: 10.1080/09540261.2024.2427825. PMID: 40708429.

RODRIGUES, A. P. *et al.* Women's voice on changes in childbirth care practices: a qualitative approach to women's experiences in Brazilian private hospitals participating in the Adequate Childbirth Project. **Reproductive Health**, v. 20, Suppl 2, p. 19, 2023. DOI: 10.1186/s12978-022-01539-y. PMID: 36694218.

RODRIGUES, C. B. *et al.* Prenatal care and human rights: addressing the gap between medical and legal frameworks and the experience of women in Brazil. **PLoS One**, v. 18, n. 2, e0281581, 2023. DOI: 10.1371/journal.pone.0281581. PMID: 36787329.

RODRIGUES, D. L. G. Challenges and opportunities in the Brazilian Unified Health System: pathways to sustainability and equity. **Public Health**, v. 247, p. 105844, 2025. DOI: 10.1016/j.puhe.2025.105844. PMID: 40663923.

SANTOS, E. F. S. *et al.* Analysis of education level in access and use of health care services, ISA-Capital, São Paulo, Brazil, 2003 and 2015. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 8, e00249122, 2023. DOI: 10.1590/0102-311XEN249122. PMID: 37820229.

SOUZA, J. S. *et al.* Users' perceptions of access to and quality of Unified Health System services in Brazil: a cross-sectional study and implications to healthcare management challenges. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 21, n. 6, p. 721, 2024. DOI: 10.3390/ijerph21060721. PMID: 38928967.

TEIXEIRA, D. S. *et al.* Improving patient-centered mental health promotion in primary care in vulnerable communities through mindfulness training in Rio de Janeiro, Brazil. **Frontiers in Medicine**, v. 11, p. 1356040, 2024. DOI: 10.3389/fmed.2024.1356040. PMID: 39040898.