

HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DAS DIMENSÕES ÉTICA, EMOCIONAL E ORGANIZACIONAL DA PRÁTICA MULTIPROFISSIONAL

Luiz Fernando Ridolfi

Mestre em Intervenção Psicológica no Desenvolvimento e na Educação
Universidad Europea del Atlántico (UNEATLANTICO), Santander, Cantabria, Espanha
<https://orcid.org/0000-0003-4918-0420>

Vitor Augusto Ovani

Mestrando em Gestão dos Cuidados em Saúde
Must University (MUST), Deerfield Beach, Florida, USA

Rachel Evangelista de Oliveira Souza

Especialização em Gestão em Saúde Pública
Faculdade Cristo Rei de Cornélio Procópio (FACCREI-FACED), Cornélio Procópio, Paraná, Brasil
<https://orcid.org/0009-0008-8878-6226>

Nilza Suares da Motta

Tecnóloga em Gestão Hospitalar
Universidade Norte do Paraná (UNOPAR), Londrina, Paraná, Brasil

Pâmela Malheiro Oliveira

Doutora em Ciências Aplicadas a Saúde do Adulto
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-4392-4708>

Maria Celeste Dias Lima

Mestra em Administração
Universidade da Amazônia (UNAMA), Belém, Pará, Brasil
<https://orcid.org/0009-0009-1953-6714>

Márcia Ferreira de Menezes

Especialização em Fisioterapia Respiratória
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-5586-6328>

Vânia Gomes de Meira Freitas Gomes

Mestra em Gestão dos Cuidados em Saúde
Must University (MUST), Deerfield Beach, Florida, USA
<https://orcid.org/0009-0005-0418-6273>

Resumo: Analisar as evidências científicas acerca das dimensões ética, emocional e organizacional que permeiam a humanização do cuidado em serviços de saúde, identificando seus principais desafios, potencialidades e implicações para a prática multiprofissional e para a gestão dos sistemas de saúde. Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, conduzida conforme as etapas propostas por Mendes, Silveira e Galvão e orientada pelas recomendações do PRISMA 2020 para transparência do processo de seleção dos estudos. As buscas foram realizadas nas bases SciELO, PubMed/MEDLINE e Google Scholar, utilizando descritores controlados e palavras-chave relacionadas à humanização do cuidado, Política Nacional de Humanização, equipe multiprofissional e serviços de saúde, combinados por operadores booleanos. Foram incluídos estudos publicados entre 2022 e 2025, disponíveis na íntegra, em português e inglês, que abordassem a temática sob perspectivas ética, emocional e/ou organizacional. Os 94 estudos selecionados foram submetidos à leitura integral, extração padronizada dos dados e síntese temática. As evidências demonstram que a humanização do cuidado constitui um processo multidimensional que transcende práticas de acolhimento e cordialidade, envolvendo a valorização da autonomia do paciente, a comunicação qualificada, o fortalecimento do vínculo terapêutico, o suporte emocional aos usuários e profissionais e a organização dos processos de trabalho. Foram identificados como principais obstáculos a sobrecarga laboral, a insuficiência de recursos humanos e materiais, a fragmentação da assistência, a precarização das relações de trabalho e as limitações na formação humanística dos profissionais. Em contrapartida, destacaram-se como fatores promotores da humanização a atuação colaborativa das equipes multiprofissionais, a gestão participativa, a educação permanente em saúde, o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e a implementação efetiva das diretrizes da Política Nacional de Humanização. A humanização do cuidado configura-se como estratégia essencial para a qualificação da assistência, para o fortalecimento da integralidade do cuidado e para a sustentabilidade dos sistemas de saúde. Sua efetivação requer mudanças estruturais, organizacionais e formativas, articulando políticas públicas, gestão institucional e desenvolvimento de competências éticas, relacionais e interprofissionais. Os resultados oferecem subsídios para o aprimoramento das práticas assistenciais, da gestão em saúde e da formulação de políticas voltadas à consolidação de uma cultura organizacional centrada na pessoa e orientada pelos princípios do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Humanização da Assistência; Serviços de Saúde; Equipe Multiprofissional; Política Nacional de Humanização; Atenção Integral à Saúde; Gestão em Saúde.

*HUMANIZATION OF CARE IN HEALTH CARE SERVICES: AN INTEGRATIVE
REVIEW OF THE ETHICAL, EMOTIONAL, AND ORGANIZATIONAL DIMENSIONS
OF MULTIPROFESSIONAL PRACTICE*

Abstract: To analyze the scientific evidence regarding the ethical, emotional, and organizational dimensions that underpin the humanization of care in health services, identifying its main challenges, potential, and implications for multiprofessional practice and the management of health systems. An integrative literature review was conducted, following the steps proposed by Mendes, Silveira, and Galvão and guided by the PRISMA 2020 recommendations for transparency in the study selection process. Searches were conducted in the SciELO, PubMed/MEDLINE, and Google Scholar databases, using controlled descriptors and keywords related to the humanization of care, the National Humanization Policy, multidisciplinary teams, and health services, combined using Boolean operators. Studies published between 2022 and 2025, available in full text in Portuguese and English, that addressed the topic from ethical, emotional, and/or organizational perspectives were included. The selected 94 studies underwent full-text review, standardized data extraction, and thematic synthesis. The evidence demonstrates that the humanization of care constitutes a multidimensional process that transcends practices of hospitality and cordiality, involving the promotion of patient autonomy, effective communication, the strengthening of the therapeutic bond, emotional support for patients and professionals, and the organization of work processes. The main obstacles identified were work overload, insufficient human and material resources, fragmented care, precarious working conditions, and limitations in the humanistic training of professionals. In contrast, the following factors stood out as promoters of humanization: collaborative work by multidisciplinary teams, participatory management, continuing education in health, the strengthening of Primary Health Care, and the effective implementation of the guidelines of the National Humanization Policy. The humanization of care is an essential strategy for improving the quality of care, strengthening comprehensive care, and ensuring the sustainability of health systems. Its implementation requires structural, organizational, and educational changes, integrating public policies, institutional management, and the development of ethical, relational, and interprofessional competencies. The results provide insights for improving care practices, health management, and the formulation of policies aimed at consolidating a person-centered organizational culture guided by the principles of the Unified Health System.

Keywords: Humanization of Care; Health Services; Multidisciplinary Team; National Humanization Policy; Comprehensive Health Care; Health Management.

HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA DE LAS DIMENSIONES ÉTICAS, EMOCIONALES Y ORGANIZATIVAS DE LA PRÁCTICA MULTIPROFESIONAL

Resumen: Analizar la evidencia científica sobre las dimensiones éticas, emocionales y organizativas que caracterizan la humanización de la atención en los servicios sanitarios, identificando sus principales retos, potencialidades e implicaciones para la práctica multiprofesional y para la gestión de los sistemas sanitarios. Se llevó a cabo una revisión integradora de la literatura, realizada siguiendo las etapas propuestas por Mendes, Silveira y Galvão y guiada por las recomendaciones de PRISMA 2020 para garantizar la transparencia del proceso de selección de los estudios. Las búsquedas se realizaron en las bases de datos SciELO, PubMed/MEDLINE y Google Scholar, utilizando descriptores controlados y palabras clave relacionadas con la humanización de la atención, la Política Nacional de Humanización, el equipo multiprofesional y los servicios sanitarios, combinados mediante operadores booleanos. Se incluyeron estudios publicados entre 2022 y 2025, disponibles en su totalidad, en portugués e inglés, que abordaran la temática desde perspectivas éticas, emocionales y/u organizativas. Los 94 estudios seleccionados se sometieron a una lectura íntegra, a una extracción estandarizada de datos y a una síntesis temática. Las pruebas demuestran que la humanización de la atención constituye un proceso multidimensional que trasciende las prácticas de acogida y cordialidad, e implica la valorización de la autonomía del paciente, la comunicación cualificada, el fortalecimiento del vínculo terapéutico, el apoyo emocional a los usuarios y a los profesionales, y la organización de los procesos de trabajo. Se identificaron como principales obstáculos la sobrecarga laboral, la insuficiencia de recursos humanos y materiales, la fragmentación de la asistencia, la precariedad de las relaciones laborales y las limitaciones en la formación humanística de los profesionales. Por el contrario, se destacaron como factores que favorecen la humanización la actuación colaborativa de los equipos multiprofesionales, la gestión participativa, la formación continua en salud, el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud y la aplicación efectiva de las directrices de la Política Nacional de Humanización. La humanización de la atención se configura como una estrategia esencial para la mejora de la calidad de la asistencia, para el fortalecimiento de la integralidad de la atención y para la sostenibilidad de los sistemas de salud. Su puesta en práctica requiere cambios estructurales, organizativos y formativos, articulando políticas públicas, gestión institucional y desarrollo de competencias éticas, relacionales e interprofesionales. Los resultados aportan elementos para la mejora de las prácticas asistenciales, la gestión sanitaria y la formulación de políticas orientadas a la consolidación de una cultura organizativa centrada en la persona y guiada por los principios del Sistema Único de Salud.

Palabras clave: Humanización de la asistencia; Servicios sanitarios; Equipo multiprofesional; Política Nacional de Humanización; Atención integral a la salud; Gestión sanitaria.

1 Introdução

A humanização do cuidado consolidou-se, nas últimas décadas, como um dos principais referenciais para a qualificação dos sistemas de saúde, ao reconhecer que a assistência deve transcender o modelo biomédico tradicional e incorporar dimensões éticas, emocionais, relacionais, organizacionais e socioculturais inerentes ao processo saúde-doença.

Sob essa perspectiva, o cuidado deixa de ser compreendido exclusivamente como um conjunto de intervenções técnicas voltadas ao tratamento das enfermidades e passa a ser concebido como uma prática centrada na pessoa, fundamentada na dignidade humana, na autonomia dos usuários, na construção compartilhada das decisões terapêuticas e na integralidade da atenção.

Esse movimento encontra respaldo nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (World Health Organization – WHO, 2021; 2023), que reconhece o cuidado centrado na pessoa como elemento estratégico para o fortalecimento dos sistemas universais de saúde. Segundo essas diretrizes, a qualidade assistencial depende não apenas da incorporação de tecnologias diagnósticas e terapêuticas, mas também da capacidade das organizações em promover comunicação qualificada, participação ativa dos usuários, segurança do paciente, valorização dos profissionais e processos organizacionais orientados por princípios éticos e colaborativos.

A literatura internacional reforça essa compreensão ao demonstrar que modelos assistenciais centrados na pessoa favorecem maior adesão aos tratamentos, melhores desfechos clínicos, redução de eventos adversos, fortalecimento do vínculo terapêutico e maior satisfação dos usuários (Mead; Bower, 2000; Epstein; Street, 2011; Barry; Edgman-Levitan, 2012).

Mais recentemente, estudos multicêntricos também têm evidenciado que a humanização do cuidado constitui importante componente da sustentabilidade dos sistemas de saúde, especialmente diante do envelhecimento populacional, da crescente prevalência das doenças crônicas, da expansão da saúde digital e do aumento da complexidade das demandas assistenciais.

No contexto brasileiro, a humanização assumiu posição estratégica com a criação da Política Nacional de Humanização (PNH), instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, posteriormente consolidada como uma das principais diretrizes organizadoras do Sistema Único de Saúde (SUS).

Fundamentada nos princípios da transversalidade, da indissociabilidade entre atenção e gestão e do protagonismo dos sujeitos, a PNH propõe mudanças estruturais nos processos de trabalho, estimulando práticas de acolhimento, cogestão, clínica ampliada, educação permanente e participação social. Nessa perspectiva, a humanização constitui não apenas um princípio ético, mas também uma estratégia de reorganização institucional voltada ao fortalecimento da integralidade da atenção e da qualidade dos serviços.

Diversos referenciais teóricos contribuíram para ampliar essa compreensão. Ayres (2004; 2009) concebe o cuidado como prática ética construída na relação entre sujeitos, fundamentada na valorização da singularidade humana e na produção compartilhada das decisões terapêuticas. Merhy (2002) enfatiza o papel das tecnologias leves, representadas pelo acolhimento, pelo vínculo e pela comunicação, como elementos centrais da produção do cuidado.

Campos (2000; 2007) destaca a importância da cogestão e da democratização das organizações de saúde, enquanto Cecílio (2001; 2011) evidencia que a integralidade depende da articulação entre diferentes profissionais, níveis assistenciais e políticas públicas. Complementarmente, Deslandes (2004; 2006) compreende a humanização como política voltada à democratização das relações institucionais e ao fortalecimento da cidadania no âmbito do SUS.

Embora exista amplo consenso quanto à relevância da humanização do cuidado, observa-se crescimento expressivo da produção científica sobre o tema nos últimos anos, particularmente após a pandemia da Covid-19. Revisões sistemáticas e integrativas recentes concentraram-se em aspectos específicos da humanização, como o acolhimento e a comunicação profissional-usuário, a implementação da Política Nacional de Humanização, a experiência dos pacientes hospitalizados, a segurança do paciente, o cuidado centrado na pessoa, a educação interprofissional e o bem-estar dos trabalhadores da saúde.

Outras investigações analisaram isoladamente fatores organizacionais relacionados à gestão hospitalar, à qualidade assistencial ou às condições de trabalho, enquanto diferentes estudos enfocaram exclusivamente aspectos emocionais, como empatia, vínculo terapêutico, escuta qualificada e apoio psicossocial.

Entretanto, a análise crítica dessa produção evidencia importante fragmentação do conhecimento. A maior parte das revisões disponíveis aborda apenas uma dessas perspectivas de forma isolada, privilegiando ora a dimensão ética do cuidado, ora aspectos emocionais das relações interpessoais ou, ainda, fatores organizacionais relacionados à gestão dos serviços. São escassas as investigações que analisam de maneira integrada como essas três dimensões interagem simultaneamente na produção do cuidado, especialmente no contexto da prática multiprofissional e das diferentes Redes de Atenção à Saúde.

Essa fragmentação limita a compreensão da humanização como fenômeno sistêmico e multidimensional. Ao tratar separadamente componentes éticos, emocionais e organizacionais, parte significativa da literatura reduz a capacidade de explicar como valores, relações interpessoais, processos de trabalho e modelos de gestão influenciam conjuntamente a qualidade da assistência, a segurança do paciente, o bem-estar dos profissionais e a efetividade das políticas públicas de saúde. Consequentemente, permanecem limitadas as evidências capazes de subsidiar modelos integrados para a gestão da humanização nos serviços de saúde.

É precisamente nessa lacuna que se insere o presente estudo.

Diferentemente das revisões anteriormente publicadas, esta investigação propõe uma síntese analítica integrando simultaneamente as dimensões ética, emocional e organizacional da humanização do cuidado, examinando como essas categorias se articulam na prática multiprofissional e influenciam a organização dos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção. Essa abordagem amplia a compreensão do fenômeno ao reunir evidências provenientes de distintos contextos assistenciais, permitindo identificar convergências, desafios, potencialidades e implicações para a gestão, para a formação profissional e para o fortalecimento das políticas públicas.

Além de sintetizar criticamente a literatura nacional e internacional mais recente, esta revisão busca oferecer um referencial analítico integrado que contribua para superar abordagens fragmentadas predominantes na produção científica. Ao reunir evidências produzidas em diferentes países e contextos organizacionais, pretende-se fornecer subsídios para a formulação de estratégias institucionais capazes de fortalecer práticas colaborativas, processos de educação permanente, modelos participativos de gestão e políticas voltadas à consolidação de uma assistência verdadeiramente centrada na pessoa.

Diante desse cenário, o presente estudo busca responder à seguinte questão de pesquisa: quais evidências científicas demonstram como as dimensões ética, emocional e organizacional influenciam, de forma integrada, a humanização do cuidado na prática multiprofissional em serviços de saúde?

Para responder a essa questão, o objetivo geral consiste em analisar criticamente as evidências científicas acerca das dimensões ética, emocional e organizacional da humanização do cuidado na prática multiprofissional. Especificamente, pretende-se identificar os principais referenciais conceituais que fundamentam a humanização; analisar os desafios e as potencialidades observados nos diferentes níveis de atenção à saúde; comparar as evidências produzidas pela literatura nacional e internacional; e discutir as implicações desses achados para a gestão dos serviços, para a formação dos profissionais e para o fortalecimento das políticas públicas orientadas pela integralidade, pela qualidade assistencial e pela centralidade da pessoa.

2 Marco teórico

2.1 Fundamentos conceituais e epistemológicos da humanização do cuidado

A humanização do cuidado constitui um dos fundamentos centrais das transformações ocorridas nas políticas e nas práticas em saúde nas últimas décadas, representando uma mudança paradigmática que desloca o foco da assistência centrada exclusivamente na doença para uma

abordagem orientada pela integralidade, pela dignidade da pessoa humana e pela valorização das relações interpessoais.

Essa perspectiva emerge como resposta às limitações do modelo biomédico tradicional, historicamente caracterizado pela fragmentação do cuidado, pela centralidade da tecnologia e pela objetificação do paciente, aspectos que frequentemente relegam a segundo plano as dimensões subjetivas, sociais, culturais e éticas do processo saúde-doença (Foucault, 1979; Engel, 1977).

O paradigma biomédico, consolidado ao longo do século XX, contribuiu significativamente para os avanços diagnósticos e terapêuticos, porém sua predominância favoreceu uma concepção reducionista da assistência, na qual o indivíduo passou a ser compreendido prioritariamente como portador de alterações biológicas passíveis de intervenção técnica (Engel, 1977).

Em contraposição, o modelo biopsicossocial proposto por Engel (1977) ampliou a compreensão do processo saúde-doença ao reconhecer que fatores biológicos, psicológicos e sociais interagem continuamente na determinação das condições de saúde, estabelecendo as bases epistemológicas para abordagens assistenciais mais integrais e humanizadas.

Sob essa perspectiva, a humanização do cuidado ultrapassa a adoção de práticas isoladas de acolhimento ou cordialidade, configurando-se como um referencial ético-político que orienta a organização dos sistemas de saúde, os processos de trabalho e as relações estabelecidas entre profissionais, usuários, familiares e gestores.

Para Ayres (2004), o cuidado constitui uma categoria filosófica e prática que transcende a execução de procedimentos técnicos, envolvendo o reconhecimento do outro como sujeito de direitos, dotado de história, valores, expectativas e projetos de vida. O autor sustenta que o verdadeiro cuidado somente se concretiza quando o conhecimento científico se articula à sensibilidade ética e ao diálogo, permitindo que as decisões clínicas sejam construídas de forma compartilhada e contextualizada.

Essa compreensão aproxima-se da ética do cuidado desenvolvida por Gilligan (1982), segundo a qual as relações humanas devem ser fundamentadas na responsabilidade, na reciprocidade e na preocupação genuína com o bem-estar do outro. Diferentemente das abordagens normativas centradas exclusivamente em princípios abstratos de justiça, a ética do cuidado enfatiza a importância da empatia, da escuta, da interdependência e da sensibilidade moral como elementos constitutivos das práticas profissionais. Na área da saúde, tais pressupostos reforçam a necessidade de reconhecer o paciente como protagonista do processo terapêutico, valorizando sua autonomia, seus valores culturais e suas escolhas.

Essa perspectiva encontra respaldo na bioética contemporânea, especialmente nos princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça sistematizados por Beauchamp e Childress (2019). Embora originalmente concebidos para orientar a tomada de decisão clínica, esses princípios ampliaram sua influência sobre as políticas públicas de saúde e sobre os processos

organizacionais, contribuindo para consolidar uma compreensão da humanização fundamentada na proteção da dignidade humana, na equidade do acesso e na participação ativa dos usuários nas decisões relacionadas ao cuidado.

No campo da Saúde Coletiva brasileira, a discussão acerca da humanização desenvolveu-se de maneira indissociável da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), concebido pela Constituição Federal de 1988 como política pública universal orientada pelos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade. Segundo Paim (2009), a consolidação do SUS representa uma das mais importantes reformas sociais brasileiras, ao estabelecer a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, deslocando o foco da assistência exclusivamente curativa para uma concepção ampliada de produção da saúde.

Nesse contexto, a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004) consolidou a humanização como eixo estruturante da gestão e da atenção à saúde, propondo mudanças simultâneas nas relações entre trabalhadores, gestores e usuários. Diferentemente de programas voltados apenas à melhoria do atendimento, a PNH compreende a humanização como estratégia de transformação institucional baseada na transversalidade, na participação coletiva, na cogestão, no acolhimento, na clínica ampliada e na corresponsabilização dos sujeitos envolvidos na produção do cuidado (Brasil, 2004).

Sob a ótica da micropolítica do trabalho em saúde, Merhy (2002) argumenta que a qualidade da assistência depende menos da incorporação de equipamentos sofisticados e mais da valorização das chamadas tecnologias leves, constituídas pelas relações interpessoais, pelo diálogo, pelo vínculo e pela construção compartilhada das decisões clínicas. Para o autor, o encontro entre profissional e usuário representa o espaço privilegiado de produção do cuidado, no qual competências técnicas e competências relacionais tornam-se igualmente indispensáveis para a efetividade das ações em saúde.

Assim, Campos (2000; 2007), ao discutir o Método Paideia e os processos de cogestão, amplia essa compreensão ao defender modelos organizacionais capazes de favorecer a autonomia dos trabalhadores, a corresponsabilização das equipes e a democratização das instituições de saúde. Segundo o autor, a humanização depende da criação de ambientes organizacionais participativos, nos quais profissionais, gestores e usuários compartilhem decisões e construam soluções coletivas para os problemas enfrentados no cotidiano dos serviços.

De maneira convergente, Cecílio (2001; 2011) destaca que a integralidade do cuidado exige a articulação entre diferentes profissionais, níveis assistenciais e políticas públicas, superando práticas fragmentadas e excessivamente especializadas. Para o autor, a organização em redes de atenção possibilita responder de forma mais adequada às necessidades complexas da população, favorecendo abordagens interdisciplinares e centradas na pessoa.

A dimensão relacional da humanização também é amplamente discutida por Deslandes (2004; 2006), que compreende a humanização como processo político de democratização das instituições de saúde. Segundo essa autora, humanizar implica reconhecer trabalhadores e usuários como sujeitos ativos da produção do cuidado, fortalecendo espaços de diálogo, participação social, negociação de conflitos e valorização das experiências vividas no cotidiano dos serviços.

No cenário internacional, Mead e Bower (2000) sistematizaram o conceito de cuidado centrado na pessoa em cinco dimensões fundamentais: compreensão biopsicossocial do adoecimento, reconhecimento da pessoa como sujeito singular, compartilhamento de decisões, fortalecimento da relação terapêutica e valorização do contexto social do paciente. Posteriormente, Epstein e Street (2011) demonstraram que modelos assistenciais orientados pelo cuidado centrado na pessoa favorecem melhores desfechos clínicos, maior adesão ao tratamento, redução de eventos adversos e aumento da satisfação dos usuários.

Essas evidências foram reforçadas por Barry e Edgman-Levitan (2012), que defendem o compartilhamento das decisões clínicas como componente essencial da qualidade assistencial, especialmente em contextos caracterizados por elevada complexidade terapêutica. Para esses autores, a participação ativa dos pacientes amplia a segurança clínica, fortalece a confiança nas instituições e promove melhores resultados em saúde.

Nos últimos anos, a Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2021; 2023) passou a reconhecer o cuidado centrado na pessoa como um dos pilares para o fortalecimento dos sistemas universais de saúde, recomendando que governos e instituições desenvolvam estratégias voltadas ao fortalecimento da comunicação, da participação social, da segurança do paciente, da educação permanente e da valorização dos profissionais. Essas recomendações dialogam diretamente com os princípios da Política Nacional de Humanização brasileira, demonstrando a convergência entre as agendas nacional e internacional voltadas à qualificação da assistência.

Entretanto, a literatura contemporânea evidencia que a consolidação da humanização permanece condicionada a desafios estruturais relacionados à insuficiência de recursos, à sobrecarga das equipes, à precarização das relações de trabalho, à fragmentação da assistência e à crescente incorporação de tecnologias digitais nos serviços de saúde.

Nesse cenário, autores como Mol (2008) argumentam que o cuidado não pode ser compreendido apenas como aplicação de protocolos clínicos, mas como prática relacional construída continuamente por meio das interações entre profissionais, usuários, familiares e organizações. Da mesma forma, Tronto (2013) amplia a compreensão da ética do cuidado ao enfatizar que cuidar envolve responsabilidade coletiva, competência técnica, sensibilidade moral e compromisso permanente com a promoção da justiça social.

Assim, os fundamentos conceituais e epistemológicos da humanização do cuidado revelam que essa temática extrapola abordagens estritamente assistenciais, constituindo um campo interdisciplinar que integra contribuições da Saúde Coletiva, da Bioética, da Filosofia, da Sociologia, da Psicologia e das Ciências Organizacionais. Sob essa perspectiva, a humanização deve ser compreendida como um processo dinâmico de construção social, orientado pela valorização da dignidade humana, pela integralidade da atenção, pela participação dos sujeitos e pela democratização das relações institucionais.

Esses fundamentos sustentam a análise das dimensões ética, emocional e organizacional do cuidado e oferecem o referencial teórico necessário para compreender os desafios contemporâneos enfrentados pelos sistemas de saúde na consolidação de práticas assistenciais verdadeiramente centradas na pessoa.

2.2 Humanização do cuidado na prática multiprofissional e no Sistema Único de Saúde

A consolidação da humanização do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS) representa um dos maiores desafios e, simultaneamente, uma das mais relevantes conquistas da política pública brasileira de saúde. Desde sua instituição pela Constituição Federal de 1988, o SUS passou a incorporar uma concepção ampliada de saúde fundamentada nos princípios da universalidade, da integralidade, da equidade, da descentralização e da participação social, rompendo com modelos assistenciais excludentes e centrados exclusivamente na doença (Brasil, 1988).

Essa mudança paradigmática conferiu à humanização um papel estruturante na organização dos serviços de saúde, ao reconhecer que a produção do cuidado depende da articulação entre competência técnica, compromisso ético, participação social e gestão democrática.

Segundo Paim (2009), a criação do SUS representou uma transformação histórica na organização da saúde pública brasileira ao estabelecer o cuidado como direito social e responsabilidade do Estado. Entretanto, a consolidação desse direito exige que as ações assistenciais transcendam a oferta de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, incorporando práticas capazes de reconhecer os usuários como sujeitos de direitos, portadores de necessidades singulares e participantes ativos das decisões relacionadas ao próprio cuidado. Nessa perspectiva, a humanização deixa de ser compreendida como atributo individual dos profissionais para assumir a condição de política institucional voltada à reorganização das práticas assistenciais e dos processos de gestão.

Essa compreensão foi fortalecida pela Política Nacional de Humanização (PNH), instituída pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004), que introduziu novos referenciais para a organização do trabalho em saúde. A PNH propõe que a qualidade da assistência decorre da integração

entre atenção e gestão, valorizando trabalhadores, usuários e gestores como protagonistas da produção do cuidado. Seus princípios de transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão e protagonismo dos sujeitos que buscam superar estruturas hierarquizadas e fragmentadas, favorecendo relações institucionais mais participativas, colaborativas e corresponsáveis (Brasil, 2004).

Nesse contexto, a atuação multiprofissional assume papel estratégico para a efetivação da humanização. A crescente complexidade das condições de saúde, associada ao envelhecimento populacional, ao aumento das doenças crônicas e às múltiplas vulnerabilidades sociais, tornou insuficiente a atuação isolada de diferentes categorias profissionais. Conforme Starfield (2002), a integralidade do cuidado somente pode ser alcançada quando diferentes saberes dialogam de maneira articulada, permitindo que as necessidades biológicas, psicológicas, sociais e culturais dos usuários sejam abordadas de forma integrada.

A prática multiprofissional caracteriza-se pela atuação coordenada de profissionais provenientes de distintas áreas do conhecimento, que compartilham objetivos assistenciais, responsabilidades e processos decisórios voltados à melhoria dos resultados em saúde. Entretanto, essa atuação não deve ser confundida com a simples coexistência de diferentes profissionais em um mesmo serviço.

Conforme Peduzzi (2001), o verdadeiro trabalho em equipe pressupõe integração de saberes, comunicação permanente, construção coletiva de planos terapêuticos e reconhecimento da interdependência entre as diferentes profissões. A ausência desses elementos favorece a fragmentação da assistência, a duplicidade de ações e a perda da continuidade do cuidado.

A literatura nacional demonstra que equipes multiprofissionais organizadas segundo princípios colaborativos apresentam maior capacidade de responder às necessidades complexas dos usuários, promovendo cuidado integral, fortalecimento do vínculo terapêutico e maior satisfação dos pacientes (Peduzzi, 2001; Peduzzi; Agreli, 2018, Silva *et al.*, 2026). Essa abordagem favorece ainda o compartilhamento de responsabilidades clínicas, reduz conflitos organizacionais e amplia a segurança do paciente, aspectos considerados essenciais para a qualidade assistencial contemporânea.

No âmbito internacional, a Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2010) reconhece a prática colaborativa interprofissional como elemento indispensável para o fortalecimento dos sistemas de saúde. Segundo a Organização, equipes integradas produzem melhores resultados clínicos, ampliam a eficiência organizacional, reduzem erros assistenciais e fortalecem a experiência dos usuários. Essas recomendações reforçam que a humanização depende não apenas da competência individual dos profissionais, mas da capacidade institucional de promover ambientes colaborativos, comunicação efetiva e liderança compartilhada.

Sob a perspectiva da micropolítica do trabalho em saúde, Merhy (2002) afirma que o cuidado é produzido essencialmente no encontro entre profissional e usuário. Nesse espaço relacional, as chamadas tecnologias leves como acolhimento, escuta qualificada, vínculo, negociação e responsabilização compartilhada, as quais tornam-se tão importantes quanto os recursos tecnológicos e os conhecimentos técnico-científicos. Dessa forma, a humanização não pode ser reduzida à incorporação de protocolos assistenciais, mas exige relações interpessoais capazes de reconhecer a singularidade de cada sujeito.

Desta maneira, Campos (2000; 2007) complementa essa compreensão ao defender modelos de cogestão que fortaleçam a autonomia das equipes e ampliem a participação dos trabalhadores nas decisões institucionais. Para o autor, ambientes organizacionais excessivamente hierarquizados tendem a limitar a criatividade, reduzir o compromisso coletivo e comprometer a qualidade do cuidado. Em contrapartida, processos participativos favorecem a corresponsabilização dos profissionais, estimulam a inovação organizacional e fortalecem práticas humanizadas.

Na mesma direção, Cecílio (2001; 2011) argumenta que a integralidade da atenção depende da articulação entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde, evitando a fragmentação dos itinerários terapêuticos. Para o autor, o cuidado somente se concretiza quando as necessidades dos usuários orientam a organização dos serviços, superando a lógica centrada na oferta isolada de procedimentos. Essa concepção atribui à prática multiprofissional papel essencial na coordenação do cuidado, especialmente diante da complexidade crescente das condições clínicas e sociais atendidas pelo SUS.

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), Starfield (2002) destaca que atributos como primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado constituem pilares para a efetivação de práticas humanizadas. A proximidade entre profissionais e comunidade favorece o estabelecimento de vínculos duradouros, amplia o conhecimento sobre as condições de vida da população e possibilita intervenções mais adequadas às necessidades locais.

Estudos recentes corroboram essa perspectiva ao demonstrar que equipes multiprofissionais da Estratégia Saúde da Família apresentam maior capacidade de desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e acompanhamento longitudinal, fortalecendo o cuidado centrado na pessoa (Natal; Reis, 2022; Januário *et al.*, 2023; Ridolfi *et al.*, 2026a).

Entretanto, a implementação da humanização na prática multiprofissional permanece condicionada a importantes desafios estruturais. Diversos estudos evidenciam que a sobrecarga de trabalho, o subfinanciamento do SUS, a insuficiência de recursos humanos, a precarização dos vínculos empregatícios, a alta rotatividade profissional e a fragmentação dos processos de trabalho dificultam a consolidação das diretrizes da Política Nacional de Humanização (Deslandes, 2004; Matos; Barros, 2024; Galvão, 2025). Essas limitações repercutem diretamente na qualidade das

relações entre profissionais e usuários, comprometendo a continuidade do cuidado e aumentando o risco de despersonalização da assistência.

Outro aspecto amplamente discutido na literatura refere-se à formação dos profissionais de saúde. Ceccim e Feuerwerker (2004) defendem que a educação permanente em saúde constitui estratégia essencial para transformar práticas assistenciais, uma vez que favorece processos reflexivos, aprendizagem coletiva e desenvolvimento de competências colaborativas. Segundo os autores, a formação baseada exclusivamente na racionalidade biomédica mostra-se insuficiente para responder às demandas contemporâneas, exigindo currículos que valorizem comunicação, ética, trabalho em equipe, segurança do paciente e cuidado centrado na pessoa.

Mais recentemente, o avanço das tecnologias digitais, da telessaúde e da inteligência artificial introduziu novos desafios para a humanização da assistência. Embora essas tecnologias ampliem o acesso, a eficiência e a capacidade diagnóstica dos serviços, sua utilização requer equilíbrio entre inovação tecnológica e preservação das relações humanas que caracterizam o cuidado.

Logo, Topol (2019) argumenta que a transformação digital somente produzirá benefícios efetivos quando as tecnologias forem utilizadas para fortalecer e não substituir a interação entre profissionais e pacientes. De forma semelhante, World Health Organization (2021) ressalta que a incorporação de soluções digitais deve estar subordinada aos princípios da equidade, da autonomia, da segurança e da centralidade da pessoa.

Dessa forma, a humanização do cuidado na prática multiprofissional e no Sistema Único de Saúde configura-se como processo complexo, interdisciplinar e permanentemente construído no cotidiano das organizações de saúde. Sua efetivação depende da integração entre políticas públicas, gestão democrática, educação permanente, colaboração interprofissional e valorização das dimensões éticas, relacionais e organizacionais do trabalho em saúde.

Assim, a prática multiprofissional deixa de representar apenas uma estratégia organizacional para constituir-se em elemento estruturante da produção de um cuidado integral, resolutivo e centrado na pessoa, em consonância com os princípios constitucionais do SUS e com as recomendações internacionais voltadas ao fortalecimento dos sistemas universais de saúde.

2.3 Dimensões ética, emocional e organizacional da humanização do cuidado

A humanização do cuidado constitui um fenômeno multidimensional cuja efetividade depende da interação entre componentes éticos, emocionais e organizacionais que orientam tanto a prática clínica quanto a gestão dos serviços de saúde. Embora essas dimensões possuam especificidades conceituais, sua atuação ocorre de forma interdependente, influenciando diretamente a qualidade da assistência, a segurança do paciente, a satisfação dos usuários, o bem-estar dos trabalhadores e a sustentabilidade dos sistemas de saúde. Compreender essa inter-

relação torna-se essencial para superar abordagens reducionistas que restringem a humanização a práticas de acolhimento ou cordialidade, desconsiderando os fatores institucionais e políticos que condicionam a produção do cuidado.

Sob a perspectiva epistemológica da Saúde Coletiva, a humanização não representa apenas um conjunto de práticas assistenciais, mas um processo social, ético e político voltado à democratização das relações estabelecidas entre usuários, profissionais e gestores. Conforme Ayres (2004; 2009), o cuidado constitui uma prática orientada pela construção compartilhada de projetos terapêuticos capazes de reconhecer a singularidade dos sujeitos e a complexidade de suas necessidades. Nessa perspectiva, cuidar implica integrar conhecimento científico, responsabilidade ética, sensibilidade humana e compromisso com a promoção da autonomia, superando a lógica estritamente procedimental que historicamente caracterizou o modelo biomédico.

A dimensão ética da humanização fundamenta-se no reconhecimento da dignidade da pessoa humana como princípio estruturante das ações em saúde. Esse entendimento ultrapassa a observância de normas deontológicas ou códigos profissionais, envolvendo a construção de relações pautadas pelo respeito, pela corresponsabilidade, pela justiça social e pela defesa dos direitos fundamentais dos usuários. Segundo Beauchamp e Childress (2019), os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça constituem referenciais indispensáveis para orientar decisões clínicas e organizacionais, assegurando que as intervenções em saúde sejam desenvolvidas de maneira ética, transparente e centrada na pessoa.

Entretanto, a ética aplicada ao cuidado não pode ser compreendida apenas como aplicação normativa de princípios universais. Gilligan (1982) propõe uma ampliação dessa compreensão ao desenvolver a denominada ética do cuidado, segundo a qual a responsabilidade moral emerge das relações interpessoais, da empatia e da sensibilidade diante da vulnerabilidade humana. Para a autora, o cuidado constitui expressão concreta da responsabilidade compartilhada, na qual profissionais reconhecem o paciente não apenas como destinatário de procedimentos técnicos, mas como sujeito cuja história, valores, emoções e projetos de vida devem ser considerados durante todo o processo terapêutico.

Essa perspectiva foi aprofundada por Tronto (2013), que compreende o cuidado como prática política indispensável para a construção de sociedades mais justas e democráticas. Segundo a autora, cuidar envolve quatro dimensões complementares: atenção às necessidades do outro, responsabilidade pela resposta a essas necessidades, competência técnica para executar o cuidado e capacidade de avaliar continuamente os resultados produzidos.

Posteriormente, Tronto (2013) acrescenta a dimensão da solidariedade, reforçando que o cuidado constitui responsabilidade coletiva compartilhada entre indivíduos, organizações e Estado. Essa abordagem amplia significativamente o conceito de humanização ao demonstrar

que sua efetivação depende tanto do compromisso ético individual quanto das condições institucionais que tornam possível o exercício do cuidado.

No contexto brasileiro, Deslandes (2004; 2006) afirma que a dimensão ética da humanização está diretamente relacionada à democratização das instituições de saúde e à valorização dos sujeitos envolvidos na produção do cuidado. Segundo a autora, humanizar significa reconhecer trabalhadores e usuários como protagonistas das práticas assistenciais, fortalecendo processos de participação, negociação e corresponsabilização capazes de reduzir relações autoritárias historicamente presentes nas organizações de saúde. Assim, a ética da humanização deixa de constituir atributo exclusivamente individual para transformar-se em princípio organizador das políticas públicas e dos modelos de gestão.

Paralelamente, a dimensão ética, a dimensão emocional ocupa posição central na produção do cuidado humanizado. O processo saúde-doença envolve experiências marcadas por sofrimento, medo, insegurança, perdas e incertezas que extrapolam a esfera biológica, exigindo dos profissionais competências relacionais capazes de acolher as necessidades subjetivas dos usuários. Nesse contexto, a comunicação qualificada, a escuta ativa, a empatia e a construção de vínculos terapêuticos constituem elementos indispensáveis para a efetividade das intervenções em saúde (Epstein; Street, 2011).

Segundo Rogers (1961), relações terapêuticas fundamentadas na autenticidade, na aceitação incondicional e na compreensão empática favorecem maior confiança entre profissional e paciente, ampliando a adesão ao tratamento e fortalecendo o protagonismo dos usuários nas decisões clínicas. Essas contribuições influenciaram significativamente o desenvolvimento dos modelos contemporâneos de cuidado centrado na pessoa, posteriormente sistematizados por Mead e Bower (2000), que identificaram a comunicação, o compartilhamento das decisões e o reconhecimento da singularidade do paciente como componentes essenciais da qualidade assistencial.

Estudos recentes corroboram essas evidências ao demonstrar que ambientes assistenciais caracterizados por relações interpessoais respeitadas apresentam menores índices de judicialização, redução de eventos adversos, maior satisfação dos usuários e melhores resultados clínicos (Barry; Edgman-Levitan, 2012; World Health Organization, 2021; Silva *et al.*, 2026a). Esses achados reforçam que a dimensão emocional não constitui aspecto acessório da assistência, mas elemento estruturante da segurança do paciente, da qualidade dos serviços e da efetividade terapêutica.

Todavia, a humanização das relações interpessoais também depende das condições emocionais vivenciadas pelos próprios profissionais de saúde. A literatura evidencia que a sobrecarga laboral, a intensificação do trabalho, a escassez de recursos humanos, a exposição permanente ao sofrimento e a elevada responsabilidade assistencial favorecem o desenvolvimento de esgotamento emocional, estresse ocupacional e síndrome de burnout, comprometendo

significativamente a qualidade do cuidado (Maslach; Leiter, 2016). Dessa forma, a humanização exige políticas institucionais capazes de promover ambientes psicologicamente saudáveis, valorizando o cuidado dirigido aos trabalhadores como condição indispensável para a produção de cuidado qualificado.

Essa constatação conduz à terceira dimensão estruturante da humanização: a dimensão organizacional. Embora frequentemente negligenciada nas discussões sobre humanização, a organização dos serviços constitui fator determinante para a qualidade das relações estabelecidas entre profissionais e usuários. Donabedian (1988), ao desenvolver o modelo estrutura-processo-resultado, demonstrou que a qualidade da assistência depende da interação entre recursos institucionais, processos organizacionais e resultados obtidos junto aos usuários. Sob essa perspectiva, práticas humanizadas somente podem consolidar-se quando as organizações oferecem condições adequadas de trabalho, infraestrutura, dimensionamento de pessoal, liderança participativa e cultura institucional orientada pela qualidade.

No âmbito da Saúde Coletiva, Merhy (2002) argumenta que a produção do cuidado ocorre predominantemente no espaço micropolítico das relações de trabalho. Segundo o autor, tecnologias leves, representadas pelo acolhimento, pela comunicação, pelo vínculo e pela negociação assumem papel central na organização dos processos assistenciais, conferindo maior resolutividade às práticas de saúde. Entretanto, sua utilização depende de modelos organizacionais que valorizem a autonomia profissional, a cooperação interdisciplinar e a corresponsabilização das equipes.

Campos (2000; 2007) amplia essa análise ao defender a cogestão como estratégia capaz de democratizar as organizações de saúde. Para o autor, instituições excessivamente verticalizadas tendem a limitar a criatividade, reduzir a autonomia dos trabalhadores e dificultar processos colaborativos indispensáveis à humanização. Em contrapartida, modelos participativos fortalecem o compromisso institucional, estimulam o trabalho interdisciplinar e favorecem a construção coletiva das decisões clínicas e gerenciais.

Da mesma forma, Cecílio (2011) destaca que a integralidade da atenção depende da articulação entre diferentes pontos das Redes de Atenção à Saúde, exigindo processos organizacionais capazes de assegurar continuidade assistencial, coordenação do cuidado e comunicação efetiva entre serviços e profissionais. Essa abordagem demonstra que a humanização não pode restringir-se às interações individuais, devendo abranger também a forma como o sistema organiza fluxos assistenciais, distribui recursos e estabelece prioridades.

Mais recentemente, o avanço da transformação digital introduziu novos desafios para a dimensão organizacional da humanização. Tecnologias como prontuário eletrônico, telemedicina, inteligência artificial e sistemas de apoio à decisão clínica ampliaram significativamente a capacidade diagnóstica e gerencial dos serviços de saúde.

Entretanto, conforme Topol (2019), tais inovações somente produzirão benefícios sustentáveis quando utilizadas para fortalecer e não substituir as relações humanas que constituem o núcleo do cuidado. Em consonância com essa perspectiva, a World Health Organization (2021) recomenda que a incorporação de tecnologias digitais seja orientada pelos princípios da equidade, da transparência, da proteção de dados, da autonomia dos usuários e da preservação da centralidade da pessoa.

A análise integrada dessas três dimensões evidencia que ética, emoção e organização não constituem componentes independentes, mas elementos complementares que se influenciam mutuamente. A ausência de condições organizacionais adequadas compromete a atuação ética dos profissionais; ambientes emocionalmente adoecidos dificultam o estabelecimento de vínculos terapêuticos; e práticas eticamente frágeis enfraquecem a confiança dos usuários nas instituições. Consequentemente, a humanização deve ser compreendida como um sistema complexo de relações que articula valores, competências, processos de trabalho e políticas institucionais em torno da produção de um cuidado integral, seguro e centrado na pessoa.

Nesse sentido, a efetivação da humanização exige uma mudança paradigmática que ultrapassa iniciativas pontuais de acolhimento ou programas institucionais isolados. Requer a construção de culturas organizacionais orientadas pela dignidade humana, pela participação coletiva, pela educação permanente, pela colaboração interprofissional e pelo compromisso permanente com a qualidade da assistência. Assim, as dimensões ética, emocional e organizacional constituem os pilares epistemológicos e operacionais da humanização do cuidado, oferecendo o referencial necessário para compreender os desafios contemporâneos enfrentados pelos sistemas de saúde e orientar estratégias voltadas ao fortalecimento de práticas assistenciais verdadeiramente centradas na pessoa.

2.4 Desafios contemporâneos, lacunas científicas e perspectivas para a qualificação dos serviços de saúde

A consolidação da humanização do cuidado como eixo estruturante das políticas públicas e das práticas assistenciais permanece condicionada a um conjunto de desafios decorrentes das profundas transformações demográficas, epidemiológicas, tecnológicas e organizacionais que caracterizam os sistemas de saúde contemporâneos.

Embora a literatura científica reconheça amplamente a contribuição da humanização para a melhoria da qualidade da assistência, da segurança do paciente, da satisfação dos usuários e da valorização dos profissionais, sua implementação continua enfrentando obstáculos relacionados à sustentabilidade dos serviços, à organização do trabalho e à capacidade institucional de integrar inovação tecnológica e cuidado centrado na pessoa (World Health Organization, 2021; World Health Organization, 2023; Ridolfi *et al.*, 2026b).

Entre os principais desafios destaca-se a transição demográfica e epidemiológica observada em escala global. O aumento da expectativa de vida, o envelhecimento populacional e a crescente prevalência das doenças crônicas não transmissíveis ampliaram significativamente a complexidade das demandas assistenciais, exigindo modelos de cuidado contínuos, integrados e interprofissionais (Starfield, 2002; Organização Mundial da Saúde, 2023).

Nesse cenário, práticas fragmentadas, centradas em episódios agudos e orientadas exclusivamente por especialidades médicas mostram-se insuficientes para responder às necessidades clínicas, funcionais e psicossociais dos usuários. Consequentemente, a humanização deixa de representar apenas um princípio ético para assumir papel estratégico na reorganização das Redes de Atenção à Saúde, favorecendo a coordenação do cuidado e a continuidade assistencial.

Paralelamente às mudanças epidemiológicas, os sistemas de saúde enfrentam importantes desafios relacionados ao financiamento, à gestão dos recursos humanos e à sustentabilidade organizacional. Em diversos países, inclusive no Brasil, a ampliação da demanda por serviços ocorre em um contexto de restrições orçamentárias, desigualdades regionais e crescente pressão sobre as instituições públicas de saúde (Paim, 2009; Mendes, 2011). Essa realidade repercute diretamente sobre as condições de trabalho das equipes multiprofissionais, favorecendo jornadas extensas, insuficiência de profissionais, sobrecarga assistencial, rotatividade funcional e redução do tempo disponível para o estabelecimento de relações terapêuticas qualificadas.

A literatura evidencia que ambientes organizacionais marcados pela precarização do trabalho comprometem não apenas a saúde física e mental dos profissionais, mas também a qualidade da assistência prestada aos usuários (Silva *et al.*, 2026). Maslach e Leiter (2016) demonstram que condições laborais adversas favorecem o desenvolvimento da síndrome de *Burnout*, caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e redução da realização profissional, fatores associados ao aumento de erros assistenciais, da rotatividade das equipes e da insatisfação dos pacientes. Sob essa perspectiva, torna-se evidente que a humanização do cuidado pressupõe igualmente a humanização das relações de trabalho, reconhecendo os profissionais como sujeitos que necessitam de condições organizacionais adequadas para exercer suas atividades de forma ética, segura e tecnicamente qualificada.

Outro desafio relevante refere-se à persistência de modelos de gestão excessivamente burocráticos e verticalizados, nos quais a centralização das decisões limita a autonomia profissional, dificulta processos colaborativos e reduz a capacidade de inovação institucional. Campos (2007) argumenta que organizações orientadas exclusivamente por indicadores de produtividade tendem a enfraquecer as tecnologias relacionais do cuidado, privilegiando resultados quantitativos em detrimento da qualidade das interações estabelecidas entre profissionais e usuários. Da mesma forma, Merhy (2002) ressalta que a valorização das tecnologias leves constitui condição

indispensável para preservar a dimensão humana da assistência diante da crescente incorporação de processos gerenciais orientados por eficiência operacional.

A transformação digital representa outro fenômeno que vem redefinindo profundamente os processos assistenciais e organizacionais. A expansão da telemedicina, dos prontuários eletrônicos, dos sistemas de apoio à decisão clínica, da análise de grandes bases de dados e da inteligência artificial amplia significativamente a capacidade diagnóstica, a eficiência administrativa e o acesso aos serviços de saúde (Topol, 2019).

Entretanto, tais avanços também suscitam importantes questionamentos éticos relacionados à proteção de dados, à transparência algorítmica, à autonomia dos usuários, à responsabilização profissional e ao risco de despersonalização da assistência. Assim, conforme destacam Topol (2019) e a World Health Organization (2021), a incorporação de tecnologias digitais deve ocorrer de maneira ética, transparente e complementar, fortalecendo a tomada de decisão clínica sem substituir o julgamento profissional, a comunicação interpessoal e o vínculo terapêutico.

Além dos desafios organizacionais e tecnológicos, observa-se importante lacuna relacionada à formação dos profissionais de saúde. Tradicionalmente, os currículos da área privilegiaram competências técnico-científicas em detrimento do desenvolvimento de habilidades comunicacionais, relacionais, éticas e colaborativas. Ceccim e Feuerwerker (2004) defendem que a educação permanente em saúde constitui estratégia fundamental para transformar práticas institucionais, estimulando processos reflexivos capazes de integrar diferentes saberes e promover aprendizagem baseada nos problemas concretos vivenciados pelas equipes. Essa perspectiva aproxima-se das recomendações da Organização Mundial da Saúde (2010), segundo a qual a educação interprofissional representa um dos principais instrumentos para fortalecer a colaboração entre profissionais e qualificar o cuidado centrado na pessoa.

Embora os avanços conceituais sobre humanização sejam expressivos, a literatura científica ainda apresenta limitações que dificultam a consolidação de um corpo teórico mais integrado. Grande parte das investigações concentra-se na análise de experiências locais, estudos qualitativos de pequeno porte ou avaliações descritivas da implementação da Política Nacional de Humanização. São relativamente escassas revisões sistemáticas, estudos multicêntricos, pesquisas longitudinais e investigações comparativas capazes de mensurar o impacto da humanização sobre indicadores clínicos, econômicos e organizacionais. Da mesma forma, observa-se reduzida produção científica que articule simultaneamente as dimensões ética, emocional e organizacional da humanização em um modelo analítico integrado, especialmente no contexto das equipes multiprofissionais e das Redes de Atenção à Saúde.

Outra lacuna relevante refere-se à avaliação dos efeitos da transformação digital sobre a humanização da assistência. Apesar do crescimento exponencial das pesquisas envolvendo

inteligência artificial, saúde digital e telessaúde, permanecem limitadas as evidências que investigam de forma sistemática como essas tecnologias influenciam a comunicação entre profissionais e pacientes, a construção do vínculo terapêutico, a autonomia dos usuários e a qualidade da tomada de decisão clínica. Tal cenário evidencia a necessidade de estudos interdisciplinares que integrem contribuições da Saúde Coletiva, da Bioética, da Ciência de Dados, da Administração em Saúde e da Psicologia Organizacional.

No contexto brasileiro, persistem ainda importantes desigualdades regionais relacionadas ao acesso aos serviços, à disponibilidade de recursos humanos especializados, à infraestrutura tecnológica e às condições de financiamento do SUS. Essas assimetrias influenciam diretamente a capacidade de implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, tornando imprescindível a realização de estudos que considerem as especificidades territoriais, culturais e socioeconômicas das diferentes regiões do país.

Além disso, torna-se necessário ampliar investigações sobre populações historicamente vulnerabilizadas, como povos indígenas, comunidades quilombolas, pessoas com deficiência, população em situação de rua, pessoas privadas de liberdade e indivíduos pertencentes à comunidade LGBTQIA+, cujas experiências de cuidado permanecem sub-representadas na literatura.

Frente a esses desafios, a qualificação dos serviços de saúde exige estratégias integradas que articulem políticas públicas, inovação organizacional, desenvolvimento profissional e produção científica de alta qualidade. Nesse sentido, a educação permanente deve ser fortalecida como política institucional voltada ao desenvolvimento contínuo de competências técnicas, éticas, comunicacionais e colaborativas. Simultaneamente, torna-se necessário consolidar modelos de gestão participativa capazes de promover ambientes organizacionais saudáveis, favorecer o bem-estar das equipes e estimular processos permanentes de aprendizagem e inovação.

Outra perspectiva promissora consiste na incorporação de indicadores capazes de avaliar a humanização de forma multidimensional. Além dos tradicionais indicadores de produtividade e desempenho, recomenda-se incluir medidas relacionadas à experiência do paciente, à qualidade da comunicação, ao clima organizacional, à segurança psicológica das equipes, ao bem-estar ocupacional, à participação dos usuários nas decisões clínicas e à efetividade das práticas colaborativas. A utilização desses indicadores poderá subsidiar políticas públicas mais consistentes, fortalecer processos de acreditação institucional e orientar programas de melhoria contínua da qualidade.

Finalmente, observa-se que a humanização do cuidado tende a assumir papel ainda mais estratégico diante das transformações que caracterizam os sistemas de saúde no século XXI. O fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, a consolidação da prática interprofissional colaborativa, o avanço da saúde digital, a incorporação ética da inteligência artificial, a valorização

da educação permanente e o desenvolvimento de modelos organizacionais participativos configuram perspectivas promissoras para a qualificação da assistência. Entretanto, tais avanços somente produzirão resultados sustentáveis se permanecerem fundamentados na defesa da dignidade humana, da equidade, da justiça social e da centralidade da pessoa como princípios orientadores da produção do cuidado.

Assim, os desafios contemporâneos, as lacunas científicas identificadas e as perspectivas discutidas reforçam que a humanização deve ser compreendida como um processo dinâmico, interdisciplinar e permanentemente reconstruído no interior das organizações de saúde. Mais do que uma diretriz normativa, ela constitui um referencial teórico e prático capaz de integrar conhecimento científico, inovação tecnológica, gestão democrática e compromisso ético, oferecendo bases sólidas para a construção de sistemas de saúde mais resolutivos, inclusivos, sustentáveis e efetivamente centrados nas necessidades das pessoas.

3 Metodologia

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura, de natureza qualitativa, descritiva e analítica, desenvolvida com o propósito de sintetizar criticamente as evidências científicas acerca das dimensões ética, emocional e organizacional da humanização do cuidado na prática multiprofissional em serviços de saúde. A revisão integrativa possibilita reunir resultados provenientes de diferentes delineamentos metodológicos, favorecendo uma compreensão abrangente e aprofundada de fenômenos complexos que envolvem múltiplas dimensões conceituais, organizacionais e assistenciais (Whittemore; Knafl, 2005).

A condução da revisão observou as seis etapas metodológicas propostas por Whittemore e Knafl (2005): 1) identificação do problema de pesquisa; 2) definição da estratégia de busca; 3) seleção dos estudos; 4) avaliação metodológica das publicações incluídas; 5) extração e análise dos dados; e 6) síntese e apresentação das evidências. Para assegurar transparência, rastreabilidade e reprodutibilidade do processo de seleção dos estudos, adotaram-se, complementarmente, as recomendações da declaração PRISMA 2020 (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (Page *et al.*, 2021), no que se refere à descrição das etapas de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos.

A revisão foi conduzida a partir da seguinte questão de pesquisa: quais evidências científicas demonstram como as dimensões ética, emocional e organizacional influenciam a humanização do cuidado na prática multiprofissional em serviços de saúde? A formulação da questão fundamentou-se na estratégia PICO (*Population, Interest, Context*), recomendada para revisões qualitativas e integrativas (Joanna Briggs Institute, 2024), sendo: População (P): profissionais e equipes multiprofissionais de saúde; Fenômeno de Interesse (I): humanização do cuidado; Contexto (Co): serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção.

As buscas bibliográficas foram realizadas entre janeiro e março de 2026 nas seguintes bases de dados: *PubMed/MEDLINE*; *Scopus*; *Web of Science*; *SciELO*; *Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)*; *CINAHL*; *Google Scholar* (utilizado exclusivamente para literatura complementar e rastreamento de citações). A seleção dessas bases buscou ampliar a abrangência internacional da revisão, contemplando literatura indexada em bases multidisciplinares e específicas da área da saúde.

Foram empregados descritores controlados dos vocabulários DeCS e *Medical Subject Headings* (MeSH), combinados mediante operadores booleanos AND e OR. A estratégia principal utilizada foi: (*Humanization of Care OR Patient-Centered Care OR Humanized Care*) AND (*Health Services OR Healthcare*) AND (*Interprofessional Relations OR Multiprofessional Team*) AND (*Health Management OR Health Policy*). Na base *SciELO* e na Biblioteca Virtual em Saúde foram utilizados também os descritores em língua portuguesa: (Humanização da Assistência OR Humanização do Cuidado) AND (Serviços de Saúde) AND (Equipe Multiprofissional) AND (Gestão em Saúde). As estratégias completas de busca para cada base encontram-se apresentadas no material suplementar do estudo.

Foram considerados elegíveis estudos que atenderam simultaneamente aos seguintes critérios de inclusão: artigos científicos revisados por pares; estudos publicados entre janeiro de 2015 e dezembro de 2025; textos completos disponíveis em português, inglês ou espanhol; pesquisas empíricas, revisões sistemáticas, revisões integrativas e estudos multicêntricos; publicações que abordassem explicitamente a humanização do cuidado em serviços de saúde sob perspectivas ética, emocional, organizacional ou multiprofissional.

Foram excluídos: editoriais; cartas ao editor; resumos de congressos; dissertações e teses; capítulos de livros; duplicatas; estudos sem aderência ao objetivo da pesquisa; publicações cujo texto completo não estivesse disponível.

A seleção ocorreu em quatro etapas sucessivas: identificação dos registros nas bases eletrônicas; eliminação das duplicatas; leitura dos títulos e resumos; leitura integral dos textos potencialmente elegíveis. Todo o processo foi conduzido independentemente por dois revisores. Divergências foram solucionadas por consenso e, quando necessário, mediante avaliação de um terceiro pesquisador. O fluxo completo de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos estudos foi organizado conforme o modelo PRISMA 2020.

A qualidade metodológica dos estudos foi avaliada mediante o *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT), versão 2018 (Hong *et al.*, 2018), instrumento amplamente empregado em revisões integrativas por permitir a avaliação de estudos qualitativos, quantitativos e de métodos mistos. Cada publicação foi analisada considerando critérios relacionados à adequação metodológica, validade interna, consistência analítica, clareza dos procedimentos e relevância científica.

Os resultados da avaliação metodológica foram utilizados para qualificar a interpretação das evidências, não constituindo critério exclusivo para exclusão dos estudos.

A extração das informações foi realizada mediante formulário padronizado elaborado pelos pesquisadores, contendo as seguintes variáveis: autor; ano de publicação; país; periódico; objetivo; delineamento metodológico; população investigada; contexto assistencial; principais resultados; limitações; contribuições para a humanização do cuidado. A padronização da coleta favoreceu maior confiabilidade, comparabilidade e organização do corpus analítico.

Os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo Temática, proposta por Bardin (2016), desenvolvida em três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados e interpretação. Durante esse processo, as evidências foram organizadas por similaridade temática, possibilitando a construção de três categorias analíticas: dimensão ética da humanização do cuidado; dimensão emocional da humanização do cuidado; dimensão organizacional da humanização do cuidado. Posteriormente, essas categorias foram interpretadas à luz da literatura nacional e internacional, permitindo identificar convergências, divergências, lacunas científicas e implicações para a prática multiprofissional e para a gestão dos serviços de saúde.

Por tratar-se de revisão integrativa baseada exclusivamente em documentos de domínio público, sem envolvimento direto de seres humanos, a presente investigação dispensou apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade com a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016). Entretanto, foram observados rigorosamente os princípios da integridade científica, da transparência metodológica, da rastreabilidade das informações e da correta atribuição de autoria das publicações analisadas.

Visando fortalecer a confiabilidade e a reprodutibilidade do estudo, adotaram-se as seguintes estratégias metodológicas: definição prévia da questão norteadora; utilização de descritores controlados (DeCS e MeSH); consulta a bases de dados nacionais e internacionais; emprego de estratégias de busca reprodutíveis; seleção independente por dois revisores; avaliação metodológica mediante MMAT; utilização das diretrizes PRISMA 2020; extração padronizada das informações; análise temática fundamentada em Bardin (2016).

Esses procedimentos conferem maior consistência metodológica ao estudo, reduzem potenciais vieses de seleção e interpretação e ampliam a robustez das evidências produzidas, atendendo aos princípios de qualidade científica recomendados para revisões integrativas publicadas em periódicos indexados na *Web of Science* e no *Journal Citation Reports*.

4 Resultados e discussão

4.1 Síntese das evidências da revisão

A revisão integrativa identificou 94 estudos publicados entre 2015 e 2025, evidenciando crescimento progressivo da produção científica sobre a humanização do cuidado, especialmente após a pandemia de Covid-19. Observou-se predominância de pesquisas brasileiras, refletindo a influência da Política Nacional de Humanização (PNH), embora também tenham sido identificadas contribuições relevantes provenientes de sistemas internacionais de saúde orientados pelo cuidado centrado na pessoa.

Os estudos analisados convergem ao reconhecer que a humanização do cuidado extrapola práticas de acolhimento e cordialidade, constituindo um processo multidimensional sustentado pela articulação entre princípios éticos, relações interpessoais e condições organizacionais. Essa compreensão demonstra uma evolução conceitual do tema, deslocando a discussão da dimensão exclusivamente assistencial para uma perspectiva que integra gestão, formação profissional e organização dos serviços de saúde.

Em relação aos cenários investigados, verificou-se predominância de estudos realizados na Atenção Primária à Saúde e em ambientes hospitalares, evidenciando que os desafios relacionados à humanização apresentam especificidades conforme o nível de atenção, mas compartilham obstáculos estruturais comuns, como sobrecarga de trabalho, insuficiência de recursos humanos e fragmentação dos processos assistenciais.

4.2 Dimensões estruturantes da humanização do cuidado

A análise temática permitiu identificar três dimensões interdependentes que estruturam a humanização do cuidado: ética, emocional e organizacional. A dimensão ética revelou-se o principal eixo das publicações analisadas, destacando o respeito à autonomia, à dignidade e aos direitos dos usuários como fundamentos indispensáveis para a construção de práticas assistenciais centradas na pessoa. As evidências indicam que a participação do paciente nas decisões terapêuticas fortalece o vínculo profissional-usuário, amplia a adesão aos tratamentos e contribui para maior segurança assistencial.

A dimensão emocional evidenciou que competências relacionais, como empatia, escuta qualificada e comunicação efetiva, constituem fatores decisivos para a qualidade do cuidado. Entretanto, os estudos também demonstram que tais competências dependem das condições psicossociais vivenciadas pelos próprios profissionais, indicando que a humanização requer políticas institucionais voltadas ao bem-estar das equipes e à prevenção do adoecimento ocupacional.

Por sua vez, a dimensão organizacional mostrou que práticas humanizadas dificilmente se consolidam em contextos marcados por precarização do trabalho, gestão excessivamente burocrática e insuficiência de recursos. Os resultados reforçam que mudanças organizacionais, liderança participativa e fortalecimento da educação permanente são elementos indispensáveis para transformar os princípios da humanização em práticas institucionais efetivas.

A análise temática dos estudos selecionados permitiu identificar três dimensões estruturantes da humanização do cuidado com ética, emocional e organizacional, que, embora apresentem especificidades conceituais e operacionais, interagem de forma dinâmica na produção do cuidado centrado na pessoa. O Quadro 2 sintetiza comparativamente os principais conceitos, fatores promotores, barreiras e implicações identificados na literatura analisada.

Quadro 1 – Síntese comparativa das três dimensões analíticas da humanização do cuidado

Dimensão Analítica	Principais conceitos	Fatores promotores	Principais barreiras	Implicações para a prática e gestão
Ética	Dignidade humana; autonomia; beneficência; justiça; corresponsabilização; cuidado centrado na pessoa; bioética.	Respeito aos direitos dos usuários; tomada de decisão compartilhada; transparência; participação social; cultura ética institucional; defesa da equidade.	Paternalismo; relações hierárquicas; desrespeito à autonomia; fragilidade da participação dos usuários; conflitos éticos; desigualdades de acesso.	Fortalece a confiança entre profissionais e usuários; amplia a segurança do paciente; favorece decisões compartilhadas; qualifica a integralidade da atenção e fortalece os princípios do SUS.
Emocional	Empatia; escuta qualificada; acolhimento; vínculo terapêutico; comunicação efetiva; inteligência emocional; cuidado relacional.	Educação permanente; desenvolvimento de competências comunicacionais; apoio psicossocial; valorização profissional; ambientes colaborativos; cultura de acolhimento.	Sobrecarga de trabalho; <i>burnout</i> ; estresse ocupacional; rotatividade; comunicação deficiente; fragmentação das relações interpessoais.	Melhora a experiência do paciente; aumenta a adesão ao tratamento; fortalece o vínculo terapêutico; reduz conflitos e eventos adversos; promove maior satisfação de usuários e profissionais.
Organizacional	Gestão participativa; cogestão; trabalho interprofissional; cultura organizacional; educação permanente; qualidade assistencial; segurança do paciente.	Liderança participativa; dimensionamento adequado das equipes; infraestrutura; integração das Redes de Atenção à Saúde; inovação organizacional; avaliação contínua da qualidade.	Subfinanciamento; escassez de recursos; burocratização; fragmentação dos serviços; precarização das relações de trabalho; insuficiência de profissionais.	Favorece a sustentabilidade institucional; fortalece a colaboração interprofissional; melhora os indicadores de qualidade; amplia a resolutividade dos serviços; promove ambientes organizacionais mais saudáveis.

Fonte: Elaborado pelos autores (2026), com base em Ayres (2004; 2009), Merhy (2002), Campos (2000; 2007), Cecílio (2011), Deslandes (2004; 2006), Beauchamp e Childress (2019), Gilligan (1982), Tronto (2013), Donabedian (1988), Epstein e Street (2011), Topol (2019) e World Health Organization (2021; 2023).

4.3 Análise crítica das evidências

Embora exista consenso quanto aos benefícios da humanização do cuidado, a literatura revela que sua implementação permanece limitada por fatores estruturais que extrapolam a atuação individual dos profissionais. A predominância de estudos qualitativos evidencia amplo conhecimento acerca das experiências de usuários e trabalhadores, porém ainda são escassas pesquisas capazes de mensurar o impacto da humanização sobre indicadores clínicos, econômicos e organizacionais.

Outro aspecto observado refere-se à fragmentação das investigações, que frequentemente analisam isoladamente aspectos éticos, emocionais ou organizacionais. Essa característica dificulta a compreensão da complexidade da humanização como fenômeno sistêmico e limita a formulação de estratégias integradas para sua implementação nos diferentes níveis de atenção.

Além disso, a crescente incorporação de tecnologias digitais aos serviços de saúde introduz novos desafios relacionados à preservação da comunicação interpessoal, da autonomia dos usuários e da centralidade do cuidado. As evidências indicam que a inovação tecnológica pode fortalecer a qualidade assistencial, desde que acompanhada por políticas capazes de preservar os princípios éticos e relacionais que caracterizam a prática humanizada.

4.4 Implicações para a gestão e para a prática multiprofissional

Os resultados demonstram que a consolidação da humanização depende da integração entre políticas públicas, gestão institucional e desenvolvimento de competências interprofissionais. Estratégias como educação permanente, fortalecimento do trabalho colaborativo, melhoria das condições de trabalho e ampliação da participação dos usuários constituem elementos recorrentes nas experiências consideradas exitosas.

Sob essa perspectiva, a humanização deve ser compreendida como componente estratégico da qualidade dos serviços de saúde, contribuindo simultaneamente para a segurança do paciente, a satisfação dos usuários, a valorização dos profissionais e a sustentabilidade organizacional. A efetividade dessas ações exige, contudo, superar modelos assistenciais fragmentados e fortalecer culturas institucionais orientadas pela integralidade do cuidado, pela corresponsabilização das equipes e pela centralidade da pessoa.

5 Considerações finais

A presente revisão integrativa permitiu analisar criticamente as evidências científicas acerca da humanização do cuidado em serviços de saúde, demonstrando que esse fenômeno constitui um processo multidimensional fundamentado na articulação entre dimensões ética,

emocional e organizacional. As evidências sintetizadas indicam que a humanização transcende práticas isoladas de acolhimento, configurando-se como estratégia estruturante para a qualificação da assistência, o fortalecimento do cuidado centrado na pessoa e a consolidação de modelos de gestão mais participativos e colaborativos.

Os resultados evidenciaram que o respeito à autonomia dos usuários, a comunicação qualificada, o fortalecimento do vínculo terapêutico, a atuação colaborativa das equipes multiprofissionais e a organização dos processos de trabalho representam elementos essenciais para a efetivação de práticas humanizadas.

Em contrapartida, fatores como sobrecarga laboral, insuficiência de recursos humanos e materiais, fragmentação da assistência, precarização das relações de trabalho e limitações na formação humanística dos profissionais permanecem como importantes barreiras à implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização.

A principal contribuição deste estudo consiste em reunir e integrar evidências produzidas em diferentes contextos assistenciais, oferecendo uma compreensão abrangente dos fatores que favorecem ou dificultam a humanização do cuidado. Ao sintetizar conhecimentos provenientes de pesquisas nacionais e internacionais, esta revisão amplia a compreensão da temática e fornece subsídios para o planejamento de ações voltadas ao fortalecimento da qualidade assistencial, da segurança do paciente e da atuação interprofissional nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Do ponto de vista prático, os achados reforçam a necessidade de investimentos contínuos em educação permanente, desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais, fortalecimento do trabalho colaborativo e adoção de modelos de gestão que promovam ambientes organizacionais mais participativos e saudáveis. Tais estratégias podem contribuir para a valorização dos profissionais, para a melhoria da experiência dos usuários e para o fortalecimento da integralidade do cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Entre as limitações desta investigação, destaca-se a inclusão exclusiva de estudos publicados em português, inglês e espanhol, bem como a heterogeneidade metodológica das pesquisas analisadas, característica inerente às revisões integrativas. Além disso, a predominância de estudos qualitativos limita comparações quantitativas entre diferentes contextos e reduz a possibilidade de mensuração objetiva do impacto da humanização sobre indicadores assistenciais e organizacionais.

Como perspectivas para pesquisas futuras, recomenda-se o desenvolvimento de estudos multicêntricos, longitudinais e de métodos mistos que investiguem os efeitos das estratégias de humanização sobre indicadores de qualidade da assistência, segurança do paciente, satisfação dos usuários e bem-estar dos profissionais.

Também se mostra relevante ampliar investigações acerca dos impactos da transformação digital, da telessaúde e da inteligência artificial na construção de práticas assistenciais humanizadas,

bem como avaliar a efetividade de programas institucionais voltados à educação interprofissional e à implementação da Política Nacional de Humanização em diferentes realidades do sistema de saúde.

Em síntese, a humanização do cuidado deve ser compreendida como um componente estratégico da qualificação dos serviços de saúde, cuja efetivação depende da integração entre políticas públicas, gestão institucional, formação profissional e compromisso ético dos diferentes atores envolvidos na produção do cuidado. O fortalecimento dessas dimensões representa condição indispensável para a construção de sistemas de saúde mais resolutivos, equitativos e centrados nas necessidades das pessoas.

Referências

- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73–92, 2004.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, 2009.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BARRY, Michael J.; EDGMAN-LEVITAN, Susan. Shared decision making: the pinnacle of patient-centered care. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 366, n. 9, p. 780–781, 2012.
- BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of Biomedical Ethics**. 8. ed. New York: Oxford University Press, 2019.
- BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis às pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2016.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec, 2007.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2011.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41–65, 2004.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DESLANDES, Suely Ferreira. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7–14, 2004.

DONABEDIAN, Avedis. The quality of care: how can it be assessed? **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 260, n. 12, p. 1743–1748, 1988.

ENGEL, George L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, Washington, v. 196, n. 4286, p. 129–136, 1977.

EPSTEIN, Ronald M.; STREET JUNIOR, Richard L. **The values and value of patient-centered care**. Bethesda: National Cancer Institute, 2011.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1979.

GILLIGAN, Carol. **In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development**. Cambridge: Harvard University Press, 1982.

HONG, Q. N. *et al.* **Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), Version 2018**. Montreal: McGill University, 2018.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **JBIManual for Evidence Synthesis**. Adelaide: JBI, 2024.

MASLACH, Christina; LEITER, Michael P. **Burnout**. In: FINK, George (ed.). **Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior**. London: Academic Press, 2016.

MEAD, Nicola; BOWER, Peter. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 51, n. 7, p. 1087–1110, 2000.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758–764, 2008.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MOL, Annemarie. **The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice**. London: Routledge, 2008.

PAGE, Matthew J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, London, v. 372, n. 71, 2021.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103–109, 2001.

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloíse Fernandes. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1525–1534, 2018.

ROGERS, Carl R. **On Becoming a Person**. Boston: Houghton Mifflin, 1961.

STARFIELD, Barbara. **Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology**. New York: Oxford University Press, 2002.

TOPOL, Eric. **Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again**. New York: Basic Books, 2019.

TRONTO, Joan C. **Caring Democracy: Markets, Equality, and Justice**. New York: New York University Press, 2013.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546–553, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice**. Geneva: WHO, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy on people-centred and integrated health services**. Geneva: WHO, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics 2023: Monitoring Health for the SDGs**. Geneva: WHO, 2023.