

**ASSISTÊNCIA INTEGRAL E HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE:
REFLEXÕES SOBRE OS DESFECHOS DO CUIDADO NA PERSPECTIVA
INTERDISCIPLINAR**

**COMPREHENSIVE CARE AND HUMANIZATION IN HEALTH:
REFLECTIONS ON CARE OUTCOMES FROM AN INTERDISCIPLINARY
PERSPECTIVE**

Helenitta Melo da Silva Alves¹

Francisca Carla da Silva Mendonça²

Bianca Dantas Borges³

Glaucilene Soares da Silva⁴

Doralice Benites⁵

Flavia Pereira Laureano⁶

Maria Socorro Batista Paris⁷

Raquel Cristina da Silva Soares Nita⁸

Paulo Henrique Souto Pereira⁹

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

3 Enfermeira Especialista Em Saúde Pública e da Família.

4 Assistente social com pós em serviço social e previdência

5 Enfermeira. Especialista em Nefrologia.

6 Graduação em Enfermagem

7 Tecnólogo Em Estética e Cosmética especialista em Recursos Humano.

8 Graduação em Biomedicina

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



Norma Alves do Espirito Santo¹⁰

André Luís Fernandes¹¹

Betânia Marta Alves Ferreira¹²

Adolfo Fonseca Loureiro¹³

Carmen Regina Teodoro de Lima¹⁴

Resumo: A assistência integral e a humanização constituem dimensões fundamentais para a qualificação do cuidado em saúde, especialmente diante de sistemas assistenciais marcados pela crescente especialização, incorporação tecnológica e fragmentação das práticas profissionais. Este artigo tem como objetivo refletir sobre as relações entre assistência integral, humanização e cuidado interdisciplinar, considerando suas repercussões sobre os desfechos assistenciais e a experiência das pessoas nos serviços de saúde. Trata-se de um artigo reflexivo, fundamentado em produções científicas contemporâneas acerca do cuidado humanizado, da integralidade, da dignidade humana, da atenção centrada na pessoa e das relações estabelecidas entre usuários, familiares e profissionais. A reflexão evidencia que a humanização ultrapassa atitudes individuais de acolhimento e cordialidade, envolvendo dimensões relacionais, éticas, clínicas, estruturais e organizacionais. Nessa perspectiva, a integralidade pressupõe reconhecer a pessoa em suas dimensões biológica, psicológica, social e espiritual, enquanto a interdisciplinaridade favorece a articulação de diferentes saberes e práticas em torno de necessidades compartilhadas de cuidado. Argumenta-se que a convergência desses elementos pode repercutir na qualidade assistencial, na segurança, na autonomia, na satisfação, nas relações terapêuticas e na continuidade do cuidado. Conclui-se que produzir melhores desfechos em

10 Enfermeira especialista em saúde da mulher.

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

12 Pós graduação Docência dos cursos médio, técnico e superior

13 Teólogo, Pós-Graduação em Filosofia do Ensino Religioso.

14 Graduada em serviço social.



saúde requer superar modelos fragmentados e fortalecer práticas interdisciplinares orientadas pela dignidade, pela escuta e pela centralidade da pessoa.

Palavras-chave: Humanização da Assistência. Assistência Integral à Saúde. Relações Interprofissionais. Cuidado Centrado no Paciente. Qualidade da Assistência à Saúde.

Abstract: Comprehensive care and humanization are fundamental dimensions for improving the quality of healthcare, especially in healthcare systems marked by increasing specialization, technological incorporation, and fragmentation of professional practices. This article aims to reflect on the relationships between comprehensive care, humanization, and interdisciplinary care, considering their repercussions on care outcomes and the experience of individuals in health services. This is a reflective article, based on contemporary scientific productions on humanized care, comprehensiveness, human dignity, person-centered care, and the relationships established between users, families, and professionals. The reflection shows that humanization goes beyond individual attitudes of welcoming and cordiality, involving relational, ethical, clinical, structural, and organizational dimensions. From this perspective, comprehensiveness presupposes recognizing the person in their biological, psychological, social, and spiritual dimensions, while interdisciplinarity favors the articulation of different knowledge and practices around shared care needs. It is argued that the convergence of these elements can impact the quality of care, safety, autonomy, satisfaction, therapeutic relationships, and continuity of care. It is concluded that achieving better health outcomes requires overcoming fragmented models and strengthening interdisciplinary practices guided by dignity, listening, and person-centered care.

Keywords: Humanization of Care. Comprehensive Health Care. Interprofessional Relationships. Patient-Centered Care. Quality of Health Care.



Introdução

As transformações científicas e tecnológicas ocorridas nas últimas décadas ampliaram significativamente as possibilidades diagnósticas, terapêuticas e assistenciais dos sistemas de saúde. O desenvolvimento de novas tecnologias, a crescente especialização profissional e o aprimoramento dos recursos destinados ao acompanhamento das condições agudas e crônicas contribuíram para modificar a capacidade de intervenção diante do processo saúde-doença. Entretanto, o avanço técnico não necessariamente assegura que a experiência de cuidado seja integral, humanizada ou centrada nas necessidades da pessoa. Ao contrário, quanto mais complexo se torna o sistema assistencial, maior parece ser o desafio de impedir que o sujeito seja reduzido à doença, ao procedimento ou à necessidade clínica que motivou seu ingresso no serviço.

Essa tensão torna-se particularmente evidente quando se considera que a qualidade da assistência não pode ser avaliada exclusivamente por indicadores técnicos ou pela efetividade dos procedimentos realizados. A experiência das pessoas que utilizam os serviços também constitui uma dimensão relevante da qualidade. Al-Jabri, Turunen e Kvist (2021) destacam que a percepção dos pacientes fornece informações importantes sobre a qualidade global do cuidado, envolvendo experiências com os profissionais, comunicação, capacidade de resposta, organização assistencial e gerenciamento do cuidado. Além disso, quando o cuidado é personalizado e holístico, os pacientes podem apresentar maior satisfação e confiança, assim como maior disposição para seguir o plano terapêutico estabelecido conjuntamente com os profissionais.

No contexto brasileiro, a humanização do cuidado ganhou maior institucionalidade com a criação da Política Nacional de Humanização (PNH), instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, com o propósito de fortalecer práticas assistenciais e de gestão pautadas na valorização dos usuários, trabalhadores e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). Fundamentada em princípios como acolhimento, participação, corresponsabilização, autonomia dos sujeitos e fortalecimento do trabalho em equipe, a PNH propõe a reorganização dos processos de cuidado a partir de uma perspectiva



ética, democrática e centrada nas necessidades das pessoas. Assim, a humanização deixa de ser compreendida como uma ação isolada ou um atributo individual dos profissionais e passa a constituir uma diretriz transversal para a organização das redes de atenção e para a qualificação da assistência em saúde.

Pensar a assistência integral exige, portanto, deslocar o olhar de uma compreensão predominantemente biomédica para uma perspectiva capaz de reconhecer que adoecer produz repercussões que ultrapassam o funcionamento orgânico. A pessoa que necessita de cuidado permanece inserida em uma história, em relações familiares e sociais, em valores, crenças, expectativas e condições concretas de existência. Núñez-Sánchez, de la Calle Maldonado e Castañera Ribé (2026) compreendem o cuidado integral como uma prática direcionada à pessoa em sua totalidade, articulando dimensões biológicas, psicológicas, sociais e espirituais. Nessa concepção, acompanhar e cuidar pressupõem presença, escuta, corresponsabilidade e reconhecimento da dignidade daquele que se encontra em situação de vulnerabilidade.

A dignidade ocupa posição central nessa compreensão ampliada da assistência. Šip et al. (2023) ressaltam que sua preservação durante a hospitalização está relacionada à autonomia, ao reconhecimento das crenças culturais e espirituais e à consideração multidimensional da pessoa. Os autores defendem uma abordagem centrada no paciente e comprometida com suas dimensões biopsicossociais e espirituais, envolvendo profissionais, pacientes e familiares na construção de um ambiente assistencial que proteja a dignidade humana. Assim, humanizar não significa apenas tornar o contato profissional mais cordial, mas reconhecer o sujeito como participante legítimo das decisões relacionadas à própria saúde.

Essa discussão torna-se ainda mais necessária diante do risco de que ambientes altamente especializados e tecnologicamente mediados favoreçam relações assistenciais fragmentadas. Ao analisarem a humanização no contexto da terapia intensiva, Kvande, Angel e Nielsen (2022) identificaram a necessidade de equilibrar o domínio tecnológico com uma compreensão holística da pessoa, incluindo familiares e contexto social. Para as autoras, a humanização não depende



exclusivamente da conduta individual do profissional, mas também se apresenta como uma orientação organizacional capaz de envolver diferentes atores do sistema de saúde.

Desse modo, um dos principais desafios contemporâneos não consiste em rejeitar a tecnologia ou a especialização, mas em impedir que ambas substituam a relação humana que sustenta o cuidado. A tecnologia pode contribuir para melhores resultados clínicos e maior segurança, mas não responde, isoladamente, às necessidades relacionadas ao medo, à autonomia, à compreensão da doença, às relações familiares, às expectativas e aos significados atribuídos ao adoecimento. A humanização emerge justamente da possibilidade de integrar competência técnico-científica e competência relacional, evitando uma falsa oposição entre excelência clínica e sensibilidade diante das necessidades humanas.

Nesse cenário, a interdisciplinaridade assume relevância particular. A complexidade das necessidades apresentadas pelas pessoas dificilmente pode ser contemplada pela atuação isolada de uma categoria profissional. O cuidado integral demanda circulação de informações, comunicação, tomada de decisão compartilhada e reconhecimento da complementaridade dos diferentes núcleos de conhecimento. Essa perspectiva encontra respaldo no estudo de Al-Jabri, Turunen e Kvist (2021), no qual a colaboração interdisciplinar integra as dimensões utilizadas para avaliar a percepção dos pacientes sobre a qualidade do cuidado hospitalar.

Contudo, a simples coexistência de diferentes profissionais em um mesmo serviço não caracteriza necessariamente uma prática interdisciplinar. Quando cada núcleo profissional intervém de maneira paralela e pouco comunicativa, o paciente pode permanecer como ponto de convergência de múltiplas intervenções, mas sem experimentar efetivamente um cuidado integrado. Nessa lógica, a fragmentação dos saberes pode transformar-se em fragmentação da própria experiência assistencial. O desafio reside em fazer com que diferentes conhecimentos dialoguem em torno de um projeto de cuidado compartilhado, no qual necessidades clínicas e subjetivas sejam reconhecidas sem que uma dimensão anule a outra.

A humanização também precisa ser compreendida para além da disposição individual



dos profissionais. Meneses-La-Riva, Suyo-Vega e Fernández-Bedoya (2021) identificam barreiras que dificultam a concretização do cuidado humanizado nos serviços e destacam a importância da formação profissional para o desenvolvimento de comunicação, competências relacionais, valores humanos e ambientes seguros. Os próprios autores chamam atenção para ambientes assistenciais caracterizados por sobrecarga, insuficiência de recursos e desgaste profissional, demonstrando que as condições concretas de trabalho interferem na possibilidade de estabelecer relações humanizadas.

Essa compreensão é reforçada por Allande-Cussó et al. (2025), que situam a humanização simultaneamente nas dimensões relacional, estrutural e organizacional. Para os autores, humanizar implica avançar de um modelo tradicional, predominantemente biomédico e paternalista, para uma assistência centrada na pessoa, capaz de respeitar escolhas e preferências e de envolver pacientes, familiares, profissionais e gestores. Essa mudança amplia a discussão porque demonstra que a responsabilidade pela humanização não pode recair exclusivamente sobre o profissional que está diretamente à beira do leito: depende também de recursos adequados, cargas de trabalho possíveis, gestão comprometida e culturas institucionais orientadas para o cuidado.

A partir dessa perspectiva, integralidade, humanização e interdisciplinaridade podem ser compreendidas como dimensões interdependentes. A integralidade amplia aquilo que precisa ser reconhecido como necessidade; a humanização orienta ética e relacionalmente a maneira como essas necessidades são acolhidas; e a interdisciplinaridade cria possibilidades para que diferentes saberes e competências sejam articulados em respostas assistenciais mais coerentes. Seus efeitos podem alcançar dimensões como qualidade, segurança, acessibilidade, autonomia, satisfação, confiança e fortalecimento das relações terapêuticas, embora a magnitude e a natureza desses desfechos ainda demandem investigação empírica em diferentes contextos. Allande-Cussó et al. (2025), inclusive, destacam a necessidade de ampliar a avaliação do impacto da humanização sobre os resultados em saúde.

Diante dessas considerações, torna-se pertinente problematizar em que medida os modelos assistenciais contemporâneos têm conseguido transformar os princípios da integralidade e da



humanização em práticas concretas de cuidado, especialmente em cenários nos quais diferentes profissionais, serviços e níveis assistenciais participam simultaneamente da trajetória do usuário. Mais do que defender conceitualmente uma assistência humanizada, é necessário compreender quais relações, condições de trabalho, formas de organização e modos de articulação interdisciplinar favorecem sua concretização e como esses elementos podem repercutir sobre a experiência e os resultados do cuidado.

Assim, este artigo tem como objetivo refletir sobre as relações entre assistência integral, humanização e cuidado interdisciplinar, discutindo suas possíveis repercussões sobre os desfechos assistenciais e sobre a experiência das pessoas nos serviços de saúde. A reflexão parte do entendimento de que melhores resultados não dependem exclusivamente da disponibilidade de tecnologias ou da competência isolada de cada profissão, mas também da capacidade dos serviços e das equipes de produzir um cuidado articulado, digno, relacional e efetivamente centrado na pessoa.

Desenvolvimento

Da fragmentação assistencial à integralidade do cuidado

A integralidade do cuidado parte do reconhecimento de que as necessidades de saúde não se apresentam de maneira compartimentalizada. Embora a organização dos serviços e a formação das profissões tenham historicamente produzido campos especializados de conhecimento e intervenção, a experiência do adoecimento permanece integrada à existência da pessoa. Sintomas físicos, sofrimento emocional, relações familiares, condições sociais, valores, crenças, expectativas e capacidade de participar das decisões terapêuticas coexistem e influenciam a maneira como cada indivíduo vivencia seu processo saúde-doença. Nesse sentido, cuidar integralmente exige ultrapassar a lógica segundo a qual a resposta assistencial se encerra quando a necessidade biológica imediata é identificada e tratada.

Essa compreensão encontra sustentação na perspectiva apresentada por Núñez-Sánchez, de



la Calle Maldonado e Castañera Ribé (2026), para quem o cuidado integral se dirige à pessoa em sua totalidade e articula dimensões biológicas, psicológicas, sociais e espirituais. As autoras relacionam essa concepção ao acompanhamento, entendido como prática marcada pela presença, escuta, corresponsabilidade e reconhecimento da dignidade da pessoa em situação de vulnerabilidade. Dessa forma, o cuidado deixa de representar exclusivamente uma intervenção sobre determinada condição clínica e passa a envolver uma resposta relacional e ética às necessidades daquele que necessita ser cuidado.

Essa mudança de perspectiva é particularmente importante porque a fragmentação assistencial não decorre apenas da existência de diferentes especialidades. Ela se manifesta quando os saberes permanecem isolados, quando a comunicação entre profissionais é insuficiente ou quando diferentes intervenções são realizadas sem articulação em torno das necessidades da pessoa. É possível, portanto, que um usuário seja acompanhado por diversos profissionais e, ainda assim, receba uma assistência fragmentada. A quantidade de categorias envolvidas no atendimento não assegura, por si só, a integralidade.

Sob esse prisma, a integralidade precisa ser compreendida menos como a soma de intervenções e mais como a capacidade de estabelecer conexões entre elas. Isso significa reconhecer que diferentes necessidades demandam diferentes competências, mas que essas competências precisam convergir para uma compreensão compartilhada do cuidado. A interdisciplinaridade ganha sentido justamente nesse ponto: não pela dissolução das especificidades profissionais, mas pela possibilidade de construir respostas que ultrapassem os limites de uma única disciplina.

A centralidade da pessoa também modifica a posição tradicionalmente atribuída ao usuário na relação assistencial. Se o cuidado pretende ser integral, aquele que o recebe não pode ocupar exclusivamente o lugar de destinatário das decisões profissionais. Seus conhecimentos sobre a própria vida, preferências, experiências, valores e prioridades precisam integrar o processo decisório. Allande-Cussó et al. (2025) associam a humanização à transição de um modelo tradicional, biomédico e frequentemente paternalista para uma perspectiva centrada na pessoa, que reconheça sua autonomia,



suas escolhas e suas preferências.

A integralidade, portanto, também pressupõe reconhecer a autonomia sem desconsiderar a vulnerabilidade. A condição de adoecimento pode aumentar dependências e produzir inseguranças, mas isso não elimina a capacidade do sujeito de participar do próprio cuidado. Núñez-Sánchez, de la Calle Maldonado e Castañera Ribé (2026) argumentam que a vulnerabilidade não deve ser compreendida simplesmente como deficiência ou incapacidade, mas como uma condição que torna possível e necessária a responsabilidade ética na relação de cuidado. Nessa perspectiva, proteger não significa substituir o outro em suas escolhas, mas oferecer condições para que ele permaneça reconhecido como sujeito mesmo nos momentos de maior fragilidade.

Há, nesse movimento, uma ruptura importante com uma assistência orientada predominantemente pela produtividade e pela padronização. Protocolos, rotinas e tecnologias são indispensáveis para organizar práticas seguras e baseadas em conhecimento científico; contudo, não podem eliminar a singularidade. Núñez-Sánchez, de la Calle Maldonado e Castañera Ribé (2026) alertam para modelos relacionais contemporâneos marcados pela produtividade, fragmentação e aceleração, contrapondo-lhes uma cultura do acompanhamento capaz de recuperar a centralidade da pessoa, da presença e da interdependência humana.

Assim, a integralidade não se contrapõe à excelência técnica. Ao contrário, amplia seu significado. Uma assistência tecnicamente adequada, mas incapaz de reconhecer sofrimento, estabelecer comunicação compreensível, considerar preferências ou articular profissionais e serviços, pode produzir respostas clínicas importantes sem necessariamente constituir uma experiência integral de cuidado. O desafio contemporâneo está em associar precisão técnica, segurança e efetividade à capacidade de reconhecer quem é a pessoa que recebe aquela intervenção e quais necessidades acompanham sua condição clínica.



Humanização como dimensão ética, relacional e organizacional da assistência

A humanização frequentemente é associada à cordialidade, à empatia ou à forma respeitosa de comunicação. Embora esses elementos sejam indispensáveis, restringir o conceito às atitudes interpessoais reduz sua complexidade e pode transferir para cada profissional uma responsabilidade que também pertence às instituições e aos sistemas de saúde. Humanizar envolve relações, mas envolve igualmente condições de trabalho, recursos, organização dos processos assistenciais, participação dos usuários e formas de gestão que possibilitem ou dificultem práticas centradas na pessoa.

Meneses-La-Riva, Suyo-Vega e Fernández-Bedoya (2021) demonstram que pacientes e profissionais reconhecem a necessidade de superar barreiras existentes nos serviços para fortalecer o cuidado humanizado. Entre os elementos enfatizados encontram-se experiências assistenciais empáticas, respeito às crenças e costumes, comunicação, competências relacionais, valores humanos e construção de ambientes seguros. Esses aspectos mostram que a humanização se materializa nas relações cotidianas, especialmente na maneira como o profissional reconhece, escuta e responde às necessidades apresentadas.

A comunicação assume papel decisivo nesse processo. Não se trata apenas de transmitir orientações, mas de criar condições para compreensão, expressão de dúvidas, manifestação de preferências e participação. A linguagem excessivamente técnica, a comunicação verticalizada e a ausência de espaços para escuta podem ampliar a assimetria entre profissionais e usuários. Em sentido contrário, comunicação compreensível e escuta ativa favorecem vínculos de confiança e tornam possível que o paciente participe mais efetivamente das decisões relacionadas ao próprio cuidado.

A humanização também envolve reconhecer a família como parte relevante da experiência de adoecimento, respeitadas as preferências e circunstâncias de cada paciente. Meneses-La-Riva, Suyo-Vega e Fernández-Bedoya (2021) destacam a relação entre paciente, família e profissional como componente do cuidado humanizado, abrangendo informação e apoio emocional, espiritual e educativo, além da promoção do autocuidado e de ambientes seguros. Desse modo, o cuidado deixa



de estar circunscrito ao procedimento e passa a considerar as relações que sustentam a pessoa ao longo de sua trajetória assistencial.

Essa perspectiva também se relaciona diretamente à dignidade. Šip et al. (2023) compreendem a preservação da dignidade durante a hospitalização a partir de uma perspectiva multidimensional, envolvendo autonomia e reconhecimento das dimensões culturais, sociais e espirituais da pessoa. Os autores defendem que profissionais, pacientes e familiares compartilham responsabilidades na construção de um ambiente que preserve a dignidade daquele que necessita de assistência. Assim, a dignidade não deve ser percebida como conceito abstrato, mas como princípio que se expressa concretamente na privacidade, na comunicação, no respeito, na possibilidade de escolha e na maneira como o sujeito é reconhecido durante o cuidado.

Todavia, esperar que profissionais produzam relações humanizadas independentemente das condições em que trabalham seria contraditório. Humanizar também requer condições institucionais para cuidar. Allande-Cussó et al. (2025) organizam essa compreensão em dimensões relacional, estrutural e organizacional. Na dimensão relacional, destacam relações terapêuticas, comunicação empática, confiança, colaboração e participação do paciente; na estrutural, ressaltam recursos humanos e materiais adequados; e, na organizacional, incluem protocolos, trajetórias clínicas e uma cultura de colaboração entre diferentes disciplinas.

Essa formulação é especialmente relevante porque impede que a humanização seja convertida em exigência comportamental isolada dirigida aos trabalhadores. Não basta solicitar que profissionais sejam mais acolhedores quando equipes são insuficientes, a carga de trabalho inviabiliza uma escuta adequada ou os processos organizacionais fragmentam continuamente o cuidado. Nesse contexto, a humanização precisa alcançar também aqueles que cuidam. Condições dignas de trabalho, formação permanente, apoio institucional e relações colaborativas tornam-se parte do próprio projeto de humanização.

Portanto, humanizar significa produzir condições para que a competência técnica seja exercida sem que a pessoa desapareça por trás do diagnóstico, da tecnologia ou das demandas institucionais.



Significa também reconhecer que a qualidade das relações assistenciais depende de decisões que ultrapassam o encontro individual entre profissional e paciente. É nesse sentido que a humanização adquire dimensão ética e política: ela interroga não apenas como o profissional cuida, mas também como os serviços estão organizados para permitir que o cuidado aconteça.

Interdisciplinaridade como possibilidade de integração e continuidade do cuidado

A interdisciplinaridade representa um dos caminhos possíveis para transformar a integralidade de princípio abstrato em prática assistencial. Pessoas com necessidades complexas frequentemente transitam por diferentes profissionais, setores e serviços. Nesse percurso, cada categoria identifica problemas e possibilidades de intervenção a partir de seu campo de conhecimento. Essa diversidade constitui uma potência para o cuidado, desde que seja acompanhada pela comunicação e pela construção compartilhada de objetivos.

É importante, contudo, distinguir a presença de uma equipe multiprofissional da efetivação do trabalho interdisciplinar. A atuação multiprofissional pode permanecer organizada por intervenções paralelas, nas quais cada profissional avalia e conduz aquilo que pertence ao seu campo. A perspectiva interdisciplinar exige um movimento adicional: diálogo entre saberes, reconhecimento de interdependências e construção de decisões que considerem simultaneamente diferentes dimensões das necessidades apresentadas.

Essa articulação não significa eliminar limites ou competências profissionais. Pelo contrário, a interdisciplinaridade depende da existência de conhecimentos específicos, mas exige que eles sejam colocados em relação. O cuidado torna-se mais integrado quando cada profissional compreende não apenas sua própria intervenção, mas também como ela se conecta às decisões e ações dos demais membros da equipe. Dessa maneira, o projeto terapêutico deixa de representar uma sucessão de condutas independentes e passa a constituir uma construção compartilhada.

Allande-Cussó et al. (2025) ressaltam a importância de promover uma cultura de colaboração



e trabalho em equipe entre profissionais de diferentes disciplinas, relacionando essa articulação à busca por melhores resultados, bem-estar dos pacientes, satisfação e eficiência clínica. Os autores também indicam comunicação, empatia e trabalho em equipe como elementos relevantes para experiências positivas dos pacientes e para a qualidade assistencial.

A comunicação entre profissionais torna-se, assim, uma tecnologia fundamental do cuidado interdisciplinar. Quando informações relevantes permanecem restritas a determinadas categorias ou setores, aumenta-se a possibilidade de decisões desconectadas e de experiências assistenciais fragmentadas. Em contrapartida, espaços de discussão clínica, planejamento compartilhado e comunicação estruturada favorecem uma compreensão mais ampla das necessidades e permitem que diferentes intervenções sejam organizadas em torno de objetivos comuns.

A perspectiva interdisciplinar também pode fortalecer a continuidade assistencial. O cuidado não termina necessariamente com a conclusão de um procedimento, a alta de determinado setor ou a transferência para outro serviço. Para a pessoa, o processo saúde-doença mantém continuidade, ainda que administrativamente seja dividido entre unidades, equipes e níveis de atenção. Essa diferença entre a continuidade da experiência do usuário e a fragmentação institucional dos serviços constitui um ponto crítico para a reflexão sobre integralidade.

Sob essa ótica, a continuidade depende de que informações, necessidades, riscos, preferências e planos de cuidado consigam acompanhar a pessoa em seu percurso. Quando isso não ocorre, cabe frequentemente ao próprio usuário ou à família reconstruir a história clínica e estabelecer conexões entre serviços que deveriam funcionar articuladamente. Uma rede assistencial efetivamente humanizada deve procurar reduzir essas rupturas, reconhecendo que transições também constituem momentos do cuidado e não simples deslocamentos administrativos.

O acompanhamento, conforme discutido por Núñez-Sánchez, de la Calle Maldonado e Castañera Ribé (2026), oferece uma chave reflexiva interessante para compreender essa continuidade. As autoras o apresentam como uma lógica relacional que recoloca a pessoa vulnerável no centro e se contrapõe a modelos excessivamente orientados pela doença, eficiência técnica ou padronização.



Embora esse conceito não substitua os mecanismos organizacionais necessários à coordenação assistencial, ele chama atenção para uma dimensão fundamental: continuidade também significa que a pessoa não se perceba abandonada entre diferentes etapas de seu percurso.

Desse modo, a interdisciplinaridade pode funcionar como elo entre integralidade e humanização. Ela permite reconhecer que nenhuma profissão isoladamente responde à totalidade das necessidades humanas e que a qualidade do cuidado depende não somente da excelência de cada intervenção, mas também da qualidade das conexões estabelecidas entre elas.

Assistência integral e humanizada e suas repercussões nos desfechos do cuidado

A discussão sobre humanização ganha maior consistência quando ultrapassa o campo normativo e se aproxima dos resultados produzidos pelo cuidado. Não basta afirmar que humanizar é desejável; é necessário problematizar em que medida dimensões relacionais, estruturais e organizacionais podem repercutir sobre a qualidade, a segurança, a experiência e outros resultados relevantes para pacientes, familiares, profissionais e serviços.

Nesse sentido, a percepção do usuário constitui um indicador importante. Al-Jabri, Turunen e Kvist (2021) demonstram que a avaliação da qualidade pelos pacientes envolve diferentes componentes da experiência assistencial e que suas percepções fornecem informações sobre comunicação, responsividade, relações com os profissionais e gerenciamento do cuidado. As autoras também argumentam que experiências personalizadas e holísticas podem favorecer satisfação, confiança e disposição para seguir o plano terapêutico acordado.

A experiência do paciente, portanto, não deveria ser compreendida como resultado secundário diante dos chamados desfechos clínicos. Sentir-se ouvido, compreender as informações recebidas, confiar na equipe e participar das decisões são componentes relevantes da própria qualidade assistencial. Uma intervenção pode alcançar determinado objetivo clínico e, simultaneamente, produzir uma experiência marcada por insegurança, incompreensão ou perda de autonomia. A perspectiva



humanizada questiona justamente a ideia de que o sucesso do cuidado possa ser avaliado por uma única dimensão.

Meneses-La-Riva, Suyo-Vega e Fernández-Bedoya (2021) associam o cuidado humanizado a indicadores relacionados à qualidade dos processos assistenciais, ambientes seguros, promoção do autocuidado, educação em saúde e sustentabilidade da assistência. Esses achados ampliam a reflexão sobre desfechos ao demonstrar que aspectos relacionais podem se conectar a comportamentos e processos importantes para a continuidade do cuidado.

A autonomia constitui outro resultado relevante. Uma assistência centrada na pessoa precisa produzir condições para que o usuário compreenda, participe e expresse suas prioridades. Humanizar, nessa perspectiva, não significa apenas oferecer conforto emocional, mas também redistribuir possibilidades de participação na relação clínica. A comunicação empática e transparente, a confiança e a colaboração são apontadas no modelo discutido por Allande-Cussó et al. (2025) como elementos que podem favorecer a participação do paciente nas decisões, sua satisfação e os resultados assistenciais.

A segurança também precisa integrar essa análise. A humanização não pode ser colocada em oposição à segurança clínica; ambas precisam coexistir. Comunicação deficiente, baixa participação, relações hierárquicas excessivamente rígidas e falhas de articulação podem limitar a circulação de informações relevantes. Por essa razão, relações mais abertas e colaborativas podem constituir condições favoráveis à identificação de necessidades e riscos, embora seja necessário cautela para não estabelecer relações causais que os estudos disponíveis ainda não demonstraram.

Essa cautela é particularmente importante diante do estudo de Allande-Cussó et al. (2025). Por tratar-se de um protocolo de estudo, suas proposições sobre os efeitos da humanização não devem ser apresentadas como resultados já comprovados. O projeto foi desenvolvido justamente para investigar as relações entre dimensões estruturais, organizacionais e relacionais e diferentes resultados, incluindo experiência do paciente, ansiedade, qualidade do sono, dor e eventos adversos. Portanto, a literatura anexada sustenta a plausibilidade e a relevância de investigar tais relações, mas não autoriza



afirmar que todos esses desfechos já estejam causalmente estabelecidos como consequência direta da humanização.

Essa distinção fortalece, e não enfraquece, a reflexão. Allande-Cussó et al. (2025) reconhecem que ainda existe necessidade de produzir dados objetivos sobre a relação entre humanização e resultados em saúde. Isso demonstra uma lacuna importante: embora exista amplo reconhecimento ético e assistencial da necessidade de humanizar, a mensuração de seus efeitos permanece um campo a ser aprofundado.

Ao mesmo tempo, essa lacuna convida a ampliar aquilo que se entende por desfecho. Se a assistência integral considera a pessoa em suas diferentes dimensões, seus resultados também não deveriam permanecer restritos a indicadores biomédicos. Satisfação, experiência, autonomia, confiança, qualidade da comunicação, continuidade, participação da família, sofrimento emocional e percepção de dignidade podem compor uma avaliação mais abrangente da qualidade do cuidado. Isso não implica relativizar indicadores clínicos tradicionais, mas reconhecer que eles representam apenas parte da experiência assistencial.

Há ainda uma dimensão frequentemente esquecida: os resultados relacionados aos próprios profissionais. Não parece coerente sustentar uma política de humanização dirigida apenas ao paciente enquanto trabalhadores vivenciam ambientes incapazes de oferecer condições adequadas para cuidar. Núñez-Sánchez, de la Calle Maldonado e Castañera Ribé (2026) relacionam a cultura do acompanhamento à necessidade de atenção também ao cuidador, indicando que ambientes baseados em relações mais humanas podem contribuir para enfrentar experiências de isolamento, despersonalização e desgaste emocional. A humanização, portanto, precisa incluir reciprocamente quem recebe e quem produz o cuidado.

Nesse ponto, emerge uma questão fundamental: é possível produzir cuidado verdadeiramente humanizado em estruturas organizacionais que desumanizam o trabalho? A resposta parece exigir que se abandone a compreensão da humanização como atributo exclusivamente individual. Empatia, escuta e respeito são indispensáveis, mas possuem limites quando os processos de trabalho inviabilizam



tempo, continuidade, comunicação e colaboração.

Os próprios modelos contemporâneos de humanização apontam nessa direção ao integrarem dimensões relacionais, estruturais e organizacionais. Allande-Cussó et al. (2025) destacam que recursos humanos e materiais, organização dos fluxos, comunicação e trabalho colaborativo precisam ser considerados conjuntamente. Portanto, melhores desfechos não podem ser atribuídos somente ao comportamento individual dos profissionais, porque são produzidos dentro de sistemas.

A assistência integral e humanizada deve, assim, ser compreendida como uma construção coletiva. Ela depende do encontro entre profissional e usuário, mas também das relações entre os profissionais; da participação das famílias; das condições de trabalho; da organização dos serviços; da articulação entre diferentes pontos assistenciais; e de modelos de gestão que reconheçam o cuidado como processo simultaneamente técnico, relacional e ético.

A reflexão conduz, finalmente, a uma mudança importante na própria pergunta sobre qualidade. Em vez de questionar apenas “o procedimento foi realizado corretamente?”, torna-se necessário perguntar também: as necessidades da pessoa foram compreendidas? Ela participou das decisões? Houve comunicação entre os profissionais? Sua dignidade foi preservada? A família foi considerada quando pertinente? O cuidado teve continuidade? A estrutura ofereceu condições para que os profissionais cuidassem adequadamente?

É nesse conjunto de questões que integralidade, humanização e interdisciplinaridade convergem. A primeira impede que a necessidade humana seja reduzida a uma dimensão; a segunda preserva a centralidade, a dignidade e a participação da pessoa; e a terceira procura articular os diferentes saberes necessários para responder à complexidade encontrada. Mais do que três conceitos independentes, constituem dimensões complementares de um mesmo projeto assistencial: produzir cuidado tecnicamente qualificado sem perder de vista quem é cuidado, quem cuida e as relações que tornam o cuidado possível.



Conclusão

A reflexão desenvolvida permite compreender que a assistência integral, a humanização e a interdisciplinaridade não devem ser tratadas como dimensões paralelas ou complementares do cuidado, mas como elementos profundamente interdependentes. A integralidade amplia o olhar sobre as necessidades da pessoa; a humanização orienta a forma ética, relacional e organizacional como essas necessidades são acolhidas; e a interdisciplinaridade favorece a articulação dos diferentes saberes necessários para responder à complexidade do processo saúde-doença.

Nesse sentido, cuidar de forma integral pressupõe reconhecer que a experiência do adoecimento não se limita ao corpo biológico. Aspectos emocionais, sociais, familiares, culturais e espirituais participam da maneira como a pessoa compreende sua condição, enfrenta o tratamento e estabelece relações com os profissionais e com os serviços de saúde. Essa compreensão encontra respaldo na perspectiva de Núñez-Sánchez, de la Calle Maldonado e Castañera Ribé (2026), que situam o cuidado integral em uma abordagem voltada à totalidade da pessoa, com valorização da presença, da escuta, da corresponsabilidade e do reconhecimento da dignidade humana.

A humanização, por sua vez, mostra-se incompatível com uma compreensão restrita à cordialidade ou à atitude individual do profissional. Embora empatia, respeito, comunicação e vínculo sejam essenciais, a produção de um cuidado verdadeiramente humanizado também depende de condições estruturais e organizacionais capazes de sustentar boas relações assistenciais. Allande-Cussó et al. (2025) reforçam essa perspectiva ao compreenderem a humanização a partir de dimensões relacionais, estruturais e organizacionais, incluindo recursos adequados, organização dos processos e fortalecimento do trabalho colaborativo entre diferentes disciplinas.

Essa compreensão é especialmente importante porque impede que a responsabilidade pela humanização recaia exclusivamente sobre aqueles que se encontram na linha de frente da assistência. Profissionais submetidos a sobrecarga, recursos insuficientes e processos fragmentados encontram limites concretos para estabelecer escuta qualificada, comunicação adequada e acompanhamento



contínuo. Assim, humanizar o cuidado exige também humanizar as condições em que ele é produzido, reconhecendo que a qualidade das relações entre profissionais, usuários e famílias está diretamente vinculada à forma como os serviços são organizados.

Da mesma forma, a interdisciplinaridade emerge como condição importante para superar a fragmentação. A simples presença de diferentes categorias profissionais não garante integração. É necessário que conhecimentos, informações e decisões circulem entre os membros da equipe e sejam organizados em torno de necessidades e objetivos compartilhados. Quando diferentes saberes permanecem isolados, o paciente pode receber múltiplas intervenções sem experimentar, de fato, um cuidado integrado. A colaboração interdisciplinar permite transformar diversidade profissional em complementaridade assistencial.

Tal articulação também possui implicações para a continuidade do cuidado. A trajetória das pessoas pelos serviços de saúde não ocorre de maneira fragmentada do ponto de vista de quem vivencia o adoecimento, embora frequentemente seja dividida entre diferentes setores, especialidades e níveis assistenciais. Por essa razão, um modelo integral e humanizado precisa reduzir rupturas, favorecer comunicação entre equipes e reconhecer as transições como partes constitutivas do próprio processo de cuidar.

No que se refere aos desfechos, os estudos analisados apontam para a relevância de uma compreensão ampliada dos resultados assistenciais. Qualidade não deve ser mensurada exclusivamente por indicadores clínicos tradicionais. Experiência do paciente, satisfação, autonomia, confiança, participação nas decisões, comunicação, continuidade, segurança percebida e preservação da dignidade também compõem resultados importantes do cuidado. Al-Jabri, Turunen e Kvist (2021) demonstram que a percepção do usuário constitui uma fonte relevante para avaliação da qualidade e que experiências personalizadas e holísticas podem favorecer confiança, satisfação e maior disposição para seguir o plano de cuidado.

Entretanto, é necessário manter cautela na interpretação dessas relações. Embora a literatura sustente a relevância da humanização e da integralidade para a qualidade assistencial, nem todos os



desfechos podem ser apresentados como efeitos causalmente comprovados. O protocolo de Allande-Cussó et al. (2025), por exemplo, evidencia justamente a necessidade de aprofundar empiricamente as relações entre humanização e resultados como dor, ansiedade, qualidade do sono, experiência do paciente e eventos adversos. Essa lacuna revela um importante campo para futuras investigações.

Ainda assim, a reflexão evidencia que a qualidade do cuidado não depende apenas de tecnologias, protocolos ou desempenho técnico isolado. Ela também é produzida nas relações, na comunicação, no reconhecimento da singularidade, na capacidade de articular conhecimentos e na existência de estruturas institucionais que permitam cuidar com segurança e dignidade. Meneses-La-Riva, Suyo-Vega e Fernández-Bedoya (2021) reforçam essa compreensão ao destacar a importância da empatia, das competências relacionais, da educação em saúde, da confiança e da formação profissional para a consolidação de práticas humanizadas.

Dessa forma, conclui-se que avançar em direção a melhores desfechos na assistência exige superar modelos fragmentados e excessivamente centrados na doença, fortalecendo práticas que reconheçam a pessoa como sujeito do cuidado e os profissionais como integrantes de uma construção coletiva. Integralidade, humanização e interdisciplinaridade devem atravessar a prática clínica, a formação profissional, a gestão dos serviços e a organização das redes assistenciais.

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 de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

