

SUS, CONTROLE SOCIAL E HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO: DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA A QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

**THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS), SOCIAL CONTROL, AND
HUMANIZATION OF CARE: CHALLENGES AND PROSPECTS FOR THE
QUALITY OF HEALTH SERVICES IN BRAZIL**

Ciências Sociais Aplicadas, Ciências da Saúde • 13/08/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/786589987](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/786589987)

Edylane Morais e Silva¹

Adriene Coutinho Fadoul²

Luanda Silva Moura Barroncas³

Paloma Oliveira da Silva⁴

Taís Rodrigues Nogueira⁵

Davi Emanuel Conceição Fonseca

Ronald Ferreira Martins⁶

Geila Glenda Nascimento de Freitas

Pamela Grangeiro

Ellen de Moraes e Silva⁷

RESUMO

Este estudo analisou de que maneira o Sistema Único de Saúde, o controle social e a humanização do atendimento foram articulados nas legislações e nos documentos oficiais brasileiros como estratégias para qualificar os serviços de saúde. Desenvolveu-se pesquisa documental, qualitativa, exploratória e descritiva, baseada em leis federais, portarias, resoluções, políticas, planos, manuais e cartilhas do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde e de outros órgãos oficiais. Os documentos foram organizados em categorias referentes aos fundamentos do SUS, à participação popular, aos direitos dos usuários, à humanização, à segurança do paciente e à avaliação da qualidade. A análise evidenciou que o ordenamento jurídico e institucional reconheceu a participação social, o acolhimento, a escuta qualificada, a cogestão e a corresponsabilidade como elementos essenciais da assistência. Contudo, permaneceram desafios relacionados à implementação das diretrizes, à desigualdade de acesso, às condições de trabalho e à incorporação das demandas dos usuários na gestão.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Controle social; Humanização da assistência; Qualidade dos serviços.

ABSTRACT

This study analyzed how the Brazilian Unified Health System, social control, and humanization of care were articulated in Brazilian legislation and official documents as strategies to improve health service quality. A qualitative, exploratory, descriptive documentary study was conducted based on federal laws, ordinances, resolutions, policies, plans, manuals, and booklets issued by the Ministry of Health, the National Health Council, and other official institutions. The documents were organized into categories addressing the foundations of the health system, public participation, users' rights,

humanization, patient safety, and quality assessment. The analysis showed that the legal and institutional framework recognized social participation, welcoming practices, qualified listening, co-management, and shared responsibility as essential components of care. However, challenges remained regarding implementation of established guidelines, unequal access, working conditions, and incorporation of users' demands into management processes. The findings reinforced the need to connect democratic participation, humanized practices, and institutional accountability in strengthening public healthcare delivery.

Keywords: Unified Health System; Social control; Humanization of care; Health service quality.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 reconheceu a saúde como direito de todos e dever do Estado e instituiu as bases do Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente regulamentado pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990. Além da universalidade, da integralidade e da igualdade da assistência, esse marco normativo incorporou a participação da comunidade como diretriz da organização do sistema, atribuindo aos conselhos e às conferências de saúde funções relacionadas à formulação, ao acompanhamento e ao controle das políticas públicas (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

A dimensão do SUS evidenciou a necessidade de associar expansão da cobertura, qualidade assistencial e participação social. Conforme o Relatório Anual de Gestão de 2024, publicado pelo Ministério da Saúde em 2025, a cobertura populacional estimada da Atenção Primária à Saúde alcançou 72%, correspondendo a 152.102.406

peças de uma população estimada em 212.583.750 habitantes. No mesmo período, 53.356 equipes de Saúde da Família foram cofinanciadas pelo Ministério da Saúde, demonstrando a amplitude territorial e operacional da principal porta de entrada do sistema (BRASIL, 2025a).

Entretanto, a ampliação da oferta não eliminou dificuldades relacionadas ao acesso oportuno, ao acolhimento, à comunicação, à continuidade do cuidado e à resolutividade. Em 2024, as Ouvidorias do SUS registraram 618.727 manifestações, entre solicitações, reclamações, denúncias, sugestões, elogios e pedidos de informação. Esse volume não representou, isoladamente, uma medida da qualidade do sistema, mas demonstrou a relevância dos canais de escuta para identificar necessidades, acompanhar problemas recorrentes e subsidiar melhorias na gestão e na prestação dos serviços (BRASIL, 2025b).

Nesse cenário, a Política Nacional de Humanização propôs a reorganização das práticas de atenção e gestão mediante acolhimento, escuta qualificada, cogestão, valorização dos trabalhadores, fortalecimento dos vínculos e participação dos usuários. A humanização aproximou-se do controle social porque ambas as dimensões reconheceram os cidadãos como sujeitos de direitos e participantes dos processos decisórios, e não apenas como destinatários das ações de saúde. Contudo, permaneceu o desafio de converter os princípios previstos nas legislações e nos documentos institucionais em práticas efetivas no cotidiano dos serviços.

Diante disso, formulou-se o seguinte problema de pesquisa: de que maneira as legislações e os documentos oficiais do Ministério da

Saúde articularam o controle social e a humanização do atendimento como estratégias para a promoção da qualidade dos serviços de saúde no Brasil?

O estudo justificou-se pela necessidade de compreender se o conjunto normativo e institucional do SUS estabeleceu mecanismos capazes de integrar participação popular, defesa dos direitos dos usuários e humanização da assistência. Essa análise mostrou-se relevante para identificar avanços, lacunas e responsabilidades atribuídas aos gestores, trabalhadores, usuários e instâncias de controle social.

Assim, o estudo teve como objetivo analisar como as legislações e os documentos oficiais do Ministério da Saúde relacionaram o controle social e a humanização do atendimento à qualidade dos serviços do SUS, identificando seus fundamentos, mecanismos de implementação, desafios e perspectivas.

METODOLOGIA

O presente estudo caracterizou-se como uma pesquisa documental, de abordagem qualitativa e de natureza exploratória e descritiva, direcionada à análise das relações entre o Sistema Único de Saúde, o controle social, a humanização do atendimento e a qualidade dos serviços públicos de saúde no Brasil. A pesquisa documental possibilitou o exame sistemático de materiais normativos e institucionais, considerando-se o contexto em que foram produzidos, seus objetivos, seus conceitos centrais e suas implicações para a organização e para a prestação dos serviços de saúde.

A adoção da pesquisa documental justificou-se pelo fato de o estudo ter utilizado exclusivamente legislações federais, resoluções do Conselho Nacional de Saúde, portarias do Ministério da Saúde, documentos da Política Nacional de Humanização, planos governamentais, manuais, cartilhas e publicações técnicas oficiais relacionadas ao atendimento no SUS. Não foram realizadas entrevistas, aplicações de questionários, observações de campo ou análises de artigos científicos.

A investigação foi orientada pela seguinte questão de pesquisa: de que maneira as legislações e os documentos oficiais do Ministério da Saúde articularam o controle social e a humanização do atendimento como estratégias para a promoção da qualidade dos serviços de saúde no Brasil?

Os documentos foram localizados nos portais oficiais da Presidência da República, do Ministério da Saúde, da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. A escolha dessas fontes assegurou a autenticidade, a confiabilidade, a integralidade e a procedência institucional dos materiais examinados.

Não foi estabelecido um recorte cronológico restrito, uma vez que a pesquisa contemplou tanto os fundamentos constitucionais e legais responsáveis pela instituição do SUS quanto os documentos mais recentes de planejamento, organização, humanização e avaliação dos serviços de saúde. Dessa forma, foram analisados documentos publicados entre 1988 e 2026, desde que tenham permanecido vigentes, apresentado relevância histórica para a construção das políticas de humanização ou sido incorporados às portarias de consolidação do Ministério da Saúde.

O corpus normativo foi composto pelas legislações e pelos atos oficiais diretamente relacionados à organização do SUS, à participação popular, aos direitos dos usuários, à segurança do paciente e à qualidade dos serviços de saúde. As normas selecionadas, seus respectivos conteúdos e suas relações com o objeto de investigação foram sistematizados no Quadro 1.

Quadro 1. Legislações e atos normativos que compuseram o corpus documental

Nº	Legislação ou ato normativo	Dispõe sobre
1	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, arts. 196 a 200	Direito à saúde, dever estatal, relevância pública dos serviços, organização descentralizada, atendimento integral e participação da comunidade.
2	Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990	Condições para promoção, proteção e recuperação da saúde; princípios, objetivos, competências e organização do SUS.
3	Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990	Participação da comunidade por meio das conferências e dos conselhos de saúde e transferências intergovernamentais.
4	Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 – Lei de Acesso à Informação	Transparência, publicidade, acesso a informações públicas e prestação de contas.
5	Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011	Regulamentação da Lei nº 8.080/1990, organização regionalizada do SUS, planejamento, acesso e articulação interfederativa.

6	Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012	Financiamento da saúde, transparência, fiscalização, prestação de contas e atuação dos conselhos de saúde.
7	Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012	Instituição, composição, organização, competências e funcionamento dos conselhos de saúde.
8	Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013	Instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente.
9	RDC Anvisa nº 36, de 25 de julho de 2013	Ações de segurança do paciente, gestão de riscos, Núcleos de Segurança do Paciente e planos institucionais.
10	Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013	Política Nacional de Atenção Hospitalar no âmbito do SUS.
11	Portaria GM/MS nº 28, de 8 de janeiro de 2015	Reformulação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS.
12	Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017	Participação, proteção e defesa dos direitos dos usuários dos serviços públicos; ouvidorias e avaliação dos serviços.
13	Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017	Consolidação das normas sobre direitos e deveres dos usuários, organização e funcionamento do SUS.
14	Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017	Consolidação das políticas nacionais de saúde do SUS.
15	Portaria de Consolidação GM/MS	Consolidação das normas sobre ações, programas e serviços de

	nº 5, de 28 de setembro de 2017	saúde, incluindo segurança do paciente e avaliação dos serviços.
16	Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017	Política Nacional de Atenção Básica – PNAB.
17	Resolução CNS nº 553, de 9 de agosto de 2017	Atualização da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde.
18	Resolução CNS nº 554, de 15 de setembro de 2017	Diretrizes complementares para estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde.
19	Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023	Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde – PNAES.
20	Resolução CNS nº 715, de 20 de julho de 2023	Orientações estratégicas provenientes da 17ª Conferência Nacional de Saúde para o planejamento federal.

Fonte: elaboração própria com base nas publicações oficiais do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde e da Anvisa (2026).

Além das normas jurídicas, foram examinados documentos técnicos e institucionais que apresentaram os fundamentos, as diretrizes e os dispositivos relacionados à humanização, ao acolhimento, à gestão participativa, à segurança do paciente, à avaliação dos serviços e à defesa dos direitos dos usuários. Esses materiais, produzidos principalmente pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde, foram identificados e organizados no Quadro 2

Quadro 2. Documentos oficiais sobre humanização, controle social e qualidade dos serviços de saúde

Nº	Documento oficial	Órgão/ano	Dispõe sobre
1	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar	Ministério da Saúde, 2001	Antecedentes da humanização hospitalar, relações entre profissionais e usuários e melhoria da assistência.
2	HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização – a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS	Ministério da Saúde, 2004	Fundamentos iniciais da PNH, transversalidade da humanização e mudança dos modelos de gestão e atenção.
3	HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS	Ministério da Saúde, 4ª edição, 2010	Princípios, método, diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização. O documento aborda autonomia, protagonismo, corresponsabilidade, vínculos e participação coletiva.
4	Política Nacional de Humanização – PNH	Ministério da Saúde	Síntese dos princípios da transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão e protagonismo dos sujeitos.
5	Acolhimento nas práticas de produção de saúde	Ministério da Saúde, 2ª edição, 2010	Escuta qualificada, responsabilização, criação de vínculo,

			acesso e acolhimento como postura ética.
6	Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência	Ministério da Saúde	Organização do acesso, avaliação das necessidades e priorização do atendimento conforme risco e vulnerabilidade.
7	Ambiência	Ministério da Saúde, 2ª edição, 2010	Condições físicas, relacionais e organizacionais dos espaços de saúde e sua influência no cuidado humanizado.
8	Clínica ampliada e compartilhada	Ministério da Saúde, 2009	Integralidade, trabalho multiprofissional, autonomia dos usuários, projeto terapêutico e compartilhamento de decisões.
9	Gestão participativa e cogestão	Ministério da Saúde, 2007/2009	Inclusão de gestores, trabalhadores e usuários nos processos de análise, planejamento e tomada de decisão.
10	Grupo de Trabalho de Humanização	Ministério da Saúde, 2ª edição, 2008	Formação de coletivos institucionais responsáveis por diagnosticar problemas e promover mudanças nas práticas de cuidado e gestão.
11	Visita aberta e direito a acompanhante	Ministério da Saúde, 2ª edição, 2007	Presença da rede familiar e afetiva, direitos dos usuários e

			reorganização das práticas hospitalares.
12	O HumanizaSUS na Atenção Básica	Ministério da Saúde, 2009	Acolhimento, vínculo, territorialização, trabalho em equipe e participação dos usuários na atenção primária.
13	Monitoramento e avaliação na Política Nacional de Humanização	Ministério da Saúde	Indicadores, avaliação participativa, colegiados gestores, corresponsabilidade e acompanhamento das mudanças institucionais.
14	Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS	Ministério da Saúde, 2007/2009	Controle social, ouvidoria, auditoria, monitoramento, avaliação, educação popular e gestão participativa. O documento relaciona humanização, escuta dos cidadãos e participação popular ao aprimoramento da gestão.
15	Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS	Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde	Formação de conselheiros, qualificação da participação popular e fortalecimento das instâncias colegiadas.

16	Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde	Conselho Nacional de Saúde, atualização de 2017	Direito ao acesso ordenado, tratamento adequado, atendimento humanizado, respeito à identidade, informação, participação e responsabilidade compartilhada.
17	Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente	Ministério da Saúde/Fiocruz/Anvisa, 2014	Cultura de segurança, envolvimento dos usuários, gestão de riscos, prevenção de eventos adversos e qualidade assistencial.
18	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS	Ministério da Saúde, 2015	Avaliação da estrutura, dos processos, dos resultados, da satisfação dos usuários e das condições de trabalho.
19	Plano Nacional de Saúde 2024–2027 – versão revisada em 2025	Ministério da Saúde	Objetivos, metas e indicadores atuais relacionados à ampliação e qualificação do acesso e ao fortalecimento do SUS.
20	Relatórios de gestão e prestação de contas do Ministério da Saúde	Ministério da Saúde	Resultados das ações, cumprimento de metas, aplicação dos recursos e informações destinadas à fiscalização pelos conselhos e pela sociedade. Os relatórios de gestão são instrumentos

			relevantes para avaliação e controle social.
--	--	--	--

A organização dos documentos nos Quadros 1 e 2 permitiu diferenciar as fontes de natureza normativa das publicações técnicas e político-institucionais. Enquanto o Quadro 1 reuniu as legislações, os decretos, as portarias e as resoluções que estabeleceram obrigações, competências e direitos no âmbito do SUS, o Quadro 2 apresentou os documentos que orientaram a implementação das práticas de humanização, participação social, acolhimento, cogestão e avaliação da qualidade.

Foram incluídos documentos que atenderam aos seguintes critérios:

a) foram produzidos por órgãos oficiais da administração pública federal; b) apresentaram abrangência nacional; c) trataram da organização e dos princípios do SUS; d) regulamentaram a participação popular, os conselhos e as conferências de saúde; e) estabeleceram direitos dos usuários; f) apresentaram diretrizes relacionadas à humanização, ao acolhimento, à cogestão e ao cuidado centrado nas pessoas; ou g) regulamentaram mecanismos de segurança, monitoramento, avaliação e qualidade dos serviços de saúde.

Foram excluídos documentos estaduais ou municipais, notícias institucionais, materiais de divulgação sem conteúdo normativo ou técnico, versões duplicadas, documentos direcionados exclusivamente a doenças ou grupos populacionais específicos e atos normativos revogados que não apresentaram relevância histórica para a compreensão das políticas de humanização, participação social e qualidade dos serviços de saúde.

A seleção documental foi desenvolvida em quatro etapas. Na primeira etapa, foram identificados os documentos disponíveis nos portais oficiais selecionados. Na segunda, foram examinados os títulos, as ementas, as autorias institucionais, os anos de publicação, a vigência e a relação dos documentos com o objeto da pesquisa. Na terceira etapa, os materiais considerados pertinentes foram lidos integralmente. Na quarta, as informações extraídas foram organizadas em uma matriz de análise documental.

A matriz contemplou a identificação do documento, o órgão responsável, o ano de publicação, a finalidade, os princípios, as diretrizes, os mecanismos de participação social, os dispositivos de humanização, os critérios de qualidade, as formas de monitoramento e os desafios relacionados à implementação das determinações normativas. Essa sistematização subsidiou a elaboração dos Quadros 1 e 2 e possibilitou a comparação entre as diferentes fontes documentais.

A análise documental baseou-se nas orientações de Cellard (2008), tendo considerado o contexto de produção dos documentos, a autoria institucional, a autenticidade, a natureza dos textos, os conceitos-chave e a lógica interna dos conteúdos. Também foram utilizadas as contribuições de Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009), que destacaram a necessidade de interpretação crítica e sistemática das fontes documentais, ultrapassando a simples descrição ou reprodução das informações.

Após a leitura integral e a sistematização dos materiais apresentados nos Quadros 1 e 2, os conteúdos foram organizados em cinco categorias analíticas: a) fundamentos constitucionais e organizacionais do SUS; b) controle social, participação popular e

gestão democrática; c) direitos dos usuários e humanização do atendimento; d) segurança do paciente, avaliação e qualidade dos serviços; e e) desafios e perspectivas para a efetivação das diretrizes normativas no cotidiano do SUS.

A interpretação comparativa das legislações apresentadas no Quadro 1 e dos documentos técnicos reunidos no Quadro 2 permitiu identificar aproximações, complementaridades, transformações e possíveis distanciamentos entre as determinações normativas e as orientações institucionais formuladas para a sua implementação. Também foram examinadas as responsabilidades atribuídas aos gestores, trabalhadores, usuários, conselhos de saúde e demais instâncias envolvidas na organização dos serviços e na produção do cuidado.

Desse modo, o corpus documental não abrangeu toda a legislação sanitária brasileira, mas reuniu as normas e os documentos oficiais diretamente relacionados ao problema e aos objetivos do estudo. A delimitação apresentada nos Quadros 1 e 2 conferiu transparência ao processo de seleção das fontes e possibilitou a identificação precisa dos materiais que fundamentaram a análise.

Por ter utilizado exclusivamente documentos oficiais de domínio público, sem envolvimento direto de seres humanos e sem acesso a informações pessoais ou individualizadas, o estudo não necessitou de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Entretanto, foram respeitados os princípios de integridade científica, transparência metodológica, fidelidade documental e identificação adequada das fontes utilizadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do corpus documental evidenciou que a humanização do atendimento e o controle social não foram instituídos como elementos isolados da política de saúde. Ao contrário, desenvolveram-se a partir dos fundamentos constitucionais do SUS e foram progressivamente incorporados às normas de organização dos serviços, aos instrumentos de gestão participativa, às políticas de atenção à saúde e aos mecanismos de avaliação da qualidade. Os documentos também demonstraram que a qualidade dos serviços foi compreendida de maneira multidimensional, abrangendo acesso, integralidade, acolhimento, segurança, resolutividade, participação dos usuários e responsabilização institucional.

Para facilitar a compreensão desse processo, o Quadro 3 apresentou uma linha do tempo com os principais marcos identificados na análise documental.

Quadro 3. Linha do tempo dos marcos normativos e institucionais relacionados ao controle social, à humanização e à qualidade dos serviços de saúde

Período	Principais documentos	Resultado analítico
1988–1990	Constituição Federal de 1988; Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990	Instituição da saúde como direito, organização do SUS e reconhecimento da participação comunitária.
2001–2004	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar; HumanizaSUS: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão	Transição de iniciativas hospitalares para uma política transversal de humanização da atenção e da gestão.

2005–2010	Diretrizes de educação permanente para o controle social; monitoramento e avaliação da PNH; visita aberta; documento-base da PNH; Grupo de Trabalho de Humanização; acolhimento; ambiência; clínica ampliada; cogestão; HumanizaSUS na Atenção Básica; ParticipaSUS	Detalhamento dos dispositivos necessários à implementação da humanização e da participação social nos serviços.
2011–2012	Lei de Acesso à Informação; Decreto nº 7.508/2011; Lei Complementar nº 141/2012; Resolução CNS nº 453/2012	Fortalecimento da transparência, da regionalização, do financiamento e da atuação dos conselhos de saúde.
2013–2015	PNHOSP; Programa Nacional de Segurança do Paciente; RDC nº 36/2013; documento de referência do PNSP; PNASS	Integração entre humanização, segurança, gestão de riscos e avaliação da qualidade.
2017	Lei nº 13.460/2017; Portarias de Consolidação nº 1, nº 2 e nº 5; PNAB; Resoluções CNS nº 553 e nº 554	Consolidação dos direitos dos usuários, das políticas nacionais e dos mecanismos de participação e avaliação.
2023–2025	PNAES; Resolução CNS nº 715/2023; Plano Nacional de Saúde 2024–2027; Relatório Anual de Gestão de 2024	Atualização do planejamento, ampliação da atenção especializada e reafirmação da participação social e da qualificação do acesso.

Fonte: elaboração própria com base nos documentos analisados (2026).

Fundamentos do SUS e Institucionalização do Controle Social

O primeiro resultado identificado foi a existência de uma relação indissociável entre o reconhecimento do direito à saúde e a participação social. A Constituição Federal de 1988 não apenas estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, mas determinou que as ações e os serviços públicos fossem organizados de forma descentralizada, integral e com participação da comunidade. A inclusão dessa última diretriz demonstrou que a construção do sistema público não deveria ocorrer exclusivamente por decisões administrativas ou técnicas, mas mediante o envolvimento da sociedade na definição e no acompanhamento das políticas de saúde (BRASIL, 1988).

A Lei nº 8.080/1990 aprofundou esse fundamento ao inserir a participação comunitária entre os princípios do SUS e ao relacionar a qualidade da assistência à universalidade, à integralidade, à igualdade, ao direito à informação e à preservação da autonomia das pessoas. A Lei nº 8.142/1990, por sua vez, materializou a participação popular por meio das conferências e dos conselhos de saúde, conferindo ao controle social uma estrutura institucional permanente nos diferentes níveis federativos (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

A análise desses documentos evidenciou que os conselhos de saúde não foram concebidos como órgãos meramente consultivos. Foram instituídos como instâncias colegiadas responsáveis pela formulação de estratégias e pelo controle da execução das políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. As conferências, por sua vez, foram destinadas à avaliação da situação de saúde e à proposição de diretrizes para as políticas públicas. Essa configuração

estabeleceu uma concepção ampliada de qualidade, na qual a adequação dos serviços também deveria ser avaliada pela população.

O fortalecimento desse modelo ocorreu com as Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS. O documento reconheceu que a participação efetiva dependeu do acesso dos conselheiros e dos movimentos sociais a informações, conhecimentos e instrumentos que lhes permitissem compreender o funcionamento do sistema, analisar os instrumentos de gestão e intervir nos processos decisórios. Assim, a formação dos sujeitos do controle social foi apresentada como condição para que a participação deixasse de ser apenas formal e adquirisse capacidade crítica, propositiva e fiscalizadora (BRASIL, 2006b).

A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, denominada ParticipaSUS, ampliou essa compreensão ao articular controle social, ouvidoria, auditoria, monitoramento, avaliação e promoção da equidade. O documento demonstrou que a participação social não se restringiu às reuniões dos conselhos, pois também envolveu a criação de canais de escuta, a transparência das informações, o acompanhamento dos resultados e a incorporação das manifestações dos usuários ao planejamento e à gestão dos serviços (BRASIL, 2009e).

A Lei nº 12.527/2011 reforçou essa estrutura ao regulamentar o acesso às informações públicas. No campo da saúde, a transparência permitiu que usuários e conselheiros acompanhassem dados orçamentários, metas, contratos, indicadores e decisões administrativas. O Decreto nº 7.508/2011, ao regulamentar a Lei nº 8.080/1990, organizou as regiões de saúde, as redes de atenção, o

planejamento e a articulação interfederativa, enquanto a Lei Complementar nº 141/2012 estabeleceu mecanismos de transparência, fiscalização e prestação de contas sobre os recursos destinados às ações e aos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b; BRASIL, 2012a).

A Resolução CNS nº 453/2012 detalhou a composição, as competências e o funcionamento dos conselhos de saúde, reafirmando seu caráter permanente e deliberativo. A norma estabeleceu parâmetros de representatividade e paridade, buscando impedir que a participação dos usuários fosse subordinada aos interesses dos gestores ou prestadores. O resultado documental indicou, portanto, que a legitimidade do controle social dependeu não somente da existência dos conselhos, mas de sua autonomia, regularidade, representatividade e capacidade de acompanhar as decisões governamentais (BRASIL, 2012b).

A Lei nº 13.460/2017 acrescentou a avaliação dos serviços públicos pela perspectiva dos usuários, fortalecendo ouvidorias, manifestações, cartas de serviços e mecanismos de aferição da satisfação. Essa norma aproximou o controle social da experiência cotidiana do cidadão, pois reconheceu que reclamações, denúncias, sugestões, solicitações e elogios poderiam produzir informações relevantes para a melhoria dos serviços (BRASIL, 2017a).

A Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, atualizada pela Resolução CNS nº 553/2017, complementou essa proteção ao estabelecer o direito ao acesso ordenado, ao tratamento adequado, ao atendimento humanizado, ao respeito à identidade, à informação clara e à participação nas decisões sobre o cuidado. A Resolução CNS nº 554/2017, por sua vez, apresentou diretrizes

complementares para a estruturação dos conselhos e destacou a necessidade de programas de formação para seus integrantes (BRASIL, 2017f; BRASIL, 2017g).

Mais recentemente, a Resolução CNS nº 715/2023 incorporou as diretrizes da 17ª Conferência Nacional de Saúde ao planejamento governamental. O documento evidenciou a função propositiva das conferências e demonstrou que as deliberações da sociedade deveriam subsidiar o Plano Plurianual e o Plano Nacional de Saúde. Esse resultado confirmou que o controle social foi concebido como parte do ciclo de planejamento, e não apenas como mecanismo posterior de fiscalização (BRASIL, 2023b).

Apesar desse amplo conjunto normativo, a análise permitiu identificar um desafio central: a existência de instâncias participativas não assegurou automaticamente a influência efetiva da população sobre as decisões. A participação dependeu da disponibilização de informações compreensíveis, da formação dos conselheiros, da autonomia das instâncias colegiadas e da resposta dos gestores às deliberações produzidas. O controle social somente contribuiu para a qualidade quando as demandas apresentadas foram convertidas em planejamento, correção de falhas e reorganização dos serviços.

A Humanização Como Transformação da Atenção e da Gestão

O segundo resultado consistiu na ampliação progressiva do significado atribuído à humanização. O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, publicado em 2001, concentrou-se inicialmente na melhoria das relações estabelecidas nos hospitais, especialmente entre profissionais, pacientes e

familiares. O documento reconheceu que a qualidade hospitalar não poderia ser reduzida à disponibilidade de equipamentos e procedimentos, pois também envolvia comunicação, respeito, acolhimento e condições adequadas de permanência nos serviços (BRASIL, 2001).

Em 2004, a criação da Política Nacional de Humanização ampliou esse enfoque. O documento HumanizaSUS: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS transformou a humanização em uma política transversal, aplicável aos diferentes níveis de atenção. A PNH não foi apresentada como programa complementar ou prática de cordialidade, mas como proposta de mudança nos modelos de cuidado e de gestão (BRASIL, 2004a).

O documento-base para gestores e trabalhadores do SUS estruturou essa política a partir dos princípios da transversalidade, da indissociabilidade entre atenção e gestão e do protagonismo, da autonomia e da corresponsabilidade dos sujeitos. A análise demonstrou que a humanização exigiu a inclusão de usuários, trabalhadores e gestores na identificação de problemas e na construção das soluções, aproximando-se diretamente da gestão democrática e do controle social (BRASIL, 2008a).

O folheto da Política Nacional de Humanização sintetizou esses fundamentos e sistematizou diretrizes como acolhimento, gestão participativa, ambiência, clínica ampliada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários. Ao reunir essas dimensões, o documento confirmou que a humanização não se limitou ao comportamento individual dos profissionais, mas dependeu de

mudanças institucionais, organizacionais e relacionais (BRASIL, [s.d.]).

O documento Acolhimento nas práticas de produção de saúde concebeu o acolhimento como postura ética presente em todos os encontros entre serviços e usuários. Essa compreensão superou a ideia de acolhimento como setor, sala ou etapa de triagem. A escuta qualificada, a responsabilização e a busca de respostas para as necessidades apresentadas passaram a constituir critérios de qualidade da atenção (BRASIL, 2010a).

De maneira complementar, o documento Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência organizou o atendimento segundo gravidade, risco e vulnerabilidade, em substituição ao critério exclusivo de ordem de chegada. O resultado dessa análise indicou que a humanização não significou atendimento sem parâmetros técnicos. Pelo contrário, articulou respeito, equidade e avaliação clínica, buscando assegurar prioridade às situações mais graves e reduzir riscos decorrentes da espera inadequada (BRASIL, 2009a).

A cartilha Ambiência demonstrou que o espaço físico também interferiu na qualidade do atendimento. Privacidade, conforto, acessibilidade, iluminação, sinalização e condições adequadas para usuários, acompanhantes e trabalhadores foram reconhecidos como elementos do cuidado. Entretanto, o documento não reduziu a ambiência à arquitetura, pois relacionou os espaços físicos aos modos de convivência, aos processos de trabalho e à produção de relações acolhedoras (BRASIL, 2010b).

A Clínica ampliada e compartilhada propôs a superação de práticas fragmentadas e excessivamente centradas na doença. O documento valorizou a singularidade dos sujeitos, o trabalho interdisciplinar, a construção de projetos terapêuticos e o compartilhamento das decisões. Nesse sentido, a qualidade assistencial foi associada à capacidade de integrar conhecimentos técnicos às condições sociais, familiares e subjetivas que interferiram no processo saúde-doença (BRASIL, 2009b).

A cartilha Gestão participativa e cogestão aproximou explicitamente a PNH do controle social. A cogestão pressupôs a criação de espaços coletivos de decisão, como colegiados gestores, assembleias, rodas de conversa e contratos de gestão. Esses dispositivos buscaram reduzir a concentração das decisões e ampliar a participação de profissionais e usuários na análise dos problemas institucionais (BRASIL, 2009c).

O Grupo de Trabalho de Humanização foi apresentado como dispositivo capaz de reunir diferentes segmentos para diagnosticar dificuldades e elaborar planos de intervenção. Sua relevância residiu na possibilidade de institucionalizar a humanização, evitando que ela dependesse exclusivamente da iniciativa individual de determinados profissionais. Contudo, a efetividade desse dispositivo exigiu apoio da gestão, tempo para reuniões, representatividade e acompanhamento das ações propostas (BRASIL, 2008b).

O documento Visita aberta e direito a acompanhante reconheceu a importância da rede familiar e afetiva durante o cuidado, especialmente em situações de hospitalização. A ampliação das visitas e a presença de acompanhantes foram compreendidas como estratégias de proteção, comunicação e participação, embora

tenham exigido reorganização das rotinas institucionais e revisão de normas excessivamente restritivas (BRASIL, 2007a).

O documento O HumanizaSUS na Atenção Básica transferiu essas diretrizes para o território e para a principal porta de entrada do sistema. Acolhimento, vínculo, responsabilização, continuidade, trabalho em equipe e participação comunitária foram reconhecidos como fundamentos da atenção primária. Essa abordagem foi posteriormente reforçada pela Política Nacional de Atenção Básica, instituída pela Portaria nº 2.436/2017, que previu participação popular, coordenação do cuidado e organização territorial dos serviços (BRASIL, 2009d; BRASIL, 2017e).

O documento Monitoramento e avaliação na Política Nacional de Humanização demonstrou que a humanização também deveria produzir resultados verificáveis. Foram propostos indicadores relacionados à implantação de colegiados, conselhos gestores, grupos de trabalho, acolhimento, ampliação do acesso, cuidado integral e participação dos diferentes sujeitos. Esse resultado foi relevante por afastar a compreensão de que a humanização seria uma dimensão inteiramente subjetiva e impossível de ser acompanhada (BRASIL, 2006a).

Em conjunto, esses documentos demonstraram que o atendimento humanizado dependeu de quatro dimensões interligadas: reconhecimento dos direitos dos usuários; reorganização dos processos de trabalho; democratização da gestão; e criação de mecanismos de monitoramento. A ausência de qualquer uma dessas dimensões poderia reduzir a humanização a ações pontuais, campanhas institucionais ou comportamentos individuais sem capacidade de modificar estruturalmente os serviços.

Segurança do Paciente, Organização das Redes e Avaliação da Qualidade

O terceiro resultado foi a aproximação entre humanização, segurança do paciente e avaliação da qualidade. A Portaria GM/MS nº 529/2013 instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente com o objetivo de qualificar o cuidado e reduzir incidentes e danos evitáveis. A norma demonstrou que a qualidade não dependeu apenas da satisfação ou do tratamento respeitoso, mas também da adoção de práticas seguras, da gestão de riscos e do aprendizado institucional diante das falhas (BRASIL, 2013a).

A RDC Anvisa nº 36/2013 operacionalizou parte dessas determinações ao estabelecer ações de segurança nos serviços de saúde, incluindo a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente, a elaboração de planos institucionais, o monitoramento dos incidentes e a notificação dos eventos adversos. A análise indicou que a segurança exigiu estruturas permanentes e não poderia permanecer restrita à responsabilidade individual do profissional que realizou o atendimento (BRASIL, 2013b).

O Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente aprofundou essa perspectiva ao relacionar cultura de segurança, envolvimento dos pacientes, comunicação, produção de informações e prevenção de danos. A participação dos usuários foi tratada como componente da segurança, pois pacientes e familiares poderiam contribuir para a identificação de riscos, conferência de informações e comunicação de falhas (BRASIL, 2014).

A Política Nacional de Atenção Hospitalar, instituída pela Portaria nº 3.390/2013, articulou qualidade, segurança, integralidade,

continuidade e inserção dos hospitais nas redes de atenção. O hospital deixou de ser apresentado como unidade isolada, passando a integrar fluxos de referência e contrarreferência. Esse resultado revelou que a humanização do atendimento também dependeu da continuidade do cuidado após a alta e da comunicação entre os diferentes serviços da rede (BRASIL, 2013c).

O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde, reformulado pela Portaria nº 28/2015 e detalhado em seu caderno técnico, ampliou a avaliação para as estruturas, os processos, os resultados, os riscos, o acesso e a satisfação dos usuários. A inclusão da satisfação evidenciou que a experiência do usuário foi reconhecida como fonte de informação sobre a qualidade. Entretanto, essa avaliação não substituiu indicadores técnicos, devendo ser combinada com critérios assistenciais, sanitários e organizacionais (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2015b).

As Portarias de Consolidação GM/MS nº 1, nº 2 e nº 5, de 2017, reuniram normas anteriormente dispersas. A Portaria de Consolidação nº 1 sistematizou direitos e deveres dos usuários e aspectos da organização do SUS. A Portaria nº 2 reuniu políticas nacionais, incluindo a ParticipaSUS e políticas relacionadas à organização da atenção. A Portaria nº 5 consolidou programas e ações, entre eles os dispositivos relativos à segurança do paciente. Esse processo favoreceu a organização normativa, embora não tenha eliminado a complexidade de implementação das políticas nos diferentes territórios (BRASIL, 2017b; BRASIL, 2017c; BRASIL, 2017d).

A Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.604/2023, atualizou a organização da

atenção especializada e reforçou a necessidade de articulação em rede, regulação do acesso, integralidade, equidade e cuidado centrado nas pessoas. Sua análise revelou a permanência de desafios históricos relacionados à fragmentação entre atenção básica, serviços especializados e hospitais (BRASIL, 2023a).

O Plano Nacional de Saúde 2024–2027 incorporou como objetivo a ampliação e a qualificação do acesso oportuno aos bens e serviços de saúde. O planejamento reconheceu que a expansão numérica dos serviços deveria ser acompanhada pela melhoria das condições de atendimento, pela redução das desigualdades e pelo fortalecimento das redes de atenção. Além disso, o plano considerou as diretrizes provenientes da 17ª Conferência Nacional de Saúde, reafirmando a conexão entre planejamento governamental e controle social (BRASIL, 2024).

O Relatório Anual de Gestão de 2024, publicado pelo Ministério da Saúde, constituiu instrumento de prestação de contas sobre a execução das metas, das ações e dos recursos previstos. Sua inclusão no corpus permitiu observar que o acompanhamento da qualidade dependeu da comparação entre o que foi planejado e o que efetivamente foi executado. Os relatórios de gestão também forneceram subsídios para a atuação dos conselhos, que puderam emitir avaliações e recomendações sobre a condução das políticas (BRASIL, 2025).

A análise conjunta desses documentos revelou que segurança, humanização e qualidade não foram dimensões concorrentes. Um atendimento tecnicamente correto, mas marcado por comunicação inadequada, desrespeito ou ausência de escuta, não correspondeu plenamente às diretrizes analisadas. Da mesma forma, um

atendimento cordial, mas inseguro, fragmentado ou incapaz de resolver as necessidades do usuário, não pôde ser considerado de qualidade.

Desafios para a Efetivação das Diretrizes Documentais

Embora o corpus tenha apresentado um arcabouço normativo abrangente, identificou-se um distanciamento potencial entre a formulação das políticas e sua incorporação ao cotidiano dos serviços. Os documentos estabeleceram direitos, dispositivos de participação e instrumentos de avaliação, mas sua efetivação dependeu de recursos financeiros, condições de trabalho, capacidade de gestão, formação profissional e continuidade administrativa.

O primeiro desafio foi a institucionalização da humanização. A PNH apresentou dispositivos concretos, como acolhimento, cogestão, clínica ampliada, ambiência, visita aberta e grupos de trabalho. Contudo, sua aplicação poderia ser limitada quando tratada como atividade complementar, campanha temporária ou responsabilidade exclusiva de comissões específicas. A análise indicou que a humanização somente se consolidou quando incorporada ao planejamento, aos fluxos assistenciais, às metas institucionais e às rotinas de avaliação.

O segundo desafio esteve relacionado às condições de trabalho. A valorização dos profissionais apareceu como princípio essencial, uma vez que sobrecarga, vínculos precários, equipes insuficientes, ausência de educação permanente e ambientes inadequados interferiram na comunicação e na capacidade de acolhimento. Portanto, responsabilizar exclusivamente os trabalhadores pela

desumanização poderia ocultar fatores organizacionais e estruturais que condicionaram suas práticas.

O terceiro desafio foi a efetividade do controle social. Conselhos, conferências e ouvidorias constituíram importantes mecanismos democráticos, mas sua capacidade de produzir mudanças dependeu da qualidade das informações recebidas, da formação de seus participantes, da autonomia diante dos gestores e do acompanhamento das deliberações. A participação sem devolutiva institucional poderia gerar descrédito e enfraquecer o envolvimento da sociedade.

O quarto desafio consistiu na integração das redes. A PNAB, a PNHOSP, o Decreto nº 7.508/2011 e a PNAES reconheceram a necessidade de articulação entre atenção básica, serviços especializados e hospitais. Entretanto, a fragmentação dos fluxos, as dificuldades de regulação e a comunicação insuficiente entre os pontos de atenção poderiam comprometer a continuidade e obrigar os usuários a percorrer repetidamente os serviços em busca de respostas.

O quinto desafio foi transformar informações em melhoria da qualidade. Ouvidorias, notificações de eventos adversos, avaliações do PNASS, relatórios de gestão e deliberações dos conselhos produziram informações relevantes. Todavia, o simples registro dos problemas não garantiu sua solução. Foi necessária a criação de fluxos de análise, definição de responsáveis, estabelecimento de prazos e avaliação das medidas corretivas.

Perspectivas para o Fortalecimento da Qualidade dos Serviços

Os documentos analisados apontaram como primeira perspectiva o fortalecimento da cogestão. A participação de usuários e trabalhadores nos colegiados e nos processos de planejamento poderia ampliar a identificação de problemas e tornar as decisões mais compatíveis com a realidade dos serviços. Essa participação, entretanto, deveria estar acompanhada de acesso à informação, capacidade deliberativa e acompanhamento dos resultados.

A segunda perspectiva consistiu na integração entre ouvidorias, conselhos, Núcleos de Segurança do Paciente, Grupos de Trabalho de Humanização e setores de planejamento. A comunicação entre essas instâncias poderia evitar que reclamações, eventos adversos e propostas de melhoria permanecessem fragmentados em diferentes setores institucionais.

A terceira perspectiva foi o desenvolvimento de indicadores capazes de combinar dimensões técnicas e relacionais. Tempo de espera, continuidade do cuidado, eventos adversos, resolutividade, satisfação, respeito aos direitos, participação dos usuários e condições de trabalho deveriam ser analisados de forma integrada. Essa abordagem permitiria superar avaliações limitadas à produtividade ou ao número de procedimentos realizados.

A quarta perspectiva relacionou-se à educação permanente. A formação de trabalhadores, gestores, conselheiros e usuários foi apresentada como estratégia para modificar práticas, desenvolver capacidades de análise e fortalecer a corresponsabilidade. As ações educativas deveriam partir dos problemas concretos dos serviços e não se restringir à transmissão eventual de conteúdos.

Por fim, a análise evidenciou que a humanização, o controle social e a qualidade dos serviços compartilharam um mesmo fundamento: o reconhecimento dos usuários como sujeitos de direitos. A humanização qualificou as relações e os processos de cuidado; o controle social democratizou a gestão e possibilitou a fiscalização; e os instrumentos de segurança e avaliação permitiram acompanhar riscos, resultados e oportunidades de melhoria.

Desse modo, os resultados demonstraram que o Brasil construiu um conjunto normativo e institucional consistente para orientar serviços mais seguros, participativos, resolutivos e humanizados. O principal desafio não esteve na ausência absoluta de normas, mas na capacidade de transformar seus princípios em práticas permanentes, financiadas, monitoradas e incorporadas à cultura organizacional do SUS.

CONCLUSÃO

A investigação permitiu concluir que a pergunta de pesquisa foi respondida, uma vez que a análise documental demonstrou que o controle social e a humanização foram incorporados ao ordenamento institucional do SUS como dimensões complementares da qualidade. Os documentos examinados revelaram que essa articulação ocorreu por meio da valorização da participação dos usuários, da escuta das demandas coletivas, da democratização dos processos decisórios e da adoção de práticas orientadas pela dignidade, pela corresponsabilidade e pela defesa de direitos.

Os objetivos propostos também foram alcançados. Foi possível identificar os fundamentos normativos que sustentaram a

humanização e o controle social, examinar os mecanismos previstos para sua implementação e reconhecer os principais obstáculos que dificultaram sua concretização. A análise ainda possibilitou compreender que a participação social adquiriu maior relevância quando vinculada à capacidade de influenciar decisões, fiscalizar a gestão e produzir respostas institucionais, enquanto a humanização ganhou consistência quando deixou de ser associada somente à postura individual dos profissionais e passou a envolver mudanças organizacionais, relacionais e políticas.

Entretanto, o estudo também permitiu formular uma crítica importante. O SUS apresentou um conjunto extenso de normas, programas e orientações, mas essa densidade documental nem sempre foi acompanhada por mecanismos equivalentes de execução, responsabilização e avaliação. Em muitos contextos, a linguagem da humanização correu o risco de ser utilizada de forma genérica, sem alterar relações de poder, rotinas excludentes ou condições inadequadas de trabalho. Da mesma forma, o controle social pôde ser reduzido a uma formalidade institucional quando as manifestações dos usuários não produziram efeitos verificáveis sobre o planejamento, o orçamento e a organização dos serviços.

Essa constatação indicou que o principal desafio não esteve apenas em ampliar normas ou criar novos dispositivos, mas em assegurar que as estruturas existentes funcionassem com autonomia, continuidade e capacidade de transformação. A humanização exigiu compromisso político e organizacional, e não apenas sensibilização profissional. O controle social, por sua vez, dependeu de acesso à informação, formação crítica, transparência e devolutiva pública sobre as decisões tomadas.

Concluiu-se, portanto, que a consolidação de serviços de saúde de qualidade dependerá menos da produção de novas declarações formais e mais da capacidade do SUS de transformar direitos reconhecidos em experiências concretas, monitoráveis e socialmente compartilhadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Anvisa, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Carta dos direitos e deveres da pessoa usuária da saúde.** Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS.** Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 40 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_educacao_permanente_controle_social.pdf. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012.** Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos->

[normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-453.pdf/view](https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-453.pdf/view). Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 553, de 9 de agosto de 2017**. Aprova a atualização da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2017/resolucao-no-553.pdf/view>. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 554, de 15 de setembro de 2017**. Aprova as diretrizes para estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2017/resolucao-no-554.pdf/view>. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 715, de 20 de julho de 2023**. Dispõe sobre as orientações estratégicas para o Plano Plurianual e para o Plano Nacional de Saúde provenientes da 17ª Conferência Nacional de Saúde e sobre as prioridades para as ações e os serviços públicos de saúde. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2023/resolucao-no-715.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente em ações e serviços públicos de saúde e estabelece normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. **Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011.** Regula o acesso a informações previsto na Constituição Federal e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. **Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017.** Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública. Brasília, DF: Presidência da República, 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13460.htm. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 40 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2024–2027.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento/pns/plano-nacional-de-saude-pns-2024-2027/view>. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023**. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1604_20_10_2023.html. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 28, de 8 de janeiro de 2015.** Reformula o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0028_08_01_2015.html. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde: PNAASS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 64 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/programacao-regulacao-controle-e->

[financiamento-da-mac/publicacoes/caderno-pnass-2015.pdf/view](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno-pnass-2015.pdf/view).

Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>. Acesso em:

16 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório anual de gestão 2024**.

Versão revisada em 30 jul. 2025. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. 165 p. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_anual_gestao_2024.pdf. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de gestão OuvSUS 2024**.

Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/canais-de-atendimento/ouvsus/ouvidoria-em-numeros/relatorios-de-gestao/relatorio-de-gestao-ouvsus-2024.pdf/view>. Acesso em: 16 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: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. 6. reimp. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 32 p.

Disponível

em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_reimp.pdf.

Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Grupo de Trabalho de Humanização**. 2. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

Disponível

em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/grupo_trabalho.pdf.

Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Visita aberta e direito a acompanhante**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 32 p.

Disponível

em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_visita_aberta.pdf. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 54 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Monitoramento e avaliação na Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção e Gestão do SUS: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 48 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06_0902_M.pdf. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **HumanizaSUS na Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 40 p. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_atencao_basica.pdf. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS: ParticipaSUS**. 2. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 44 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. 20 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em: 16 jul. 2026.

CELLARD, André. A análise documental. In: POUPART, Jean et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. p. 295–316.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos de; GUINDANI, Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 1–15, jul. 2009. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351>. Acesso em: 16 jul. 2026.

¹ Estudante de Enfermagem.

² Licenciatura em Letras - Língua Portuguesa (UEA), Especialista em Metodologia de Ensino de Língua Portuguesa e Literatura (UNIASSELVI). Estudante de Medicina (AFYA). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

³ Enfermeira do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Samu. Mestre em Enfermagem. Pós-graduada em Urgência e Emergência, Terapia Intensiva e Saúde da Família.

⁴ Bacharel em Serviço Social (UNIP). Especialista em Serviço Social e Políticas Públicas (UNINOVE), Especialista em Serviço Social e Saúde Coletiva (UNOPAR).

⁵ Fisioterapeuta especialista em Pilates; Graduanda de Enfermagem ambos pela Universidade Nilton Lins

⁶ Especialista em Gestão Aplicada à Segurança (UEA), Especialista em Direito Militar (NILTON LINS); Graduado em Direito (ESBAM), Graduado em Ciências Militares e Segurança Pública (UEA) E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁷ Doutora em Saúde Pública, Mestre em Segurança Pública, cidadania e direitos humanos.