

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA COMO ESTRATÉGIA PARA PROMOVER A EQUIDADE NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

**HUMANIZATION OF HEALTHCARE AS A STRATEGY TO PROMOTE EQUITY IN
ACCESS TO HEALTH SERVICES: A SYSTEMATIC REVIEW**

**HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN COMO ESTRATEGIA PARA PROMOVER LA
EQUIDAD EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD: UNA REVISIÓN
SISTEMÁTICA**

**Herica Francine Pinto Meneses¹, Luiz Felipe Perez Fernandes², Luciane Perez da Costa
Fernandes³, Sarah Emanuelle Rodrigues de Souza⁴, Eliane Raimunda de Oliveira Tostes⁵,
Lizandra Moreno Costa⁶, Alda Tâmara Lira Pereira⁷, Elisângela Claudia de Medeiros Moreira⁸,
Anna Beatriz Caixeta Dourado⁹, Ana Paula Mendes Batista da Silva¹⁰**

DOI: 10.54899/dcs.v23i93.6613

Recibido: 10/07/2026 | **Aceptado:** 31/07/2026 | **Publicación en línea:** 13/08/2026.

RESUMO

A humanização da assistência constitui uma estratégia relevante para qualificar o cuidado e ampliar a equidade no acesso aos serviços de saúde, sobretudo entre populações historicamente submetidas à discriminação, à pobreza e à exclusão social. Este estudo teve como objetivo analisar as evidências científicas publicadas entre 2023 e 2026 acerca da humanização da assistência como estratégia para promover a equidade no acesso aos serviços de saúde. Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, desenvolvida nas bases Biblioteca Virtual em Saúde, SciELO e PubMed/MEDLINE, mediante o uso de descritores relacionados à humanização da assistência, equidade em saúde, acesso aos serviços de saúde, acolhimento, vínculo e cuidado

¹ Graduada em Medicina pela Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: hericafrancine@gmail.com

² Graduando em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas AFYA, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: perezfernandesluizfelipe@gmail.com

³ Graduada em Nutrição pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Manaus, Amazonas, Brasil.
E-mail: lucianeperez.nutri@gmail.com

⁴ Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário de Montes Claros, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: sarah.emanuelle.rod@gmail.com

⁵ Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: elianetostes2004@yahoo.com.br

⁶ Graduanda pelo Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: lizandramcosta@gmail.com

⁷ Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU), Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: aldalira15@gmail.com

⁸ Doutora em Doenças Tropicais pela Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, Pará, Brasil.
E-mail: claudiam.moreira45@gmail.com

⁹ Graduanda em Medicina pela Universidade de Rio Verde, Goiânia, Goiás, Brasil.
E-mail: annabeatrizc.dourado@gmail.com

¹⁰ Mestranda em Gerontologia pela Fundação de Ensino Superior de Olinda (FUNESO), Olinda, Pernambuco, Brasil.
E-mail: aannamendes@hotmail.com

centrado na pessoa, combinados pelos operadores booleanos AND e OR. Foram incluídos estudos primários, disponíveis na íntegra, publicados em português, inglês ou espanhol, e excluídas revisões, ensaios teóricos, editoriais, protocolos e publicações sem dados empíricos. Após as etapas de identificação, triagem, leitura dos resumos e avaliação dos textos completos, dez estudos foram incluídos. Os resultados demonstraram que acolhimento, escuta qualificada, vínculo, comunicação respeitosa, segurança cultural, flexibilização dos fluxos e articulação intersetorial favorecem a aproximação dos usuários, a continuidade do cuidado e a redução de barreiras institucionais. Também foram identificadas dificuldades relacionadas à falta de profissionais, burocratização, discriminação, racismo institucional, desrespeito à identidade de gênero, precariedade habitacional e ausência de consideração pelas particularidades culturais. Conclui-se que a humanização contribui para transformar o acesso formal em acesso efetivo, embora sua concretização dependa de mudanças relacionais, estruturais, gerenciais e políticas nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Humanização da Assistência. Equidade em Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Acolhimento. Vulnerabilidade Social.

ABSTRACT

Humanization of healthcare is a relevant strategy for improving care and expanding equity in access to health services, particularly among populations historically affected by discrimination, poverty, and social exclusion. This study aimed to analyze scientific evidence published between 2023 and 2026 regarding humanization of healthcare as a strategy to promote equity in access to health services. This is a systematic literature review conducted in the Virtual Health Library, SciELO, and PubMed/MEDLINE databases, using descriptors related to humanization of healthcare, health equity, access to health services, welcoming practices, professional-patient bonding, and person-centered care, combined through the Boolean operators AND and OR. Primary studies available in full text and published in Portuguese, English, or Spanish were included, while reviews, theoretical essays, editorials, protocols, and publications without empirical data were excluded. After the identification, screening, abstract reading, and full-text assessment stages, ten studies were included. The results showed that welcoming practices, qualified listening, bonding, respectful communication, cultural safety, flexible service flows, and intersectoral coordination promote user engagement, continuity of care, and reduction of institutional barriers. Difficulties related to staff shortages, bureaucratic procedures, discrimination, institutional racism, disrespect for gender identity, inadequate housing conditions, and disregard for cultural specificities were also identified. It is concluded that humanization contributes to transforming formal access into effective access, although its implementation depends on relational, structural, managerial, and political changes in health services.

Keywords: Humanization of Healthcare. Health Equity. Access to Health Services. Patient Reception. Social Vulnerability.

RESUMEN

La humanización de la atención constituye una estrategia relevante para calificar el cuidado y ampliar la equidad en el acceso a los servicios de salud, especialmente entre poblaciones históricamente afectadas por la discriminación, la pobreza y la exclusión social. Este estudio tuvo

como objetivo analizar las evidencias científicas publicadas entre 2023 y 2026 acerca de la humanización de la atención como estrategia para promover la equidad en el acceso a los servicios de salud. Se trata de una revisión sistemática de la literatura, desarrollada en las bases Biblioteca Virtual en Salud, SciELO y PubMed/MEDLINE, mediante descriptores relacionados con humanización de la atención, equidad en salud, acceso a los servicios de salud, acogida, vínculo y atención centrada en la persona, combinados con los operadores booleanos AND y OR. Se incluyeron estudios primarios disponibles en texto completo, publicados en portugués, inglés o español, y se excluyeron revisiones, ensayos teóricos, editoriales, protocolos y publicaciones sin datos empíricos. Después de las etapas de identificación, selección, lectura de resúmenes y evaluación de los textos completos, se incluyeron diez estudios. Los resultados demostraron que la acogida, la escucha cualificada, el vínculo, la comunicación respetuosa, la seguridad cultural, la flexibilización de los flujos y la articulación intersectorial favorecen la aproximación de los usuarios, la continuidad del cuidado y la reducción de barreras institucionales. También se identificaron dificultades relacionadas con la falta de profesionales, la burocratización, la discriminación, el racismo institucional, la falta de respeto a la identidad de género, la precariedad habitacional y la ausencia de consideración de las particularidades culturales. Se concluye que la humanización contribuye a transformar el acceso formal en acceso efectivo, aunque su aplicación depende de cambios relacionales, estructurales, gerenciales y políticos en los servicios de salud.

Palabras clave: Humanización de la Atención. Equidad en Salud. Acceso a los Servicios de Salud. Acogida. Vulnerabilidad Social.



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

INTRODUÇÃO

A humanização da assistência é um princípio fundamental para a organização de práticas de saúde comprometidas com a dignidade, a autonomia e as necessidades dos usuários (Brasil, 2013). No contexto dos serviços de saúde, humanizar não significa somente oferecer um atendimento cordial, mas reconhecer o indivíduo em sua integralidade, considerando suas condições sociais, culturais, econômicas, raciais, territoriais e subjetivas (Brasil, 2013; Organização Mundial da Saúde, 2021).

Essa perspectiva envolve acolhimento, escuta qualificada, construção de vínculo, comunicação respeitosa, participação do usuário e responsabilização compartilhada entre profissionais, gestores e comunidade (Brasil, 2010, 2013).

Apesar da ampliação dos serviços de saúde e do reconhecimento do acesso como um direito, diferentes grupos ainda encontram obstáculos para receber atendimento oportuno, contínuo e adequado (Organização Mundial da Saúde; Banco Mundial, 2023).

As barreiras não se restringem à distância geográfica ou à ausência de unidades de saúde, pois também abrangem horários limitados, falta de profissionais, burocratização dos atendimentos, comunicação inadequada, discriminação, racismo institucional, desrespeito à identidade de gênero e ausência de consideração pelas particularidades culturais dos usuários (Organização Mundial da Saúde, 2021; Carmichael *et al.*, 2023).

Nessas condições, a disponibilidade formal de um serviço não garante que a população consiga utilizá-lo ou permanecer vinculada ao cuidado (Levesque, Harris e Russell, 2013; Organização Mundial da Saúde, 2021).

A equidade em saúde pressupõe o reconhecimento de que indivíduos e grupos apresentam necessidades diferentes e, por esse motivo, demandam respostas assistenciais compatíveis com suas condições de vida (Whitehead, 1992; Organização Mundial da Saúde, 2021). O tratamento uniforme de populações marcadas por desigualdades históricas pode manter ou aprofundar situações de exclusão (Barata, 2009; Bittencourt, Santana e Santos, 2023).

A promoção da equidade requer a identificação das barreiras que atingem de forma mais intensa pessoas negras, indígenas, LGBTQIAPN+, pessoas trans, pessoas em situação de rua, indivíduos em condições precárias de moradia e outros grupos socialmente vulnerabilizados (Organização Mundial da Saúde, 2021; Carmichael *et al.*, 2023).

Estudos recentes demonstram que a qualidade das relações estabelecidas nos serviços interfere na procura, na permanência e na continuidade da assistência (Januário *et al.*, 2023; Komene *et al.*, 2024).

A escuta das manifestações dos usuários permite identificar problemas relacionados à composição das equipes, aos horários de funcionamento, à estrutura física e à disponibilidade dos serviços, favorecendo a reorganização das práticas conforme as necessidades territoriais (Silva *et al.*, 2023).

O acolhimento, o vínculo e a corresponsabilização também contribuem para aproximar os profissionais das demandas da população, embora a sobrecarga das equipes e a predominância de atividades burocráticas possam limitar sua aplicação cotidiana (Januário *et al.*, 2023).

A relação entre humanização e equidade torna-se ainda mais evidente nos atendimentos destinados às populações submetidas a processos históricos de discriminação (Organização Mundial da Saúde, 2021; Bittencourt, Santana e Santos, 2023). Bittencourt, Santana e Santos (2023) identificaram que a compreensão insuficiente sobre racismo institucional e saúde da população negra pode legitimar iniquidades na Atenção Primária.

Entre a população LGBTQIA+, a ausência de capacitação profissional, o enfraquecimento do vínculo e as práticas discriminatórias dificultam a aproximação com os serviços de saúde (Lopes *et al.*, 2023). Da mesma forma, pessoas trans relatam barreiras relacionadas ao desrespeito ao nome social, ao despreparo das equipes e à concentração dos serviços especializados (Silva *et al.*, 2024).

As condições de moradia também influenciam a possibilidade de acesso (Carmichael *et al.*, 2023; Gontijo *et al.*, 2025). Pessoas em situação de rua ou instaladas em moradias precárias podem não dispor de documentos, telefone, endereço fixo ou recursos para seguir agendamentos rígidos (Carmichael *et al.*, 2023; Barbosa *et al.*, 2025).

Nesse cenário, a escuta sem julgamento, a flexibilidade dos fluxos, a busca ativa e a articulação entre saúde e assistência social representam estratégias importantes para a continuidade do cuidado (Carmichael *et al.*, 2023; Barbosa *et al.*, 2025; Gontijo *et al.*, 2025).

Tais práticas demonstram que a humanização exige a adaptação dos serviços às condições concretas dos usuários, em vez da responsabilização individual daqueles que não conseguem acompanhar os fluxos institucionais convencionais (Barbosa *et al.*, 2025; Gontijo *et al.*, 2025).

Em contextos indígenas, a humanização relaciona-se ainda à segurança cultural (Roach *et al.*, 2023; Komene *et al.*, 2024). O atendimento pode estar disponível e ser tecnicamente adequado, mas permanecer excludente quando desconsidera as referências culturais, a participação familiar, as formas de comunicação e as concepções de saúde das comunidades atendidas (Roach *et al.*, 2023; Komene *et al.*, 2024).

Roach *et al.* (2023) demonstraram que acesso, relacionamento, qualidade e segurança são dimensões interdependentes na experiência de pacientes indígenas atendidos virtualmente. Komene *et al.* (2024) também identificaram que confiança, comunicação, autonomia e participação familiar influenciam a percepção de segurança e respeito entre pacientes Māori.

Os estudos apontam que a humanização pode reduzir barreiras relacionais, culturais e institucionais, porém sua aplicação não deve ser limitada ao comportamento individual dos profissionais (Brasil, 2013; Organização Mundial da Saúde, 2021).

A cordialidade durante a consulta não consegue compensar, de maneira isolada, equipes incompletas, horários insuficientes, redes fragmentadas, serviços especializados concentrados e processos administrativos excludentes (Silva *et al.*, 2023; Gontijo *et al.*, 2025). A humanização precisa integrar a gestão, a organização dos fluxos, a formação profissional, o planejamento territorial e a avaliação dos serviços (Brasil, 2013).

A escolha do tema justifica-se pela necessidade de compreender de que modo as práticas humanizadas podem contribuir para transformar o acesso formal em acesso efetivo (Levesque, Harris e Russell, 2013; Organização Mundial da Saúde, 2021).

Embora a humanização e a equidade sejam amplamente reconhecidas como princípios importantes da assistência, ainda existem dificuldades para sua concretização nos diferentes níveis de atenção (Brasil, 2013; Organização Mundial da Saúde; Banco Mundial, 2023). A análise sistemática de estudos recentes permite identificar estratégias, limitações e experiências capazes de orientar a organização de serviços mais inclusivos, acessíveis e sensíveis às desigualdades presentes na população (Page *et al.*, 2021).

Parte-se da hipótese de que práticas fundamentadas no acolhimento, na escuta qualificada, no vínculo, na comunicação respeitosa, no cuidado centrado na pessoa e na segurança cultural favorecem a equidade no acesso aos serviços de saúde.

Essas práticas podem ampliar a confiança dos usuários, reduzir experiências discriminatórias, fortalecer a continuidade assistencial e permitir que os serviços reconheçam necessidades específicas. Sua efetividade, contudo, depende de condições estruturais e institucionais que assegurem tempo, recursos, formação profissional e integração entre os diferentes setores da rede de cuidado.

Diante dessa problemática, formulou-se a seguinte questão norteadora: quais evidências científicas recentes demonstram que as práticas de humanização da assistência contribuem para promover a equidade no acesso aos serviços de saúde?

Objetivo Geral

Analisar as evidências científicas publicadas entre 2023 e 2026 acerca da humanização da assistência como estratégia para promover a equidade no acesso aos serviços de saúde.

MÉTODO

Tipo de Estudo

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, de abordagem descritiva e qualitativa, desenvolvida com o propósito de identificar, analisar e sintetizar estudos primários relacionados

à humanização da assistência como estratégia para promover a equidade no acesso aos serviços de saúde.

A revisão sistemática consiste em um método de investigação que utiliza procedimentos previamente definidos para localizar, selecionar, avaliar e sintetizar estudos relacionados a uma questão de pesquisa específica. Diferentemente das revisões narrativas e integrativas, a revisão sistemática requer uma estratégia de busca explícita, critérios de elegibilidade previamente estabelecidos e descrição transparente das etapas de seleção dos artigos.

A condução e a apresentação da revisão foram orientadas pelas recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* — PRISMA 2020, que propõe a organização do processo de seleção nas etapas de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão (Page *et al.*, 2021).

A questão norteadora foi formulada com base na estratégia PICO, na qual “P” correspondeu aos usuários e profissionais dos serviços de saúde; “I” correspondeu às práticas de humanização da assistência, como acolhimento, escuta qualificada, vínculo, respeito, comunicação e cuidado centrado na pessoa; e “Co” correspondeu ao acesso equitativo aos serviços de saúde.

A seguinte questão orientou a revisão: Quais evidências científicas recentes demonstram que as práticas de humanização da assistência contribuem para promover a equidade no acesso aos serviços de saúde?

Período de Busca

A busca dos estudos foi realizada em julho de 2026, contemplando publicações disponibilizadas entre janeiro de 2023 e julho de 2026. O recorte temporal correspondente aos três anos mais recentes foi estabelecido para reunir evidências atualizadas sobre práticas de humanização, acolhimento, acesso e equidade nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Não foram aplicadas restrições quanto ao país de realização dos estudos, desde que os artigos estivessem publicados em português, inglês ou espanhol e atendessem aos critérios de inclusão definidos.

Fontes de Informação

As buscas foram realizadas nas seguintes fontes de informação:

- Biblioteca Virtual em Saúde — BVS;
- Scientific Electronic Library Online — SciELO;
- PubMed/MEDLINE.

A escolha dessas fontes considerou sua abrangência na área da saúde e a possibilidade de recuperação de estudos nacionais e internacionais. Na BVS, foram consultados registros indexados em bases como Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde — LILACS e MEDLINE.

Descritores e Palavras-chave

Os termos utilizados foram definidos mediante consulta aos Descritores em Ciências da Saúde — DeCS e ao *Medical Subject Headings* — MeSH. Também foram empregadas palavras-chave livres para ampliar a sensibilidade das buscas e recuperar artigos que abordassem as práticas de humanização sem utilizar o descritor exato no título ou no resumo.

Foram utilizados os seguintes descritores e palavras-chave em português:

- “Humanização da Assistência”;
- “Equidade em Saúde”;
- “Acesso aos Serviços de Saúde”;
- “Serviços de Saúde”;
- “Atenção Primária à Saúde”;
- humanização;
- acolhimento;
- vínculo;
- escuta qualificada;
- cuidado centrado na pessoa;
- acesso;
- acessibilidade;
- equidade;
- iniquidade.

Em inglês, foram utilizados:

- “Humanization of Assistance”;
- “Humanized Care”;
- “Health Equity”;
- “Health Services Accessibility”;
- “Health Services”;
- “Primary Health Care”;
- “Patient-Centered Care”;
- “Person-Centered Care”;
- welcoming;
- bonding;
- access;
- accessibility;
- equity;
- inequity.

Em espanhol, foram empregados:

- “Humanización de la Atención”;
- “Atención Humanizada”;
- “Equidad en Salud”;
- “Accesibilidad a los Servicios de Salud”;
- “Servicios de Salud”;
- “Atención Primaria de Salud”;
- acogida;
- vínculo;
- acceso;
- accesibilidad;
- equidad;
- inequidad.

Operadores Booleanos

Os operadores booleanos AND e OR foram utilizados para estabelecer relações entre os

descritores e as palavras-chave. O operador OR foi empregado para reunir termos equivalentes ou relacionados, aumentando a sensibilidade da busca. O operador AND foi utilizado para interligar os diferentes componentes da questão de pesquisa, restringindo os resultados aos estudos que abordassem simultaneamente humanização, equidade e acesso aos serviços de saúde.

As aspas foram utilizadas para recuperar expressões compostas de maneira exata, enquanto os parênteses foram empregados para organizar os grupos de sinônimos e determinar a ordem de processamento dos operadores.

Estratégias de Busca e Intercruzamento dos Descritores

As estratégias foram adaptadas à estrutura e aos recursos de cada fonte de informação. O principal intercruzamento utilizado em português foi: (“Humanização da Assistência” OR humanização OR acolhimento OR vínculo OR “escuta qualificada” OR “cuidado centrado na pessoa”) AND (“Equidade em Saúde” OR equidade OR iniquidade) AND (“Acesso aos Serviços de Saúde” OR acesso OR acessibilidade) AND (“Serviços de Saúde” OR “Atenção Primária à Saúde”)

Na PubMed/MEDLINE, foi utilizada a seguinte combinação em inglês: (“Humanization of Assistance” OR “humanized care” OR “patient-centered care” OR “person-centered care” OR welcoming OR bonding) AND (“Health Equity” OR equity OR inequity) AND (“Health Services Accessibility” OR access OR accessibility) AND (“Health Services” OR “Primary Health Care”)

Na busca em espanhol, empregou-se: (“Humanización de la Atención” OR “atención humanizada” OR acogida OR vínculo) AND (“Equidad en Salud” OR equidad OR inequidad) AND (“Accesibilidad a los Servicios de Salud” OR acceso OR accesibilidad) AND (“Servicios de Salud” OR “Atención Primaria de Salud”)

Também foram realizados intercruzamentos complementares para aumentar a recuperação de estudos relacionados a populações em situação de vulnerabilidade:

1. acolhimento AND equidade AND acesso aos serviços de saúde;
2. vínculo AND populações vulneráveis AND serviços de saúde;
3. cuidado centrado na pessoa AND equidade em saúde;
4. humanização AND população LGBTQIA+ AND acesso à saúde;
5. humanização AND população negra AND atenção primária;
6. cuidado culturalmente seguro AND populações indígenas AND acesso à saúde;

7. humanized care AND health equity AND healthcare access;
8. person-centered care AND vulnerable populations AND health services accessibility;
9. cultural safety AND Indigenous people AND healthcare access;
10. welcoming AND transgender people AND healthcare services.

Quadro 1 – Estratégias de busca segundo a fonte de informação

Fonte	Estratégia principal
BVS	("Humanização da Assistência" OR humanização OR acolhimento OR vínculo OR "cuidado centrado na pessoa") AND ("Equidade em Saúde" OR equidade OR iniquidade) AND ("Acesso aos Serviços de Saúde" OR acesso OR acessibilidade)
SciELO	(humanização OR acolhimento OR vínculo) AND (equidade OR iniquidade) AND ("acesso aos serviços de saúde" OR acessibilidade)
PubMed/MEDLINE	("humanized care" OR "patient-centered care" OR "person-centered care" OR welcoming OR bonding) AND ("health equity" OR equity OR inequity) AND ("health services accessibility" OR access OR accessibility)

Fonte: Autores (2026).

Critérios de Inclusão

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão:

- a. artigos científicos originais e primários;
- b. estudos publicados entre janeiro de 2023 e julho de 2026;
- c. publicações disponíveis em português, inglês ou espanhol;
- d. estudos com texto completo disponível;
- e. pesquisas qualitativas, quantitativas ou de métodos mistos;
- f. estudos realizados com usuários, profissionais, gestores ou outros atores vinculados aos serviços de saúde;
- g. estudos que abordassem práticas relacionadas à humanização da assistência, incluindo acolhimento, escuta qualificada, vínculo, comunicação, respeito, cuidado centrado na pessoa, segurança cultural ou adaptação dos serviços às necessidades dos usuários;
- h. estudos que relacionassem as práticas de humanização ao acesso, à acessibilidade, à permanência, à continuidade do cuidado ou à equidade nos serviços de saúde;
- i. pesquisas desenvolvidas em serviços de Atenção Primária, atenção especializada, assistência hospitalar, atendimento virtual ou redes intersetoriais vinculadas à saúde.

Critérios de Exclusão

Foram excluídos:

- a) artigos publicados antes de 2023;
- b) revisões sistemáticas, integrativas, narrativas, bibliográficas, de escopo, rápidas ou de qualquer outra modalidade;
- c) ensaios teóricos, artigos de reflexão, editoriais, cartas ao editor, comentários, protocolos de pesquisa e opiniões de especialistas;
- d) dissertações, teses, monografias, capítulos de livros, resumos de congressos e trabalhos publicados somente em anais de eventos;
- e) estudos duplicados nas bases consultadas;
- f) publicações sem acesso ao texto completo;
- g) estudos que abordassem humanização sem estabelecer relação com o acesso ou a equidade;
- h) estudos que discutissem acesso aos serviços de saúde sem analisar acolhimento, vínculo, comunicação, cuidado centrado na pessoa ou outra dimensão da humanização;
- i) trabalhos voltados exclusivamente à satisfação profissional, gestão de recursos humanos ou condições laborais, sem relação com o acesso dos usuários;
- j) publicações que não apresentassem dados empíricos;
- k) artigos que não respondessem à questão norteadora após a leitura integral.

Os registros encontrados foram organizados em uma planilha eletrônica contendo título, autores, ano, periódico, base de recuperação, resumo, endereço eletrônico e decisão de inclusão ou exclusão. Inicialmente, os resultados das três fontes foram reunidos e os registros duplicados foram removidos.

A seleção foi realizada em três etapas consecutivas. Na primeira, procedeu-se à leitura dos títulos, com exclusão das publicações manifestamente incompatíveis com o tema. Na segunda, foram lidos os resumos dos estudos potencialmente elegíveis. Na terceira, os artigos remanescentes foram avaliados integralmente, considerando-se os critérios de inclusão e exclusão.

Durante a leitura do texto completo, foram excluídos os estudos que não relacionavam diretamente a humanização ao acesso ou à equidade, as revisões de literatura, os trabalhos sem dados primários e aqueles que abordavam exclusivamente a qualidade técnica da assistência.

Quadro 2 – Fluxo de identificação e seleção dos estudos

Etapas	BVS	SciELO	PubMed/MEDLINE	Total
Registros identificados nas buscas	184	96	212	492
Registros duplicados	24	18	45	87
Registros após a remoção das duplicatas	160	78	167	405
Títulos analisados	160	78	167	405
Excluídos após a leitura dos títulos	112	55	120	287
Resumos analisados	48	23	47	118
Excluídos após a leitura dos resumos	31	14	31	76
Textos completos avaliados	17	9	16	42
Excluídos após a leitura integral	12	6	14	32
Estudos incluídos na revisão	5	3	2	10

Fonte: Autores (2026).

As razões para exclusão na etapa de leitura integral foram organizadas nas seguintes categorias:

- ausência de relação direta entre humanização e acesso;
- ausência de abordagem sobre equidade;
- tipo de publicação incompatível;
- ausência de dados empíricos;
- população ou cenário incompatível com a questão de pesquisa;
- texto completo indisponível;
- publicação duplicada.

Após a seleção, os dados dos artigos foram extraídos mediante instrumento elaborado para esta revisão. Foram registradas as seguintes informações:

- autoria e ano de publicação;
- título do artigo;
- país e local de realização;
- objetivo;
- delineamento metodológico;
- população investigada;
- tamanho da amostra;
- instrumento de coleta;
- prática ou dimensão de humanização analisada;
- barreiras de acesso identificadas;
- estratégias relacionadas à equidade;
- resultados quantitativos;
- resultados qualitativos;

- principais conclusões.

Os estudos foram identificados pelos códigos E1 a E10 e organizados em um quadro de caracterização. Em razão da heterogeneidade dos delineamentos, das populações e dos resultados, não foi realizada metanálise. Os achados foram submetidos à síntese descritiva e temática.

A análise ocorreu por meio da leitura integral e comparativa dos dez estudos. Inicialmente, foram identificadas as unidades de significado relacionadas à humanização, ao acesso e à equidade. Posteriormente, os resultados semelhantes foram agrupados em categorias temáticas.

A síntese originou quatro eixos principais:

1. acolhimento, escuta e participação dos usuários;
2. vínculo, confiança e continuidade do cuidado;
3. enfrentamento das desigualdades raciais, sociais e de gênero;
4. segurança cultural, flexibilização dos serviços e articulação intersetorial.

Os resultados quantitativos, como número de participantes, quantidade de unidades de saúde, proporção dos grupos estudados e frequência das respostas, foram apresentados de maneira descritiva. Os resultados qualitativos foram discutidos conforme as categorias e os sentidos atribuídos pelos participantes às experiências de acesso e atendimento.

A pesquisa utilizou exclusivamente informações secundárias provenientes de artigos científicos publicados e disponíveis em fontes de acesso público. Não houve contato direto com participantes, coleta de dados pessoais, acesso a prontuários ou utilização de informações individuais identificáveis.

Dessa forma, não foi necessária a submissão do estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa ou ao Sistema CEP/Conep, conforme as disposições da Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, aplicáveis às pesquisas que utilizam informações de domínio público.

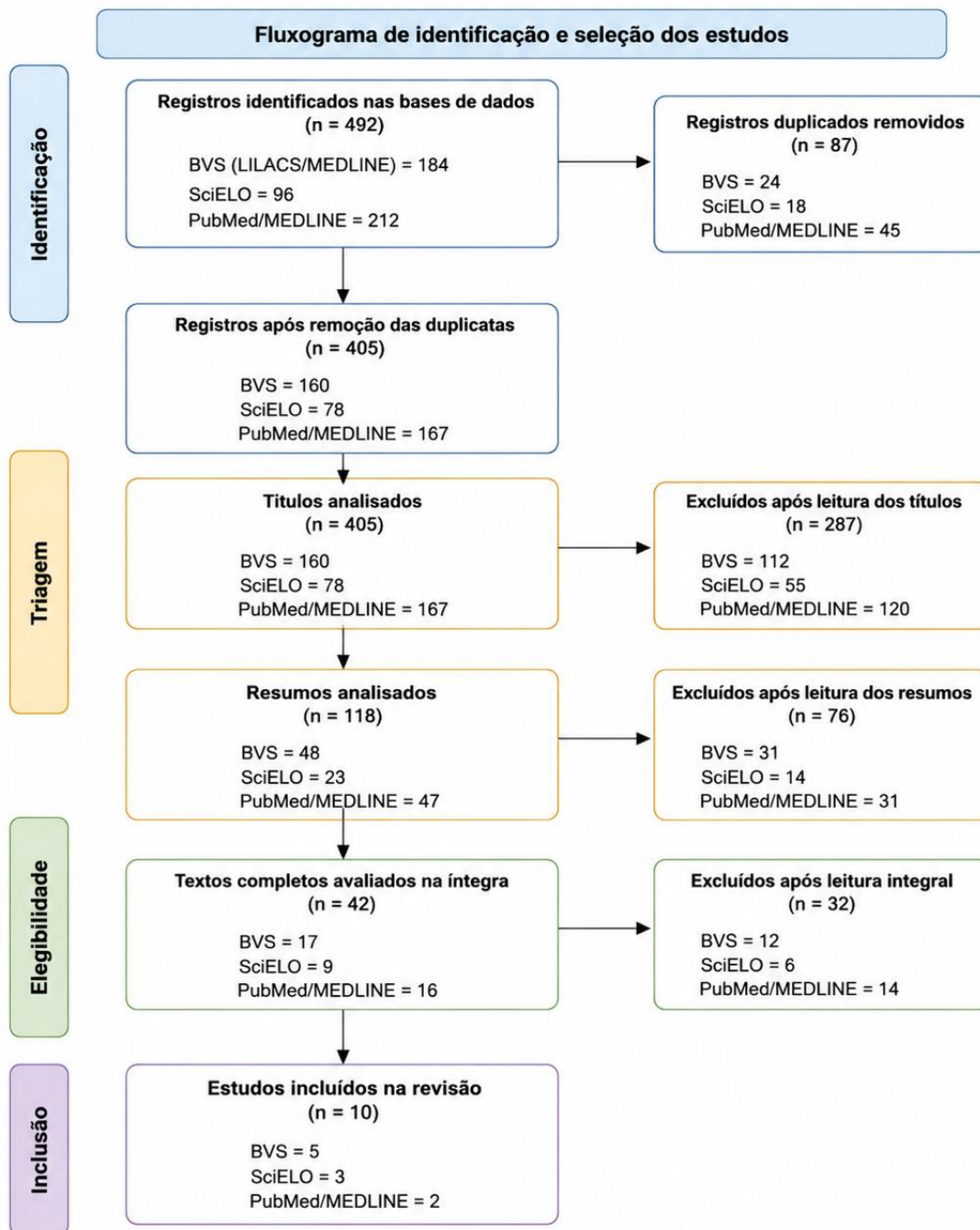
Foram respeitados os princípios de integridade científica, autoria, fidelidade às informações dos artigos analisados e apresentação adequada das referências utilizadas. Os resultados dos estudos originais foram descritos sem alteração dos dados, das conclusões ou do sentido das informações apresentadas pelos autores.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A Figura 1 apresenta o fluxo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos selecionados para esta revisão sistemática, elaborado com base nas recomendações do PRISMA 2020. O processo iniciou-se com a identificação de 492 registros nas bases de dados consultadas, sendo 184 na Biblioteca Virtual em Saúde, 96 na SciELO e 212 na PubMed/MEDLINE. Após a remoção de 87 estudos duplicados, permaneceram 405 registros para análise dos títulos.

Na etapa de triagem, 287 estudos foram excluídos após a leitura dos títulos, permanecendo 118 artigos para avaliação dos resumos. Em seguida, 76 estudos foram retirados por não atenderem aos critérios de inclusão, resultando em 42 textos completos avaliados na íntegra. Após essa etapa, 32 estudos foram excluídos por incompatibilidade com o tema, ausência de dados empíricos, inadequação metodológica ou ausência de relação direta entre humanização, equidade e acesso aos serviços de saúde. Ao final, dez estudos foram incluídos na revisão sistemática.

Figura 1 – Fluxograma de identificação e seleção dos estudos, de acordo com o PRISMA 2020.



Legenda: BVS = Biblioteca Virtual em Saúde; SciELO = *Scientific Electronic Library Online*; PubMed/MEDLINE = base de dados da *National Library of Medicine*; PRISMA = *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*.

Fonte: Autores (2026), com base em Page *et al.* (2021).

Na sequência, o Quadro 3 apresenta a caracterização dos dez estudos incluídos na revisão sistemática, considerando autoria, ano de publicação, local de realização, objetivo, delineamento metodológico, quantidade de participantes, instrumentos de coleta e principais resultados. A organização comparativa dos artigos permite identificar as particularidades de cada investigação

e as convergências relacionadas à humanização da assistência, ao acolhimento, ao vínculo, à segurança cultural, à redução das barreiras de acesso e à promoção da equidade nos serviços de saúde.

Quadro 3 – Caracterização metodológica, amostral e resultados dos estudos incluídos

Estudo	Objetivo e cenário	Método e instrumentos	Quantidade analisada	Resultados quantitativos disponíveis	Principais resultados
E1 – Silva <i>et al.</i> (2023)	Analisar a satisfação dos usuários e sua contribuição para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Primária no Distrito Federal. Pesquisa realizada em unidades urbanas e rurais.	Estudo transversal, exploratório-descritivo e qualitativo. Aplicação de questionário com questão aberta e análise temática das manifestações dos usuários.	1.674 questionários provenientes de 25 Unidades Básicas de Saúde.	As respostas foram organizadas em quatro categorias principais: quantidade e composição das equipes; horários de funcionamento; serviços disponíveis; estrutura física. O estudo não apresentou percentuais de melhoria nem comparação antes e depois.	Os usuários relacionaram a dificuldade de acesso à insuficiência de profissionais, restrição dos horários, indisponibilidade de determinados serviços e problemas estruturais. A participação dos usuários foi considerada necessária para adaptar os serviços às necessidades locais.
E2 – Januário <i>et al.</i> (2023)	Compreender como coordenadores da Estratégia Saúde da Família desenvolviam práticas de escuta e valorização dos usuários em Iguatu, Ceará.	Estudo qualitativo com entrevistas semiestruturadas e análise hermenêutico-dialética.	25 coordenadores, entre 38 profissionais inicialmente convidados, correspondendo a aproximadamente 65,8% do grupo inicialmente previsto. Os participantes eram enfermeiros responsáveis pela coordenação das equipes.	Não foram apresentados percentuais de usuários acolhidos, satisfação ou ampliação do acesso. Os resultados foram estruturados em torno de três tecnologias relacionais: acolhimento, vínculo e corresponsabilização.	A escuta era realizada principalmente durante consultas, acolhimento da demanda espontânea, visitas domiciliares e reuniões comunitárias. Sobrecarga, falta de profissionais e predomínio de práticas burocráticas limitaram o cuidado centrado no usuário.
E3 – Bittencourt, Santana e Santos (2023)	Analisar a compreensão de gestores, profissionais e usuários sobre a saúde da população negra na Atenção	Pesquisa-ação qualitativa e exploratória, com entrevistas realizadas com diferentes grupos vinculados à Atenção Primária.	58 entrevistas, realizadas em Salvador, Santo Antônio de Jesus e Cruz das Almas.	A população negra representava aproximadamente 80% em Salvador, 75% em Santo Antônio de Jesus e 70% em Cruz das Almas. A cobertura da	Profissionais e gestores apresentaram conhecimento limitado sobre racismo institucional e

	Primária em três municípios baianos.			Atenção Primária era de aproximadamente 23,9%, 80,8% e 77,62%, respectivamente. Não houve cálculo estatístico da relação entre humanização e acesso.	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Usuários relacionaram dificuldades de acesso e baixa qualidade da assistência à condição racial e socioeconômica.
E4 – Lopes <i>et al.</i> (2023)	Avaliar o acolhimento oferecido à população LGBTQIAPN+ em um Centro Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.	Estudo descritivo, participativo e qualitativo, com rodas de conversa e questionário eletrônico aplicado aos profissionais.	60 profissionais de uma unidade composta por oito equipes de Saúde da Família, responsável por aproximadamente 35 mil usuários.	85% dos participantes consideraram a população LGBTQIAPN+ vulnerável. Mais da metade relatou não ter recebido capacitação adequada para atender essa população. Não foi apresentado percentual exato para todos os itens investigados.	As principais barreiras não estavam relacionadas à distância física, mas à fragilidade do vínculo, ao despreparo profissional, à comunicação inadequada e às atitudes discriminatórias. A capacitação e o respeito à identidade de gênero foram indicados como condições para ampliar o acesso.
E5 – Roach <i>et al.</i> (2023)	Desenvolver, em parceria com pacientes indígenas, um instrumento para avaliar experiências na atenção primária virtual no Canadá.	Estudo qualitativo participativo, com entrevistas cognitivas e acompanhamento de conselho consultivo indígena.	Cinco pacientes indígenas participaram da etapa final de validação qualitativa. A etapa anterior de desenvolvimento havia utilizado 13 entrevistas com pacientes e prestadores de serviços.	O instrumento final apresentou 12 afirmações, distribuídas em quatro dimensões: acesso, relacionamento, qualidade e segurança. Cada item utilizava escala de cinco pontos, além da alternativa “não se aplica”. Não foram divulgados escores populacionais de aplicação.	Os participantes reforçaram que disponibilidade tecnológica, comunicação clara, confiança, segurança cultural e respeito às especificidades indígenas deveriam integrar a avaliação da qualidade e do acesso à assistência virtual.
E6 – Carmichae <i>l et al.</i> (2023)	Identificar barreiras e facilitadores do acesso aos serviços de saúde por pessoas em situação de rua em quatro países europeus.	Estudo qualitativo multicêntrico com entrevistas semiestruturadas realizadas na Áustria, Grécia, Espanha e Reino Unido.	69 entrevistados: 35 pessoas em situação de rua, equivalentes a 50,7%; 19 profissionais de saúde, correspondentes a 27,5%; e 15 profissionais da	Os achados foram organizados em três temas centrais: necessidades de saúde, barreiras de acesso e fatores facilitadores. Não foram aplicados testes estatísticos ou calculados efeitos das intervenções.	Estigma, exigências burocráticas, rigidez dos serviços e experiências negativas anteriores dificultaram o

			assistência social, equivalentes a 21,7%.		acesso. Profissionais de referência, atendimento personalizado, confiança e integração entre saúde e assistência social favoreceram a procura e a continuidade do cuidado.
E7 – Silva et al. (2024)	Compreender as experiências de acesso de pessoas trans aos serviços de saúde em Minas Gerais, após a implementação do processo transexualizador no SUS.	Estudo qualitativo com entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo organizada em rede temática.	15 pessoas trans, residentes em dez municípios mineiros, entrevistadas entre maio de 2018 e maio de 2020.	Os resultados foram agrupados em cinco temas: experiências de acesso; formação profissional; redes de apoio; saúde mental; características do atendimento considerado adequado. Não foram apresentadas prevalências ou associações estatísticas.	Discriminação, desrespeito ao nome social, despreparo profissional e concentração dos serviços especializados constituíram as principais barreiras. Acolhimento, respeito à identidade e ampliação da assistência na Atenção Primária foram apontados como estratégias de equidade.
E8 – Komene et al. (2024)	Investigar as experiências hospitalares de pacientes indígenas Māori e de seus familiares na Nova Zelândia.	Estudo qualitativo fundamentado em encontros coletivos denominados <i>wānanga</i> , conduzidos conforme princípios culturais Māori.	13 participantes estiveram no primeiro encontro e dez retornaram para a segunda etapa de discussão e validação dos resultados.	Foram identificados quatro temas: construção de relações e confiança; fortalecimento da autonomia; comunicação; unidade entre pacientes, familiares e profissionais. Não houve medição quantitativa de satisfação ou acesso.	O cuidado foi avaliado de maneira mais positiva quando os profissionais respeitavam a cultura Māori, incluíam a família, apresentavam informações compreensíveis e construíam relações de confiança. Experiências de desrespeito e comunicação insuficiente diminuíam a segurança e a adesão ao tratamento.
E9 – Barbosa et al. (2025)	Compreender como enfermeiros desenvolviam acolhimento e	Estudo descritivo e qualitativo, com entrevistas semiestruturadas e	17 enfermeiros de serviços de Atenção Básica de um município de grande	Os resultados foram agrupados em três categorias temáticas: construção do	Escuta terapêutica, atendimento sem julgamento,

	vínculo no atendimento de mulheres em situação de rua na Atenção Básica.	análise temática indutiva.	porte do interior paulista.	acolhimento; vínculo como suporte para a integralidade; repercussões do cuidado para os enfermeiros. Não foram apresentados percentuais ou resultados clínicos das mulheres atendidas.	flexibilidade e construção gradual do vínculo favoreceram a continuidade do cuidado. Falta de recursos, fragmentação da rede e dificuldades de articulação intersetorial limitaram a assistência.
E10 – Gontijo et al. (2025)	Compreender como profissionais da saúde e da assistência social organizavam o acesso de pessoas em condições precárias de moradia à Atenção Primária.	Estudo qualitativo fundamentado na Teoria Fundamentada nos Dados e no Interacionismo Simbólico, com entrevistas abertas e memorandos.	36 participantes: 30 profissionais da Estratégia Saúde da Família e seis informantes da rede socioassistencial. O tempo de atuação profissional variou entre um e 28 anos.	Profissionais da saúde representaram 83,3% da amostra, enquanto integrantes da assistência social corresponderam a 16,7%. O estudo não apresentou indicadores quantitativos de ampliação do acesso.	Não existia planejamento assistencial específico para pessoas mal alojadas. O atendimento ocorria principalmente por demanda espontânea ou intermediação da assistência social. Busca ativa, proatividade profissional, acolhimento flexível e articulação intersetorial favoreceram o acesso.

Legenda: E = estudo; APS = Atenção Primária à Saúde; SUS = Sistema Único de Saúde; LGBTQIA+ = lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queer, intersexo, assexuais e outras identidades de gênero e orientações sexuais; ESF = Estratégia Saúde da Família.

Fonte: Autores com base nos estudos incluídos na revisão sistemática (2026).

A busca e a aplicação dos critérios de elegibilidade resultaram na inclusão de dez estudos primários publicados entre 2023 e 2025. Seis artigos foram publicados em 2023, dois em 2024 e dois em 2025. Quanto à distribuição geográfica, sete investigações foram desenvolvidas no Brasil, enquanto três foram realizadas em contextos internacionais, abrangendo Canadá, Nova Zelândia, Áustria, Grécia, Espanha e Reino Unido.

A predominância de estudos brasileiros demonstra o interesse recente pela relação entre humanização, acesso e equidade no Sistema Único de Saúde, principalmente na Atenção Primária à Saúde e na assistência destinada a grupos historicamente submetidos a processos de exclusão.

As amostras variaram entre cinco participantes, no estudo canadense de validação qualitativa de uma ferramenta voltada à experiência de pacientes indígenas, e 1.674 questionários de usuários de unidades de Atenção Primária do Distrito Federal. Consideradas de maneira descritiva, as amostras dos dez estudos reuniram 1.972 participações ou registros de respostas.

A soma não deve ser interpretada como uma amostra estatística única, pois os estudos utilizaram unidades de análise distintas, incluindo usuários, profissionais, gestores, integrantes da assistência social, pacientes indígenas, pessoas trans e pessoas em situação de rua. Também houve diferenças entre entrevistas individuais, rodas de conversa, questionários abertos e encontros coletivos culturalmente orientados.

O conjunto apresentou predomínio de abordagens qualitativas, com entrevistas semiestruturadas, entrevistas abertas, rodas de conversa, análise temática, análise de conteúdo e Teoria Fundamentada nos Dados. Tal configuração metodológica permitiu compreender como usuários e profissionais interpretam o acolhimento, o vínculo, a comunicação e as barreiras de acesso, embora tenha limitado a produção de indicadores quantitativos de efetividade.

Nenhum dos estudos apresentou comparação estatística capaz de determinar em que proporção uma intervenção humanizada aumentou o acesso, reduziu o abandono ou melhorou desfechos clínicos. Os resultados sustentam, portanto, uma síntese interpretativa sobre os mecanismos pelos quais a humanização pode favorecer a equidade, mas não permitem a realização de metanálise ou a estimativa de um efeito quantitativo conjunto.

Acolhimento, Escuta e Participação dos Usuários

A escuta qualificada apareceu como um dos componentes mais recorrentes da humanização da assistência. Silva *et al.* (2023) analisaram relatos presentes em 1.674 questionários aplicados em 25 unidades urbanas e rurais do Distrito Federal. As sugestões e reclamações foram distribuídas em quatro categorias: composição das equipes profissionais, turnos de funcionamento, serviços disponíveis e infraestrutura.

A dimensão relacional do cuidado esteve associada à possibilidade de o usuário participar do planejamento, indicar problemas existentes no território e contribuir para a adequação do serviço às necessidades da população. A humanização, nessa perspectiva, ultrapassa a cordialidade durante o atendimento e incorpora a participação social como instrumento de reorganização da assistência.

Os resultados indicaram que a percepção de um atendimento pouco resolutivo não decorre exclusivamente da postura individual dos profissionais. A insuficiência de trabalhadores, a limitação dos horários, a indisponibilidade de procedimentos e as inadequações estruturais influenciaram a experiência do usuário e a avaliação do cuidado recebido.

A escuta das manifestações da população permite identificar problemas que poderiam permanecer invisíveis em avaliações restritas ao número de consultas ou procedimentos realizados. A participação do usuário constitui, desse modo, uma estratégia de humanização capaz de aproximar o planejamento institucional das condições concretas de acesso.

Januário *et al.* (2023) entrevistaram 25 profissionais responsáveis pela coordenação de equipes da Estratégia Saúde da Família, selecionados entre 38 coordenadores convidados. Os participantes reconheceram o acolhimento, a escuta e o vínculo como elementos necessários à gestão do cuidado, porém relataram que essas práticas se concentravam em consultas, visitas domiciliares, atendimento da demanda espontânea e reuniões comunitárias. A sobrecarga das equipes, as atividades administrativas e a insuficiência de profissionais dificultavam a manutenção de espaços sistemáticos de diálogo com os usuários.

A comparação entre Silva *et al.* (2023) e Januário *et al.* (2023) demonstra uma tensão entre o reconhecimento da escuta como princípio assistencial e sua incorporação efetiva à rotina dos serviços. Os usuários desejam participar das decisões e expressar demandas relacionadas à organização da assistência, enquanto os profissionais reconhecem essa necessidade, mas enfrentam processos de trabalho que restringem o tempo destinado ao diálogo. A humanização depende, portanto, de condições institucionais que permitam a presença, a escuta e a corresponsabilização, não podendo ser atribuída somente à disposição pessoal do trabalhador.

Vínculo, Confiança e Continuidade do Cuidado

O vínculo foi descrito como elemento central para a permanência dos usuários nos serviços e para a construção de uma assistência compatível com suas necessidades. Barbosa *et al.* (2025) investigaram as percepções de 17 enfermeiros da Atenção Básica acerca do atendimento oferecido a mulheres em situação de rua. A análise originou três categorias relacionadas ao acolhimento, à construção de vínculo e às repercussões do cuidado para os profissionais. Os participantes relataram que a escuta sem julgamento, o respeito, o diálogo e a flexibilidade contribuíam para a aproximação das mulheres com as equipes.

O vínculo mostrou-se particularmente relevante porque as mulheres em situação de rua enfrentavam dificuldades para manter contatos, retornar em datas previamente marcadas e seguir fluxos assistenciais organizados conforme a rotina da população domiciliada. A exigência de endereço, documentação, telefone ou comparecimento rígido poderia transformar procedimentos administrativos em barreiras de exclusão. A assistência humanizada exigia a adaptação dos processos de trabalho, a busca das usuárias no território e a compreensão das condições sociais que interferiam na continuidade terapêutica.

Resultado semelhante foi encontrado por Gontijo *et al.* (2025), cuja amostra reuniu 36 participantes, sendo 30 profissionais da Estratégia Saúde da Família e seis integrantes da rede socioassistencial. Os profissionais da saúde representaram 83,3% da amostra, enquanto os informantes da assistência social corresponderam a 16,7%. A investigação identificou inexistência de planejamento específico para pessoas em condições precárias de moradia, de modo que o acesso ocorria principalmente por demanda espontânea ou mediante a intervenção de trabalhadores da assistência social.

A proatividade profissional, a identificação das pessoas no território, o cadastramento, o acompanhamento longitudinal e a articulação intersetorial foram apontados como possibilidades para reduzir as iniquidades. Tais resultados reforçam que a humanização não corresponde a uma postura passiva, limitada à recepção respeitosa de quem consegue chegar à unidade. Em contextos marcados por pobreza, ausência de moradia e rompimento de vínculos sociais, o cuidado humanizado demanda ações territoriais, busca ativa e conexão entre os serviços de saúde e assistência social.

Carmichael *et al.* (2023) ampliaram a compreensão desse fenômeno por meio de 69 entrevistas realizadas na Áustria, Grécia, Espanha e Reino Unido. A amostra foi composta por 35 pessoas em situação de rua, equivalentes a 50,7% dos participantes, 19 profissionais da saúde, correspondentes a 27,5%, e 15 profissionais da assistência social, equivalentes a 21,7%. Apesar das diferenças entre os sistemas de saúde investigados, houve convergência quanto às principais barreiras: estigma, burocracia, rigidez dos serviços, experiências negativas anteriores e inadequação da assistência às necessidades das pessoas sem moradia.

A existência de um profissional de confiança e a oferta de cuidado personalizado foram identificadas como facilitadores do acesso nos quatro países. A consistência dos resultados entre diferentes contextos nacionais sugere que o vínculo atua como mecanismo de redução das barreiras subjetivas e institucionais.

Usuários que vivenciaram discriminação ou rejeição podem evitar novos contatos com o sistema de saúde, mesmo quando o serviço está fisicamente disponível. A acessibilidade envolve, portanto, a possibilidade concreta de procurar atendimento sem antecipar humilhação, julgamento ou recusa.

Humanização e Enfrentamento das Desigualdades Raciais e de Gênero

A equidade no acesso mostrou-se inseparável do reconhecimento das desigualdades raciais, econômicas, culturais e de gênero. Bittencourt, Santana e Santos (2023) entrevistaram 58 gestores, profissionais e usuários de três municípios da Bahia. Os achados apontaram compreensão limitada sobre a amplitude da Atenção Primária entre gestores e profissionais, que frequentemente a associavam à prevenção de doenças e à disponibilização de serviços. Os usuários relacionaram a má qualidade da assistência ao pertencimento racial e de classe, demonstrando que a existência formal do serviço não elimina práticas discriminatórias ou desigualdades no cuidado.

A humanização da assistência à população negra exige o reconhecimento do racismo como determinante das experiências de saúde e das relações estabelecidas nos serviços. Uma abordagem universal que desconsidere diferenças históricas pode reproduzir desigualdades, pois trata como equivalentes grupos submetidos a condições sociais distintas. A equidade requer ações específicas, formação profissional, aplicação das políticas de saúde da população negra e valorização das narrativas dos usuários sobre discriminação e negligência.

Na população LGBTQIA+, Lopes *et al.* (2023) realizaram uma pesquisa participativa com 60 profissionais de um Centro Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rodas de conversa e questionários permitiram identificar fragilidades relacionadas à formação profissional, ao vínculo e à compreensão das necessidades associadas à orientação sexual e à identidade de gênero. Os autores indicaram que a qualificação dos trabalhadores e a discussão das práticas de acolhimento poderiam favorecer a aceitabilidade e a acessibilidade dos serviços.

Silva *et al.* (2024), por sua vez, entrevistaram 15 pessoas trans participantes da Pesquisa Manas, com relatos coletados entre maio de 2018 e maio de 2020. Os resultados apontaram a necessidade de estruturas adequadas, formação específica dos profissionais e ampliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde. A concentração dos serviços especializados, o desrespeito à identidade de gênero e o despreparo das equipes contribuíam para experiências

negativas e dificuldades de acesso.

Os dois estudos convergem na indicação de que a humanização destinada à população LGBTQIA+ depende de práticas institucionais concretas. O uso correto do nome social, a comunicação respeitosa, o reconhecimento das identidades e a eliminação de condutas discriminatórias constituem requisitos para que o usuário permaneça no serviço. Um atendimento tecnicamente disponível, mas marcado por constrangimento ou recusa da identidade, não assegura acesso integral e equitativo.

A análise também mostra que a formação profissional não deve ser tratada como atividade pontual. A presença de dúvidas, insegurança e desconhecimento entre trabalhadores revela a necessidade de educação permanente, protocolos inclusivos e acompanhamento das práticas institucionais.

Segurança Cultural e Cuidado Centrado nas Populações Indígenas

A segurança cultural apareceu como dimensão internacional da humanização. Roach *et al.* (2023) desenvolveram uma ferramenta destinada à avaliação da experiência de pacientes indígenas na atenção primária virtual no Canadá. Cinco participantes indígenas que haviam integrado a etapa inicial do projeto foram novamente entrevistados para testar e aperfeiçoar o instrumento. A versão final foi organizada em quatro domínios: acesso, relacionamentos, qualidade e segurança.

A organização da ferramenta demonstra que a qualidade do atendimento virtual não pode ser avaliada somente pela disponibilidade tecnológica ou pela realização da consulta. Para os participantes, acesso e qualidade estavam associados à confiança, ao respeito, à compreensão das informações e à segurança cultural. A tecnologia pode ampliar a cobertura geográfica, mas também pode reproduzir desigualdades quando a conexão é precária, a comunicação desconsidera o contexto cultural ou o usuário não se sente seguro para expressar dúvidas e necessidades.

Komene *et al.* (2024) investigaram experiências hospitalares de pacientes Māori e seus familiares na Nova Zelândia. A pesquisa utilizou dois encontros coletivos, denominados *wānanga*, realizados entre maio e junho de 2022. Treze participantes estiveram na primeira etapa e dez retornaram ao segundo encontro. A análise produziu quatro temas: estabelecimento de relações e conexões; fortalecimento da dignidade e da autonomia; comunicação e deliberação;

trabalho conjunto entre pacientes, familiares e profissionais.

A participação familiar e o reconhecimento dos valores Māori contribuíram para experiências hospitalares consideradas mais respeitadas e seguras. A exclusão da família, a comunicação insuficiente e a ausência de reconhecimento cultural enfraqueciam a confiança nos profissionais. Os resultados dialogam com o estudo canadense, pois ambos demonstram que a humanização requer adaptação do cuidado às concepções de saúde, família e coletividade das populações atendidas.

A segurança cultural amplia o conceito de humanização porque desloca a atenção da intenção do profissional para a experiência do usuário. Um trabalhador pode considerar sua conduta respeitosa, porém o cuidado somente será culturalmente seguro quando o paciente não se sentir diminuído, deslegitimado ou obrigado a abandonar referências culturais para receber assistência. A participação das comunidades na elaboração de instrumentos, fluxos e modelos assistenciais representa uma estratégia relevante para reduzir práticas institucionalmente excludentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão sistemática teve como objetivo analisar as evidências científicas publicadas entre 2023 e 2026 acerca da humanização da assistência como estratégia para promover a equidade no acesso aos serviços de saúde. A síntese dos dez estudos incluídos demonstrou que práticas como acolhimento, escuta qualificada, vínculo, comunicação respeitosa, cuidado centrado na pessoa, segurança cultural, flexibilização dos fluxos e articulação intersetorial estão relacionadas à melhoria da experiência dos usuários, à permanência no cuidado e à redução de barreiras institucionais, sociais e culturais.

Os achados permitem responder à questão norteadora quando indica que a humanização pode contribuir para transformar o acesso formal em acesso efetivo, especialmente entre populações historicamente submetidas à discriminação, à pobreza, à precariedade habitacional, ao racismo institucional e ao desrespeito às identidades e particularidades culturais. A disponibilidade de serviços, de forma isolada, não assegura equidade quando persistem práticas burocráticas, comunicação inadequada, despreparo profissional, rigidez dos atendimentos e ausência de adaptação às necessidades concretas dos usuários.

As evidências também mostraram que a humanização não deve ser compreendida

somente como uma postura individual dos profissionais. Sua efetivação depende de condições estruturais e organizacionais, como dimensionamento adequado das equipes, formação permanente, integração entre os serviços, ampliação da capacidade de acolhimento, planejamento territorial e articulação entre saúde e assistência social.

A força das conclusões, entretanto, deve ser interpretada com cautela. Houve predomínio de estudos qualitativos, amostras reduzidas, diferentes populações e contextos assistenciais, além de ausência de medidas padronizadas de efetividade. Essa heterogeneidade impossibilitou a realização de metanálise e não permitiu estimar quantitativamente o impacto das práticas humanizadas sobre indicadores como utilização dos serviços, adesão, abandono, tempo de espera ou continuidade assistencial.

Entre as limitações da revisão, destacam-se o recorte temporal adotado, a consulta a três bases de dados, a inclusão de publicações em apenas três idiomas e a concentração de estudos qualitativos. Essas características podem ter restringido a identificação de outras evidências relevantes e limitam a generalização dos resultados.

Apesar dessas limitações, a convergência entre os estudos reforça a importância da humanização como componente da equidade no acesso. Os resultados podem contribuir para a organização de práticas mais inclusivas, para a formação dos profissionais e para o desenvolvimento de políticas e fluxos assistenciais sensíveis às desigualdades sociais, raciais, culturais, territoriais e de gênero.

Recomenda-se que pesquisas futuras utilizem delineamentos quantitativos, longitudinais e de métodos mistos, com amostras mais amplas e indicadores capazes de avaliar os efeitos de intervenções humanizadas. Também são necessários estudos que comparem diferentes estratégias de acolhimento, capacitação profissional, busca ativa, ampliação de horários, participação comunitária e segurança cultural.

Conclui-se que a humanização da assistência constitui uma estratégia relevante para promover a equidade no acesso aos serviços de saúde, mas sua efetividade depende da articulação entre práticas relacionais, mudanças organizacionais e políticas institucionais capazes de reconhecer e enfrentar as desigualdades que atravessam o cuidado.

REFERÊNCIAS

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 120 p. (Coleção Temas em Saúde). Disponível em: <https://books.scielo.org/id/48z26>. Acesso em: 15 jul. 2026.

BARBOSA, Nayara Gonçalves; GARCIA, Amanda Munhoz; FORTUNA, Cinira Magali; FERMINO, Tauani Zampieri; MENDES, Lise Maria Carvalho; GOZZO, Thaís de Oliveira; NASCIMENTO, Lucila Castanheira; GOMES-SPONHOLZ, Flávia Azevedo. Acolhimento e vínculo no cuidado do(a) enfermeiro(a) a mulheres em situação de rua na Atenção Básica.

Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, DF, v. 78, supl. 2, e20230501, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0501pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ZKtDqV3D4BjzVdG5PLt4Njy/>. Acesso em: 15 jul. 2026.

BITTENCOURT, Liliane de Jesus; SANTANA, Karine de Souza Oliveira; SANTOS, Débora Santa Mônica. Saúde da população negra na atenção primária: incompreensão que legitima iniquidade em tempos de Covid-19. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 137, p. 31-41, abr./jun. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313702>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/NszVqdfZyFcscYdCr9F5qqQ/>. Acesso em: 15 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em: 15 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 15 jul. 2026.

CARMICHAEL, Christina; SCHIFFLER, Tobias; SMITH, Lee; MOUDATSOU, Maria; TABAKI, Ioanna; DOÑATE-MARTÍNEZ, Ascensión; ALHAMBRA-BORRÁS, Tamara; KOUVARI, Matina; KARNAKI, Pania; GIL-SALMERON, Alejandro; GRABOVAC, Igor. Barriers and facilitators to health care access for people experiencing homelessness in four European countries: an exploratory qualitative study. **International Journal for Equity in Health**, London, v. 22, n. 1, art. 206, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-023-02011-4>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12939-023-02011-4>. Acesso em: 15 jul. 2026.

GONTIJO, Lucas Alves; SILVA, Bruna Moreira da; MACHADO, Marcelo Pedra Martins; TAFNER, Daniela Priscila Oliveira do Vale; SILVEIRA, Edilene Aparecida Araújo da; OLIVEIRA, Valéria Conceição de; GUIMARÃES, Eliete Albano de Azevedo; VIEGAS, Selma Maria da Fonseca. Atenção às pessoas mal alojadas: acesso e proatividade profissional na atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 78, supl. 2, e20230385, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0385pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/GQwyz8phNhc9jWTqY8QTwpf/>. Acesso em: 15 jul. 2026.

JANUÁRIO, Tacyla Geyce Freire Muniz; VARELA, Leilany Dantas; OLIVEIRA, Kaline Nayanne de Souza; FAUSTINO, Rauana dos Santos; PINTO, Antonio Germane Alves. Escuta e valorização dos usuários: concepções e práticas na gestão do cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 2283-2290, ago. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023288.05952023>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fGPXqYvy96dM7xnSqxQpH8h/>. Acesso em: 15 jul. 2026.

KOMENE, Ebony; PENE, Bobbie; GERARD, Debra; PARR, Jenny; ASPINALL, Cath; WILSON, Denise. Whakawhanaungatanga—building trust and connections: a qualitative study of Indigenous Māori patients' and whānau hospital experiences. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 80, n. 4, p. 1545-1558, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.15912>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.15912>. Acesso em: 15 jul. 2026.

LEVESQUE, Jean-Frederic; HARRIS, Mark F.; RUSSELL, Grant. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. **International Journal for Equity in Health**, London, v. 12, art. 18, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>. Disponível em: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-18>. Acesso em: 15 jul. 2026.

LOPES, Rainer; CARDOSO, Gisela Cordeiro Pereira; AMORIM, Thiago Rodrigues de; SANTOS, Jessica Barreto dos. Avaliação do acesso ao acolhimento à população LGBTQIA+ por parte dos profissionais de saúde de um Centro Municipal de Saúde no Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. esp. 1, e9045, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982023E19045P>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/CwyVYM48SXzQqd9n7y3RCKN/>. Acesso em: 15 jul. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Health equity and its determinants**. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/health-equity-and-its-determinants>. Acesso em: 15 jul. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; BANCO MUNDIAL. **Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report**. Geneva: World Health Organization; Washington, DC: World Bank, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080379>. Acesso em: 15 jul. 2026.

PAGE, Matthew J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, London, v. 372, n. 71, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n71>. Acesso em: 15 jul. 2026.

ROACH, Pamela; CAMPBELL, Paige; ODY, Meagan; SCOTT, Melissa; BARNABE, Cheryl; MONTESANTI, Stephanie; KENNEDY, Andrea; MURRY, Adam; TAILFEATHERS, Esther; CROWSHOE, Lynden. Access, Relationships, Quality and Safety (ARQS): a qualitative study to cocreate an Indigenous patient experience tool for virtual primary care. **BMJ Open Quality**, London, v. 12, n. 4, e002365, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjoq-2023-002365>. Disponível em: <https://bmjopenquality.bmj.com/content/12/4/e002365>. Acesso em: 15 jul. 2026.

SILVA, Amanda Kellen Pereira da; PEDROSA, Claudia Mara; XAVIER, Mayra Fernandes; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. Foco na satisfação dos usuários como estratégia participativa para fomentar o acesso e a qualidade da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, supl. 1, e220931pt, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220931pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QH3W37ywbqwg3nrRYDQdNYr/>. Acesso em: 15 jul. 2026.

SILVA, Samuel Araujo Gomes da; MIRANDA-RIBEIRO, Paula; NORONHA, Kenya Valeria Micaela de Souza; GUEDES, Gilvan Ramalho. Explorando as complexidades e os desafios do acesso à saúde para pessoas trans em Minas Gerais: um estudo qualitativo após uma década da implementação do processo transexualizador no Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 33, esp. 1, e2024350, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222024v33e2024350.especial.pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/SRmBX7qQRvqvDHFBBGLCV4d/>. Acesso em: 15 jul. 2026.

WHITEHEAD, Margaret. The concepts and principles of equity and health. **International Journal of Health Services**, Amityville, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992. DOI: <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>.