

Estudos Interdisciplinares em Ciências da Saúde

Volume 20



Periodicojs
EDITORA ACADÊMICA

Equipe Editorial

Abas Rezaey

Izabel Ferreira de Miranda

Ana Maria Brandão

Leides Barroso Azevedo Moura

Fernando Ribeiro Bessa

Luiz Fernando Bessa

Filipe Lins dos Santos

Manuel Carlos Silva

Flor de María Sánchez Aguirre

Renísia Cristina Garcia Filice

Isabel Menacho Vargas

Rosana Boullosa

Projeto Gráfico, editoração e capa

Editora Acadêmica Periodicojs

Idioma

Português

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

E82 Estudos Interdisciplinares em Ciências da Saúde - volume 20. / Filipe Lins dos Santos.
(Editor) – João Pessoa: Periodicojs editora, 2025.

E-book: il. color.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-6010-199-9

1. Estudos interdisciplinares. 2. Ciências da Saúde. I. Santos, Filipe Lins dos. II. Título.

CDD 610

Elaborada por Dayse de França Barbosa CRB 15-553

Índice para catálogo sistemático:

Índices para catálogo sistemático:

1. Ciências da Saúde: estudos 610

Obra sem financiamento de órgão público ou privado

Os trabalhos publicados foram submetidos a revisão e avaliação por pares (duplo cego), com respectivas cartas de aceite no sistema da editora.

A obra é fruto de estudos e pesquisas da seção de Estudos Interdisciplinares em Ciências das Saúde da Coleção de livros Estudos Avançados em Saúde e Natureza



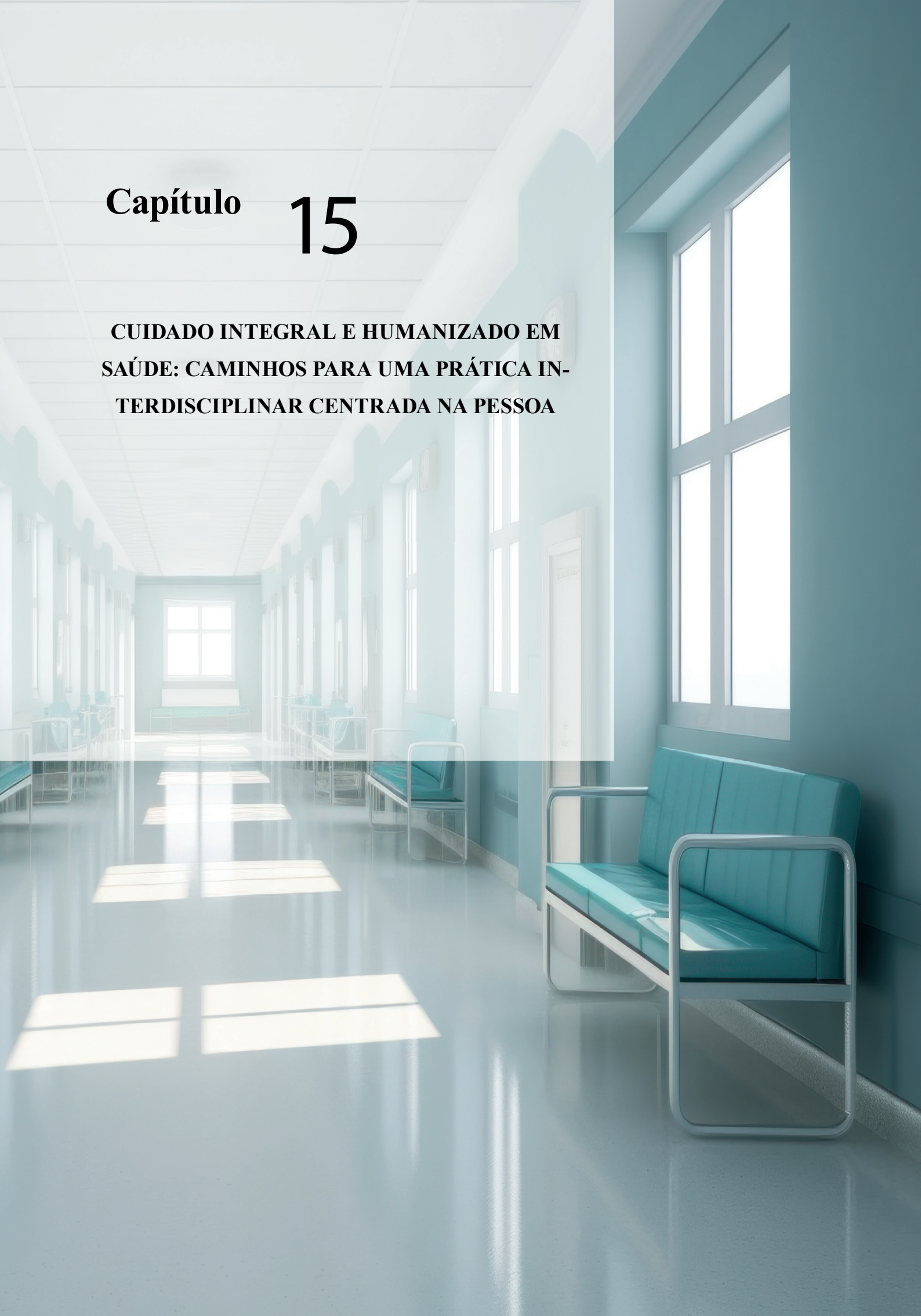
**Filipe Lins dos Santos
Presidente e Editor Sênior da Periodicojs**

CNPJ: 39.865.437/0001-23

Rua Josias Lopes Braga, n. 437, Bancários, João Pessoa - PB - Brasil
website: www.periodicojs.com.br
instagram: @periodicojs

Capítulo 15

**CUIDADO INTEGRAL E HUMANIZADO EM
SAÚDE: CAMINHOS PARA UMA PRÁTICA IN-
TERDISCIPLINAR CENTRADA NA PESSOA**



CUIDADO INTEGRAL E HUMANIZADO EM SAÚDE: CAMINHOS PARA UMA PRÁTICA INTERDISCIPLINAR CENTRADA NA PESSOA

COMPREHENSIVE AND HUMANIZED HEALTHCARE: PATHWAYS TO AN INTERDISCIPLINARY PRACTICE CENTERED ON THE PERSON

Helenitta Melo da Silva Alves¹

Betânia Marta Alves Ferreira²

Francisca Carla da Silva Mendonça³

Edilson Rocha⁴

Cláudia Gonçalves Prado⁵

Neide Moreira de Souza⁶

Norma Alves do Espírito Santo⁷

André Luís Fernandes⁸

Doralice Benites⁹

Paulo Henrique Souto Pereira¹⁰

1 Mestranda do Programa de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador/Universidade Federal de Uberlândia. Graduada em Enfermagem pela UNIPAC. Pós-graduada em UTI e Urgência e Emergência pela UNIASSELVI e Instituto Passo 1 de Ensino.

2 Pós graduação Docência dos cursos médio, técnico e superior.

3 Graduação em Enfermagem, especialista em neonatologia e pediatria, mestra em saúde da família.

4 Gestão pública e patrimonial.

5 Enfermeira, especialista em UTI, e emergência e urgência.

6 Doutoranda em Saúde Pública. Pós-Graduação em UTI com Ênfase em Urgência e Emergência, Gestão da Saúde, Urgência e Emergência em Enfermagem, Enfermagem do Trabalho

7 Enfermeira especialista em saúde da mulher.

8 Técnico em enfermagem; Superior tecnólogo em Gestão Pública; Pós Graduação Latus Sensu - Saúde do Idoso e as Dimensões do Envelhecimento.

9 Enfermeira. Especialista em Nefrologia

10 Enfermeiro, especialista em Gestão de Programas de Saúde da Família, Mestre em Ciências da Saúde pela USP de Ribeirão Preto.



Gelia Cristina Farias de Sousa¹¹

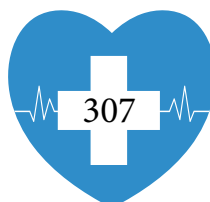
Maria Carolina Salustino dos Santos¹²

Resumo: O capítulo aborda o cuidado integral e humanizado em saúde, destacando a necessidade de reconhecer a pessoa em sua totalidade e não apenas a partir de sua condição clínica. A integralidade considera as dimensões biológica, psicológica, social e espiritual, valorizando as necessidades, experiências, valores, autonomia e dignidade de cada indivíduo. A humanização é apresentada como parte essencial da qualidade da assistência, envolvendo empatia, respeito, comunicação, acolhimento, participação e corresponsabilidade entre usuários e profissionais. Nesse contexto, a interdisciplinaridade assume papel fundamental, pois a complexidade das necessidades de saúde exige a articulação entre diferentes saberes e profissões. Mais do que reunir profissionais, o trabalho interdisciplinar pressupõe comunicação, compartilhamento de informações, definição conjunta de objetivos e integração das decisões, contribuindo para reduzir a fragmentação e favorecer a continuidade do cuidado. O capítulo também evidencia que a humanização não depende exclusivamente da postura individual dos profissionais, sendo influenciada por condições estruturais, organizacionais e de gestão, como recursos adequados, dimensionamento das equipes, organização dos processos e comunicação efetiva. Entre os desafios estão a sobrecarga dos serviços, a fragmentação das práticas, as dificuldades de comunicação e a necessidade de fortalecer a formação profissional para competências relacionais e trabalho em equipe. Conclui-se que uma prática verdadeiramente centrada na pessoa requer a integração entre ciência, tecnologia, técnica e relações humanas, promovendo um cuidado mais qualificado, ético, digno e participativo.

Palavras-chave: Cuidado integral; Humanização em saúde; Interdisciplinaridade; Centralidade da pessoa; Autonomia; Dignidade; Trabalho em equipe.

11 Enfermeira. Especialista em urgência, emergência e Unidade de Terapia Intensiva.

12 Professora da Excelência Consultoria. Doutoranda em Enfermagem. Mestre em Enfermagem.



Abstract: This chapter addresses comprehensive and humanized healthcare, highlighting the need to recognize the person in their entirety and not just from their clinical condition. Comprehensiveness considers the biological, psychological, social, and spiritual dimensions, valuing the needs, experiences, values, autonomy, and dignity of each individual. Humanization is presented as an essential part of the quality of care, involving empathy, respect, communication, acceptance, participation, and co-responsibility between users and professionals. In this context, interdisciplinarity plays a fundamental role, as the complexity of health needs demands the articulation between different areas of knowledge and professions. More than just bringing professionals together, interdisciplinary work presupposes communication, information sharing, joint definition of objectives, and integration of decisions, contributing to reducing fragmentation and promoting continuity of care. The chapter also shows that humanization does not depend exclusively on the individual posture of professionals, being influenced by structural, organizational, and management conditions, such as adequate resources, team size, process organization, and effective communication. Among the challenges are the overload of services, the fragmentation of practices, communication difficulties, and the need to strengthen professional training for relational skills and teamwork. It is concluded that a truly person-centered practice requires the integration of science, technology, technique, and human relations, promoting more qualified, ethical, dignified, and participatory care.

Keywords: Comprehensive care; Humanization in health; Interdisciplinarity; Person-centeredness; Autonomy; Dignity; Teamwork.

Introdução

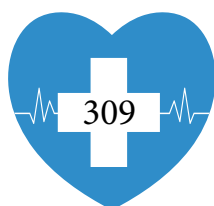
Cuidar em saúde é uma prática que se realiza no encontro entre conhecimentos técnico-científicos e necessidades humanas. Embora os avanços científicos e tecnológicos tenham transformado profundamente a capacidade de diagnosticar, tratar e acompanhar diferentes condições de saúde, a



complexidade do cuidado não pode ser compreendida exclusivamente a partir daquilo que acontece com o organismo. A pessoa que adoece permanece inserida em uma história, em relações familiares e sociais, possui valores, expectativas, crenças, receios e projetos de vida que continuam existindo durante todo o processo assistencial. Reconhecer essa condição constitui um dos fundamentos para pensar práticas de saúde verdadeiramente integrais.

Nas últimas décadas, a crescente especialização das profissões e a incorporação de tecnologias contribuíram significativamente para a qualificação da assistência. Ao mesmo tempo, esse processo tornou mais evidente um desafio histórico: quanto maior a especialização do conhecimento, maior pode ser o risco de fragmentação da pessoa em partes, problemas ou necessidades pertencentes a diferentes campos profissionais. O sujeito passa por diversos setores, é avaliado por múltiplos especialistas e recebe diferentes intervenções, mas nem sempre percebe continuidade ou unidade entre elas. A presença de muitos profissionais, portanto, não significa necessariamente que exista cuidado integral.

No contexto brasileiro, a humanização do cuidado encontra importante sustentação na Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do Sistema Único de Saúde (PNH), desenvolvida pelo Ministério da Saúde a partir de 2003 com a proposta de inserir a humanização de maneira transversal nas diferentes práticas, programas e instâncias do SUS. A PNH parte da compreensão de que qualificar a assistência exige transformar não apenas as relações estabelecidas entre profissionais e usuários, mas também os modos de organização e gestão do trabalho em saúde, valorizando a autonomia, o protagonismo e a corresponsabilidade dos diferentes sujeitos envolvidos na produção do cuidado (Brasil, 2004a). Essa perspectiva foi reforçada pela Portaria nº 1.527/GM, de 22 de julho de 2004, ao reconhecer a Política Nacional de Humanização como transversal às políticas, aos programas e às diferentes instâncias de efetivação do SUS, ampliando as ações de humanização para toda a rede de saúde (Brasil, 2004b). Nesse sentido, a humanização aproxima-se diretamente da integralidade e da interdisciplinaridade discutidas neste capítulo, uma vez que pressupõe superar práticas fragmentadas e fortalecer relações de cuidado fundamentadas no acolhimento, na participação dos sujeitos e na



articulação entre atenção e gestão.

É justamente diante dessa tensão que a integralidade adquire relevância. Mais do que reunir diferentes procedimentos, cuidar integralmente pressupõe reconhecer a multidimensionalidade das necessidades humanas e estabelecer conexões entre as respostas produzidas. Núñez-Sánchez, de la Calle Maldonado e Castañera Ribé (2026) compreendem o cuidado integral como uma prática dirigida à totalidade da pessoa, contemplando articuladamente suas dimensões biológica, psicológica, social e espiritual. As autoras destacam ainda o acompanhamento como uma forma relacional de cuidado sustentada pela presença, pela escuta, pela corresponsabilidade e pelo reconhecimento da dignidade da pessoa em situação de vulnerabilidade.

Nessa perspectiva, a humanização deixa de representar um atributo adicional da assistência para integrar sua própria qualidade. Não se trata de escolher entre competência técnica e sensibilidade humana, como se fossem dimensões concorrentes. O desafio consiste justamente em aproximá-las. Procedimentos seguros, protocolos baseados em evidências e tecnologias adequadas permanecem indispensáveis, mas precisam estar inseridos em relações que reconheçam autonomia, singularidade e participação.

Meneses-La-Riva, Suyo-Vega e Fernández-Bedoya (2021) evidenciam que o cuidado humanizado envolve aspectos como empatia, respeito às crenças e costumes, comunicação, competências relacionais, valores humanos e construção de ambientes seguros. Os autores também ressaltam a importância da formação dos profissionais para que essas competências sejam incorporadas às práticas assistenciais. Desse modo, humanizar não significa apenas tratar cordialmente, mas construir formas de cuidar nas quais a pessoa consiga reconhecer-se como participante da própria trajetória assistencial.

A dignidade humana constitui elemento central desse processo. Šip et al. (2023) apontam que sua preservação durante a hospitalização envolve autonomia e reconhecimento das dimensões culturais, sociais e espirituais, exigindo uma abordagem que não reduza o indivíduo à condição clínica que motivou sua internação. Tal compreensão convida os profissionais a interrogarem não



somente aquilo que precisa ser feito para tratar uma doença, mas também como cada intervenção é vivenciada pela pessoa que a recebe.

Esse deslocamento repercute igualmente sobre a compreensão da qualidade assistencial. Al-Jabri, Turunen e Kvist (2021) demonstram que a percepção dos pacientes fornece informações importantes sobre a qualidade do cuidado e envolve aspectos relacionados às experiências com profissionais, comunicação, responsividade e organização assistencial. Dessa maneira, resultados clínicos continuam fundamentais, mas não esgotam aquilo que pode ser considerado um bom cuidado.

A humanização também não pode ser atribuída exclusivamente ao comportamento individual dos trabalhadores. Allande-Cussó et al. (2025) propõem compreendê-la por meio de dimensões relacionais, estruturais e organizacionais, incluindo relações terapêuticas, comunicação, disponibilidade de recursos, adequação das equipes, organização dos processos e colaboração entre diferentes disciplinas. Essa perspectiva amplia consideravelmente o debate, pois demonstra que profissionais precisam encontrar condições concretas para transformar princípios humanizadores em práticas cotidianas.

É nesse cenário que a interdisciplinaridade assume importância particular. As múltiplas necessidades apresentadas pelas pessoas exigem conhecimentos diversos, mas a diversidade profissional somente se converte em integralidade quando existe articulação. Comunicar informações, reconhecer complementaridades, compartilhar objetivos e construir decisões conjuntamente são movimentos necessários para evitar que diferentes intervenções permaneçam isoladas.

Este capítulo parte, portanto, do entendimento de que integralidade, humanização e interdisciplinaridade constituem dimensões interdependentes da produção do cuidado. Ao longo das próximas seções, discute-se como o reconhecimento da pessoa em sua totalidade pode contribuir para práticas mais humanizadas, de que maneira a interdisciplinaridade favorece a integração dos saberes e quais desafios permanecem para transformar esses princípios em experiências concretas nos serviços de saúde.



O cuidado integral para além da dimensão biológica

O ponto de partida para compreender a integralidade consiste em reconhecer que nenhuma doença acontece exclusivamente no corpo. Ainda que determinadas alterações possuam mecanismos biológicos claramente identificáveis, suas repercussões são experimentadas por uma pessoa situada em determinado contexto. O diagnóstico pode modificar relações familiares, capacidade de trabalhar ou estudar, autonomia, percepção de futuro, segurança emocional e diferentes dimensões da vida cotidiana.

Por essa razão, a necessidade clínica apresentada ao profissional constitui apenas uma parte da necessidade de cuidado. Núñez-Sánchez, de la Calle Maldonado e Castañera Ribé (2026) propõem uma compreensão que integra as dimensões biológica, psicológica, social e espiritual, enfatizando que o cuidado não pode se restringir às demandas físicas ou técnicas. Essa perspectiva não significa que todos os profissionais devam responder individualmente a todas essas dimensões. Significa, sobretudo, que precisam ser capazes de reconhecê-las e mobilizar respostas quando necessário.

Esse aspecto permite diferenciar integralidade de totalização. Nenhum profissional detém sozinho todos os conhecimentos necessários para responder à complexidade humana. Pretender que uma única categoria seja responsável por todas as necessidades seria substituir a fragmentação por uma expectativa igualmente problemática. A integralidade torna-se possível justamente pelo reconhecimento dos limites de cada núcleo profissional e pela capacidade de estabelecer conexões entre diferentes saberes.

O cuidado integral também modifica a relação estabelecida com a vulnerabilidade. Em contextos de adoecimento, hospitalização ou dependência, a pessoa pode experimentar perda temporária ou permanente de determinadas capacidades. Entretanto, vulnerabilidade não equivale à ausência de autonomia. Núñez-Sánchez, de la Calle Maldonado e Castañera Ribé (2026) discutem a vulnerabilidade como condição relacionada à própria possibilidade do cuidado e da responsabilidade ética diante do outro. Assim, quanto maior a necessidade de cuidado, maior deve ser a preocupação



em preservar a condição da pessoa como sujeito.

A integralidade, portanto, não depende somente de ampliar o número de intervenções oferecidas. Ela exige modificar o modo como as necessidades são percebidas e conectadas. Uma assistência pode oferecer inúmeros procedimentos e permanecer fragmentada; outra pode mobilizar recursos mais simples, porém articulados em torno daquilo que efetivamente importa para a pessoa. É essa capacidade de conexão que aproxima integralidade e humanização.

Humanização e centralidade da pessoa nas práticas de saúde

A humanização do cuidado exige que a pessoa seja reconhecida para além de sua condição clínica. Isso implica compreender que o atendimento em saúde não acontece apenas por meio de procedimentos, protocolos ou decisões terapêuticas, mas também por relações que podem favorecer segurança, confiança, participação e reconhecimento. Nessa perspectiva, o modo como o cuidado é oferecido importa tanto quanto o conteúdo técnico da intervenção.

Meneses-La-Riva, Suyo-Vega e Fernández-Bedoya (2021) destacam que a humanização envolve relações marcadas por empatia, respeito, comunicação e consideração pelas crenças e costumes dos pacientes. Os autores também enfatizam que a formação profissional precisa incorporar competências relacionais, valores humanos e práticas que favoreçam ambientes seguros e acolhedores. Assim, a humanização não depende apenas da boa intenção do profissional, mas de competências que podem e devem ser desenvolvidas ao longo da formação e da prática.

A centralidade da pessoa pressupõe, ainda, reconhecer sua capacidade de participar das decisões relacionadas ao próprio cuidado. Isso representa uma mudança importante em relação a modelos tradicionalmente paternalistas, nos quais o profissional concentra o conhecimento e a decisão. Allande-Cussó et al. (2025) associam a humanização justamente à transição para modelos mais centrados na pessoa e na família, com maior valorização da autonomia, das preferências e da participação dos usuários.



Essa participação não significa transferir ao usuário responsabilidades que pertencem aos profissionais, mas incluí-lo de forma legítima no processo decisório. Para isso, a comunicação deve ser compreensível, transparente e ajustada às necessidades de cada pessoa. Quando informações são transmitidas de forma excessivamente técnica ou unilateral, cria-se distância; quando há espaço para perguntas, dúvidas e escolhas, o cuidado torna-se mais participativo.

Al-Jabri, Turunen e Kvist (2021) mostram que a percepção dos pacientes sobre a qualidade da assistência inclui experiências relacionadas à comunicação, responsividade dos profissionais e organização do cuidado. Isso reforça a ideia de que a qualidade não pode ser medida apenas a partir de indicadores técnicos. A maneira como a pessoa vivencia o encontro com os profissionais e os serviços também constitui parte relevante do cuidado.

Outro elemento fundamental é a dignidade. Šip et al. (2023) destacam que a preservação da dignidade durante a hospitalização envolve respeito à autonomia e reconhecimento das dimensões culturais, sociais e espirituais da pessoa. Essa visão amplia a humanização ao demonstrar que não basta tratar corretamente uma condição clínica; é necessário garantir que a pessoa permaneça reconhecida como sujeito de direitos, valores e história.

Na prática, preservar a dignidade pode se expressar em atitudes simples, mas decisivas: respeitar a privacidade, explicar procedimentos, solicitar consentimento, oferecer espaço para manifestação de preferências e evitar formas de comunicação que reduzam a pessoa ao diagnóstico ou ao número de um leito. Esses elementos contribuem para transformar a relação assistencial em um espaço de reconhecimento e não apenas de intervenção.

Kvande, Angel e Nielsen (2022), ao discutirem a humanização em ambientes de cuidado intensivo, ressaltam que o desenvolvimento tecnológico precisa ser equilibrado com uma perspectiva holística capaz de reconhecer o paciente e seus familiares em sua totalidade. Esse argumento é importante porque não propõe rejeitar a tecnologia, mas impedir que ela substitua o encontro humano.

Desse modo, humanizar significa integrar competência técnica e competência relacional. Um cuidado seguro, baseado em evidências e tecnologicamente adequado permanece essencial,



mas ganha maior sentido quando é oferecido em uma relação que reconhece a pessoa, considera sua experiência e preserva sua dignidade.

Interdisciplinaridade e integração dos saberes no cuidado

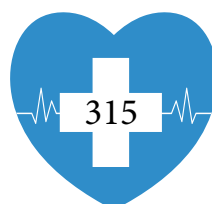
A complexidade das necessidades de saúde torna improvável que uma única profissão consiga responder adequadamente a todas as dimensões envolvidas. É justamente nesse ponto que a interdisciplinaridade se apresenta como elemento fundamental da assistência integral.

A presença de diferentes profissionais em um mesmo serviço não significa, por si só, que exista interdisciplinaridade. Uma equipe pode ser multiprofissional e ainda assim funcionar de maneira fragmentada, com pouca comunicação e decisões paralelas. A interdisciplinaridade exige interação, compartilhamento de informações e construção conjunta de objetivos assistenciais.

Allande-Cussó et al. (2025) destacam que a humanização também depende da criação de uma cultura organizacional de colaboração e trabalho em equipe entre profissionais de diferentes disciplinas. Essa articulação é relacionada à busca por melhores resultados, maior satisfação e maior eficiência clínica.

Essa perspectiva é particularmente importante porque desloca o foco da atuação individual para a qualidade das relações entre os profissionais. Quando a comunicação entre os membros da equipe é insuficiente, aumentam as possibilidades de informações desencontradas, repetição de condutas ou decisões desconectadas. Por outro lado, quando diferentes saberes são integrados, torna-se possível construir uma compreensão mais ampla das necessidades do usuário.

A interdisciplinaridade também favorece a continuidade do cuidado. Para a pessoa que vivencia o adoecimento, sua trajetória não está dividida artificialmente entre setores, categorias profissionais ou níveis assistenciais. Essas divisões pertencem à organização dos serviços, e não à experiência do usuário. Por isso, um cuidado integral precisa reduzir rupturas e criar mecanismos de continuidade entre diferentes pontos da rede.



Essa continuidade depende, entre outros aspectos, de comunicação eficaz entre equipes, compartilhamento de informações relevantes e reconhecimento de responsabilidades ao longo do percurso assistencial. Sem isso, o próprio paciente ou a família podem acabar assumindo a tarefa de conectar diferentes serviços.

O conceito de acompanhamento discutido por Núñez-Sánchez, de la Calle Maldonado e Castañera Ribé (2026) oferece uma contribuição interessante para essa reflexão. As autoras apresentam o acompanhamento como uma prática relacional que valoriza presença, escuta e corresponsabilidade, colocando a pessoa vulnerável no centro do cuidado. Ainda que esse conceito não substitua os mecanismos organizacionais de coordenação assistencial, ele reforça a necessidade de evitar que o usuário se sinta abandonado entre diferentes etapas do cuidado.

A interdisciplinaridade, portanto, não deve ser entendida como mera soma de competências. Ela implica reconhecer que o cuidado se torna mais completo quando os saberes se complementam, as decisões são compartilhadas e os profissionais compreendem como suas intervenções se relacionam com as demais.

Desafios para transformar princípios humanizadores em práticas assistenciais

Apesar do reconhecimento crescente da importância da humanização, existem desafios concretos para sua incorporação cotidiana. Um dos principais é a tendência de atribuir a responsabilidade pela humanização exclusivamente ao comportamento individual dos profissionais.

Allande-Cussó et al. (2025) propõem uma compreensão mais ampla ao destacar que a humanização envolve dimensões relacionais, estruturais e organizacionais. Entre os elementos mencionados estão recursos humanos e materiais adequados, organização dos processos, comunicação, relações terapêuticas e colaboração entre profissionais.

Essa perspectiva demonstra que não basta recomendar empatia e escuta se as condições de trabalho impedem que elas sejam exercidas de forma consistente. Sobrecarga, equipes insuficientes,



fluxos fragmentados e limitações institucionais podem comprometer a qualidade da relação assistencial. Humanizar, portanto, exige também revisar a forma como os serviços estão organizados.

Meneses-La-Riva, Suyo-Vega e Fernández-Bedoya (2021) apontam que a construção do cuidado humanizado depende tanto das competências dos profissionais quanto da existência de condições institucionais capazes de favorecer relações de confiança, comunicação e apoio. Isso significa que a humanização deve ser incorporada à gestão e não tratada apenas como atributo pessoal.

Outro desafio consiste em avaliar os efeitos da humanização de maneira mais ampla. Allande-Cussó et al. (2025) reconhecem que ainda existem lacunas na produção de evidências sobre a relação entre práticas humanizadas e resultados em saúde. Seu estudo foi estruturado justamente para investigar possíveis associações com experiência do paciente, dor, ansiedade, qualidade do sono e eventos adversos.

Essa lacuna é importante porque mostra que a humanização precisa avançar também no campo da avaliação. Além de indicadores clínicos tradicionais, podem ser considerados resultados relacionados à experiência do paciente, autonomia, comunicação, satisfação, continuidade e percepção de dignidade.

Al-Jabri, Turunen e Kvist (2021) reforçam a importância dessa abordagem ao demonstrarem que a percepção dos pacientes constitui uma fonte relevante para a avaliação da qualidade assistencial. Assim, avaliar a assistência apenas pelo olhar dos serviços ou dos profissionais produz uma compreensão incompleta.

Há ainda um desafio relacionado à formação. Se a humanização envolve comunicação, empatia, ética, respeito e trabalho em equipe, essas competências não podem ser consideradas secundárias na formação em saúde. Meneses-La-Riva, Suyo-Vega e Fernández-Bedoya (2021) destacam a necessidade de preparar profissionais para desenvolver habilidades relacionais e valores humanos de forma integrada à competência técnica.

A formação interdisciplinar também pode contribuir para reduzir barreiras entre as profissões. Quando estudantes são formados exclusivamente dentro de seus próprios núcleos, sem oportunidades



de diálogo com outras áreas, pode-se reforçar uma lógica fragmentada que posteriormente se reproduz nos serviços.

Assim, transformar princípios humanizadores em práticas assistenciais depende de uma combinação de fatores: formação adequada, gestão comprometida, recursos suficientes, comunicação entre equipes e modelos de cuidado centrados na pessoa. Nenhum desses elementos isoladamente é suficiente.

Considerações finais

A assistência integral e humanizada representa um modo de compreender o cuidado que ultrapassa os limites da intervenção técnica e reconhece a pessoa em sua totalidade. Essa perspectiva não desvaloriza a ciência, os protocolos ou a tecnologia; ao contrário, propõe que todos esses elementos sejam utilizados de forma articulada com o reconhecimento da dignidade, da autonomia e das necessidades humanas.

A integralidade permite ampliar o olhar sobre o processo saúde-doença, reconhecendo dimensões biológicas, psicológicas, sociais e espirituais. A humanização, por sua vez, orienta a forma como essas necessidades são acolhidas, enquanto a interdisciplinaridade oferece condições para que diferentes conhecimentos se integrem em torno de objetivos comuns.

Os estudos utilizados neste capítulo demonstram que a experiência do paciente, a comunicação, a dignidade, a participação e o trabalho colaborativo constituem dimensões relevantes para a qualidade do cuidado. Al-Jabri, Turunen e Kvist (2021) destacam a importância da percepção dos usuários na avaliação assistencial, enquanto Meneses-La-Riva, Suyo-Vega e Fernández-Bedoya (2021) reforçam o papel das competências relacionais, da empatia e da formação profissional. Kvande, Angel e Nielsen (2022) chamam atenção para a necessidade de equilibrar tecnologia e cuidado holístico, e Šip et al. (2023) colocam a dignidade como fundamento da assistência. Allande-Cussó et al. (2025) ampliam essa discussão ao incluir dimensões estruturais e organizacionais, enquanto Núñez-Sánchez, de la



Calle Maldonado e Castañera Ribé (2026) reforçam o valor do acompanhamento e da atenção à pessoa em sua integralidade.

Nesse conjunto, emerge uma compreensão comum: humanizar não significa apenas ser cordial, mas reorganizar o cuidado para que a pessoa não desapareça diante da doença, do procedimento ou da estrutura institucional. Isso exige reconhecer o usuário como participante, fortalecer o diálogo entre profissões e criar condições organizacionais que permitam relações de cuidado mais qualificadas.

A interdisciplinaridade assume papel decisivo nesse processo porque nenhuma profissão consegue, isoladamente, responder à complexidade das necessidades humanas. Trabalhar de forma integrada não significa perder identidade profissional, mas compreender que a excelência do cuidado depende da capacidade de conectar saberes, responsabilidades e decisões.

Persistem, contudo, desafios importantes. A sobrecarga dos serviços, a fragmentação dos processos, as dificuldades de comunicação e a insuficiência de evidências sobre alguns desfechos mostram que a humanização precisa ser continuamente investigada e incorporada à gestão e à formação.

Conclui-se, portanto, que construir uma prática verdadeiramente centrada na pessoa requer uma mudança que envolve profissionais, equipes, instituições e sistemas de saúde. Cuidar integralmente significa unir ciência e presença, técnica e relação, especialização e diálogo, reconhecendo que a qualidade da assistência não está apenas no que é feito, mas também na forma como o cuidado é construído com cada pessoa.

REFERÊNCIAS

AL-JABRI, Fatma Yaqoob Mohammed; TURUNEN, Hannele; KVIST, Tarja. Patients' perceptions of healthcare quality at hospitals measured by the Revised Humane Caring Scale. *Journal of Patient Experience*, v. 8, p. 1-8, 2021. DOI: 10.1177/23743735211065265.

ALLANDE-CUSSÓ, Regina; MEJÍAS-MARTÍN, Yolanda-Angustias; QUIÑOZ-GALLARDO, María-Dolores; PORCEL-GÁLVEZ, Ana-María. The impact of humanising hospital care on health



outcomes: an observational study protocol. *BMC Nursing*, v. 24, art. 463, 2025. DOI: 10.1186/s12912-025-03105-w.

KVANDE, Monica Evelyn; ANGEL, Sanne; NIELSEN, Anne Højager. Humanizing intensive care: a scoping review (HumanIC). *Nursing Ethics*, v. 29, n. 2, p. 498-510, 2022. DOI: 10.1177/09697330211050998.

MENESES-LA-RIVA, Monica Elisa; SUYO-VEGA, Josefina Amanda; FERNÁNDEZ-BEDOYA, Víctor Hugo. Humanized care from the nurse-patient perspective in a hospital setting: a systematic review of experiences disclosed in Spanish and Portuguese scientific articles. *Frontiers in Public Health*, v. 9, art. 737506, 2021. DOI: 10.3389/fpubh.2021.737506.

NÚÑEZ-SÁNCHEZ, Paula María; DE LA CALLE MALDONADO, Carmen; CASTAÑERA RIBÉ, Cecilia. Comprehensive care and accompaniment: presuppositions, attitudes, and scope. *Frontiers in Psychology*, v. 17, art. 1722294, 2026. DOI: 10.3389/fpsyg.2026.1722294.

ŠIP, Maroš; KUZYŠIN, Bohuslav; SABOLIK, Miroslav; VALČO, Michal. Human dignity in inpatient care: fragments of religious and social grounds. *Religions*, v. 14, n. 6, art. 757, 2023. DOI: 10.3390/rel14060757.

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, 2004a. 20 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.527, de 22 de julho de 2004. Revoga a Portaria nº 881/GM, de 19 de junho de 2001, que institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.



