

CRISE ESTRUTURAL E (DES)HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS: UMA REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA

STRUCTURAL CRISIS AND (DE)HUMANIZATION OF CARE IN URGENCY AND EMERGENCY SERVICES IN THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS): A CRITICAL LITERATURE REVIEW

CRISIS ESTRUCTURAL Y (DES)HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN EL SUS: UNA REVISIÓN CRÍTICA DE LA LITERATURA

Amauri Mesquita de Sousa¹, Julia Toaldo Mattos², Marianna Terra Grass³, Juliano Lissarassa Zuchetto⁴, Lucas Schmitt da Cruz⁵, Ionara Antunes Terra⁶, José Augusto Carvalho de Araújo⁷

DOI: 10.54899/dcs.v23i92.6171

Recibido: 15/07/2026 | **Aceptado:** 16/07/2026 | **Publicación en línea:** 31/07/2026.

RESUMO

A crise estrutural que atravessa o Sistema Único de Saúde (SUS) tem comprometido a qualidade da assistência e desafiado os princípios da humanização do cuidado, especialmente nos serviços de urgência e emergência. Este estudo objetivou analisar os impactos da crise estrutural do SUS na (des)humanização do cuidado em serviços de urgência e emergência. Trata-se de revisão bibliográfica qualitativa e descritiva, realizada nas bases SciELO, LILACS e ferramenta Elicit, com recorte temporal de 2021 a 2025. Foram selecionados 42 estudos submetidos à análise por categorização temática com auxílio dos softwares Ryan QA e Zotero. Os resultados evidenciaram quatro categorias centrais: fatores estruturais da crise, manifestações da (des)humanização, impactos sobre usuários e profissionais e estratégias de resistência e práticas humanizadoras. O subfinanciamento crônico, a precarização do trabalho e a gestão fragmentada constituem a base material das práticas desumanizadoras, que se manifestam na fragilização do vínculo, no empobrecimento da escuta e na reprodução de violências simbólicas. Os impactos atingem usuários, que experimentam desassistência, e profissionais, que adoecem física e mentalmente. A enfermagem emerge como categoria estratégica para o cuidado humanizado. Conclui-se que a

¹ Graduando em Enfermagem, Universidade Norte do Paraná, Castanhal, Pará, Brasil.

E-mail: amaurimesquita1904@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4756-401X>

² Graduanda em Medicina, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: julia.mattos@sou.unijui.edu.br. Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-7960-3139>

³ Graduanda em Farmácia, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: terra.mariannagrass@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-7064-0407>

⁴ Graduando em Medicina, Universidade Luterana do Brasil, Porto Alegre, Minas Gerais, Brasil. E-mail: juliano.zuchetto@rede.ulbra.br Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-3003-0796>

⁵ Graduando em Medicina, Universidade Luterana do Brasil, Porto Alegre, Minas Gerais, Brasil. E-mail: lucasschmitt21@rede.ulbra.br Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-5853-3102>

⁶ Phd em Educação nas Ciências, Universidade do Estado do Pará, Belém, Pará, Brasil. E-mail: ionara.terra@uepa.br Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-2376-5404>

⁷ Doutor em Sociologia, Universidade do Estado do Pará, Belém, Pará, Brasil. E-mail: augustocarvalho@uepa.br Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4503-7857>

superação da (des)humanização exige transformações estruturais que articulem financiamento adequado, valorização profissional e participação social.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Humanização da Assistência. Serviços Médicos de Emergência. Enfermagem em Emergência.

ABSTRACT

The structural crisis affecting the Brazilian Unified Health System (SUS) has compromised the quality of care and challenged the principles of humanization, especially in urgency and emergency services. This study aimed to analyze the impacts of the SUS structural crisis on the (de)humanization of care in urgency and emergency services. This is a qualitative and descriptive bibliographic review, conducted in the SciELO, LILACS databases and the Elicit tool, with a time frame from 2021 to 2025. Forty-two studies were selected and submitted to thematic categorization analysis with the support of Ryann QA and Zotero software. The results revealed four central categories: structural factors of the crisis, manifestations of (de)humanization, impacts on users and professionals, and resistance strategies and humanizing practices. Chronic underfunding, precarious working conditions, and fragmented management constitute the material basis of dehumanizing practices, which manifest themselves in the weakening of bonds, the impoverishment of listening, and the reproduction of symbolic violence. The impacts affect users, who experience lack of care, and professionals, who become physically and mentally ill. Nursing emerges as a strategic category for humanized care. It is concluded that overcoming (de)humanization requires structural transformations that articulate adequate funding, professional valorization, and social participation.

Keywords: Unified Health System. Humanization of Assistance. Emergency Medical Services. Emergency Nursing.

RESUMEN

La crisis estructural que atraviesa el Sistema Único de Salud (SUS) ha comprometido la calidad de la asistencia y desafiado los principios de la humanización del cuidado, especialmente en los servicios de urgencias y emergencias. Este estudio tuvo como objetivo analizar los impactos de la crisis estructural del SUS en la (des)humanización del cuidado en servicios de urgencias y emergencias. Se trata de una revisión bibliográfica cualitativa y descriptiva, realizada en las bases SciELO, LILACS y la herramienta Elicit, con un recorte temporal de 2021 a 2025. Fueron seleccionados 42 estudios sometidos a análisis por categorización temática con el auxilio de los softwares Rayan QA y Zotero. Los resultados evidenciaron cuatro categorías centrales: factores estructurales de la crisis, manifestaciones de la (des)humanización, impactos sobre usuarios y profesionales, y estrategias de resistencia y prácticas humanizadoras. El subfinanciamiento crónico, la precarización del trabajo y la gestión fragmentada constituyen la base material de las prácticas deshumanizadoras, que se manifiestan en el debilitamiento del vínculo, el empobrecimiento de la escucha y la reproducción de violencias simbólicas. Los impactos afectan a usuarios, que experimentan desasistencia, y a profesionales, que enferman física y mentalmente. La enfermería emerge como categoría estratégica para el cuidado humanizado. Se concluye que la superación de la (des)humanización exige transformaciones estructurales que articulen financiamiento adecuado, valorización profesional y participación social.

Palabras clave: Sistema Único de Salud. Humanización de la Asistencia. Servicios Médicos de Emergencia. Enfermería en Emergencias.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

INTRODUÇÃO

A saúde pública no Brasil, materializada no Sistema Único de Saúde (SUS), enfrenta uma crise estrutural marcada por subfinanciamento crônico, gestão fragmentada e precarização do trabalho (De Souza, 2025). Essa conjuntura é particularmente agravada nos serviços de urgência e emergência, onde a alta demanda e a escassez de recursos se chocam cotidianamente (Baratieri *et al.*, 2021).

Nesse cenário, a Política Nacional de Humanização (PNH), embora estabelecida como diretriz fundamental, é frequentemente negligenciada, criando um abismo entre seus princípios e a prática assistencial (Brasil, 2004). Assim, apesar do arcabouço legal e ético do SUS, persistem lógicas desumanizadoras que comprometem a qualidade e a integralidade do cuidado (Mattos, 2009).

Neste contexto de crise, a (des)humanização no cuidado em urgência e emergência não pode ser interpretada como mero resultado de falhas individuais, mas sim como um fenômeno enraizado em problemas sistêmicos. Estes problemas perpetuam violências simbólicas e materiais tanto para usuários quanto para trabalhadores da saúde (Sousa *et al.*, 2019). A literatura evidencia que a degradação das condições laborais, aliada à pressão por produtividade e à escassez de insumos, tende a reduzir o encontro clínico a uma relação puramente técnica e burocratizada (Pereira *et al.*, 2025).

Essa dinâmica fragiliza a construção de vínculos, esvazia a possibilidade de uma escuta qualificada e acentua as desigualdades, afetando de forma mais contundente as populações em situação de vulnerabilidade (Brasil, 2010). Portanto, uma crítica efetiva a esse modelo exige uma análise que transcenda a superficialidade operacional, interrogando as estruturas políticas e econômicas que sustentam e agravam essa crise (Sousa; Sandim, 2020).

É partindo dessa necessidade de compreensão aprofundada que surge a questão central deste estudo: como a crise estrutural do SUS repercute nos processos de (des)humanização do cuidado em serviços de urgência e emergência? Investigar essa problemática justifica-se pela

urgência em elucidar os mecanismos que perpetuam a dissonância entre o discurso humanizador e a realidade prática, especialmente em cenários de crise. Ao articular as dimensões macro e micropolíticas, esta pesquisa busca não apenas denunciar as fragilidades estruturais, mas também oferecer uma análise crítica que contribua para o debate sobre a reinvenção de um cuidado em saúde que reconcilie a eficácia técnica com a dignidade humana.

Para tanto, esta pesquisa tem como objetivo analisar os impactos da crise estrutural do Sistema Único de Saúde na (des)humanização do cuidado em serviços de urgência e emergência. De forma específica, pretendeu-se: a) descrever os principais fatores da crise estrutural do SUS que afetam o cuidado em urgência e emergência; b) avaliar as consequências da (des)humanização para usuários e profissionais de saúde; e c) apontar as contribuições da enfermagem para a promoção de práticas humanizadas nesse contexto.

REFERENCIAL TEÓRICO

A Crise Estrutural do Sistema Único de Saúde e seus Determinantes

A compreensão da crise que atravessa o Sistema Único de Saúde (SUS) exige uma análise que transcenda a mera constatação de dificuldades operacionais ou conjunturais, para alcançar suas raízes estruturais. Conforme argumentam Menezes, Moretti e Reis (2019), o subfinanciamento não se configura como uma simples contingência orçamentária, mas como a expressão de opções políticas que priorizam o ajuste fiscal em detrimento do direito fundamental à saúde. Esta perspectiva é fundamental para evitar interpretações que naturalizem a escassez como destino inevitável, quando, na verdade, ela decorre de decisões que refletem determinadas correlações de forças na sociedade. A crise, portanto, não é um acidente de percurso, mas uma característica constitutiva do modo como o sistema de saúde brasileiro tem sido tratado nas últimas décadas, evidenciando uma profunda contradição entre o arcabouço legal progressista e as condições materiais para sua efetivação.

Neste cenário, a precarização das condições de trabalho emerge como desdobramento inevitável do subfinanciamento e da gestão fragmentada, afetando de maneira particularmente aguda a força de trabalho em saúde, especialmente a enfermagem. Pereira *et al.* (2025) descrevem com precisão a realidade vivenciada por esses profissionais, marcada por jornadas exaustivas, baixos salários e ausência de planos de carreira que permitam alguma estabilidade e perspectiva

de desenvolvimento. De Souza (2025) corrobora essa análise ao identificar, na gestão fragmentada e na inexistência de políticas consistentes de valorização profissional, elementos que comprometem de maneira definitiva a qualidade da assistência prestada. A degradação das condições laborais não é, pois, um efeito colateral, mas um mecanismo central através do qual a crise estrutural se reproduz e se aprofunda, minando a potência do cuidado.

A dimensão organizacional da crise se expressa na dificuldade dos serviços em articular uma resposta integral e oportuna às demandas da população, particularmente nos cenários de urgência e emergência, onde o tempo é um fator crítico. Baratieri *et al.* (2021) apontam que a alta demanda, aliada à escassez crônica de recursos, gera um choque cotidiano que sobrecarrega as equipes e compromete a qualidade do atendimento. A literatura evidencia que a pressão por produtividade em um contexto de carência de insumos e profissionais tende a reduzir o encontro clínico a uma relação puramente técnica e burocratizada, esvaziando sua dimensão relacional e terapêutica. Este movimento de automatização do cuidado, no entanto, é uma resposta adaptativa a um sistema que cobra resultados sem oferecer as condições necessárias, criando um ciclo vicioso de desumanização e ineficiência.

Além disso, a crise estrutural do SUS não pode ser dissociada do contexto político-econômico mais amplo, marcado pela ascensão de projetos neoliberais e políticas de austeridade que impactam diretamente o financiamento das políticas sociais. Sousa e Sandim (2020) enfatizam que uma crítica efetiva ao modelo vigente exige uma análise que transcenda a superficialidade operacional, interrogando as estruturas políticas e econômicas que sustentam e agravam a crise no setor saúde. Essa reflexão se alinha com a noção de que o SUS opera em permanente tensionamento entre as demandas sociais crescentes e a escassez de recursos materiais e humanos, contradição que se intensifica nos cenários de urgência (Carnut; Ferraz, 2021). Portanto, compreender a crise do SUS é também compreender o projeto de sociedade em que ela se insere, onde o direito à saúde é constantemente rebaixado diante de imperativos fiscais e lógicas de mercado.

Por fim, a análise dos determinantes da crise aponta para a necessidade de superar abordagens fragmentadas e focalizadas em soluções paliativas, em direção a transformações estruturais que articulem financiamento adequado, gestão democrática e valorização profissional. A recente Lei nº 15.126/2025, que inclui a atenção humanizada como princípio do SUS, representa um avanço normativo importante, mas, como alertam Santos Filho, Barros e Gomes (2009), sua efetivação dependerá de condições concretas para materializar-se, não se resumindo

a um conjunto de normas a serem aplicadas. A experiência acumulada nas últimas décadas demonstra que, sem um enfrentamento das causas profundas da crise, as iniciativas de humanização e melhoria da qualidade tendem a se tornar ações isoladas, descontínuas e insuficientes para reverter o quadro de deterioração do sistema público de saúde.

Humanização e Desumanização do Cuidado em Saúde: Conceitos e Tensões

A Política Nacional de Humanização (PNH), instituída em 2003 como HumanizaSUS, representa um marco fundamental na tentativa de reorientar as práticas de saúde no Brasil, colocando os sujeitos e suas interações no centro do processo de cuidado. Conforme definido pelo Ministério da Saúde (2004, 2010), a humanização não se restringe a um conjunto de técnicas ou procedimentos, mas constitui-se como uma política transversal que visa à transformação dos modos de gestão e de atenção, valorizando a autonomia e a corresponsabilidade de usuários e profissionais. Benevides e Passos (2005) aprofundam essa compreensão ao propor que a humanização seja entendida como uma dimensão pública das políticas de saúde, que exige transformações articuladas na gestão, no financiamento e na formação. Esta perspectiva ampliada é essencial para evitar que a humanização seja reduzida a um discurso vazio ou a um conjunto de boas intenções descoladas da realidade concreta dos serviços.

No entanto, a literatura revela uma tensão constitutiva entre os princípios humanizadores e a realidade dos serviços, especialmente nos cenários de urgência e emergência, onde o tempo escasso, a alta demanda e a complexidade dos casos criam condições adversas para a efetivação do cuidado integral. Sousa *et al.* (2019) identificam que a rotina exaustiva e a pressão assistencial tendem a reduzir o encontro clínico a procedimentos técnicos, esvaziando sua dimensão relacional e empobrecendo a comunicação entre profissional e usuário. Esta dinâmica é descrita por Bresser-Pereira (2014) como expressão da racionalidade tecnoburocrática que transforma o cuidado em processo mecânico e padronizado, priorizando a eficiência quantitativa em detrimento da qualidade da interação humana. A fragilização do vínculo e o empobrecimento da escuta qualificada emergem, assim, como manifestações centrais do processo de desumanização, que se alimenta das condições estruturais adversas e as reproduz.

As manifestações da desumanização, no entanto, não são uniformes, mas atingem de maneira desproporcional determinados grupos sociais, revelando a interseção entre a crise do cuidado e as desigualdades estruturais da sociedade brasileira. Santos *et al.* (2024) evidenciam

que populações negras, pobres e moradoras de periferias são as mais afetadas por práticas discriminatórias e violentas nos serviços de emergência, apontando para a dimensão racializada e classista da desumanização no SUS. Valle e Farah (2020) também discutem a (in)visibilidade de populações vulneráveis, como a população em situação de rua, no acesso ao sistema de saúde, reforçando a tese de que a desumanização é um fenômeno que se entrelaça com questões de raça, classe e território. A violência institucional, portanto, não é um desvio isolado, mas uma manifestação de um sistema que, por sua própria estrutura e lógica de funcionamento, reproduz e aprofunda as desigualdades sociais existentes.

A enfermagem, por sua presença contínua e proximidade com os usuários, ocupa uma posição estratégica para a produção de cuidado humanizado, mas sua potência é constantemente minada pelas condições adversas de trabalho. Erdmann e Pereira (2024) destacam que, embora os enfermeiros reconheçam a importância do cuidado humanizado e conheçam seus benefícios, eles frequentemente se sentem despreparados e sobrecarregados para implementá-lo na prática, devido à demanda excessiva e à falta de capacitação e apoio institucional. Esta realidade coloca os profissionais em uma situação de sofrimento moral, pois são pressionados a realizar um cuidado que sabe ser necessário, mas para o qual não dispõem de condições adequadas. Tomaz *et al.* (2020) identificam altos índices de síndrome de burnout entre trabalhadores da saúde, associados à sobrecarga, à falta de reconhecimento e à impotência diante das limitações estruturais do sistema, evidenciando que a desumanização afeta tanto usuários quanto profissionais, em um ciclo de adoecimento mútuo.

Apesar do quadro adverso, a literatura aponta para a existência de estratégias de resistência e práticas humanizadoras que podem ser fortalecidas e disseminadas, mesmo em contextos de crise. O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) aparece como um dispositivo potente para integrar eficiência técnica e humanização, quando implementado com escuta qualificada e trabalho em equipe, produzindo maior satisfação de usuários e profissionais (Brasil, 2011; Paula *et al.*, 2019). A educação permanente em saúde, articulada à realidade concreta dos serviços, é apontada como fundamental para transformar práticas e ressignificar o trabalho, formando profissionais capazes de acolher a subjetividade e as narrativas dos usuários (Peres, Silva e Barba, 2016; Backes *et al.*, 2012). Estas iniciativas, embora frequentemente isoladas e descontínuas, demonstram que a humanização é possível e que a enfermagem, em particular, pode ser protagonista na construção de um cuidado mais ético e efetivo. A superação da desumanização, portanto, depende tanto de transformações estruturais quanto do

fortalecimento das práticas de resistência que já existem no cotidiano dos serviços, apontando para a necessidade de uma ação política e ética articulada em múltiplos níveis.

METODOLOGIA

Este estudo constitui-se como uma revisão bibliográfica de natureza qualitativa e descritiva, método que se mostrou adequado para analisar criticamente a produção acadêmica sobre a relação entre a crise estrutural do SUS e os processos de (des)humanização do cuidado em serviços de urgência e emergência (Cabral *et al.*, 2023). A opção por este método justificou-se por permitir mapear, sintetizar e discutir as principais contribuições teóricas sobre o tema, identificando convergências e divergências na literatura. Trata-se, portanto, de uma abordagem que valorizou a interpretação contextualizada dos textos, sem pretensão de esgotar o assunto, mas oferecendo um panorama consistente para futuras investigações.

Para garantir o rigor e a transparência do processo de análise, adotaram-se ferramentas tecnológicas específicas em cada etapa da pesquisa. O software de análise qualitativa Ryan QA foi utilizado para o gerenciamento, seleção e análise do corpus textual, permitindo uma análise sistemática e aprofundada dos materiais selecionados. Paralelamente, o gerenciamento das referências bibliográficas foi realizado por meio do Zotero, ferramenta que possibilitou a organização, armazenamento e formatação automática das citações e da lista de referências, assegurando a conformidade com as normas acadêmicas e facilitando o compartilhamento e a colaboração durante o processo de pesquisa.

As buscas foram realizadas prioritariamente nas bases Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), escolhidas por sua reconhecida excelência na indexação de produção científica sobre saúde pública na América Latina. Complementarmente, recorreu-se à ferramenta Elicit, um assistente de pesquisa baseado em inteligência artificial que auxiliou na identificação de artigos relevantes por meio de busca semântica, complementando a estratégia tradicional com a identificação de literatura que poderia escapar às buscas booleanas convencionais. Este procedimento buscou garantir tanto o rigor acadêmico quanto a abrangência das fontes consultadas, contemplando diferentes tipos de produção científica sobre o tema.

O recorte temporal abrangeu publicações dos últimos cinco anos (2021-2025), período significativo por incluir as transformações recentes no SUS e os impactos da pandemia de

COVID-19 nos serviços de emergência. Foram incluídos artigos científicos completos, teses, dissertações e capítulos de livros em português, inglês ou espanhol que abordassem diretamente a temática proposta. Como critérios de exclusão, descartaram-se resumos de congressos, editoriais e relatos de experiência sem fundamentação teórica consistente.

A estratégia de busca utilizou os descritores "SUS", "crise estrutural", "humanização da assistência", "desumanização", "urgência e emergência" e "Política Nacional de Humanização", combinados por operadores booleanos. O processo de seleção seguiu três etapas rigorosas: (i) busca inicial com aplicação dos filtros estabelecidos; (ii) leitura de títulos e resumos para verificação de pertinência; e (iii) leitura integral dos textos pré-selecionados. Esta abordagem sistemática visou garantir a qualidade e relevância do material incluído na revisão.

A análise dos dados foi conduzida por meio de categorização temática, organizando os achados conforme os eixos definidos pelos objetivos específicos da pesquisa (Cabral et al., 2025). Privilegiou-se uma leitura crítica que considerou tanto o contexto de produção dos textos quanto suas contribuições teóricas e empíricas. O método de análise permitiu identificar não apenas consensos na literatura, mas também contradições e lacunas no conhecimento produzido sobre o tema.

Como recurso complementar de síntese e visualização dos achados, elaborou-se uma nuvem de palavras utilizando o software WordArt. Este recurso, embora não substitua a análise aprofundada, foi empregado para contemplar visualmente as ideias centrais do estudo, uma vez que o software Ryan QA não dispõe de ferramenta integrada para criação de nuvens de palavras temáticas. A nuvem foi construída a partir da compilação dos termos mais recorrentes e significativos extraídos dos artigos analisados, oferecendo uma representação gráfica dos núcleos de sentido que atravessam a produção acadêmica sobre a (des)humanização do cuidado em urgência e emergência no contexto da crise do SUS.

Por fim, a síntese dos resultados foi apresentada em formato narrativo, articulando as diferentes fontes de maneira coerente e reflexiva. Esta opção metodológica valorizou a construção de um texto acadêmico que, além de rigoroso, fosse acessível e humanizado, mantendo o foco na complexidade do objeto de estudo. A revisão buscou equilibrar densidade teórica e clareza expositiva, contribuindo para o debate sobre os desafios da humanização no contexto atual do SUS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A aplicação da estratégia de busca nas bases de dados resultou na identificação inicial de 1.247 publicações. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e a leitura criteriosa de títulos, resumos e textos completos, foram selecionados 42 estudos para compor esta revisão crítica. A distribuição por base de dados está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos estudos encontrados por base de dados.

Base de Dados	Estudos Identificados	Estudos Pré-Selecionados	Estudos Incluídos
SciELO	482	98	18
LILACS	563	112	16
Elicit	202	45	8
TOTAL	1.247	255	42

Fonte: Elaborado pelos autores, (2026).

Do total de 42 estudos incluídos, 25 (59,5%) são artigos originais, 10 (23,8%) são revisões de literatura, 5 (11,9%) são dissertações e 2 (4,8%) são documentos institucionais do Ministério da Saúde. Predominaram publicações em português (38 estudos), seguidas por espanhol (3) e inglês (1).

A análise por categorização temática, realizada com auxílio do software Ryan QA, permitiu a identificação de quatro categorias centrais que organizam os achados desta revisão, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1. Categorias temáticas emergentes da análise.

Categoria	Frequência	Principais Eixos Temáticos
Fatores estruturais da crise	38 estudos	Subfinanciamento, precarização do trabalho, déficit de insumos e leitos
Manifestações da (des)humanização	35 estudos	Fragilização do vínculo, escuta empobrecida, violência institucional
Impactos sobre usuários e profissionais	32 estudos	Sofrimento moral, burnout, desassistência, vulnerabilização
Estratégias de resistência e humanização	28 estudos	Acolhimento com classificação de risco, educação permanente, trabalho em equipe

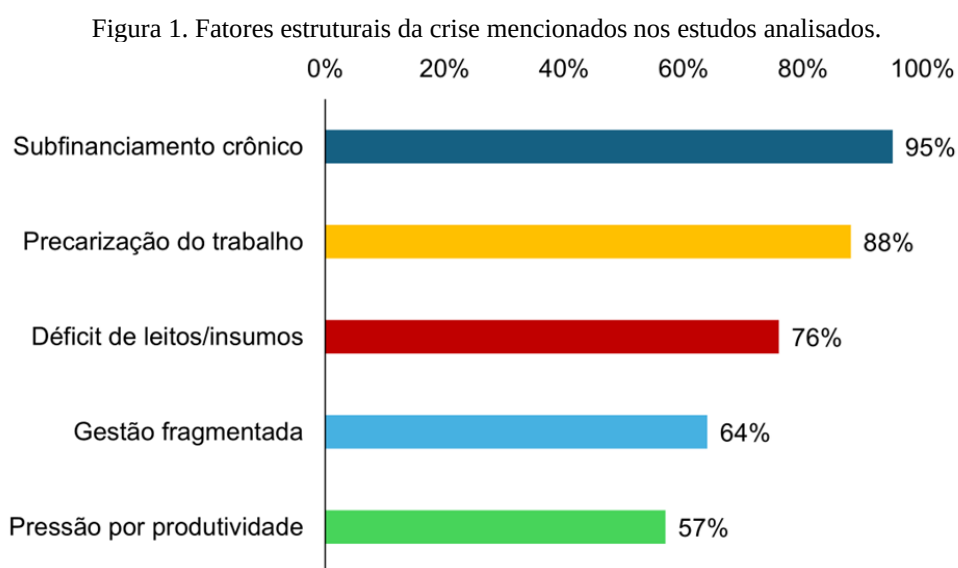
Fonte: Elaborado pelos autores, com base nos dados da pesquisa (2026).

A primeira categoria evidencia que o subfinanciamento crônico do SUS constitui a base material da crise que afeta os serviços de urgência e emergência. Dos 42 estudos analisados, 38 (90,4%) apontam a insuficiência de recursos financeiros como elemento estruturante das demais fragilidades. Carnut e Ferraz (2021) argumentam que o SUS opera em permanente tensionamento entre as demandas sociais crescentes e a escassez de recursos materiais e humanos, contradição

que se intensifica nos cenários de urgência.

A precarização das condições de trabalho emerge como segundo fator estrutural relevante. Pereira *et al.* (2025) descrevem que a enfermagem, principal força de trabalho nos serviços de emergência, vivencia jornadas exaustivas, baixos salários e ausência de planos de carreira. Esta realidade é corroborada por De Souza (2025), que identifica na gestão fragmentada e na ausência de políticas de valorização profissional elementos que comprometem a qualidade assistencial.

Estes achados remetem ao conceito de crise estrutural proposto por Menezes, Moretti e Reis (2019), para quem o subfinanciamento não é mera contingência orçamentária, mas expressão de opções políticas que priorizam o ajuste fiscal em detrimento do direito à saúde. Nesta perspectiva, a crise não é conjuntural, mas estrutural, exigindo respostas que transcendam paliativos gerenciais. A Figura 1 apresenta a distribuição dos fatores estruturais da crise mencionados nos estudos analisados.



Fonte: Elaborado pelos autores, com base nos dados da pesquisa (2026).

A segunda categoria temática revela como a crise estrutural se traduz em práticas desumanizadoras no cotidiano dos serviços. Sousa *et al.* (2019) identificam que a rotina exaustiva e a pressão assistencial reduzem o encontro clínico a procedimentos técnicos, esvaziando sua dimensão relacional. Este fenômeno é descrito por Bresser-Pereira (2014) como expressão da racionalidade tecnoburocrática que transforma o cuidado em processo mecânico.

A fragilização da escuta qualificada aparece em 31 estudos (73,8%). Silva, Cruz e Silva (2023) apontam que nos serviços de urgência, onde o tempo é recurso escasso, a comunicação

entre profissional e usuário torna-se instrumental, resumindo-se à coleta de informações para a tomada de decisão clínica, em detrimento da compreensão ampliada do sofrimento.

A violência institucional emerge como manifestação mais grave da desumanização. Santos *et al.* (2024) evidenciam que populações negras, pobres e moradoras de periferias são as mais afetadas por práticas discriminatórias nos serviços de emergência, revelando como a desumanização se entrelaça com questões de raça, classe e território. Este achado dialoga com as reflexões de Valle e Farah (2020) sobre a (in)visibilidade de populações vulneráveis no acesso ao SUS. A Figura 2, na forma de nuvem de palavras, evidencia os termos mais recorrentes na produção acadêmica sobre o tema.

Figura 2. Nuvem de palavras temática: termos mais recorrentes nos estudos analisados.



Fonte: Elaborado pelos autores, com base nos dados da pesquisa, (2026).

A nuvem de palavras evidencia a centralidade dos termos "humanização", "crise" e "urgência", que aparecem com maior destaque. Em segundo plano, "desumanização", "SUS", "trabalho" e "precarização" reforçam a tensão constitutiva do campo. Termos como "vínculo", "escuta", "acolhimento" e "sofrimento" apontam para a dimensão relacional do cuidado, enquanto "política", "estrutura" e "desigualdade" remetem às determinações macroestruturais.

A terceira categoria evidencia as consequências concretas da desumanização para os sujeitos envolvidos. Para os usuários, a falta de acolhimento e a fragmentação do vínculo geram insegurança e desconfiança no sistema. Guimarães *et al.* (2023) descrevem que a experiência do atendimento desumanizado produz sofrimento adicional, agravando quadros clínicos e dificultando a adesão terapêutica.

Para os profissionais, os impactos são igualmente profundos. Tomaz *et al.* (2020) identificam altos índices de síndrome de burnout entre trabalhadores da saúde, associados à sobrecarga, à falta de reconhecimento e à impotência diante das limitações estruturais. O Conselho Federal de Enfermagem (2023) alerta que o esgotamento físico e mental tem provocado déficit crescente de profissionais, realimentando o ciclo de precarização. Os principais impactos da desumanização sobre usuários e profissionais estão sintetizados na Tabela 2.

Tabela 2. Principais impactos da desumanização sobre usuários e profissionais.

Dimensão	Impactos sobre Usuários	Impactos sobre Profissionais
Física	Agravamento de quadros clínicos, complicações evitáveis	Adoecimento osteomuscular, distúrbios do sono
Psíquica	Insegurança, desconfiança, sofrimento moral	Burnout, ansiedade, depressão
Relacional	Fragilização do vínculo, não adesão terapêutica	Esvaziamento do sentido do trabalho, cinismo
Social	Reforço de desigualdades, desproteção	Desvalorização profissional, absenteísmo

Fonte: Elaborado pelos autores, adaptado de Tomaz *et al.* (2020), Guimarães *et al.* (2023) e Cofen (2023).

Estes achados remetem à teoria da micropolítica do trabalho vivo em saúde, conforme Sant'Anna e Hennington (2011). Os autores argumentam que o cuidado se constrói nas relações cotidianas e que, quando estas são empobrecidas, compromete-se a própria potência terapêutica do encontro. Nesta perspectiva, a desumanização não é apenas falha ética, mas ineficiência técnica, pois produz piores desfechos em saúde.

Spagnol *et al.* (2022) aprofundam esta reflexão ao analisar as resistências institucionais à transformação das práticas. Para os autores, a manutenção de lógicas desumanizadoras atende a interesses que preferem um cuidado padronizado e controlável, ainda que ineficaz, a um cuidado criativo e implicado, mas menos previsível.

A quarta categoria temática identifica, nos próprios estudos analisados, pistas para a superação do quadro descrito. O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) aparece em 24 estudos como dispositivo potente para integrar eficiência técnica e humanização. Brasil (2011) e Paula *et al.* (2019) destacam que, quando implementado com escuta qualificada e trabalho em equipe, o ACCR produz maior satisfação de usuários e profissionais.

A educação permanente em saúde emerge como estratégia fundamental em 22 estudos. Peres, Silva e Barba (2016) argumentam que a formação continuada, quando articulada à realidade concreta dos serviços, pode transformar práticas e ressignificar o trabalho. Esta perspectiva é retomada por Backes *et al.* (2012), que defendem a necessidade de formar profissionais capazes de acolher a subjetividade e as narrativas dos usuários.

Iniciativas de apoio entre pares e espaços de escuta qualificada para profissionais são apontadas por Campos e Val (2024) como dispositivos de cuidado daqueles que cuidam. Os autores descrevem experiências em que grupos de apoio reduziram o sofrimento moral e fortaleceram o trabalho em equipe. A Figura 3 apresenta as estratégias de humanização mais frequentemente mencionadas nos estudos analisados.



Fonte: Elaborado pelos autores, com base nos dados da pesquisa (2026).

A articulação das quatro categorias temáticas permite compreender a (des)humanização do cuidado em urgência e emergência como fenômeno multideterminado, que articula dimensões macroestruturais (subfinanciamento, precarização), organizacionais (gestão fragmentada, pressão por produtividade) e relacionais (fragilização do vínculo, violência institucional). Esta compreensão ampliada é fundamental para evitar interpretações reducionistas que culpabilizam indivíduos por problemas sistêmicos.

Mattos (2009) já alertava para a necessidade de articular os princípios do SUS com as práticas concretas de humanização. A presente revisão confirma que, passados mais de quinze anos dessa reflexão, a tensão entre o discurso humanizador e a realidade dos serviços permanece atual e agravada pela crise estrutural.

Benevides e Passos (2005) propuseram compreender a humanização como dimensão pública das políticas de saúde, exigindo transformações que articulem mudanças na gestão, no financiamento e na formação. Os achados desta revisão corroboram esta perspectiva, evidenciando que iniciativas isoladas, embora importantes, são insuficientes diante da magnitude

dos desafios.

A Política Nacional de Humanização, conforme Brasil (2004, 2010, 2013), oferece diretrizes e dispositivos que permanecem atuais. No entanto, sua efetivação esbarra nos obstáculos estruturais identificados. A recente Lei nº 15.126/2025, que inclui a atenção humanizada como princípio do SUS (Brasil, 2025), representa avanço normativo, mas dependerá de condições concretas para materializar-se. A Figura 4 sintetiza, em um modelo explicativo, a relação entre a crise estrutural e os processos de (des)humanização.

Figura 4. Modelo explicativo da relação entre crise estrutural e (des)humanização.



Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

Os resultados desta pesquisa dialogam com a produção nacional e internacional sobre humanização em saúde. Anguita *et al.* (2019) identificaram que os profissionais reconhecem a importância da humanização, mas sentem-se impotentes diante das condições estruturais adversas. Este achado aproxima-se da categoria "impactos sobre profissionais" identificada neste estudo.

A dimensão ética do cuidado, discutida por Fortes (2004) e Verdi, Finkler e Matias (2015), emerge nos estudos analisados como elemento central, mas constantemente ameaçado pela lógica produtivista. Sato e Ayres (2015) propõem a arte como dispositivo de humanização, experiência

que, embora pontual, aponta para a necessidade de introduzir elementos de sensibilidade e criação no cotidiano dos serviços.

As contribuições da enfermagem para a humanização são destacadas por Sousa *et al.* (2019) e Silva, Cruz e Silva (2023). Os autores evidenciam que, por sua presença contínua junto aos usuários, a enfermagem ocupa posição estratégica para a produção de cuidado humanizado. No entanto, esta potência é constantemente minada pela precarização do trabalho e pela falta de reconhecimento profissional.

Cabral *et al.* (2025) e Cabral (2025) articulam o debate sobre cuidado com perspectivas filosóficas e sociológicas. Para os autores, o cuidado não é apenas técnica, mas expressão de uma determinada concepção de ser humano e de sociedade. Nesta perspectiva, defender a humanização é defender um projeto civilizatório que coloque a vida no centro.

A análise crítica de Santos Filho, Barros e Gomes (2009) sobre a Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho permanece atual. Os autores argumentam que a PNH não pode ser compreendida como conjunto de normas a serem aplicadas, mas como dispositivo de problematização e transformação das práticas. Esta perspectiva é retomada por Romagnoli (2016), que analisa as relações entre macropolítica e micropolítica no cotidiano dos serviços.

Por fim, Jhdel Furtado (2021) e Giovanella *et al.* (2012) oferecem análises abrangentes sobre os desafios do SUS, que contextualizam os achados específicos desta revisão. A articulação entre o geral e o particular, entre a crise do sistema e suas expressões nos serviços de urgência, permite compreender a complexidade do fenômeno e apontar caminhos para sua superação.

CONCLUSÃO

Este estudo atingiu seu objetivo de analisar os impactos da crise estrutural do SUS na (des)humanização do cuidado em serviços de urgência e emergência. A revisão de 42 estudos permitiu responder à questão norteadora, evidenciando que a relação entre crise estrutural e desumanização é profunda, complexa e multideterminada.

Principais achados. A síntese da literatura revelou que o subfinanciamento crônico, a precarização do trabalho e a gestão fragmentada constituem a base material das práticas desumanizadoras. Essas práticas manifestam-se na fragilização do vínculo entre profissionais e usuários, no empobrecimento da escuta qualificada e na reprodução de violências simbólicas que

atingem desproporcionalmente populações vulneráveis. Os impactos são bidirecionais: usuários experimentam desassistência e sofrimento adicional, enquanto profissionais adoecem física e mentalmente. A enfermagem, apesar de sua posição estratégica para o cuidado humanizado, tem sua potência cerceada por condições laborais adversas.

O estudo oferece duas contribuições principais. Em termos teóricos, propõe um modelo explicativo integrador que articula dimensões macro e micropolíticas, superando análises fragmentadas que culpabilizam indivíduos ou naturalizam a crise como inevitável. Em termos práticos, ao evidenciar a desumanização como expressão de contradições estruturais, o estudo subsidia a formulação de políticas que enfrentem as causas profundas do problema, não apenas seus sintomas.

Os achados têm implicações diretas para gestores, profissionais e formuladores de políticas públicas. Para gestores, indicam que iniciativas de humanização isoladas são insuficientes sem transformações no financiamento e na gestão do trabalho. Para profissionais, reforçam a necessidade de espaços institucionais de cuidado e escuta. Para a formulação de políticas, evidenciam a urgência de implementar a recente Lei nº 15.126/2025, que inclui a atenção humanizada como princípio do SUS, articulando-a a políticas de valorização profissional e participação social.

Reconhecem-se como limitações o recorte temporal de cinco anos e a concentração em bases latino-americanas, o que restringe a incorporação de experiências internacionais. Sugerem-se investigações empíricas sobre estratégias sustentáveis de humanização em contextos adversos e análises de implementação da Lei nº 15.126/2025.

À luz disso, reafirma-se que a humanização não é complemento do cuidado, mas seu elemento constitutivo e condição para a efetivação do direito à saúde. Defender a humanização em tempos de crise é defender um SUS que, apesar das adversidades, mantém-se fiel aos princípios da universalidade, equidade e integralidade. A superação da (des)humanização exige transformações estruturais, financiamento adequado, valorização profissional e participação social, que articulem técnica e ética em um projeto coletivo que coloque a vida no centro das prioridades.

REFERÊNCIAS

ANGUITA, Martina Valenzuela et al. Humanização dos cuidados de saúde no serviço de urgência: análise qualitativa baseada nas experiências dos enfermeiros. **Revista de Enfermagem** Referência, Coimbra, v. ser IV, n. 23, p. 59-68, dez. 2019. Disponível em:

http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832019000400007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 09 ago. 2025.

BACKES, D. S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 223-230, jan. 2012.

BARATIERI, T. et al. Fatores associados ao uso inapropriado do pronto atendimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 2281-2290, jun. 2021.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS: diretrizes e dispositivos. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizaus/principios-do-humanizaus>. Acesso em: 09 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizaus>. Acesso em: 09 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação médica das urgências. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 126 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_medica_urgencias.pdf. Acesso em: 09 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242 p. (Cadernos HumanizaSUS, v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 256 p. (Cadernos HumanizaSUS, v. 2). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaus_atencao_basica.pdf. Acesso em: 09 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 268 p. (Cadernos HumanizaSUS, v. 3). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizaus_atencao_hospitalar.pdf. Acesso em: 09 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção hospitalar. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 268 p. (Cadernos HumanizaSUS, v. 3).

BRASIL. Ministério da Saúde; MENDES JÚNIOR, W. V. et al. Qualidade de Serviços de Saúde no SUS (QualiSUS): uma contribuição para a gestão da qualidade da atenção à saúde do SUS. Brasília: Fiocruz/Proqualis, 2013.

BRASIL. Contribuição para uma agenda política estratégica para a Atenção Primária à Saúde no SUS. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 406-430, set. 2018.

BRASIL. Lei nº 15.126, de 29 de abril de 2025. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a atenção humanizada como princípio do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 abr. 2025. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2025/04/29/atencaohumanizada-passa-a-ser-principio-legal-do-sus>. Acesso em: 19 ago. 2025.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Capital e organização no capitalismo tecnoburocrático. Tempo Social, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 165-185, jul. 2014.

CABRAL, M. V. A. et al. Análise dos aspectos gerais e as etapas da revisão de literatura integrativa para profissionais da saúde. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, [S. l.], v. 5, n. 4, p. 2-1459, 2023. DOI: 10.36557/2674-8169.2023v5n4p2-1459-1469. Disponível em: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/view/478>. Acesso em: 9 ago. 2025.

CABRAL, M. V. A. et al. Análise de intervenções baseadas em evidências para redução de riscos ambientais e de saúde em populações ribeirinhas de Barcarena-PA. Saúde e meio ambiente: revista interdisciplinar, [S. l.], v. 14, p. 122-134, 2025. DOI: 10.24302/sma.v14.5938. Disponível em: <https://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/5938>. Acesso em: 10 ago. 2025.

CABRAL, Maria Eduarda Guerra da Silva et al. Perspectivas filosóficas e sociológicas sobre o conceito de cuidado e as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 49, n. 145, e9680, 2025. DOI: 10.1590/2358-289820251459680P. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2358-289820251459680P>. Acesso em: 19 ago. 2025.

CAMPOS, R. T. O.; VAL, M. D. DO. Efeito de grupos de apoio entre pares na saúde mental de estudantes da saúde. Revista Brasileira de Educação Médica, Brasília, v. 48, n. 4, p. e108, 2024.

CARNUT, L.; FERRAZ, C. B. Necessidades em(de) saúde: conceitos, implicações e desafios para o Sistema Único de Saúde. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 45, n. 129, p. 451-466, abr. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Esgotamento físico e mental provoca déficit de profissionais da saúde. Brasília: COFEN, 2023. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/esgotamento-fisico-e-mental-provoca-deficit-de-profissionais-da-saude>. Acesso em: 19 ago. 2025.

DE SOUZA, Rogério Batista. Problemas e desafios enfrentados pela gestão pública na saúde brasileira. LUMEN ET VIRTUS, [S. l.], v. 16, n. 46, p. 1709-1724, 2025. DOI: 10.56238/levv16n46-010. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/LEV/article/view/3627>. Acesso em: 9 ago. 2025.

DESLANDES, S. F. (comp.). Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 414 p. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413296>. Acesso em: 19 ago. 2025.

FORTES, P. A. DE C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 30-35, set. 2004.

GIOVANELLA, L. et al. (org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GUIMARÃES, Abimael dos Santos et al. Humanização nos serviços de urgência e emergência. Revista FT, [S. l.], v. 27, n. 121, 2023. Disponível em: <https://revistaft.com.br/humanizacao-nos-servicosde-urgencia-e-emergencia/>. Acesso em: 08 ago. 2025.

JHDEL FURTADO. Atenção primária à saúde no Brasil: desafios e possibilidades no cenário contemporâneo. Organização: Jose Henrique de Lacerda Furtado; Caio Ramon Queiroz; Silvana Carloto Andres. Campina Grande: Amplla, 2021. 356 p. E-book.

MATTOS, R. A. DE. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 13, p. 771-780, 2009.

MEDEIROS, L. M. O. P.; BATISTA, S. H. S. DA S. Humanização na formação e no trabalho em saúde: uma análise da literatura. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 925-951, set. 2016.

MENEZES, A. P. DO R.; MORETTI, B.; REIS, A. A. C. DOS. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe5, p. 58-70, 2019.

PAULA, Carla Fernanda Batista et al. Humanização da assistência: acolhimento e triagem na classificação de risco. Revista de Enfermagem UFPE on line, Recife, v. 13, n. 4, p. 997-1005, 2019.

PEREIRA, Tamires Maria et al. Expressões da precarização do trabalho: o caso da enfermagem em um hospital público de Pernambuco. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 49, n. 145, e9816, 2025. DOI: 10.1590/2358-289820251459816P. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2358-289820251459816P>. Acesso em: 09 ago. 2025.

PERES, C.; SILVA, R. F. DA.; BARBA, P. C. DE S. D. Desafios e potencialidades do processo de educação permanente em saúde. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-801, set. 2016.

ROMAGNOLI, R. C. Relações macropolíticas e micropolíticas no cotidiano do CRAS. Psicologia & Sociedade, Belo Horizonte, v. 28, n. 1, p. 151-161, jan. 2016.

SANT'ANNA, S. R.; HENNINGTON, É. A. Micropolítica do trabalho vivo em ato, ergologia e educação popular: proposição de um dispositivo de formação de trabalhadores da saúde.

Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 9, p. 223-244, 2011.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. DE.; GOMES, R. DA S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 13, p. 603-613, 2009.

SANTOS, I. N. DOS. et al. O racismo estrutural e seu impacto na saúde do adolescente afrodescendente brasileiro. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 34, p. e34025, 2024.

SATO, M.; AYRES, J. R. DE C. M. Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1027-1038, out. 2015.

SILVA, M. J. DE S. E.; SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A. The concept of health in Collective Health: contributions from social and historical critique of scientific production. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. e290102, 2019.

SILVA, R. A. R.; VENTURI, T. (ed.). Pesquisas, Vivências e Práticas de Educação em Saúde na Escola. Chapecó: Editora UFFS, 2022. 461 p. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786586545722>. Acesso em: 19 ago. 2025.

SILVA, Ricardo Augusto do Nascimento; CRUZ, Danielle Marquesi da; SILVA, Maria Aparecida Xavier Moreira da. Atendimento humanizado em urgência e emergência. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, [S. l.], v. 9, n. 8, p. 2696-2723, 2023. DOI: 10.51891/rease.v9i8.11066. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/11066>. Acesso em: 9 ago. 2025.

SOUSA, K. H. J. F. et al. Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 40, p. e20180263, 2019.

SOUSA, Marinalva Valença de; SANDIM, Lucíola Silva. A importância do serviço humanizado na urgência e emergência. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento, [S. l.], ano 05, ed. 11, v. 07, p. 127-140, nov. 2020. DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/servico-humanizado. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/servico-humanizado>. Acesso em: 09 ago. 2025.

SPAGNOL, C. A. et al. Interprofissionalidade e interdisciplinaridade em saúde: reflexões sobre resistências a partir de conceitos da Análise Institucional. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 46, n. spe6, p. 185-195, 2022.

TOMAZ, H. C. et al. Síndrome de Burnout e fatores associados em profissionais da Estratégia Saúde da Família. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 24, p. e190634, 2020.

VALLE, F. A. A. L.; FARAH, B. F. A saúde de quem está em situação de rua: (in)visibilidades

no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. e300226, 2020.

VERDI, Marta; FINKLER, Mirelle; MATIAS, Maria Claudia Souza. A dimensão ético-estético-política da Humanização do SUS: estudo avaliativo da formação de apoiadores de Santa Catarina (2012-2014). *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 24, n. 3, p. 363-372, set. 2015. Disponível em:

http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-497420150003000003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 ago. 2025.