Humanização e práticas integradas no cuidado em saúde

Assistência Multiprofissional, Segurança, Acolhimento e Integralidade do Cuidado

Autores da obra

Keila Cristina dos Santos

Rozenila da Silva Dolzane

Ana Carla do Espírito Santo

Larissa Leão Batista Caxito

EDITORA MANUAL

HUMANIZAÇÃO E PRÁTICAS INTEGRADAS NO CUIDADO EM SAÚDE

Assistência Multiprofissional, Segurança, Acolhimento e Integralidade do Cuidado

Keila Cristina dos Santos
Rozenila da Silva Dolzane
Ana Carla do Espírito Santo
Larissa Leão Batista Caxito

ORGANIZAÇÃO
Kátia Karolini Amaro El Alam

EDITORA MANUAL • 2026

HUMANIZAÇÃO E PRÁTICAS INTEGRADAS NO CUIDADO EM SAÚDE

Assistência Multiprofissional, Segurança, Acolhimento e Integralidade do Cuidado

• • •

Keila Cristina dos Santos
Rozenila da Silva Dolzane
Ana Carla do Espírito Santo
Larissa Leão Batista Caxito

ORGANIZAÇÃO
Kátia Karolini Amaro El Alam

EDITORA MANUAL • 1ª edição • 2026

EXPEDIENTE EDITORIAL

TÍTULO
Humanização e Práticas Integradas no Cuidado em Saúde: Assistência Multiprofissional, Segurança, Acolhimento e Integralidade do Cuidado

EDITORA
EDITORA MANUAL CNPJ: 12.072.139/0001-20

(27) 99750-4756 www.editoramanual.com.br editoramanualoficial@gmail.com

Rua Costa Brandão,785, Loja A, São Benedito, Cariacica, Espírito Santo – ES, CEP:

29145-340

EDIÇÃO
1ª edição, 2026

AUTORIA
Keila Cristina dos Santos; Rozenila da Silva Dolzane; Ana Carla do Espírito Santo; Larissa Leão Batista Caxito

ORGANIZAÇÃO
Kátia Karolini Amaro El Alam

EDITOR-CHEFE
Afonso Henrique Souza de Assis

PRODUTOR EDITORIAL
Kátia Karolini Amaro El Alam

REVISÃO
Kátia Karolini Amaro El Alam

CAPA
Claude

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL
Janaina Ramos

REVISÃO DE TEXTO E CAPA
Kátia Karolini Amaro El Alam

DIAGRAMAÇÃO
Kátia Karolini Amaro El Alam

CORPO EDITORIAL
Dra. Mônica Aparecida Bortolotti – Universidade Estadual do Paraná
Dr. Walmir Fernandes Pereira – MUST University
Dr. Luiz Gonzaga Lapa Junior – Universidade de Brasília
Dr. Gabriel Arruda Burani - Univerdidad de Ciencias Empresariales e Sociales
Dr. Januario Neto Pereira Sarmento – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Tocantins
Dr. Tiago Piñeiro Martins – Secretaria Municipal de Educação de Salvador
Dra. Lucimara Cabreira Benitez – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Me. Afonso Henrique Souza de Assis – Universidad Leonardo da Vinci
Me. Elizabete Nascimento Aguiar – Universidade de Passo Fundo
Me. Swelen Freitas Gabarron – Universidade Tuiuti do Paraná
Me. José Neto de Oliveira Felippe – Faculdade de Caldas Novas
Me. Sueli Cristina Merotto Pereira – Secretaria Municipal de Educação - Prefeitura de Marataízes

Catalogação na publicação

Elaborada por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

H918

Humanização e práticas integradas no cuidado em saúde: assistência multiprofissional, segurança, acolhimento e integralidade do cuidado / Organização de Kátia Karolini Amaro El Alam. – Cariacica/ES: Editora Manual, 2026.

Autores: Keila Cristina dos Santos, Rozenila da Silva Dolzane, Ana Carla do Espírito Santo, Larissa Leão Batista Caxito.

Livro em PDF

ISBN: 978-65-831-2116-5
DOI: 10.29327/5930059

1. Cuidado em saúde. 2. Segurança do paciente. I. Alam, Kátia Karolini Amaro El (Organizadora). II. Título.

CDD 610

Índice para catálogo sistemático

I. Cuidado em saúde

Obra publicada em Setembro de 2026.

DOI: 10.29327/5930059

© 2026. Todos os direitos reservados.

Nenhuma parte desta obra poderá ser reproduzida, armazenada ou transmitida por qualquer meio sem observância da legislação aplicável e dos direitos autorais, ressalvadas as hipóteses legalmente permitidas.

APRESENTAÇÃO

Humanização e Práticas Integradas no Cuidado em Saúde: Assistência Multiprofissional, Segurança, Acolhimento e Integralidade do Cuidado nasce da compreensão de que a qualidade da assistência não pode ser medida apenas pela correção técnica de procedimentos, pela disponibilidade de tecnologias ou pelo cumprimento de protocolos. O cuidado em saúde acontece no encontro entre pessoas, mas também é profundamente influenciado pela organização dos serviços, pela comunicação, pelas condições de trabalho, pela articulação entre profissionais e pela capacidade das instituições de reconhecer necessidades que ultrapassam o diagnóstico e a intervenção clínica.

Ao longo desta obra, a humanização é tratada como dimensão concreta da qualidade assistencial. Acolher, escutar, informar adequadamente, preservar a autonomia, reduzir riscos evitáveis e garantir continuidade não constituem elementos acessórios de uma assistência tecnicamente qualificada. São componentes do próprio cuidado. Essa perspectiva permite superar uma compreensão restrita da humanização como cordialidade ou sensibilidade individual e situá-la no campo das práticas profissionais, da segurança do paciente, da ética, da gestão dos serviços e das relações construídas durante o percurso assistencial.

Os capítulos percorrem diferentes dimensões desse debate. A obra discute integralidade, acolhimento, vínculo, comunicação, participação do paciente nas decisões, trabalho multiprofissional e segurança assistencial, além de examinar especificidades relacionadas à enfermagem, à fisioterapia e ao cuidado médico. Também são consideradas situações de maior vulnerabilidade no ambiente hospitalar e os desafios contemporâneos decorrentes da incorporação de tecnologias digitais e sistemas de inteligência artificial aos processos de cuidado.

Essa abordagem parte de um princípio essencial: nenhuma profissão, isoladamente, consegue responder à complexidade das necessidades produzidas pelo adoecimento. A integração entre conhecimentos e práticas não significa apagar competências específicas, mas criar condições para que elas se articulem em torno de objetivos assistenciais compartilhados. Quando informações não circulam, decisões são fragmentadas ou necessidades importantes permanecem sem responsável definido, a experiência do paciente e a própria segurança do cuidado são comprometidas.

O livro também reconhece que humanizar exige enfrentar tensões reais. Serviços de saúde operam sob limitações de tempo, recursos, pessoal e infraestrutura. Profissionais lidam simultaneamente com demandas técnicas, responsabilidades éticas, exigências institucionais e necessidades singulares dos pacientes e de suas famílias. Por isso, a defesa de uma assistência humanizada não pode ignorar as condições concretas em que o cuidado é produzido. Ao contrário, precisa contribuir para identificar processos que favorecem ou dificultam práticas mais seguras, coordenadas e responsivas.

Destinada a profissionais, docentes, estudantes, pesquisadores e demais pessoas interessadas na qualificação da assistência em saúde, esta obra propõe uma leitura integrada do cuidado. Mais do que reunir conceitos, procura aproximar evidência científica, reflexão crítica e situações presentes na prática cotidiana dos serviços. Em diferentes cenários e níveis de atenção, permanece a mesma questão central: como organizar o cuidado de modo que conhecimento técnico, segurança, comunicação, autonomia, responsabilidade profissional e reconhecimento da pessoa atendida façam parte de um mesmo processo?

É a partir dessa questão que os capítulos se conectam. A humanização, aqui, não aparece como complemento do cuidado. Ela constitui uma maneira de compreender e qualificar o próprio cuidado.

AUTORAS DA OBRA

As participantes abaixo integram a autoria do livro completo, em conformidade com a organização editorial da obra.

Keila Cristina dos Santos

Rozenila da Silva Dolzane

Ana Carla do Espírito Santo

Larissa Leão Batista Caxito

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 11

CAPÍTULO 1 — HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO E INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE 19

CAPÍTULO 2 — ACOLHIMENTO, ESCUTA QUALIFICADA E VÍNCULO ENTRE PROFISSIONAL E PACIENTE 30

CAPÍTULO 3 — COMUNICAÇÃO EM SAÚDE E PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE NAS DECISÕES DE CUIDADO 43

CAPÍTULO 4 — TRABALHO MULTIPROFISSIONAL E INTEGRAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS 53

CAPÍTULO 5 — SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA 64

CAPÍTULO 6 — ENFERMAGEM E PRÁTICAS CENTRADAS NAS NECESSIDADES DO PACIENTE 75

CAPÍTULO 7 — FISIOTERAPIA, FUNCIONALIDADE E CUIDADO HUMANIZADO NA REABILITAÇÃO 86

CAPÍTULO 8 — CUIDADOS MÉDICOS E TOMADA DE DECISÃO COMPARTILHADA 97

CAPÍTULO 9 — HUMANIZAÇÃO NO AMBIENTE HOSPITALAR E EM SITUAÇÕES DE MAIOR VULNERABILIDADE 107

CAPÍTULO 10 — TECNOLOGIAS, INOVAÇÃO E DESAFIOS PARA PRESERVAR A DIMENSÃO HUMANA DO CUIDADO 117

CONSIDERAÇÕES FINAIS 128

REFERÊNCIAS 136

SOBRE AS AUTORAS 144

INTRODUÇÃO

A humanização do cuidado em saúde é frequentemente invocada como se seu significado fosse autoevidente. Em discursos institucionais, programas de qualidade e orientações profissionais, a palavra costuma aparecer associada a acolhimento, empatia, escuta, respeito e gentileza. Esses elementos são relevantes, mas tornam-se insuficientes quando a humanização é reduzida a uma qualidade subjetiva do encontro entre um profissional "sensível" e um paciente vulnerável. Um cuidado pode ser cordial e ainda produzir espera desnecessária, comunicação incompreensível, decisões sem participação, transições inseguras, fragmentação entre serviços, invisibilidade de necessidades sociais ou intervenções tecnicamente corretas que não fazem sentido para a vida da pessoa. O problema central deste livro começa justamente aí: humanizar não significa acrescentar delicadeza a uma assistência já pronta; significa interrogar como a própria assistência é organizada, decidida, comunicada e continuada.

No Sistema Único de Saúde (SUS), essa compreensão possui uma história própria. A Política Nacional de Humanização (PNH), desenvolvida a partir de 2003 e sistematizada em documentos do Ministério da Saúde, foi concebida como política transversal, e não como programa isolado destinado a "melhorar o atendimento". Seu marco teórico-político associa humanização à indissociabilidade entre atenção e gestão, à transversalidade das relações, à ampliação da autonomia e do protagonismo de usuários e trabalhadores e à corresponsabilização na produção do cuidado. Essa formulação é mais exigente do que a ideia de atendimento cordial porque desloca a humanização do comportamento individual para o modo como instituições distribuem poder, organizam processos de trabalho, reconhecem sujeitos e produzem decisões (BRASIL, 2010b; MARTINS; LUZIO, 2017).

Esse deslocamento também impede que o paciente seja tratado apenas como destinatário da técnica. A pessoa que procura um serviço de saúde chega com uma condição clínica, mas também com uma história, expectativas, medos, responsabilidades familiares, conhecimentos prévios, crenças, limitações de acesso, experiências anteriores com o sistema e diferentes possibilidades de compreender e executar recomendações. Nenhum desses elementos substitui a evidência científica, mas todos podem modificar o modo como uma intervenção será vivida e a

probabilidade de que produza benefício. Uma prescrição farmacológica adequada, por exemplo, pode fracassar quando o regime é incompatível com a rotina, quando as instruções não foram compreendidas, quando existem barreiras financeiras ou quando efeitos adversos não foram discutidos. Da mesma forma, uma alta hospitalar clinicamente segura pode tornar-se frágil se o paciente não compreende sinais de alerta, não consegue acessar o seguimento ou recebe orientações contraditórias de diferentes profissionais.

A Organização Mundial da Saúde propõe uma transformação semelhante ao defender serviços integrados e centrados nas pessoas. O marco aprovado pela Assembleia Mundial da Saúde em 2016 propõe deslocar sistemas estruturados em torno de doenças e instituições para sistemas organizados em torno das necessidades de pessoas e comunidades, com participação ativa, coordenação ao longo do contínuo do cuidado, governança responsável e ambientes que favoreçam profissionais preparados e serviços acessíveis. Não se trata de substituir especialização por generalismo nem de dissolver responsabilidades profissionais. Trata-se de reconhecer que a experiência concreta de adoecer atravessa fronteiras disciplinares, administrativas e setoriais que não existem com a mesma nitidez na vida do paciente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016).

É por isso que “práticas integradas” não serão utilizadas neste livro como sinônimo de equipe numerosa ou de coexistência de diferentes profissões. A integração só se torna clinicamente relevante quando há objetivos compartilhados, circulação de informação, clareza de responsabilidades, possibilidade de discordância produtiva, coordenação entre intervenções e participação efetiva da pessoa cuidada. Uma equipe pode reunir medicina, enfermagem, fisioterapia, psicologia, nutrição, farmácia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e serviço social e ainda produzir fragmentação se cada área avaliar uma parte do problema sem construir uma interpretação comum. O inverso também é verdadeiro: integração não exige que todos façam a mesma coisa, mas que diferenças de competência sejam articuladas em torno de necessidades reconhecidas como comuns.

A literatura oferece razões para evitar uma visão idealizada dessa integração. Em revisão sistemática de colaboração interprofissional na atenção primária, Bouton et al. (2023) identificaram efeitos favoráveis em parte dos estudos, especialmente entre pessoas com risco cardiovascular, mas resultados menos consistentes em outros grupos. Em ambiente hospitalar, Kaiser et al. (2022) encontraram sinais de possível benefício sobre diferentes desfechos relatados pelos pacientes, porém ressaltaram

heterogeneidade clínica e risco de viés elevado em grande parte dos estudos. Mais recentemente, Zhang et al. (2025), ao examinarem intervenções de cuidado integrado para condições crônicas, observaram melhora em funções como acesso e continuidade da atenção primária, sem tradução consistente para mortalidade, hospitalizações ou qualidade de vida. O conjunto dessas evidências é importante justamente porque impede uma conclusão confortável: integração é uma condição organizacional promissora, mas não um tratamento com efeito uniforme. Seus resultados dependem do desenho, da população, das relações de trabalho, da governança, do acesso e da maneira como o cuidado é realmente executado.

Essa tensão é central para a tese do livro. Humanização e integração podem ser transformadas em slogans institucionais quando passam a ser avaliadas apenas pela existência de comissões, protocolos, reuniões de equipe ou materiais educativos. Um serviço pode possuir todos esses dispositivos e continuar produzindo experiências profundamente desumanizadoras se filas, ruídos de comunicação, estigma, discriminação, decisões opacas, falta de privacidade ou abandono após a alta permanecerem normalizados. Por outro lado, profissionais comprometidos podem construir relações cuidadosas e ainda encontrar limites estruturais que não conseguem resolver individualmente. A humanização, portanto, não deve ser usada para moralizar o trabalhador nem para esconder insuficiências organizacionais sob a expectativa de que "ter empatia" compensará escassez de tempo, equipes incompletas, sistemas de informação frágeis ou redes desarticuladas.

Essa observação também protege o próprio conceito de cuidado. A qualidade relacional não se opõe à qualidade técnica. Escutar não substitui diagnosticar; acolher não dispensa avaliar risco; respeitar escolhas não significa abandonar o dever de informar; considerar valores não autoriza relativizar evidências; e compartilhar decisões não elimina assimetrias de conhecimento e responsabilidade. A prática humanizada exige justamente a capacidade de manter essas dimensões juntas. Em situações de incerteza, risco ou múltiplas alternativas razoáveis, o profissional precisa traduzir conhecimento técnico em informação compreensível, reconhecer aquilo que ainda não sabe e sustentar uma decisão proporcional à condição clínica e às prioridades da pessoa.

É nesse ponto que saúde e educação deixam de ser campos paralelos. Toda assistência envolve processos educativos, ainda que eles não sejam nomeados dessa forma. Explicar um diagnóstico, ensinar o uso de um dispositivo, orientar sobre medicação, discutir alimentação, demonstrar um exercício, preparar um cuidador,

construir um plano de autocuidado ou conversar sobre sinais de alarme exige selecionar informações, verificar compreensão, lidar com conhecimentos prévios e criar condições para que o que foi explicado possa ser usado fora do serviço. Educação em saúde, nesse sentido, não é transmissão unilateral de recomendações. É parte da capacidade de decidir e agir em condições reais.

A dificuldade aparece quando a informação é tratada como evidência de que houve compreensão. Entregar um documento, repetir uma orientação ou obter uma assinatura não garante que a pessoa tenha entendido benefícios, riscos e alternativas. A revisão de Richter et al. (2023), dedicada à comunicação de benefícios e danos em decisões compartilhadas com pessoas de letramento em saúde limitado, mostra que estratégias de comunicação precisam considerar formato, enquadramento das informações e capacidade de interpretar representações visuais, e também evidencia que a pesquisa ainda é insuficiente para definir uma solução única. A implicação é relevante: comunicar melhor não significa simplificar até perder precisão, mas construir condições para que a informação técnica possa ser apropriada sem excluir quem possui menor familiaridade com linguagem biomédica.

Essa dimensão educativa se torna ainda mais importante em doenças crônicas, reabilitação, saúde mental, cuidado materno-infantil, atenção à pessoa idosa e situações em que o resultado depende de decisões repetidas fora do contato direto com a equipe. Quanto maior a participação exigida do paciente e da família, menos sustentável é um modelo baseado apenas em ordens. O cuidado precisa produzir capacidade, e não somente obediência. Isso significa reconhecer que conhecimento em saúde é distribuído de maneira desigual e que responsabilidade sem suporte pode transformar autonomia em abandono: dizer que a pessoa é "protagonista" não resolve barreiras de transporte, renda, alfabetização, acessibilidade, violência, sobrecarga de cuidado ou ausência de serviços disponíveis no território.

A relação entre humanização e Direito emerge exatamente dessas situações concretas. A Constituição Federal de 1988 estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, e a Lei nº 8.080/1990 organiza o SUS sob princípios que incluem universalidade e integralidade. A Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 553/2017, ao atualizar a Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, reforça direitos relacionados ao acesso, acolhimento, informação, respeito, participação, privacidade e continuidade. Esses marcos não devem aparecer no cuidado apenas como citações normativas. Eles delimitam obrigações que influenciam

a organização dos serviços e a forma como decisões são produzidas (BRASIL, 1988; 1990b; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2017).

A perspectiva jurídica também ajuda a compreender por que humanização não pode depender exclusivamente da boa vontade. Respeito à dignidade, confidencialidade, informação adequada, não discriminação e participação não são recompensas destinadas a pacientes considerados cooperativos; são componentes do cuidado e, em diversas situações, direitos juridicamente protegidos. Isso não elimina conflitos. Há circunstâncias em que escolhas podem colidir com recomendações profissionais, em que capacidade decisória precisa ser avaliada, em que segurança coletiva impõe restrições ou em que recursos limitados exigem priorização. A humanização não dissolve esses conflitos, mas exige que sejam enfrentados de modo transparente, proporcional e justificável, evitando tanto o paternalismo automático quanto uma concepção superficial de autonomia que transfere ao paciente toda a responsabilidade por decisões complexas.

As condições de trabalho dos profissionais constituem outra dimensão inseparável desse debate. A PNH foi construída precisamente sobre a ideia de que não há produção sustentável de cuidado sem atenção aos modos de gestão e às condições em que o trabalho acontece. Um serviço que exige escuta qualificada, comunicação detalhada, participação em decisões e articulação multiprofissional precisa criar tempo, espaços, fluxos e formas de governança que tornem essas práticas possíveis. Quando metas, sobrecarga, rotatividade, comunicação deficiente e fragmentação organizacional consomem a capacidade de coordenação, a humanização corre o risco de ser reduzida a exigência emocional individual dirigida a trabalhadores que dispõem de pouco poder para alterar a estrutura que produz os problemas.

Isso não significa isentar profissionais de responsabilidade relacional ou ética. Significa reconhecer níveis distintos de responsabilidade. Há condutas individuais que podem e devem ser modificadas; há práticas de equipe que dependem de pactuação; há falhas de serviço que exigem gestão; e há problemas de rede e financiamento que ultrapassam uma instituição. Confundir esses níveis produz dois erros recorrentes: culpabilizar indivíduos por problemas sistêmicos ou, no extremo oposto, usar a existência de limites estruturais para normalizar condutas evitáveis. Uma abordagem madura de humanização precisa sustentar simultaneamente responsabilidade profissional e responsabilidade institucional.

A formação em saúde participa diretamente desse processo. Se os profissionais são educados em ambientes nos quais o conhecimento é compartimentalizado, a comunicação interprofissional é escassa e o paciente aparece principalmente como portador de uma doença, não é razoável esperar que a integração surja espontaneamente depois da graduação. A Organização Mundial da Saúde já havia destacado, em seu marco de 2010, a relação entre educação interprofissional e preparação para práticas colaborativas. A aprendizagem conjunta, entretanto, também não deve ser romantizada: trabalhar bem em equipe requer competências para comunicação, negociação de papéis, manejo de conflitos, tomada de decisão, responsabilidade compartilhada e reconhecimento dos limites de cada área (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

A formação precisa ainda enfrentar uma contradição pouco discutida: profissionais podem aprender vocabulários sofisticados sobre centralidade da pessoa, integralidade e decisão compartilhada e, ao mesmo tempo, reproduzir relações hierárquicas no cotidiano. Conceitos não se convertem automaticamente em prática. A humanização exige uma pedagogia coerente com aquilo que pretende produzir, capaz de incluir reflexão sobre casos reais, dilemas éticos, comunicação de incertezas, diversidade, desigualdades e trabalho em equipe. Educação profissional e educação do paciente, portanto, encontram-se num mesmo problema: ambas precisam transformar informação em capacidade de participar de decisões complexas.

Também é necessário evitar que a centralidade da pessoa se transforme em apagamento da dimensão coletiva. Sistemas de saúde não cuidam apenas de indivíduos isolados. Priorização de recursos, vigilância, prevenção, vacinação, saúde ambiental, saúde do trabalhador e resposta a emergências exigem decisões que consideram populações. A perspectiva centrada nas pessoas precisa conviver com responsabilidade coletiva e equidade. Isso é particularmente importante no SUS, cuja promessa constitucional não se limita ao acesso individual ao tratamento, mas está inserida em políticas sociais e econômicas voltadas à redução de riscos e à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Equidade, nesse cenário, não pode ser tratada como apêndice moral do cuidado. A mesma intervenção pode produzir oportunidades muito diferentes dependendo da renda, do território, da raça, da idade, da deficiência, do gênero, da escolaridade, do suporte familiar ou da disponibilidade de serviços. Humanizar significa também reconhecer que padrões aparentemente neutros podem excluir. Uma orientação escrita pressupõe leitura; uma consulta remota pressupõe conectividade e habilidade

digital; um plano de alta pressupõe condições domiciliares; uma recomendação de exercício pressupõe espaço, segurança e tempo; uma decisão compartilhada pressupõe comunicação acessível. Quando essas condições são invisibilizadas, o cuidado pode atribuir à pessoa a responsabilidade por falhas que foram produzidas pela própria incompatibilidade entre a recomendação e sua realidade.

Por isso, o livro não tratará humanização como oposição à tecnologia. Prontuários eletrônicos, teleatendimento, monitoramento remoto, inteligência artificial, sistemas de apoio à decisão e outras tecnologias podem ampliar acesso, reduzir erros, melhorar continuidade ou liberar tempo para relações mais qualificadas. Também podem aumentar distância, padronizar inadequadamente situações singulares, criar sobrecarga informacional ou excluir grupos que não conseguem utilizá-las. O critério não será se uma prática é "tecnológica" ou "humana", mas se a tecnologia foi incorporada de modo seguro, transparente, acessível e coerente com os objetivos do cuidado.

A mesma lógica vale para protocolos. Padronização é indispensável em inúmeras situações porque reduz variabilidade indevida, organiza respostas e protege pacientes contra omissões. O problema surge quando o protocolo deixa de orientar e passa a substituir julgamento. Uma prática integrada e humanizada precisa saber quando a padronização protege e quando a singularidade clinicamente relevante exige adaptação. Essa tensão não pode ser resolvida escolhendo entre ciência e individualização; exige uma clínica capaz de utilizar evidência sem apagar contexto.

A tese que atravessa esta obra parte, portanto, de uma afirmação simples apenas na aparência: humanização é uma propriedade da organização do cuidado, e não um ornamento das relações. Ela se torna visível quando técnica, comunicação, educação, direitos, trabalho em equipe, gestão e continuidade deixam de operar como dimensões concorrentes e passam a responder a um mesmo problema de saúde. Da mesma forma, integração não é soma de profissões, mas capacidade de construir coerência entre conhecimentos distintos sem reduzir a complexidade da pessoa a um denominador comum.

Essa tese exige também reconhecer limites. Nem toda decisão poderá ser compartilhada da mesma maneira; nem toda equipe alcançará consenso; nem todo serviço disporá dos mesmos recursos; nem toda intervenção integrada produzirá melhores desfechos; e nem toda experiência de sofrimento poderá ser eliminada pelo sistema de saúde. O objetivo não é idealizar um cuidado sem conflitos, mas construir

critérios para distinguir aquilo que decorre da complexidade inevitável da assistência daquilo que resulta de fragmentação, comunicação inadequada, barreiras institucionais ou exclusão evitável.

Ao longo do livro, diferentes situações clínicas e organizacionais serão utilizadas para examinar essa questão a partir de ângulos complementares. O fio condutor permanecerá, contudo, o mesmo: a qualidade de uma prática não pode ser avaliada apenas pelo procedimento realizado nem pela intenção de quem cuida. Ela precisa ser examinada também por sua capacidade de produzir segurança, compreensão, participação, continuidade, respeito e resultados relevantes para a vida. Quando essas dimensões são tratadas como parte da própria técnica, e não como adições posteriores, humanização deixa de ser um discurso sobre como profissionais deveriam parecer e passa a ser uma pergunta mais exigente sobre como o cuidado precisa funcionar.

CAPÍTULO 1 — HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO E INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

A humanização do cuidado e a integralidade da assistência ocupam um lugar paradoxal no debate sanitário. Poucas ideias recebem adesão tão ampla e, ao mesmo tempo, são tão facilmente esvaziadas quando passam do plano normativo para a rotina dos serviços. É difícil encontrar quem defenda explicitamente um cuidado fragmentado, impessoal ou indiferente às necessidades do usuário; ainda assim, a organização concreta da assistência pode produzir exatamente esses resultados quando o trabalho é orientado por episódios isolados, metas desconectadas, fronteiras profissionais rígidas e decisões que reconhecem a doença, mas não conseguem recompor a trajetória da pessoa que a vive. O problema, portanto, não é apenas afirmar que o cuidado deve ser humano e integral. É compreender que condições clínicas, organizacionais, educativas e jurídicas precisam existir para que essas qualidades deixem de funcionar como adjetivos desejáveis e passem a orientar decisões verificáveis.

No Sistema Único de Saúde, a integralidade possui densidade jurídica própria. A Lei nº 8.080/1990 a define como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade. No mesmo dispositivo, aparecem ainda a preservação da autonomia e o direito à informação das pessoas assistidas (BRASIL, 1990b). Essa proximidade normativa é importante: integralidade não significa oferecer indiscriminadamente tudo o que existe, nem acumular procedimentos ao redor do usuário. Significa construir respostas proporcionais às necessidades, articuladas ao longo do tempo e entre diferentes pontos de atenção, sem retirar da pessoa sua condição de sujeito do cuidado. Quando continuidade, informação e autonomia se rompem, a assistência pode ser tecnicamente sofisticada e ainda assim permanecer incompleta.

A Política Nacional de Humanização radicalizou esse debate ao propor que humanizar não fosse um programa periférico, destinado a melhorar a cordialidade no atendimento, mas uma transformação dos modos de atenção e de gestão. Desde sua

formulação, a política vincula humanização a protagonismo, corresponsabilidade, produção de vínculos, trabalho em rede e participação de usuários, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2010b). Benevides e Passos (2005) já advertiam que a banalização do termo poderia reduzir a humanização a intervenções fragmentadas, incapazes de alterar relações de poder e modelos de cuidado. Mais de uma década depois, Martins e Luzio (2017) encontraram, na experiência da própria HumanizaSUS, uma política cuja potência dependia menos de uma coleção fixa de técnicas e mais da capacidade de produzir redes, apoio e mudanças nos processos de trabalho. Essa trajetória brasileira permite formular uma distinção decisiva para este livro: humanização não é uma camada afetiva adicionada à integralidade; é uma das condições para que a integralidade seja vivida como relação, decisão e organização do cuidado.

A literatura internacional chega a uma formulação semelhante por outros caminhos. A Organização Mundial da Saúde, ao propor serviços integrados e centrados nas pessoas, desloca o foco de sistemas organizados em torno de doenças e instituições para redes capazes de responder a necessidades ao longo do curso da vida, coordenando promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016). Essa aproximação é útil, mas exige cautela conceitual. Humanização, cuidado centrado na pessoa e integralidade não são expressões perfeitamente intercambiáveis. Cada uma possui história e ênfases próprias. O que as aproxima é a recusa da fragmentação: nenhuma admite que a qualidade do cuidado possa ser julgada apenas pelo sucesso de um procedimento isolado quando a experiência, as preferências, a continuidade e as necessidades relevantes do indivíduo permaneceram invisíveis.

1.1 Humanização e integralidade como propriedades da organização do cuidado

Tratar humanização e integralidade como propriedades organizacionais modifica o modo de avaliar uma prática assistencial. A pergunta deixa de ser apenas se o profissional foi respeitoso ou se determinado procedimento foi realizado corretamente e passa a incluir como o serviço reconheceu necessidades, coordenou respostas, comunicou decisões e garantiu continuidade. Essa ampliação não diminui o valor do encontro clínico; ao contrário, impede que se atribua ao encontro individual toda a responsabilidade por problemas produzidos em outros níveis. Um profissional pode escutar atentamente um usuário e, ainda assim, estar inserido em uma rede que não compartilha informações, perde seguimentos, repete exames desnecessariamente

ou devolve ao paciente a tarefa de coordenar sozinho setores que não conversam entre si.

Essa é uma das razões pelas quais a fragmentação não deve ser entendida apenas como ausência de boa vontade entre profissionais. Ela pode ser produzida pela própria arquitetura do sistema: agendas incompatíveis, prontuários que não comunicam informação útil, alta sem articulação com o território, multiplicidade de especialistas sem plano comum, incentivos que valorizam volume de procedimentos e processos de trabalho que comprimem o tempo necessário para comunicação clínica. Em doenças crônicas e situações de multimorbidade, o problema se torna particularmente evidente. Intervenções de cuidado integrado podem melhorar alguns desfechos e fortalecer componentes da atenção primária, mas revisões recentes mostram que os efeitos variam segundo população, desenho da intervenção, contexto de implementação e desfecho analisado (ZHANG et al., 2025). A evidência, portanto, apoia a integração sem autorizar a ideia de que qualquer arranjo chamado "integrado" produzirá automaticamente melhor cuidado.

O mesmo raciocínio vale para o cuidado centrado na pessoa. Uma revisão clássica de Rathert, Wyrwich e Boren (2013) encontrou relações mais consistentes com satisfação e autocuidado do que com desfechos clínicos, que apresentaram resultados mistos. Uma década depois, a revisão meta-narrativa de Janerka, Leslie e Gill (2023), ao examinar a evolução do cuidado centrado na pessoa em hospitais agudos, mostrou que muitas intervenções se concentram no nível micro da prática e parecem promissoras, mas sua sustentabilidade e incorporação organizacional permanecem menos bem estabelecidas. Essa diferença entre uma intervenção funcionar localmente e transformar o modo de cuidado de uma instituição é central. Humanização não se consolida porque uma unidade adota uma ferramenta de comunicação; consolida-se quando relações, fluxos, liderança, ambiente e critérios de decisão deixam de produzir sistematicamente o oposto daquilo que a ferramenta pretende promover.

A revisão sistemática de Busch et al. (2019) ajuda a tornar essa ideia empiricamente mais concreta. Ao sintetizar perspectivas de pacientes, cuidadores e profissionais, os autores encontraram dimensões relacionais, organizacionais e estruturais na humanização do cuidado. A presença simultânea dessas dimensões importa porque desfaz uma falsa oposição entre "tecnologia" e "humanidade". Um ambiente tecnicamente preparado, com recursos adequados, privacidade, acessibilidade e condições de trabalho seguras, pode ser requisito da humanização; da mesma maneira, relações respeitosas podem ser inviabilizadas quando o processo de

trabalho impõe interrupções constantes, sobrecarga e comunicação fragmentada. A humanização não existe apesar da organização material do cuidado. Ela depende dela.

Essa compreensão permite também discutir eficiência sem caricaturas. Há situações em que protocolos, padronização, fluxos e tecnologias aumentam a segurança e reduzem variações injustificadas. O problema surge quando eficiência passa a ser medida apenas pela velocidade do fluxo, pelo número de atendimentos ou pela redução de permanência, sem considerar se o usuário compreendeu o plano, se o cuidado necessário foi coordenado e se a decisão tomada permanece viável fora do serviço. Um atendimento pode ser rápido e resolutivo; também pode ser rápido porque deslocou para a família uma tarefa que deveria ter sido organizada pela rede. A diferença entre as duas situações não aparece em indicadores simples de produtividade.

Integralidade, portanto, não exige abolir especialidades ou apagar fronteiras de competência. A especialização é indispensável para lidar com problemas complexos. O risco está em permitir que a divisão técnica do trabalho se transforme em divisão da pessoa. Cada profissional vê uma dimensão do problema, mas alguém precisa recompor essas dimensões em um projeto compreensível e coerente. Isso implica compartilhar informações relevantes, explicitar prioridades, reconhecer conflitos entre recomendações e decidir quais objetivos importam naquele momento. Em pessoas com múltiplas condições, por exemplo, seguir simultaneamente todas as recomendações específicas de cada doença pode produzir sobrecarga terapêutica, interações indesejadas e rotinas impossíveis de sustentar. O cuidado integral não soma condutas; hierarquiza-as.

Essa hierarquização também revela que integralidade possui uma dimensão ética. Nem tudo o que pode ser tecnicamente feito deve necessariamente ser feito da mesma forma, na mesma intensidade e no mesmo momento. A relevância clínica de uma intervenção depende de prognóstico, benefício esperado, risco, carga para o paciente, alternativas disponíveis e valores envolvidos. Humanizar a decisão significa tornar esses elementos visíveis e compartilháveis, sem transformar a autonomia em abandono decisório. O profissional mantém responsabilidade por informar, recomendar e proteger contra danos previsíveis; a pessoa mantém o direito de participar de uma decisão que afetará seu corpo e sua vida. A qualidade nasce justamente dessa tensão, e não da vitória de um polo sobre o outro.

1.2 Singularidade, autonomia e evidência: tensões do cuidado integral

O reconhecimento da singularidade é frequentemente apresentado como marca da humanização, mas pode ser mal compreendido quando colocado em oposição à evidência científica. Cuidado singular não significa improvisar nem relativizar critérios de segurança. Significa interpretar a evidência à luz das características, objetivos e condições concretas da pessoa. Protocolos clínicos oferecem mapas produzidos a partir de populações e probabilidades; o cuidado acontece diante de alguém cuja combinação de doenças, função, crenças, rede de apoio, recursos e prioridades não é completamente reproduzida por nenhum protocolo. A tarefa clínica não é escolher entre ciência e singularidade, mas construir a passagem responsável entre ambas.

Essa passagem exige reconhecer que dados objetivos e experiência subjetiva respondem a perguntas diferentes. Um exame pode demonstrar estabilidade laboratorial sem revelar o medo que impede a pessoa de levantar-se; uma escala pode quantificar sintomas sem explicar por que determinado efeito adverso torna o tratamento insustentável; um indicador de controle pode melhorar enquanto a rotina terapêutica ocupa um espaço incompatível com trabalho, cuidado dos filhos ou autonomia. Ignorar essas dimensões não torna a assistência mais científica. Apenas deixa parte do problema fora daquilo que é considerado clinicamente relevante.

Ao mesmo tempo, a valorização da experiência não autoriza que qualquer preferência determine automaticamente a conduta. Pessoas podem recusar intervenções benéficas, desejar tratamentos sem evidência ou compreender riscos de maneira diferente daquela esperada pela equipe. Humanização não elimina conflito. Ela exige formas mais qualificadas de atravessá-lo. A Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde assegura atendimento integral, ético e humanizado, informação, respeito a valores e participação nas decisões, mas esses direitos convivem com deveres profissionais de segurança, indicação técnica e uso responsável de recursos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2017). O desafio é não transformar divergência em desobediência do paciente nem, no sentido inverso, reduzir decisão compartilhada a uma escolha de consumo entre opções clinicamente equivalentes apenas na aparência.

A educação em saúde ocupa uma posição decisiva nesse ponto. Participação real depende de informação compreensível, mas informação por si só não garante compreensão. O modo como benefícios, danos e incertezas são comunicados

influencia a capacidade de participar de decisões, especialmente quando há baixo letramento em saúde, sofrimento emocional ou assimetria de conhecimento. Richter et al. (2023), ao revisarem estratégias de comunicação de risco em decisão compartilhada com pessoas com letramento limitado, mostraram que a forma de apresentação da informação é parte do próprio processo decisório. Isso aproxima novamente educação e cuidado: ensinar, confirmar entendimento, adaptar linguagem e permitir perguntas não são tarefas posteriores à assistência; são componentes da segurança e da autonomia.

A singularidade também precisa ser protegida de um uso superficial. Personalizar não é apenas chamar o usuário pelo nome, conhecer uma preferência alimentar ou registrar quem é seu acompanhante. Essas ações podem ser relevantes, mas a singularização clínica aparece sobretudo quando a equipe consegue identificar o que muda o plano de cuidado. Para uma pessoa, retornar rapidamente ao trabalho pode ser prioridade; para outra, preservar lucidez é mais importante do que obter alívio máximo de um sintoma; para outra, a possibilidade de permanecer perto da família altera a aceitabilidade de uma intervenção. Quando esses elementos têm consequência real sobre metas, escolhas ou organização da assistência, a pessoa deixa de ser apenas destinatária e passa a participar da construção do cuidado.

A participação da família exige a mesma precisão. Família pode oferecer informação, segurança emocional e apoio à continuidade, mas não representa automaticamente os desejos do paciente. Em determinados contextos, conflitos familiares, violência, sobrecarga, ausência de vínculo ou divergências de valores tornam inadequado presumir que maior envolvimento familiar seja sempre melhor. A evidência em terapia intensiva ilustra essa necessidade de nuance. A meta-análise de Lv et al. (2025) encontrou redução de delirium em intervenções centradas no paciente e na família, mas não demonstrou efeitos estatisticamente significativos sobre todos os desfechos avaliados, e os estudos incluídos apresentaram limitações de risco de viés. O achado apoia práticas participativas sem transformar presença familiar em tecnologia universal de resultado garantido.

Esse cuidado com a inferência é particularmente importante porque humanização costuma produzir desfechos difíceis de medir. Satisfação, confiança, sensação de respeito, participação, continuidade e compreensão são relevantes, mas não substituem mortalidade, eventos adversos, função ou controle de doença. O inverso também é verdadeiro: um bom desfecho biomédico não autoriza desprezar a experiência da pessoa. A avaliação mais coerente precisa resistir à tentação de eleger

um único indicador como representação da qualidade inteira do cuidado. Em alguns contextos, o ganho da humanização será melhor capturado em experiência e participação; em outros, mudanças organizacionais poderão repercutir sobre segurança e desfechos clínicos. A pergunta cientificamente mais adequada não é se "humanização funciona" em abstrato, mas quais componentes, em quais contextos e por quais mecanismos produzem efeitos relevantes.

No Brasil, a própria construção da Política Nacional de Humanização oferece um alerta contra a transformação de princípios em prescrições rígidas. Ao trabalhar com transversalidade, cogestão, clínica ampliada, acolhimento e valorização do trabalho, a PNH não propõe substituir protocolos clínicos por relações espontâneas, mas intervir nos modos como decisões e processos são produzidos (BRASIL, 2010b; MARTINS; LUZIO, 2017). Essa distinção é essencial para que a humanização não seja capturada por treinamentos de comportamento que ensinam profissionais a parecer mais empáticos sem alterar as condições que geram fragmentação, silêncio ou perda de autonomia.

A integralidade também entra em tensão com a forma como os serviços delimitam aquilo que consideram um problema de saúde. A clínica precisa estabelecer foco para agir, mas o foco pode se tornar estreitamento quando fatores que alteram prognóstico, acesso ou capacidade de seguir o plano são descartados como externos à assistência. Uma pessoa com insuficiência cardíaca que não consegue armazenar adequadamente seus medicamentos, uma gestante que falta às consultas porque depende de transporte irregular ou um idoso que recebe orientações incompatíveis de diferentes especialistas não apresentam apenas problemas sociais ou administrativos paralelos ao diagnóstico. Essas condições interferem no que o tratamento consegue produzir. Reconhecê-las não significa medicalizar a vida social; significa compreender que a efetividade de uma decisão clínica depende do ambiente em que ela será executada.

Esse raciocínio é particularmente relevante em um sistema universal e territorializado como o SUS. A integralidade precisa articular diferentes densidades tecnológicas sem criar uma hierarquia moral na qual o cuidado especializado seja entendido como mais importante e a atenção primária como etapa preliminar. Diagnóstico complexo, cirurgia, reabilitação, acompanhamento longitudinal e prevenção podem ocupar lugares diferentes na mesma trajetória. O valor de cada ponto da rede depende da capacidade de responder à necessidade para a qual foi acionado e de devolver ao restante do sistema informação suficiente para continuidade. A Organização Mundial da Saúde (2016) trata a coordenação entre

níveis e setores como parte constitutiva dos serviços integrados e centrados nas pessoas; no Brasil, a própria definição legal de integralidade vincula articulação e continuidade, impedindo que alta complexidade seja confundida com cuidado completo (BRASIL, 1990b).

Há ainda uma dimensão distributiva que não pode ser ignorada. Escolhas clínicas são feitas em sistemas com recursos finitos, filas, desigualdades territoriais e capacidades institucionais heterogêneas. Humanizar não significa prometer acesso imediato a qualquer recurso disponível no mercado, assim como integralidade não corresponde a ausência de critérios. O desafio é justificar prioridades de maneira transparente, utilizar evidências e necessidades como base de decisão e evitar que limitações de oferta sejam mascaradas por discursos que responsabilizam o usuário. Uma restrição pode ser inevitável; a opacidade sobre seus motivos não é. É nesse ponto que Direito e clínica se encontram: a justiça do cuidado não depende somente do conteúdo da decisão, mas também de como acesso, informação, critérios e possibilidade de contestação são organizados.

1.3 Da experiência individual à continuidade: integralidade na prática cotidiana

A integralidade se torna particularmente visível nas transições. Enquanto o paciente permanece dentro de um setor, a equipe consegue muitas vezes compensar falhas de comunicação por proximidade física e conhecimento informal. Na alta, na transferência, no encaminhamento ou no retorno ao território, essas compensações desaparecem. Informações precisam ser selecionadas e transmitidas; responsabilidades precisam mudar de mãos; o usuário e sua família passam a executar tarefas antes realizadas pela equipe. Uma assistência que parece integral durante a internação pode revelar sua fragmentação justamente quando o paciente atravessa a porta do serviço.

Por isso, continuidade não pode ser confundida com produção de documentos. Um resumo de alta extenso pode conter muitos dados e ainda não responder às perguntas que determinarão o que acontece depois: quais problemas permanecem ativos, o que mudou no tratamento, o que precisa ser observado, quem é responsável pelo próximo passo e em que situação o plano deve ser revisto. A integralidade exige selecionar informação com finalidade clínica. O mesmo vale para referências e contrarreferências: encaminhar não é apenas transferir demanda, mas construir uma ligação suficientemente clara para que o próximo ponto da rede reconheça o problema e dê continuidade ao percurso.

Esse nível de coordenação amplia a responsabilidade institucional. Quando o acesso depende da capacidade do usuário de compreender fluxos burocráticos, localizar sozinho diferentes serviços e repetir sua história em cada encontro, parte do trabalho de integração foi deslocada para quem possui menos recursos para executá-lo. A Carta dos Direitos da Pessoa Usuária determina que o atendimento seja organizado com continuidade e que dificuldades do serviço não dispensem acolhimento, informação clara e encaminhamento responsável (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2017). A norma não elimina limitações reais da rede, mas estabelece um critério ético-jurídico importante: a fragmentação administrativa não deve ser naturalizada como problema privado do paciente.

A noção de equidade aprofunda essa discussão. Duas pessoas podem receber a mesma orientação e enfrentar possibilidades muito distintas de cumpri-la. Transporte, renda, jornada de trabalho, responsabilidades de cuidado, deficiência, idioma, letramento em saúde, moradia e apoio social interferem diretamente na viabilidade terapêutica. Um plano formalmente idêntico pode ser, portanto, materialmente desigual. Humanização não significa resolver isoladamente determinantes sociais que ultrapassam o alcance do serviço, mas exige que eles sejam reconhecidos antes de classificar como falta de adesão aquilo que pode ser impossibilidade concreta. Quando necessário, integralidade demanda articulação com assistência social, educação, reabilitação, saúde mental e outros setores, porque algumas necessidades relevantes não cabem dentro da fronteira biomédica.

Essa abordagem não transforma a equipe de saúde em responsável por toda a vida do usuário. O risco de uma concepção ilimitada de integralidade é produzir expectativas impraticáveis e diluir responsabilidades. Há problemas que pertencem a outros setores, decisões que são da pessoa e limites materiais que a equipe não consegue superar. O cuidado integral precisa ser amplo sem ser onipotente. Sua força está em reconhecer o conjunto de necessidades que influencia a saúde, definir quais podem ser enfrentadas pelo serviço, articular aquelas que exigem outros pontos da rede e explicitar os limites quando não há resposta disponível. A honestidade sobre limites também é uma forma de respeito.

As condições de trabalho reaparecem, nesse ponto, como variável clínica e ética. A revisão de Busch et al. (2019) inclui condições adequadas de trabalho entre os elementos relacionados à humanização, e a PNH historicamente recusa a separação entre atenção e gestão. Essa relação não deve ser usada para justificar condutas inadequadas com base na sobrecarga, mas tampouco pode ser ignorada. Serviços que

exigem decisões rápidas em ambientes cronicamente subdimensionados, sem espaços de discussão, com alta rotatividade e pouca previsibilidade organizacional tornam mais difícil sustentar escuta, coordenação e corresponsabilidade. A qualidade relacional depende de competências individuais, mas também de tempo, estabilidade e suporte institucional.

O estudo brasileiro de Oliveira et al. (2022), realizado com profissionais hospitalares, oferece uma ilustração qualitativa dessa interdependência ao mostrar acolhimento e ambiência como fenômenos que ultrapassam estrutura física e se vinculam a processos dialógicos, interação entre equipes, valorização e condições de convivência. Como estudo qualitativo de uma instituição, seus resultados não devem ser universalizados como estimativa de efeito; sua contribuição está em mostrar como os próprios trabalhadores descrevem a humanização como experiência relacional e organizacional. Esse tipo de evidência é particularmente útil quando dialoga com revisões mais amplas, porque ajuda a compreender mecanismos que números isolados não explicam.

A formação profissional precisa acompanhar essa complexidade. Aprender integralidade não pode se limitar a memorizar princípios do SUS. O estudante e o profissional precisam exercitar reconhecimento de prioridades, comunicação de incerteza, negociação de metas, trabalho interprofissional, leitura do território e revisão crítica de decisões. A educação interprofissional defendida pela Organização Mundial da Saúde parte justamente da necessidade de aprender com, sobre e entre diferentes profissões para melhorar colaboração e resultados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010). Ainda assim, treinamento conjunto não garante colaboração cotidiana se os serviços mantêm hierarquias rígidas, informação compartimentalizada e processos que recompensam desempenho individual em detrimento de objetivos comuns.

Há, portanto, uma continuidade entre formação, gestão e clínica. O modo como profissionais aprendem a olhar problemas influencia aquilo que reconhecem como necessidade; o modo como serviços distribuem poder influencia quais necessidades podem ser transformadas em decisões; e o modo como redes se articulam determina se essas decisões sobreviverão à passagem do paciente por diferentes pontos de cuidado. Essa cadeia explica por que humanização e integralidade não podem ser avaliadas apenas no comportamento de um profissional diante de um usuário. Elas emergem da coerência — ou da falta dela — entre encontro, equipe, instituição e rede.

A consequência prática é que pequenas decisões cotidianas ganham peso maior do que aparentam. Perguntar o que a pessoa compreendeu antes da alta, revisar com ela prioridades conflitantes, registrar uma preferência relevante, incluir a família quando desejado, telefonar para alinhar uma transição complexa, discutir uma divergência entre profissões ou reorganizar uma rotina que impede privacidade não são gestos acessórios. Também não são, isoladamente, prova de humanização. Tornam-se humanizadores quando reduzem fragmentação, ampliam participação ou tornam o cuidado mais coerente com necessidades reais.

Nesse sentido, a integralidade funciona menos como estado alcançado de uma vez por todas e mais como trabalho contínuo de recomposição. A doença fragmenta a experiência corporal; o sistema fragmenta responsabilidades; a especialização fragmenta saberes; a vulnerabilidade pode fragmentar a capacidade de compreender e agir. Cuidar integralmente significa reconstruir conexões suficientes para que a pessoa não desapareça entre essas divisões. Nem todas as conexões serão possíveis, e nem toda necessidade terá resposta imediata. O critério de qualidade está em reconhecer o que se perdeu, decidir o que precisa ser articulado e não tratar a fragmentação inevitável como desculpa para a fragmentação evitável.

É exatamente no encontro concreto que essa recomposição começa a ganhar forma. Antes de qualquer plano ser compartilhado, a equipe precisa reconhecer quem está diante dela, o que aquela pessoa considera problema, o que consegue expressar e quais necessidades ainda não foram transformadas em linguagem clínica. Acolher e escutar, nesse contexto, não são preliminares gentis de um cuidado que acontecerá depois. São mecanismos pelos quais a integralidade deixa de ser princípio abstrato e passa a adquirir conteúdo suficiente para orientar decisões, vínculos e responsabilidades.

CAPÍTULO 2 — ACOLHIMENTO, ESCUTA QUALIFICADA E VÍNCULO ENTRE PROFISSIONAL E PACIENTE

Se a integralidade começa quando o serviço consegue reconhecer necessidades que não cabem inteiramente em um diagnóstico ou procedimento, o acolhimento é um dos lugares em que essa promessa é colocada à prova. A palavra, porém, tornou-se tão frequente no vocabulário da saúde que corre o risco de designar coisas muito diferentes: uma recepção cordial, um setor de entrada, uma classificação de risco, uma conversa inicial ou uma disposição subjetiva do profissional para tratar bem quem procura o serviço. Essas práticas podem participar do acolhimento, mas nenhuma delas o esgota. O problema central é mais exigente: saber se, diante de uma demanda, a organização consegue escutá-la, reconhecer sua urgência e seu significado, assumir responsabilidade por uma resposta possível e manter o usuário conectado a um percurso de cuidado, mesmo quando a solução não está disponível naquele encontro.

A Política Nacional de Humanização deslocou deliberadamente o acolhimento do campo da gentileza para o campo da organização do trabalho. A cartilha Acolhimento nas práticas de produção de saúde o apresenta como uma postura e uma tecnologia relacional que implicam receber todos os que procuram o serviço, escutar suas demandas e pactuar respostas responsáveis, incluindo orientação e articulação com outros pontos da rede quando necessário (BRASIL, 2010a). Essa concepção evita dois reducionismos frequentes. O primeiro é imaginar que acolher significa aceitar qualquer demanda exatamente nos termos em que ela foi apresentada. O segundo é tratar o acolhimento como etapa anterior à clínica, como se a escuta fosse apenas uma preparação humanizada para o momento em que o trabalho técnico realmente começará.

Na prática, acolher já é produzir informação clínica e organizacional. O modo como a pessoa descreve o que sente, aquilo que teme, o tempo de evolução, os recursos que tentou mobilizar, as barreiras que encontrou e a razão pela qual procurou ajuda naquele momento pode alterar prioridades, hipóteses e escolhas. Da mesma forma, o que o serviço faz com essa narrativa informa à pessoa se será possível confiar que suas necessidades serão consideradas. O encontro, portanto, produz uma

dupla leitura: a equipe interpreta a demanda e o usuário interpreta o serviço. Quando essa segunda dimensão é ignorada, pode-se realizar uma avaliação tecnicamente correta e, ainda assim, construir uma relação em que dúvidas são ocultadas, sintomas são minimizados, recomendações são apenas formalmente aceitas ou o retorno ocorre tardiamente.

Essa é a tese que orienta este capítulo: acolhimento, escuta qualificada e vínculo não constituem uma camada afetiva externa ao cuidado, mas mecanismos por meio dos quais acesso, segurança, decisão e continuidade adquirem qualidade concreta. O vínculo não substitui competência técnica; a escuta não elimina a necessidade de critérios clínicos; e acolher não significa abolir limites institucionais. O que esses elementos fazem é modificar a qualidade da informação disponível, a possibilidade de construir decisões compreensíveis e a capacidade do sistema de permanecer responsável pela trajetória da pessoa. Quando reduzidos a atitudes individuais, tornam-se frágeis. Quando incorporados à organização do trabalho, passam a produzir efeitos que podem ser observados na experiência, na adesão, na continuidade e, em determinados contextos, nos próprios resultados assistenciais.

2.1 Acolhimento como acesso, responsabilização e leitura da necessidade

A primeira consequência de compreender acolhimento como tecnologia do cuidado é abandonar a ideia de que ele pertence exclusivamente à porta de entrada. O usuário pode ser formalmente admitido e permanecer, ao longo de toda a assistência, sem ser verdadeiramente acolhido. Isso ocorre quando suas dúvidas não encontram interlocutor, quando cada setor devolve problemas ao setor anterior, quando o encaminhamento transfere responsabilidade em vez de compartilhá-la ou quando a equipe se concentra apenas no motivo inicial de atendimento apesar do surgimento de necessidades clinicamente relevantes. Acolhimento, nesse sentido, não descreve um lugar. Descreve a capacidade de um serviço ou equipe de reconhecer uma demanda e assumir a tarefa de dar a ela uma resposta proporcional, inclusive quando essa resposta consiste em explicar limites, reorganizar prioridades ou articular outro ponto da rede.

A própria normativa brasileira confere densidade jurídica a essa ideia. A Resolução nº 553/2017 do Conselho Nacional de Saúde estabelece, entre os direitos da pessoa usuária, o direito de ser acolhida no momento em que chega ao serviço e de acordo com sua necessidade de saúde e especificidade, sem que barreiras meramente burocráticas se sobreponham à atenção (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE,

2017). O dispositivo não significa que todo atendimento deva ocorrer imediatamente ou fora de critérios de prioridade. Significa que o sistema não pode confundir organização de fluxo com recusa de escuta. Senhas, agendas, protocolos e critérios de classificação são instrumentos legítimos; tornam-se problemáticos quando funcionam como filtros que impedem o reconhecimento de uma necessidade antes mesmo que ela possa ser avaliada.

Essa distinção é especialmente importante em serviços submetidos a grande demanda. A resposta mais humana não é necessariamente atender por ordem de chegada nem prolongar cada encontro indefinidamente. Em urgência e emergência, por exemplo, classificação de risco protege quem necessita de resposta mais rápida. Na atenção programada, agendas e critérios de encaminhamento ajudam a distribuir recursos. O problema aparece quando a racionalidade administrativa passa a produzir decisões clínicas silenciosas: a pessoa não consegue explicar uma piora porque "não há encaixe"; um sintoma novo é remetido automaticamente a outro setor; uma dificuldade de compreender o tratamento é tratada como falta de adesão; ou uma barreira social relevante é invisibilizada porque não corresponde ao campo previsto em determinado formulário. Acolher significa impedir que a forma de organização se torne substituta da avaliação.

Por isso, a escuta que sustenta o acolhimento precisa ser seletiva sem ser estreita. Nenhum profissional consegue explorar toda a biografia do usuário em cada encontro, nem isso seria necessário. Escuta qualificada não equivale a conversa longa ou irrestrita. Ela envolve reconhecer quais elementos da narrativa podem mudar a compreensão do problema, o risco, a decisão ou a possibilidade de continuidade. A dor que impede uma pessoa de trabalhar, a vergonha que faz outra omitir um sintoma, o medo de um diagnóstico, a dificuldade de comprar um medicamento, uma experiência anterior de discriminação, a falta de alguém que ajude após a alta ou a impossibilidade de ler instruções complexas podem não aparecer em exames, mas podem alterar profundamente a efetividade do plano.

Esse caráter seletivo exige julgamento. A escuta pode falhar tanto por insuficiência quanto por dispersão. Perguntas padronizadas são úteis para não esquecer elementos importantes, mas podem induzir uma entrevista em que o profissional percorre campos sem compreender a relação entre eles. No extremo oposto, uma abordagem excessivamente aberta pode produzir grande quantidade de informação sem hierarquização clínica. O desafio não é escolher entre roteiro e espontaneidade, mas utilizar estrutura suficiente para proteger segurança e abertura suficiente para permitir

que informações inesperadas apareçam. O acolhimento qualificado opera justamente nessa tensão: transforma narrativa em matéria clínica sem reduzi-la ao que já estava previsto.

No ambiente hospitalar, essa lógica se torna particularmente visível porque a pessoa é sucessivamente recebida por profissionais, turnos e setores diferentes. O estudo qualitativo de Oliveira et al. (2022), realizado com profissionais de saúde, mostra como acolhimento e ambiência são percebidos de maneira interdependente: relações, organização do espaço e condições de trabalho interferem na experiência de humanização. O valor do estudo está menos em produzir uma regra universal do que em mostrar um mecanismo cotidiano. Uma equipe pode desejar oferecer atenção respeitosa, mas ter sua capacidade de escuta reduzida por interrupções contínuas, ausência de privacidade, fluxo desorganizado ou pressão assistencial. A relação é produzida dentro de condições materiais e não apesar delas.

Isso impede que problemas de acolhimento sejam resolvidos apenas com treinamento comportamental. Formar profissionais para se apresentar, olhar para o paciente, evitar jargões e formular perguntas abertas pode melhorar encontros, mas não corrige sozinho uma rede que não devolve informações, uma recepção sem privacidade, uma agenda incompatível com a demanda ou uma cultura em que ninguém sabe quem é responsável por responder quando a necessidade atravessa fronteiras profissionais. A Política Nacional de Humanização é especialmente relevante porque associa atenção e gestão: a qualidade relacional depende de como o trabalho foi organizado antes mesmo de o usuário entrar na sala (BRASIL, 2010b; BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Acolher também não é prometer resolutividade absoluta. Há doenças sem cura, filas inevitáveis, tecnologias indisponíveis, necessidades que ultrapassam a competência daquele serviço e conflitos legítimos entre prioridades. A responsabilização começa justamente quando o limite é comunicado sem abandono. Dizer que algo não pode ser realizado ali é diferente de devolver o problema à pessoa como se coubesse a ela reconstruir sozinha o caminho. Quando possível, orientar o próximo passo, tornar claros os critérios, documentar a transição, articular outro serviço e dizer quais sinais exigem retorno são formas de preservar continuidade mesmo diante de um limite. O oposto do acolhimento não é simplesmente a falta de simpatia; é a produção de desresponsabilização.

Essa leitura dá ao acolhimento uma dimensão ética que ultrapassa o primeiro contato. Receber uma demanda cria uma relação de vulnerabilidade assimétrica: quem procura assistência frequentemente não dispõe do mesmo conhecimento técnico, da mesma capacidade de circular na rede ou do mesmo controle sobre os recursos necessários. O serviço não precisa satisfazer toda expectativa, mas precisa tornar sua resposta inteligível e justificável. Humanizar, nesse ponto, significa reduzir a opacidade do sistema. Uma negativa sem explicação, um encaminhamento sem destino claro ou uma espera sem informação não são apenas experiências desagradáveis; podem impedir decisões seguras, atrasar procura por ajuda e corroer a confiança necessária para que o usuário retorne quando realmente precisar.

2.2 Escuta qualificada, confiança e segurança clínica: o que a relação permite perceber

Se o acolhimento define a maneira como a demanda entra no cuidado, a escuta qualificada define em grande parte o que poderá ser reconhecido dentro dela. A comunicação clínica não é simples transmissão de fatos entre uma fonte e um receptor. Ela é um processo no qual sintomas são nomeados, significados são negociados, dúvidas são selecionadas, silêncios são interpretados e decisões são justificadas. O profissional pergunta a partir de hipóteses e o paciente responde a partir daquilo que compreende, lembra, considera relevante ou se sente seguro para dizer. Cada lado, portanto, influencia a qualidade da informação que o outro será capaz de utilizar.

A empatia aparece frequentemente como resposta a esse problema, mas também precisa ser tratada com precisão. A revisão sistemática de Nembhard et al. (2023), que reuniu décadas de pesquisa, encontrou associação entre maior empatia e melhores experiências de cuidado e vários resultados favoráveis, além de mostrar que intervenções educacionais podem aumentar medidas de empatia. Ao mesmo tempo, a própria revisão identifica uma lacuna importante: quase todas as intervenções se concentram no indivíduo, com pouca investigação de estratégias organizacionais. A implicação é decisiva para a humanização. Não basta pedir ao profissional que seja mais empático se o sistema recompensa velocidade, interrompe a consulta, fragmenta responsabilidades e não oferece condições mínimas para uma conversa privada e atenta.

Também é inadequado tratar empatia como capacidade de "sentir exatamente o que o outro sente". Na prática clínica, o valor da empatia está menos em produzir

equivalência emocional e mais em reconhecer a perspectiva da pessoa sem perder capacidade de julgamento. O profissional precisa compreender por que determinado risco parece aceitável, por que uma recomendação provoca medo ou por que uma pessoa insiste em uma interpretação, mas continua responsável por examinar evidências, explicar incerteza e proteger segurança. A identificação emocional sem reflexão pode inclusive distorcer decisões; a distância afetiva absoluta, por outro lado, empobrece a compreensão do que está em jogo. A qualidade relacional exige proximidade suficiente para compreender e distância suficiente para decidir com responsabilidade.

A confiança é outro conceito frequentemente romantizado. Ela é necessária porque o cuidado exige que pessoas aceitem algum grau de vulnerabilidade diante de conhecimentos, procedimentos e instituições que não controlam integralmente. A revisão crítica de Lerch et al. (2024) mostra que confiança na relação médico-paciente está associada a fatores modificáveis como competência percebida, comunicação, interesse pela pessoa, profissionalismo, educação em saúde, tempo de interação, continuidade e decisão compartilhada. A diversidade desses fatores é importante: confiança não nasce apenas de simpatia. Ela também depende da percepção de que o profissional sabe o que está fazendo, é honesto sobre limites, mantém coerência entre fala e ação e permanece responsável quando o problema se torna complexo.

A relação entre confiança e resultados, contudo, precisa ser descrita sem causalidade fácil. A meta-análise de Birkhäuer et al. (2017) encontrou associação pequena a moderada entre confiança e resultados de saúde no conjunto dos estudos, com relações mais claras para satisfação, comportamentos e desfechos subjetivos do que para medidas objetivas. Isso pode significar que confiança favorece determinados processos de cuidado, mas também que pessoas que evoluem melhor tendem a confiar mais. Estudos observacionais dificilmente separam completamente essas direções. Uma atualização baseada em ensaios randomizados publicada por Neal et al. (2026) encontrou pequeno benefício de intervenções destinadas a fortalecer a relação paciente-profissional em diferentes desfechos, mas com heterogeneidade muito elevada e baixa certeza da evidência. O vínculo importa; transformá-lo em explicação universal seria cientificamente inadequado.

Essa cautela ajuda a definir o que se espera de uma boa relação. O objetivo não é produzir confiança irrestrita ou adesão obediente. Uma relação clinicamente madura permite questionamento. O paciente deve conseguir dizer que não entendeu, que discorda, que não pretende seguir determinada recomendação ou que deseja ouvir

outra opinião sem temer punição moral. O profissional, por sua vez, precisa poder apontar limites, riscos e inconsistências sem destruir a relação. Confiança de alta qualidade não elimina conflito; oferece condições para que o conflito seja trabalhado antes de se transformar em ocultamento, abandono ou decisão mal compreendida.

A escuta qualificada é particularmente decisiva quando a comunicação é vulnerável. Dificuldades auditivas, alterações de fala ou linguagem, deficiência intelectual, comprometimento cognitivo, barreiras linguísticas, sofrimento psíquico, baixa escolaridade e letramento em saúde limitado podem reduzir a possibilidade de expressão e compreensão. A revisão de revisões conduzida por Jenstad et al. (2024) encontrou evidências de que práticas comunicacionais adaptadas — incluindo adequações linguísticas e culturais e estratégias sensíveis às necessidades de grupos comunicativamente vulneráveis — se associam a melhores resultados intermediários e de saúde em diferentes contextos, embora a heterogeneidade das populações e intervenções recomende cautela na generalização.

O erro mais comum nesses casos é interpretar dificuldade de comunicação como falta de conteúdo. Fala pouco fluente não significa pensamento pobre; demora para responder não equivale a ausência de compreensão; concordância rápida pode esconder constrangimento; repetição de uma instrução não demonstra que ela foi entendida. A própria literatura sobre comunicação de riscos em pessoas com letramento em saúde limitado mostra que a forma de apresentar benefícios, danos e probabilidades interfere na possibilidade de participar de decisões (RICHTER et al., 2023). A consequência prática não é infantilizar a linguagem, mas torná-la acessível: reduzir jargões, organizar prioridades, verificar compreensão, utilizar recursos visuais ou apoio comunicacional quando necessário e oferecer tempo compatível com a necessidade daquela pessoa.

No plano jurídico, essa adaptação deixa de ser uma gentileza opcional. A Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde assegura respeito aos valores, cultura e direitos da pessoa, informação adequada, consentimento livre e esclarecido e atendimento sem discriminação (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2017). Consentimento, por definição, não se esgota na assinatura de um formulário. Se a informação não foi comunicada de modo que aquela pessoa pudesse compreendê-la e relacioná-la à própria situação, o processo decisório perde substância. Escutar e adaptar comunicação, portanto, participam simultaneamente da qualidade clínica, da educação em saúde e da efetivação de direitos.

Essa dimensão também revela vieses. Profissionais escutam a partir de repertórios, expectativas e experiências próprias. Determinadas queixas podem ser mais facilmente valorizadas quando expressas em linguagem biomédica, enquanto narrativas marcadas por sofrimento social, uso problemático de substâncias, deficiência, estigma corporal ou histórico de múltiplas consultas podem ser interpretadas prematuramente como exagero, manipulação ou baixa adesão. A solução não é imaginar uma escuta sem julgamento — toda clínica julga relevância e risco —, mas tornar o julgamento revisável. Perguntar que evidência sustenta uma impressão, considerar hipóteses alternativas e perceber quando uma expectativa sobre a pessoa está substituindo a avaliação do problema são formas de proteger a escuta contra conclusões automáticas.

O tempo também merece um tratamento menos simplista. Há evidências de que tempo suficiente e continuidade contribuem para confiança (LERCH et al., 2024), mas isso não autoriza concluir que toda consulta longa seja boa ou que encontros breves sejam necessariamente desumanizados. A questão é se houve tempo funcional para a tarefa. Uma consulta curta e focada pode ser segura quando o problema é delimitado e a pessoa compreende o plano; uma conversa extensa pode falhar se estiver cheia de interrupções, jargões ou informações não hierarquizadas. O tempo necessário depende da complexidade clínica, da novidade da decisão, da vulnerabilidade comunicacional e das consequências de um erro de compreensão. Gestão humanizada do tempo não significa duração ilimitada; significa não aplicar a mesma duração como se todas as necessidades fossem equivalentes.

Dessa forma, escuta qualificada aproxima humanização de segurança do paciente. Informações críticas frequentemente chegam em formas imperfeitas: “não estou me sentindo eu mesma”, “acho que alguma coisa está errada”, “desde que comecei esse remédio fiquei diferente”, “não vou conseguir fazer isso em casa”. Essas frases podem ser descartadas como vagas ou transformadas em perguntas capazes de revelar deterioração clínica, evento adverso, medo, barreira funcional ou inviabilidade do plano. A competência relacional está em reconhecer quando uma fala aparentemente subjetiva precisa produzir investigação objetiva. Acolhimento e rigor técnico deixam, então, de competir entre si. A relação melhora a qualidade dos dados sobre os quais a técnica poderá trabalhar.

2.3 Vínculo sem dependência: participação, educação e continuidade do cuidado

O vínculo se forma quando a experiência de ser atendido deixa de ser uma sucessão de contatos independentes e passa a conter alguma expectativa de reconhecimento, responsabilidade e continuidade. Isso pode ocorrer com um profissional específico, com uma equipe ou com um serviço. Em sistemas complexos, insistir que todo cuidado dependa de uma relação pessoal exclusiva seria inviável e, em alguns casos, indesejável. O desafio é produzir continuidade relacional suficiente para que a pessoa não precise reconstruir sua história e sua confiança desde o início a cada encontro, sem criar dependência de um único profissional nem comprometer a circulação necessária entre diferentes competências.

Esse equilíbrio é importante porque vínculo e dependência não são sinônimos. Um vínculo forte amplia a capacidade de a pessoa participar, perguntar, aprender e agir fora da presença imediata do profissional. Uma relação dependente, ao contrário, pode concentrar decisões, desencorajar autonomia ou fazer com que qualquer mudança de equipe seja vivida como ruptura completa do cuidado. A humanização não deve transformar o profissional em centro permanente da vida do usuário. Seu objetivo é criar uma relação suficientemente segura para que conhecimento, decisões e responsabilidades possam ser compartilhados e, quando necessário, transferidos sem abandono.

É nesse ponto que educação em saúde deixa de aparecer como atividade posterior à consulta e passa a fazer parte do próprio vínculo. Explicar não é descarregar informação; é construir uma interpretação utilizável. A pessoa precisa entender o que está acontecendo, o que deve observar, o que pode decidir, o que depende de outros profissionais e o que fazer se o plano não funcionar. A qualidade dessa educação pode ser percebida na capacidade de o usuário reconstruir as prioridades com suas próprias palavras, e não na quantidade de orientações fornecidas. Em situações de letramento limitado, Richter et al. (2023) mostram que estratégias de comunicação de benefícios e danos precisam ser planejadas de modo específico; complexidade informacional e incerteza não desaparecem porque foram convertidas em um folheto.

A decisão compartilhada oferece um exemplo claro dessa relação entre vínculo e educação. Compartilhar uma decisão não significa transferir ao paciente a responsabilidade técnica nem perguntar simplesmente “o que você prefere?” depois de listar opções. Exige explicitar que existe uma escolha relevante, apresentar benefícios,

riscos e incertezas de forma compreensível, identificar o que importa para aquela pessoa e chegar a uma decisão compatível com evidência e valores. Quando há apenas uma conduta clinicamente aceitável, a participação muda de forma: continua sendo necessário explicar, verificar compreensão e discutir como executar o plano, mas não criar uma falsa escolha. Humanização também exige honestidade sobre a margem real de decisão.

O vínculo pode tornar esse processo mais seguro porque preferências raramente aparecem prontas. Uma pessoa pode inicialmente recusar uma intervenção por medo de dor, por uma experiência traumática anterior, por desconfiança da instituição ou porque acredita que aceitar determinada conduta significará perder autonomia. Escutar essas razões permite distinguir valor estável de barreira modificável. Isso não significa persuadir até obter concordância. Significa evitar que uma decisão aparentemente autônoma seja baseada em informação incompleta, medo não reconhecido ou pressupostos que poderiam ser esclarecidos. A relação oferece um espaço em que escolha e aprendizagem podem ocorrer juntas.

Ao mesmo tempo, confiança pode ser distribuída de forma desigual. Usuários que já sofreram discriminação institucional, tiveram sintomas desconsiderados ou circulam por serviços sem continuidade podem chegar ao encontro com pouca disposição para acreditar em promessas de cuidado. Exigir confiança imediata seria inverter a responsabilidade. Serviços constroem confiabilidade antes de receber confiança: cumprem combinados, explicam atrasos e mudanças, registram preferências, protegem confidencialidade, reconhecem erros e mantêm coerência entre o que orientam e o que conseguem oferecer. A revisão de Lerch et al. (2024) é útil justamente por mostrar que confiança também depende de fatores institucionais e de continuidade, e não apenas de características interpessoais do profissional.

Esse raciocínio ajuda a compreender por que comunicação de alta é uma prova particularmente exigente do vínculo. No hospital, a equipe ainda compensa dúvidas por meio da presença contínua; após a saída, o paciente e sua rede precisam transformar orientações em ações. A meta-análise de Becker et al. (2021) encontrou associação entre intervenções de comunicação na alta e menor readmissão, maior adesão ao tratamento e maior satisfação. Os estudos incluídos apresentaram heterogeneidade e diferentes riscos de viés, de modo que não é possível concluir que qualquer conversa padronizada de alta produzirá esses efeitos. Ainda assim, a síntese reforça um princípio clínico robusto: transições são mais seguras quando comunicação é tratada como intervenção e não como tarefa burocrática final.

Uma alta tecnicamente completa pode ser relacionalmente vazia. Listar medicamentos sem confirmar se a pessoa sabe identificar cada um, registrar retorno sem verificar se existe acesso ao serviço, orientar sinais de alerta sem discutir quando e onde procurar ajuda ou entregar um documento a alguém que não consegue lê-lo transfere risco para fora da instituição enquanto preserva aparência de completude. A continuidade exige antecipar o momento em que o profissional já não estará presente. Nesse sentido, a melhor evidência de uma boa relação não é que o paciente permaneça dependente da equipe, mas que consiga agir com mais segurança quando estiver longe dela.

A participação da família e de cuidadores pode fortalecer essa continuidade, mas precisa respeitar a posição do paciente. Algumas pessoas desejam compartilhar decisões e informações; outras preferem preservar determinados aspectos da vida privada. Em situações de dependência funcional ou comprometimento cognitivo, o cuidador pode se tornar fonte indispensável de dados e apoio, mas isso não autoriza apagar a voz da pessoa assistida sempre que ela ainda puder participar. Escuta qualificada inclui saber a quem perguntar, em que momento e com qual autorização. O vínculo mais humanizado não é necessariamente o mais familiar; é aquele que respeita fronteiras e reconhece diferentes formas legítimas de apoio.

Também é preciso reconhecer a relação entre vínculo profissional e vínculo institucional. Quando equipes mudam, contratos são precários ou serviços têm rotatividade elevada, a continuidade pessoal pode ser limitada. Uma organização cuidadora precisa então preservar memória clínica de outras maneiras: registros inteligíveis, passagens de caso que incluam prioridades relevantes, identificação clara de responsáveis e mecanismos de retorno. O usuário não deveria carregar sozinho a obrigação de reconstruir para cada novo profissional tudo aquilo que o serviço já sabia. A continuidade relacional pode ser parcialmente institucionalizada quando a equipe reconhece que informação sobre preferências, barreiras e objetivos é tão necessária quanto informação biomédica para sustentar o plano.

Esse ponto conecta vínculo e trabalho multiprofissional. Uma relação forte entre paciente e um profissional pode ser protetora, mas torna-se frágil se o restante da equipe não conhece ou não reconhece decisões já pactuadas. A pessoa recebe mensagens diferentes, precisa escolher em quem acreditar e pode interpretar divergência técnica como abandono ou incompetência. A integração exige que profissionais conversem entre si antes de exigir que o usuário integre sozinho recomendações contraditórias. O vínculo, portanto, não é propriedade privada de

uma relação; precisa ser apoiado por coerência mínima entre aqueles que compartilham o cuidado.

Essa coerência não exige unanimidade. Divergências profissionais são inevitáveis e podem ser produtivas quando diferentes perspectivas revelam riscos que outra disciplina não percebeu. O problema é quando a divergência chega ao paciente como disputa sem tradução. Uma equipe humanizada consegue reconhecer incerteza, explicar por que existem opções diferentes e assumir uma decisão compartilhada ou uma estratégia de reavaliação. Esconder desacordo pode produzir falsa segurança; expô-lo sem mediação transfere ansiedade. A comunicação interprofissional e a comunicação com o paciente são, nesse sentido, partes do mesmo problema de confiança.

A tecnologia também altera a forma do vínculo. Portais, mensagens, prontuários eletrônicos e teleatendimento podem facilitar acesso e continuidade, mas podem reduzir pistas comunicacionais, aumentar mensagens assíncronas sem responsável definido ou excluir pessoas com menor acesso digital. O critério não deve ser preservar nostalgicamente apenas relações presenciais nem presumir que contato digital seja impessoal. Deve ser avaliar se o canal escolhido permite compreender a necessidade, proteger confidencialidade, reconhecer urgência e oferecer uma resposta proporcional. Vínculo não depende exclusivamente de proximidade física; depende de responsabilidade reconhecível.

No cotidiano, essa responsabilidade aparece em gestos que são simples apenas na aparência: lembrar uma preferência relevante, retomar uma dúvida deixada em encontro anterior, explicar por que uma hipótese mudou, reconhecer que uma orientação anterior não funcionou, perguntar se o plano cabe na rotina e registrar aquilo que outra equipe precisará saber. Nenhuma dessas ações, isoladamente, define humanização. Juntas, porém, constroem uma experiência em que o paciente percebe continuidade entre os encontros e consegue ajustar seu comportamento com base em informações confiáveis. É assim que vínculo deixa de ser um conceito sentimental e passa a operar como infraestrutura da segurança e da participação.

O resultado mais importante dessa relação não é produzir um usuário satisfeito em qualquer circunstância. Há atendimentos clinicamente necessários que frustram expectativas, decisões difíceis que geram sofrimento e limites que continuarão sendo percebidos como inadequados mesmo quando foram explicados com respeito. O compromisso ético não é garantir aprovação, mas construir uma relação em que a

pessoa saiba o que está acontecendo, tenha espaço real para expressar o que importa, compreenda a lógica das decisões e permaneça conectada ao cuidado possível. Humanização não elimina conflito nem sofrimento; impede que eles sejam agravados por opacidade, indiferença ou abandono.

Quando acolhimento, escuta e vínculo alcançam esse nível, a comunicação deixa de ser apenas a forma pela qual a assistência é apresentada e passa a participar da própria produção do cuidado. A equipe aprende com aquilo que o usuário consegue contar; o usuário aprende a interpretar sinais, riscos e escolhas; e ambos constroem uma linguagem suficiente para agir diante da incerteza. Essa aprendizagem recíproca cria condições para algo ainda mais exigente do que ser ouvido: participar de decisões e práticas que só se tornam sustentáveis quando conhecimento profissional e experiência vivida conseguem, de fato, trabalhar juntos.

CAPÍTULO 3 — COMUNICAÇÃO EM SAÚDE E PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE NAS DECISÕES DE CUIDADO

A escuta qualificada e o vínculo, discutidos anteriormente, ampliam aquilo que a equipe consegue reconhecer sobre a experiência de adoecimento. Mas reconhecer necessidades não resolve, por si só, uma questão decisiva: como transformar informações clínicas, preferências, incertezas e possibilidades terapêuticas em uma decisão que possa ser compreendida e assumida pela pessoa que receberá suas consequências. É nesse ponto que a comunicação deixa de funcionar apenas como meio de obtenção de dados ou de construção relacional e passa a integrar a própria arquitetura da decisão clínica. Uma escolha pode ser tecnicamente defensável e ainda assim fracassar como cuidado quando o paciente não compreende o que está sendo proposto, desconhece alternativas relevantes, atribui valores diferentes aos resultados possíveis ou consente apenas porque não percebeu que havia espaço legítimo para perguntar, discordar ou recusar.

Essa mudança de perspectiva exige separar comunicação de mera transmissão. Informar não equivale a produzir compreensão, e produzir compreensão não equivale a compartilhar uma decisão. A comunicação orientada à participação precisa tornar visíveis pelo menos quatro elementos: qual problema está sendo enfrentado, quais opções são clinicamente razoáveis, quais benefícios, danos e incertezas acompanham essas opções e o que importa para aquela pessoa diante dos resultados possíveis. O profissional continua responsável por interpretar evidências, reconhecer contraindicações, evitar condutas sem benefício plausível e explicar limites técnicos. O paciente, por sua vez, não é transformado em especialista nem recebe a obrigação de decidir sozinho; aporta experiência vivida, prioridades, tolerância a riscos, circunstâncias familiares, condições materiais e objetivos que não podem ser deduzidos de exames ou protocolos. A qualidade da decisão emerge justamente da articulação entre esses conhecimentos, e não da vitória de um sobre o outro.

3.1 Da transmissão de informação à deliberação clínica

O modelo de tomada de decisão compartilhada desenvolvido por Elwyn et al. (2017) ajuda a tornar esse processo inteligível ao organizá-lo em três movimentos

conversacionais: reconhecer que existe uma escolha e formar uma parceria, comparar opções e seus trade-offs, e deliberar a partir de preferências informadas. O valor do modelo está menos em transformá-lo em roteiro rígido do que em explicitar tarefas que frequentemente ficam invisíveis. Muitos encontros clínicos começam diretamente pela recomendação, como se a existência de alternativas já fosse conhecida pelo paciente e como se preferências relevantes tivessem sido previamente esclarecidas. Introduzir a possibilidade de escolha altera a distribuição de poder na consulta porque comunica que perguntas e valores pessoais pertencem ao processo, em vez de aparecerem como obstáculos posteriores a uma decisão já tomada.

Ainda assim, nem toda situação clínica comporta o mesmo grau ou a mesma forma de compartilhamento. Há condutas cuja indicação é fortemente determinada por segurança, urgência ou ausência de alternativa razoável; há decisões sensíveis a preferências, nas quais mais de uma opção clinicamente aceitável produz combinações distintas de benefícios e ônus; e há situações de incerteza genuína, em que a evidência disponível não permite prever com segurança qual trajetória será melhor para aquele indivíduo. Tratar todas essas circunstâncias da mesma maneira produz dois erros opostos. Um é o paternalismo, que converte incerteza em autoridade unilateral. O outro é uma falsa autonomia, que transfere ao paciente o peso da escolha sem oferecer interpretação clínica, apoio e contexto suficientes. Compartilhar decisão não significa abandonar a recomendação profissional, mas torná-la justificável, discutível e responsiva aos valores da pessoa.

Essa distinção é particularmente relevante porque a linguagem da autonomia pode ser apropriada de modo superficial. Perguntar ao final de uma longa explicação técnica se o paciente “concorda” não cria participação quando todas as escolhas já foram fechadas. Da mesma forma, apresentar uma lista de alternativas sem indicar diferenças de benefício, risco, esforço, custo, disponibilidade ou impacto cotidiano pode aumentar a carga cognitiva sem melhorar a decisão. A revisão Cochrane atualizada por Stacey et al. (2024) oferece uma base importante nesse ponto: auxílios de decisão, quando construídos para explicitar opções, benefícios, danos e valores relevantes, aumentam conhecimento, melhoram a percepção de risco e favorecem participação mais ativa e escolhas mais congruentes com valores quando comparados ao cuidado usual. Esses instrumentos, porém, apoiam a conversa; não substituem a relação clínica nem eliminam a necessidade de contextualização individual.

O modo como riscos são comunicados também interfere naquilo que o paciente entende como escolha razoável. Percentuais, frequências, probabilidades relativas e

termos como “raro”, “baixo risco” ou “grande benefício” não carregam significado fixo fora do contexto. A mesma informação pode ser percebida de maneira muito diferente dependendo do formato de apresentação, da experiência prévia, do medo produzido pelo diagnóstico e do nível de letramento em saúde. A revisão de Richter et al. (2023), voltada à comunicação de benefícios e danos em decisão compartilhada com pessoas com letramento limitado, mostra justamente que estratégias de comunicação precisam reduzir complexidade sem apagar incerteza ou distorcer magnitude. Isso desloca a responsabilidade: dificuldade de compreensão não pode ser tratada automaticamente como déficit individual quando a informação foi apresentada em linguagem, formato ou ritmo inadequados.

No Brasil, essa dimensão comunicacional possui também conteúdo normativo. A Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, aprovada pela Resolução CNS nº 553/2017, assegura informação sobre diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com a condição clínica, direito à recusa e consentimento livre, voluntário e esclarecido, além de prever confirmação da compreensão das questões relacionadas ao atendimento e aos encaminhamentos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2017). A força dessa formulação está em não reduzir consentimento a assinatura. Uma decisão informada depende de condições anteriores ao documento: linguagem compreensível, oportunidade de esclarecer dúvidas, conhecimento de alternativas e consequências e possibilidade real de manifestação sem coerção. Quando essas condições faltam, o formulário pode registrar um ato administrativo sem representar um processo deliberativo.

Comunicação, portanto, não é a embalagem ética de uma decisão tecnicamente pronta. Ela participa da produção da própria decisão porque define quais opções se tornam visíveis, quais riscos ganham sentido e quais objetivos entram no cálculo clínico. Essa compreensão também evita um equívoco frequente: presumir que fornecer mais informação sempre produz melhor decisão. Informação excessiva, desorganizada ou desconectada da pergunta que a pessoa precisa responder pode funcionar como ruído. O trabalho educativo do profissional consiste em selecionar o que é relevante sem esconder o que é materialmente importante, organizar a informação em uma sequência compreensível e verificar se o paciente consegue utilizá-la para comparar alternativas. Educar para decidir é diferente de informar para obter adesão.

Há ainda uma dimensão temporal pouco reconhecida. Algumas decisões precisam ser tomadas rapidamente, mas muitas permitem intervalo para reflexão,

conversa com pessoas de confiança, busca de segunda opinião ou revisão de preferências depois que o impacto inicial do diagnóstico diminui. Apressar uma escolha apenas porque a agenda do serviço favorece resposta imediata pode converter conveniência organizacional em falsa necessidade clínica. Adiar indefinidamente também pode causar dano quando a incerteza é usada para evitar conversas difíceis. A comunicação qualificada precisa distinguir o tempo biológico da doença, o tempo operacional do serviço e o tempo subjetivo necessário para compreender e deliberar. Humanizar a decisão significa compatibilizar esses tempos tanto quanto possível, deixando claro quando existe margem para pensar e quando a segurança impõe uma resposta mais rápida.

3.2 Evidência, incerteza e valores: os limites de uma escolha verdadeiramente compartilhada

A tomada de decisão compartilhada costuma ser defendida em nome da autonomia, mas sua importância clínica aparece com maior nitidez quando a evidência não determina sozinha uma única conduta. Isso ocorre com frequência em rastreamentos, cirurgias eletivas, tratamentos de longo prazo, terapias com perfis distintos de efeitos adversos, procedimentos com benefícios modestos ou incertos e situações em que preservar função, prolongar sobrevida, reduzir sintomas ou evitar dependência podem receber pesos diferentes para pessoas diferentes. Nessas circunstâncias, a pergunta clínica não é apenas “o que funciona?”, mas 'qual combinação de resultados e ônus é aceitável para esta pessoa, neste momento, diante das alternativas disponíveis?'. A ciência delimita probabilidades e possibilidades; os valores ajudam a decidir quais delas importam mais.

Essa formulação não enfraquece a medicina baseada em evidências. Ao contrário, exige seu uso mais rigoroso. Se a evidência mostra resultados médios, intervalos de incerteza e heterogeneidade de efeitos, apresentá-la como certeza individual produz uma falsa precisão. Se dois tratamentos apresentam eficácia semelhante, mas diferem em efeitos adversos, frequência de monitoramento, impacto funcional ou necessidade de deslocamentos, a equivalência estatística não significa equivalência biográfica. O mesmo raciocínio vale quando um benefício populacional pequeno pode ter grande relevância para alguém que valoriza intensamente determinado desfecho, ou quando um risco considerado aceitável pela equipe é incompatível com responsabilidades familiares, ocupacionais ou experiências anteriores do paciente. Integrar valores não

significa relativizar evidência; significa interpretar sua relevância para uma vida concreta.

Aguiar (2023), ao discutir tomada de decisão compartilhada e vulnerabilidade em saúde, chama atenção para um aspecto central: promover autonomia não consiste apenas em retirar interferências externas, porque pessoas em situações de adoecimento podem experimentar assimetrias de informação, dependência, medo e vulnerabilidades contextuais que reduzem sua capacidade de participar em condições equitativas. A resposta humanizadora não é presumir incapacidade nem oferecer proteção paternalista, mas criar suporte proporcional para que a pessoa compreenda, questione e manifeste prioridades. Essa abordagem é especialmente importante em contextos sociais nos quais escolaridade, renda, acesso digital, discriminação, barreiras linguísticas ou experiências anteriores de desrespeito interferem na disposição e na possibilidade de ocupar uma posição ativa diante do serviço.

A relação entre participação e vulnerabilidade também mostra por que preferências não devem ser tratadas como dados fixos que o profissional apenas "coleta". Muitas pessoas não chegam à consulta com uma posição pronta sobre riscos que nunca haviam precisado imaginar. Preferências podem se formar durante o processo de compreensão, comparação e reflexão. Um paciente pode inicialmente desejar "o tratamento mais forte" porque associa intensidade a eficácia; outro pode recusar uma intervenção ao ouvir um efeito adverso isolado sem compreender sua frequência; outro pode afirmar que "o médico sabe melhor" não por ausência de valores, mas porque não reconhece legitimidade para expressá-los. A deliberação compartilhada precisa permitir que preferências amadureçam sem manipulá-las, oferecendo espaço para reconsideração à medida que novas informações são compreendidas.

Essa necessidade explica por que auxílios de decisão têm valor quando utilizados de maneira criteriosa. A atualização Cochrane de Stacey et al. (2024) não demonstra que esses instrumentos resolvam toda dificuldade de implementação nem que melhorem universalmente desfechos clínicos posteriores; seu efeito mais consistente está na qualidade do processo decisório, incluindo conhecimento, percepção mais acurada de riscos, clareza sobre valores e participação. Essa distinção é metodologicamente importante. Uma decisão pode ser de boa qualidade mesmo quando o desfecho posterior é desfavorável, porque incerteza clínica significa justamente que resultados não podem ser garantidos. Julgar a qualidade da decisão

apenas pelo que aconteceu depois favorece vieses retrospectivos e pode alimentar culpa indevida do paciente ou do profissional.

Também é preciso preservar a responsabilidade profissional diante de escolhas impossíveis ou clinicamente inadequadas. Participação não transforma o cuidado em relação de consumo na qual qualquer intervenção desejada precisa ser oferecida. A equipe tem dever de não indicar medidas sem benefício plausível, desproporcionais ao risco ou incompatíveis com padrões de segurança. O desafio é explicar esse limite sem usar autoridade técnica para encerrar toda conversa. Em muitos conflitos, a discordância aparente sobre um procedimento esconde divergência sobre objetivos: o paciente pede uma intervenção porque teme abandono, a família insiste em exames porque associa investigação a cuidado, ou a equipe interpreta recusa como irracional sem ter compreendido experiências anteriores que estruturam o medo. Identificar o objetivo por trás da posição pode abrir alternativas que a discussão centrada apenas no procedimento não revelaria.

Por isso, consentimento e decisão compartilhada são relacionados, mas não equivalentes. O consentimento protege a liberdade de aceitar ou recusar intervenções após esclarecimento adequado; a tomada de decisão compartilhada acrescenta um trabalho deliberativo em que evidência, alternativas e valores são comparados conjuntamente. É possível haver consentimento juridicamente relevante sem um processo extenso de compartilhamento, assim como é possível realizar uma conversa participativa sem que exista naquele momento um procedimento que exija formalização documental. Confundir os dois processos empobrece ambos: o consentimento vira formulário e a decisão compartilhada vira uma etapa burocrática anterior à assinatura.

Essa diferença tem implicações educacionais para a formação dos profissionais. Aprender a compartilhar decisões não é memorizar frases de empatia nem abandonar o raciocínio clínico em favor de preferências. Exige capacidade de reconhecer escolhas sensíveis a valores, explicar incerteza sem paralisar, comunicar risco de forma compreensível, perguntar o que importa, lidar com silêncio e ambivalência e sustentar recomendações sem convertê-las em ordens. O modelo de Elwyn et al. (2017) é útil justamente porque combina tarefas comunicacionais e deliberativas, mas sua implementação depende de cultura institucional, tempo, materiais adequados e reconhecimento de que participação faz parte da qualidade assistencial. Sem essas condições, a responsabilidade pelo compartilhamento tende a ser atribuída exclusivamente à habilidade individual do profissional.

A decisão compartilhada, portanto, não elimina tensão; organiza-a de maneira mais legítima. Ela torna explícito que o cuidado envolve escolhas sob incerteza, que diferentes pessoas podem valorizar resultados de modo diferente e que a autoridade técnica possui limites. Ao mesmo tempo, protege o paciente de uma autonomia abandonada, na qual ele recebe informação e responsabilidade sem suporte. O objetivo não é alcançar consenso a qualquer custo, mas produzir uma decisão suficientemente compreendida, clinicamente defensável e coerente com as prioridades que puderam ser legitimamente expressas.

Essa lógica também modifica a forma de avaliar uma decisão depois que o desfecho é conhecido. Uma escolha construída com informação adequada, compreensão suficiente e atenção aos valores pode levar a um resultado desfavorável sem ter sido, por isso, uma decisão ruim; do mesmo modo, um resultado positivo não corrige retrospectivamente um processo coercitivo ou mal esclarecido. A incerteza clínica impede que qualidade decisória seja confundida com capacidade de prever o futuro. Esse ponto é importante para profissionais e pacientes porque reduz a tendência de atribuir culpa retrospectiva a quem participou da escolha. O que pode ser exigido do processo é proporcionalidade entre evidência, riscos conhecidos, alternativas disponíveis, preferências e apoio oferecido no momento em que a decisão precisou ser tomada, e não uma garantia de resultado que a própria medicina não possui.

3.3 Participar em condições desiguais: comunicação acessível, apoio e responsabilidade institucional

A defesa da participação pode produzir injustiça quando parte da suposição de que todas as pessoas chegam ao encontro clínico com os mesmos recursos para compreender, perguntar e deliberar. A capacidade de participar é influenciada por linguagem, letramento em saúde, cognição, sofrimento, fadiga, medo, relações familiares, experiências de discriminação, acesso a informação confiável e posição social diante da autoridade profissional. Se o serviço oferece o mesmo formato comunicacional para situações desiguais e chama isso de respeito à autonomia, corre o risco de transformar diferença de condição em diferença de voz. Humanizar a decisão exige ajustar suporte sem diminuir a pessoa a uma categoria de vulnerabilidade.

Essa adaptação não se resume a simplificar vocabulário. Linguagem clara é necessária, mas participação também depende de ritmo, organização, oportunidade de perguntar, privacidade e possibilidade de retomar a conversa. Informações decisivas

comunicadas durante dor intensa, sedação, dispneia, crise emocional ou imediatamente após uma notícia grave podem ser formalmente transmitidas e praticamente inutilizáveis. Da mesma forma, apresentar um consentimento em linguagem acessível não resolve barreiras quando a pessoa acredita que recusar trará retaliação, perderá acesso ao serviço ou decepcionará o profissional. A Carta aprovada pela Resolução CNS nº 553/2017 é relevante porque associa direitos de informação, compreensão, consentimento e recusa à relação assistencial, reforçando que participação exige condições materiais e relacionais para ser exercida (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2017).

A revisão de Richter et al. (2023) mostra que a comunicação de riscos com pessoas com letramento limitado precisa ser planejada deliberadamente. Esse problema é mais amplo do que identificar quem possui "baixo letramento". O profissional raramente consegue inferir capacidade de compreensão pela aparência, escolaridade declarada ou fluência verbal. Além disso, o próprio adoecimento pode reduzir temporariamente a capacidade de processar informação complexa. Uma abordagem mais segura é presumir que informações clínicas importantes precisam ser organizadas de modo compreensível para todos, verificando entendimento sem constrangimento. Pedir à pessoa que explique, com suas palavras, o que compreendeu pode revelar lacunas que a pergunta genérica "entendeu?" dificilmente identifica; o objetivo, porém, deve ser testar a clareza da comunicação, e não examinar ou constranger o paciente.

A participação de familiares e pessoas de confiança acrescenta outra camada. Apoio familiar pode favorecer memória, compreensão, comunicação e continuidade, especialmente quando o paciente está fragilizado ou precisa executar cuidados complexos depois da alta. Mas a presença da família não deve deslocar automaticamente a voz da pessoa. Em algumas situações, o familiar responde perguntas dirigidas ao paciente, filtra informações, insiste em ocultar diagnósticos ou pressiona escolhas em nome de proteção. A equipe precisa distinguir apoio de substituição. Sempre que a pessoa tiver condições de participar, sua posição permanece central; quando necessita de apoio adicional, o objetivo é maximizar sua participação possível, e não retirar sua agência por conveniência operacional.

Situações agudas demonstram que participação e segurança não são polos necessariamente incompatíveis. Em emergências, tempo reduzido, dor, medo e risco de deterioração restringem a extensão da deliberação, mas não anulam automaticamente toda possibilidade de compartilhamento. A revisão de Ubbink et al.

(2024), voltada aos serviços de emergência, identificou barreiras em níveis do paciente, do profissional e do sistema, incluindo emoções intensas, letramento, receio médico-legal, falta de habilidades, pressão de tempo e indisponibilidade de ferramentas. Ainda assim, os autores encontraram que instrumentos de apoio podem aumentar o nível de decisão compartilhada em condições selecionadas. A implicação prática não é exigir longas conversas durante instabilidade, mas reconhecer que urgência deve justificar apenas a redução de participação estritamente necessária à segurança.

Essa discussão revela um ponto organizacional decisivo. Não se pode exigir decisão compartilhada e, simultaneamente, estruturar consultas sem privacidade, interrompidas, com tempo insuficiente, mensagens contraditórias entre profissionais e materiais incompreensíveis. O compartilhamento depende de infraestrutura comunicacional. Isso inclui registros capazes de preservar preferências e decisões relevantes, fluxos que permitam continuidade, acesso a apoio linguístico quando necessário, materiais de decisão confiáveis e uma cultura em que dúvidas do paciente não sejam interpretadas como resistência. Quando esses elementos faltam, a instituição produz condições para o paternalismo mesmo que seus documentos oficiais defendam autonomia.

A educação em saúde também muda de sentido nesse cenário. Seu objetivo não é produzir o paciente ideal que aceita corretamente recomendações, mas ampliar capacidade para agir diante de decisões e incertezas. Isso inclui compreender por que um tratamento foi proposto, reconhecer alternativas, antecipar efeitos esperados e sinais de alerta, saber quando uma decisão pode ser revista e identificar a quem recorrer quando o plano deixa de fazer sentido. A informação só se converte em autonomia quando pode ser usada. Essa perspectiva aproxima educação e Direito: o direito à informação não se esgota na disponibilidade abstrata de dados, e o dever educativo não pode ser reduzido a entregar folhetos ou registrar que "orientações foram fornecidas".

Também é necessário reconhecer o direito de não desejar o mesmo nível de participação em todas as decisões. Algumas pessoas preferem delegar mais ao profissional, especialmente em momentos de grande sofrimento, e essa preferência pode ser legítima quando é livre e informada. O problema surge quando passividade é presumida a partir de idade, escolaridade, condição social, diagnóstico ou comportamento silencioso. Oferecer participação significa criar possibilidade real de escolha, inclusive sobre o próprio papel na decisão. A equipe pode recomendar e

assumir maior condução quando isso é desejado, sem abandonar transparência nem deixar de investigar valores que possam alterar a melhor opção clínica.

Participação, por fim, precisa sobreviver à mudança de profissional e de cenário. Uma decisão cuidadosamente construída pode ser desfeita quando o próximo membro da equipe desconhece seus fundamentos, repete toda a conversa sem necessidade ou apresenta uma recomendação incompatível sem explicar a divergência. O paciente então deixa de participar de uma decisão e passa a arbitrar mensagens profissionais concorrentes. O problema já não é apenas comunicacional na relação entre dois sujeitos; torna-se uma questão de coordenação do trabalho. Registrar o que foi decidido, quais alternativas foram discutidas, que valores orientaram a escolha e quais condições justificariam revisá-la permite que a autonomia não precise ser reconstruída do zero a cada encontro.

É nesse ponto que a comunicação em saúde revela seu limite e sua potência. Ela pode criar condições para escolhas mais compreendidas e mais coerentes com a vida da pessoa, mas não consegue sustentar sozinha aquilo que a organização fragmenta. Uma decisão compartilhada só permanece compartilhada quando os diferentes profissionais conseguem reconhecê-la, discutir mudanças sem apagar a voz do paciente e transformar saberes diversos em um plano coerente. Quando isso não ocorre, a pessoa pode ter sido ouvida individualmente e ainda assim experimentar um cuidado contraditório. A humanização passa, então, da qualidade da conversa para a qualidade das relações de trabalho que serão capazes de carregar aquela decisão ao longo do percurso assistencial.

CAPÍTULO 4 — TRABALHO MULTIPROFISSIONAL E INTEGRAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS

Uma decisão construída com o paciente pode perder coerência poucas horas depois se cada profissional a reinterpretar a partir de sua própria parcela do cuidado. A pessoa que concordou com determinado objetivo terapêutico durante uma consulta pode receber, em seguida, uma orientação dietética incompatível com sua rotina, uma recomendação de atividade física que desconsidera uma restrição clínica, uma explicação farmacológica que contradiz o que havia entendido ou uma alta sem que o serviço de continuidade saiba quais prioridades foram pactuadas. Esses desencontros não decorrem necessariamente de negligência individual. Muitas vezes são produzidos por uma organização em que diferentes competências coexistem sem construir um objeto comum de trabalho. O problema central do trabalho multiprofissional, portanto, não é reunir profissões suficientes ao redor do paciente, mas transformar conhecimentos especializados em uma prática capaz de manter coerência diante de necessidades que atravessam fronteiras profissionais.

Essa distinção é decisiva porque a assistência contemporânea depende de especialização. A complexidade diagnóstica, terapêutica e tecnológica torna irreal supor que uma única profissão possa dominar todos os conhecimentos necessários ao cuidado. Ao mesmo tempo, a especialização produz um risco estrutural: quanto mais o trabalho se diferencia, maior a necessidade de mecanismos que recomponham aquilo que foi separado. Peduzzi et al. (2020) retomam essa questão ao mostrar que o efetivo trabalho em equipe exige articulação entre intervenções técnicas e interação entre os agentes, reconhecendo a interdependência sem apagar a especificidade das áreas. A equipe deixa de ser apenas um conjunto de especialistas quando as ações de um profissional passam a ser deliberadamente construídas em relação às ações dos demais e ao mesmo problema vivido pelo usuário.

A Organização Mundial da Saúde (2010) utiliza a educação interprofissional e a prática colaborativa como estratégias para fortalecer sistemas de saúde, mas o próprio marco internacional não autoriza uma leitura simplista segundo a qual aproximar profissionais produz automaticamente melhores desfechos. A revisão Cochrane de

Reeves et al. (2017) encontrou sinais de melhora em alguns processos e resultados com intervenções voltadas à colaboração interprofissional, porém destacou número limitado de estudos, heterogeneidade e baixa certeza para várias comparações. Em pacientes hospitalizados, Kaiser et al. (2022) também identificaram efeitos potencialmente favoráveis em desfechos relatados pelos próprios pacientes, mas consideraram insuficiente a base disponível para uma conclusão definitiva. A implicação é importante para este livro: colaboração deve ser tratada como uma forma de organizar o trabalho cuja qualidade precisa ser demonstrada na prática, e não como um atributo positivo presumido pelo simples fato de existir uma equipe multiprofissional.

4.1 Da justaposição de profissões à construção de um objeto comum de cuidado

A diferença entre multiprofissionalidade e integração começa no modo como o problema é formulado. Em uma lógica de justaposição, cada área identifica um objeto próprio: a medicina pode concentrar-se no diagnóstico e no tratamento da doença; a enfermagem, na vigilância e nas necessidades de cuidado; a fisioterapia, na mobilidade e na função; a nutrição, no estado nutricional; a psicologia, no sofrimento psíquico; o serviço social, nas condições sociais; a farmácia, na segurança e no uso de medicamentos. Todos esses objetos são legítimos. A fragmentação surge quando permanecem independentes, como se o paciente fosse a soma de partes que podem ser tratadas paralelamente sem necessidade de negociação entre elas.

Peduzzi e Agreli (2018) propõem compreender trabalho em equipe e prática colaborativa de forma contingencial, de acordo com necessidades dos usuários, contexto e condições de trabalho. Essa abordagem é mais útil do que a expectativa de que toda situação exija o mesmo grau de integração. Um procedimento simples e bem delimitado pode demandar apenas coordenação básica; um paciente com multimorbidade, fragilidade, sofrimento emocional, uso de múltiplos medicamentos e dificuldades socioeconômicas exige interdependência muito maior. A intensidade da colaboração deve acompanhar a complexidade real do problema, e não uma norma abstrata de que todos os profissionais precisam participar igualmente de todas as decisões.

Essa distinção também protege a autonomia técnica. Integração não significa dissolver competências nem transformar decisões especializadas em votações. Há responsabilidades que permanecem vinculadas a formação, atribuições profissionais e

deveres específicos. O que muda é a necessidade de tornar essas decisões inteligíveis para os demais quando produzem consequências compartilhadas. Uma alteração medicamentosa pode modificar risco de queda; uma restrição alimentar pode interferir na adesão a outro tratamento; uma orientação de mobilidade pode exigir adequação do ambiente domiciliar; uma decisão sobre alta pode depender de capacidade funcional e suporte familiar. A competência permanece específica, mas suas repercussões deixam de ser privadas de uma profissão.

Schot, Tummers e Noordegraaf (2020), em revisão sistemática de 64 estudos, identificaram três formas recorrentes pelas quais profissionais contribuem ativamente para a colaboração: aproximando lacunas profissionais, sociais, físicas ou relacionadas às tarefas; negociando sobreposições de papéis; e criando espaços que tornam essa negociação possível. O achado ajuda a deslocar a discussão de atributos pessoais vagos, como "saber trabalhar em equipe", para práticas observáveis. Colaboração depende de alguém perceber que uma informação relevante não circulou, reconhecer que duas responsabilidades se sobrepõem, construir uma forma de contato ou abrir espaço para que uma discordância seja examinada antes de produzir dano.

As fronteiras profissionais, portanto, não são apenas obstáculos. Elas também protegem conhecimento, responsabilidade e identidade técnica. O problema aparece quando se tornam impermeáveis ou quando são usadas para impedir circulação de informação necessária ao cuidado. Da mesma forma, a sobreposição de papéis não é necessariamente desperdício. Em certas situações, múltiplos profissionais reforçarem uma orientação pode aumentar segurança; em outras, repetições desconectadas geram confusão, sobrecarga e mensagens contraditórias. A questão não é eliminar toda redundância, mas distinguir redundância protetora de duplicação desorganizada.

Essa análise também exige enfrentar hierarquias. O trabalho em saúde é historicamente marcado por diferenças de poder entre profissões, vínculos empregatícios, níveis de formação e posições organizacionais. Peduzzi et al. (2020) destacam que diferenças técnicas podem ser convertidas em desigual valor social dos trabalhos especializados. Quando isso ocorre, uma informação pode ser ignorada não por sua qualidade, mas por quem a apresenta; uma discordância pode ser silenciada; profissionais podem evitar questionar condutas por medo de conflito; e o paciente pode receber uma decisão aparentemente consensual que nunca foi realmente discutida. Uma equipe tecnicamente excelente pode, assim, produzir vulnerabilidade se sua estrutura relacional impede que sinais discordantes circulem.

A segurança do paciente torna essa questão particularmente concreta. Erros de medicação, atrasos diagnósticos, falhas em transições e recomendações incompatíveis raramente são explicados apenas por desconhecimento técnico. Muitas vezes o conhecimento necessário existe em algum ponto da equipe, mas não alcança a decisão no momento adequado. Por isso, integração inclui a capacidade de tornar dúvidas comunicáveis e de criar condições para que profissionais possam interromper um curso de ação quando percebem risco. Essa responsabilidade não se resume a protocolos de comunicação; depende de ambiente no qual perguntar e discordar não sejam interpretados automaticamente como ameaça à autoridade.

A possibilidade de falar diante do risco merece atenção porque não depende apenas de personalidade. Profissionais recém-integrados à equipe, trabalhadores com vínculos precários, estudantes e categorias historicamente posicionadas em níveis inferiores da hierarquia podem perceber um problema e ainda assim avaliar que contestar uma decisão possui custo elevado. A colaboração, nesse cenário, precisa produzir condições para que a relevância clínica da informação tenha mais peso do que a posição de quem a apresenta. Isso não elimina autoridade nem experiência; apenas impede que autoridade funcione como barreira à revisão. Uma equipe que não consegue ser corrigida por seus próprios membros perde uma das principais vantagens de reunir perspectivas diferentes.

Também é preciso distinguir consenso de convergência suficiente. Nem todas as divergências precisam ser resolvidas até que todos pensem da mesma forma. Em muitas decisões, o que a equipe necessita é reconhecer os pontos de discordância, estabelecer qual risco será priorizado, definir quem assumirá a decisão e registrar o fundamento de maneira compreensível. A busca por unanimidade pode adiar condutas ou ocultar conflitos relevantes. A integração não exige homogeneização cognitiva; exige um processo pelo qual diferenças sejam transformadas em decisão coordenada e passível de reavaliação.

O paciente participa desse objeto comum de modo diferente de qualquer profissão. Ele não acrescenta uma especialidade ao conjunto: acrescenta informações sobre sua vida, seus objetivos, sua tolerância, seus recursos e o significado que atribui aos possíveis resultados. Quando essa contribuição é excluída, a equipe pode alcançar elevado grau de coordenação interna e ainda produzir um plano inviável. A Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde garante informação sobre alternativas terapêuticas e participação nas decisões, o que torna juridicamente insuficiente uma integração que ocorra apenas entre profissionais e trate o usuário como destinatário

final de um consenso fechado (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2017). A coerência do cuidado precisa incluir aquilo que a pessoa compreendeu e aceitou, não apenas aquilo que a equipe decidiu entre si.

Nesse sentido, o objeto comum não é a soma dos diagnósticos profissionais, mas uma formulação compartilhada do problema que orienta prioridades. Em alguns casos, controlar uma variável biológica será a prioridade inequívoca; em outros, preservar função, reduzir sofrimento, simplificar um regime terapêutico, tornar o cuidado executável no domicílio ou evitar nova hospitalização pode ganhar maior peso. Uma equipe integrada consegue explicitar por que determinadas metas foram priorizadas e como cada intervenção contribui para elas. Quando essa explicitação não existe, cada profissional tende a otimizar seu próprio resultado local, mesmo que o conjunto se torne pesado, contraditório ou pouco sustentável.

4.2 Colaboração como processo de trabalho: comunicação, conflito, liderança e responsabilidade

A colaboração costuma ser descrita por termos positivos — confiança, respeito, comunicação, liderança, clareza de papéis —, mas seu valor analítico depende de compreender como esses elementos funcionam diante de conflitos reais. Equipes não são integradas porque discordam pouco. Em situações complexas, ausência de discordância pode significar apenas que diferenças não encontram espaço para aparecer. A integração madura é aquela em que perspectivas distintas podem modificar a decisão sem desorganizar a responsabilidade final.

A revisão Cochrane de Reeves et al. (2017) incluiu intervenções como reuniões interprofissionais, auditoria externa e atividades colaborativas estruturadas e encontrou resultados variáveis. Essa heterogeneidade sugere que nenhuma ferramenta isolada deve ser transformada em solução universal. Reuniões podem qualificar decisões quando possuem objetivo, informação relevante, participação adequada e possibilidade de encaminhamento. Também podem consumir tempo e reproduzir hierarquias se servem apenas para atualizar tarefas já definidas. Um prontuário compartilhado pode melhorar continuidade se a informação for clara e utilizada; pode igualmente ampliar ruído quando registros repetitivos escondem aquilo que exige atenção.

O mesmo vale para liderança. A literatura frequentemente associa liderança ao desempenho de equipes, mas uma equipe interprofissional não exige ausência de direção. Exige que liderança seja compatível com o problema e não se confunda com

monopólio permanente da decisão. Em determinados momentos, uma profissão possui competência central e precisa conduzir; em outros, outra área detém a informação mais relevante. Liderança funcionalmente distribuída não elimina responsabilidade formal. Ela permite que a autoridade técnica se desloque conforme a natureza da decisão, enquanto permanece claro quem responde por cada ação.

A meta-análise de Tandan et al. (2024), dedicada a condições crônicas na atenção primária, encontrou melhora em alguns indicadores clínicos com intervenções baseadas em equipe, mas apresentou heterogeneidade elevada e observou que componentes como decisão compartilhada, divisão de papéis e liderança estavam ausentes em muitos dos estudos. O resultado é instrutivo por duas razões. Primeiro, mostra que "trabalho em equipe" é utilizado para descrever intervenções muito diferentes. Segundo, impede atribuir o benefício a um mecanismo único. Uma equipe pode melhorar resultados por ampliação de acesso, maior frequência de seguimento, redistribuição de tarefas, reforço educativo, ajuste mais rápido de condutas ou combinação desses fatores. O rótulo não substitui a análise do que efetivamente mudou no processo assistencial.

A avaliação do trabalho em equipe precisa acompanhar essa complexidade. Indicadores como número de reuniões realizadas, presença de diferentes profissões ou preenchimento de planos compartilhados mostram que determinadas estruturas existem, mas não demonstram que houve integração. Desfechos clínicos também não podem ser atribuídos automaticamente à colaboração porque são influenciados por gravidade, acesso, tratamentos e condições sociais. Por isso, a avaliação mais informativa combina processos e resultados: coerência das orientações, atrasos evitáveis, repetição desnecessária, capacidade do usuário de identificar responsabilidades, continuidade após transições e desfechos relevantes para aquela população. O objetivo é saber se a equipe mudou o cuidado, e não apenas se mudou a forma de se reunir.

No Brasil, Escalda e Parreira (2018), ao observarem o trabalho de uma equipe de Saúde da Família, identificaram espaços de diálogo e construção de consensos associados a práticas colaborativas, mas também conflitos e tensões inerentes ao processo de trabalho. Esse tipo de evidência qualitativa não demonstra efeito causal sobre desfechos clínicos e não deve ser usado como se o fizesse. Seu valor está em revelar mecanismos: colaboração depende de oportunidades concretas para conversar, reconhecer interdependências e negociar decisões. Em serviços nos quais agendas, metas e desenho físico mantêm profissionais separados, pedir integração sem alterar as

condições de trabalho pode transformar uma responsabilidade institucional em cobrança individual.

Essa observação é especialmente importante porque reuniões e comunicação têm custo. Todo tempo destinado à articulação deixa de ser utilizado em outra atividade. O objetivo, portanto, não é maximizar comunicação, mas torná-la proporcional ao risco e à interdependência. Uma equipe que discute coletivamente cada detalhe de todos os pacientes pode tornar-se lenta e ineficiente; uma equipe que não discute situações complexas transfere ao paciente a tarefa de conectar fragmentos. A integração de qualidade encontra formas de distinguir o que pode seguir por rotinas estáveis do que precisa de deliberação conjunta.

O conflito também precisa ser diferenciado. Há conflitos de conhecimento, quando profissionais interpretam evidências ou riscos de forma distinta; conflitos de valores, quando prioridades divergem; conflitos de papel, quando não está claro quem deve executar ou decidir; e conflitos organizacionais, quando recursos insuficientes tornam incompatíveis objetivos legítimos. Tratar todos como problema de comunicação pode esconder sua origem. Em alguns casos, uma conversa resolve; em outros, é necessária decisão gerencial, revisão de fluxo ou definição institucional de responsabilidade. Humanizar o trabalho em equipe não significa psicologizar problemas estruturais.

A responsabilização compartilhada é outro conceito que exige precisão. Compartilhar não significa diluir. Quando todos são genericamente responsáveis, existe o risco de ninguém reconhecer uma obrigação específica. Planos integrados precisam tornar explícitos responsáveis, prazos, critérios de reavaliação e formas de contato diante de mudança. Essa clareza protege tanto paciente quanto profissionais porque diferencia cooperação de indefinição. Também permite perceber quando uma tarefa foi transferida sem suporte para alguém que não possui competência, tempo ou condições materiais para realizá-la.

A participação do usuário modifica ainda a forma de lidar com divergências. Equipes podem ter razões legítimas para discordar sobre intensidade terapêutica, prioridade entre sintomas, riscos aceitáveis ou local mais adequado de cuidado. Esconder a existência de alternativas pode produzir uma falsa aparência de certeza; expor toda discordância sem organização pode aumentar insegurança. O desafio ético e educativo é traduzir a incerteza de modo que o paciente compreenda aquilo que realmente modifica sua decisão, enquanto a equipe assume o trabalho técnico de

reduzir contradições desnecessárias. A decisão compartilhada discutida no capítulo anterior só se sustenta quando o coletivo profissional consegue oferecer informação minimamente coerente.

Essa coerência possui uma dimensão documental. O registro clínico não deve funcionar apenas como prova de que cada profissão cumpriu sua parte. Em um cuidado integrado, ele precisa tornar visíveis decisões que afetam o conjunto: objetivos prioritários, restrições, preferências do paciente, alterações relevantes, pendências e critérios de reavaliação. Registros extensos que repetem informações sem síntese podem cumprir uma obrigação formal e, ao mesmo tempo, falhar como instrumento de continuidade. A documentação se torna humanizadora quando reduz a necessidade de o paciente reconstruir a própria história a cada encontro e protege decisões já compreendidas e pactuadas contra mudanças produzidas apenas por falta de informação.

É nesse ponto que comunicação interprofissional e educação em saúde se encontram. Orientações ao paciente não devem ser produzidas por cada área como documentos autônomos que depois se acumulam. Um plano educativo integrado exige saber quais informações são essenciais, quais podem ser reforçadas por diferentes profissionais e quais precisam ser adaptadas quando outra intervenção muda. A educação deixa de ser responsabilidade exclusiva de quem "orienta" e passa a funcionar como parte do plano assistencial. Isso é especialmente relevante em condições crônicas, nas quais grande parte do resultado depende de decisões realizadas fora do serviço.

Também não se deve supor que integração seja sempre desejada no mesmo grau pelos trabalhadores. Colaboração pode ameaçar territórios profissionais, alterar rotinas, redistribuir reconhecimento e tornar visíveis dependências antes ocultas. Resistências não precisam ser interpretadas apenas como falta de compromisso. Elas podem expressar dúvidas legítimas sobre responsabilidade, carga de trabalho, qualidade técnica ou mudanças não negociadas. Liderar processos de integração exige reconhecer essas tensões e construir regras claras, em vez de apresentar colaboração como virtude moral à qual ninguém poderia se opor.

4.3 Integração que atravessa turnos, serviços e redes: educação permanente e continuidade

Uma equipe pode funcionar de maneira integrada dentro de um setor e ainda participar de uma trajetória fragmentada. O paciente não experimenta apenas

profissões; experimenta turnos, unidades, níveis de atenção, serviços diagnósticos, farmácias, reabilitação, atenção domiciliar e, muitas vezes, políticas de assistência social ou educação. A integração que realmente importa precisa sobreviver a essas fronteiras. Caso contrário, a coerência construída por um grupo termina quando a pessoa atravessa uma porta institucional.

A Lei nº 8.080/1990 vincula integralidade a um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, o que permite compreender a integração entre práticas como dimensão operacional de um princípio jurídico mais amplo. Não basta que diferentes profissionais atuem adequadamente se a continuidade entre eles depende de improvisação do usuário. A fragmentação de informações, a repetição desnecessária de avaliações e a ausência de retorno sobre encaminhamentos podem transformar o acesso a múltiplos serviços em maior carga para quem já está doente. A integralidade exige que a rede assuma parte do trabalho de coordenação que, de outro modo, recairia sobre a pessoa e sua família.

O conceito de prática colaborativa em rede ajuda a ampliar a visão de equipe. Peduzzi e Agreli (2018) distinguem formas de colaboração cuja intensidade varia conforme necessidades e contexto, incluindo relações com outros serviços, comunidade e setores. Essa flexibilidade é relevante porque nem toda necessidade pode ser resolvida dentro da mesma equipe. A integração pode depender menos de reunir todos fisicamente e mais de estabelecer canais confiáveis de referência, contrarreferência, consulta e responsabilização. Em territórios com escassez de especialistas, a qualidade dessas conexões torna-se ainda mais decisiva.

A tecnologia pode apoiar essa continuidade, mas não substitui governança. Prontuários eletrônicos interoperáveis, mensagens seguras, teleconsultoria e sistemas de alerta podem reduzir perda de informação; também podem ampliar volume documental sem produzir síntese. Registrar não equivale a comunicar. Quando o prontuário acumula textos extensos, duplicados e pouco hierarquizados, a informação essencial pode tornar-se menos visível. Integração digital exige decidir o que precisa circular, para quem, em que momento e com qual responsabilidade de ação.

A continuidade também depende de aprendizagem coletiva. O marco da Organização Mundial da Saúde (2010) associa educação interprofissional à preparação para práticas colaborativas, mas a formação inicial não resolve sozinha desafios produzidos por contextos locais. No SUS, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde propõe aprendizagem a partir dos problemas do próprio

trabalho e articula formação, gestão e atenção (BRASIL, 2007). Essa orientação oferece uma ponte particularmente fértil entre saúde e educação: problemas de integração podem tornar-se objetos de aprendizagem quando equipes analisam casos, falhas de transição, conflitos de papel e resultados que não se explicam apenas pela competência individual.

Educação permanente, porém, não deve ser confundida com acumulação de cursos. Se uma falha decorre de agendas incompatíveis, ausência de acesso ao prontuário ou indefinição de responsabilidade, capacitar profissionais em comunicação pode ter efeito limitado. Aprender no trabalho exige capacidade institucional para modificar o próprio trabalho. A reunião em que uma equipe identifica que pacientes recebem instruções contraditórias só produz aprendizagem se houver possibilidade de redesenhar o processo que gera a contradição. Caso contrário, reflexão transforma-se em diagnóstico repetido de problemas que ninguém consegue alterar.

A mesma crítica vale para educação interprofissional. Colocar estudantes ou trabalhadores de diferentes áreas na mesma sala não garante aprendizagem colaborativa. O potencial educativo surge quando há um problema comum, necessidade de reconhecer o raciocínio das outras profissões, negociação de responsabilidades e oportunidade de refletir sobre os efeitos dessa interação. Casos complexos, simulações, revisão de incidentes e discussão de trajetórias reais podem revelar dependências que disciplinas isoladas mantêm invisíveis. O objetivo não é formar profissionais menos especializados, mas especialistas capazes de compreender quando o seu trabalho depende do trabalho alheio e como comunicar essa dependência sem reduzir a contribuição do outro.

Essa dimensão institucional protege profissionais de uma leitura culpabilizadora da colaboração. Equipes precisam desenvolver competências relacionais e assumir responsabilidade por suas escolhas, mas integração também depende de dimensionamento, estabilidade de vínculos, tempo protegido para articulação, acesso a informação, liderança, regras de encaminhamento e disponibilidade de serviços. A ausência dessas condições não torna qualquer fragmentação inevitável, mas limita o que pode ser exigido apenas de boa vontade. Uma política de humanização coerente precisa cuidar das condições que permitem aos trabalhadores produzir o cuidado que se espera deles.

O usuário também pode funcionar como indicador da qualidade dessa integração. Perguntar se ele sabe quem procurar diante de uma dúvida, se recebeu orientações consistentes, se entende o objetivo de cada intervenção e se percebe continuidade entre os profissionais oferece informações que reuniões internas não capturam. Uma equipe pode avaliar-se como colaborativa e ainda exigir que o paciente repita sua história, transporte documentos, reconcilie recomendações contraditórias e descubra sozinho onde buscar seguimento. A experiência da pessoa revela aquilo que os organogramas e protocolos frequentemente ocultam.

Há, finalmente, um limite importante: integração não deve produzir excesso de intervenção. Quanto maior o número de profissionais envolvidos, maior também a possibilidade de multiplicar consultas, exames, metas e recomendações. A coordenação precisa ser capaz de retirar, simplificar e priorizar. Em alguns casos, o resultado mais humanizado de uma discussão multiprofissional será decidir que uma intervenção pode ser suspensa, que duas consultas podem ser unificadas ou que o paciente necessita de menos tarefas, não de mais. Integrar significa construir coerência, e coerência inclui reconhecer quando o volume de cuidado ultrapassa a capacidade de a pessoa absorvê-lo.

Essa conclusão desloca a prática multiprofissional de uma lógica de presença para uma lógica de relação. O valor de uma equipe não está no número de especialidades representadas, mas na capacidade de transformar diferenças de conhecimento em respostas articuladas, transparentes e executáveis. Quando papéis são negociados, conflitos podem ser discutidos, informações relevantes circulam, o paciente participa e a rede sustenta continuidade, a especialização deixa de produzir apenas fragmentos e passa a compor um cuidado mais inteiro.

Ainda assim, a integração entre profissões não esgota todas as formas pelas quais diferentes saberes entram na assistência. O sistema de saúde também convive com práticas terapêuticas que se organizam a partir de racionalidades, tradições e modos de compreender o cuidado que não coincidem integralmente com a divisão profissional convencional. Avaliá-las com o mesmo rigor exige evitar tanto rejeição automática quanto incorporação acrítica, mantendo como referência evidência, segurança, autonomia e sentido para a pessoa cuidada.

CAPÍTULO 5 — SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA

A integração das práticas assistenciais, discutida no capítulo anterior, só adquire sentido pleno quando consegue produzir um cuidado simultaneamente coerente, seguro e reconhecível como humano pela pessoa que o recebe. Essa associação parece evidente, mas a organização dos serviços muitas vezes separa aquilo que deveria permanecer unido. De um lado, segurança do paciente pode ser reduzida a protocolos, indicadores, notificações e barreiras técnicas; de outro, humanização pode ser tratada como dimensão relacional, ligada à escuta, ao respeito e ao acolhimento. Quando essas agendas caminham em paralelo, perde-se uma questão central: dano evitável também desumaniza, e uma prática tecnicamente segura pode continuar produzindo sofrimento, exclusão ou perda de autonomia se o modo como organiza riscos desconsidera a pessoa que vive o cuidado.

A segurança do paciente não deve ser confundida com ausência absoluta de risco. Cuidar implica decisões sob incerteza, intervenções com efeitos desejados e indesejados, limitações de conhecimento e condições organizacionais que variam ao longo do tempo. A própria Resolução da Diretoria Colegiada nº 36/2013 define segurança do paciente como redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde. O conceito desloca a expectativa irreal de eliminar toda possibilidade de dano para a obrigação de reconhecer, gerir e reduzir riscos de maneira sistemática. Essa formulação também impede que um resultado desfavorável seja automaticamente interpretado como prova de erro, ao mesmo tempo em que não permite naturalizar danos preveníveis como consequência inevitável da assistência.

No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente, instituído pela Portaria nº 529/2013, vinculou explicitamente segurança à qualificação do cuidado, à gestão de risco, ao envolvimento de pacientes e familiares, à ampliação do acesso da sociedade às informações e à inclusão do tema na formação em saúde. Esse desenho normativo é particularmente relevante para a tese deste livro porque não trata segurança como assunto exclusivo de especialistas ou núcleos institucionais.

Educação, participação e transparência aparecem como componentes da própria política de segurança. A Resolução da Diretoria Colegiada nº 36/2013 complementa essa arquitetura ao exigir estruturas e processos de gestão de risco nos serviços abrangidos por seu escopo, incluindo a criação de Núcleos de Segurança do Paciente e a elaboração de planos capazes de identificar, analisar, monitorar e comunicar riscos ao longo da assistência.

O Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021–2030 da Organização Mundial da Saúde (2021b) amplia essa perspectiva ao formular uma visão em que cuidado seguro e cuidado respeitoso aparecem juntos. Essa aproximação é conceitualmente importante. Uma política que evita erros de identificação, falhas de medicação ou infecções, mas impede que o paciente compreenda o que está acontecendo, relate mudanças relevantes ou questione uma conduta, alcança apenas parte da segurança. Da mesma forma, uma assistência que acolhe, escuta e respeita preferências, mas não possui processos confiáveis para reconhecer riscos e aprender com incidentes, também permanece incompleta. A qualidade humanizada emerge justamente da capacidade de articular essas duas exigências sem reduzir nenhuma delas à outra.

5.1 Segurança para além do erro: sistemas, responsabilidade e cultura de aprendizagem

Durante muito tempo, a resposta ao erro em saúde foi fortemente orientada pela procura de quem falhou. O modelo é intuitivo: identifica-se uma conduta inadequada, localiza-se o profissional associado a ela e supõe-se que advertência, treinamento ou punição impedirão a recorrência. Reason (2000) mostrou por que essa abordagem é insuficiente ao distinguir uma leitura centrada na pessoa de uma leitura sistêmica do erro. Falhas humanas continuam importando, mas seu significado depende das condições em que o trabalho ocorre: desenho de processos, carga de trabalho, interfaces, comunicação, disponibilidade de recursos, barreiras de segurança, supervisão e decisões organizacionais podem tornar determinados erros mais prováveis ou mais difíceis de interceptar.

Essa mudança de foco não elimina responsabilidade individual. Ao contrário, torna-a mais precisa. Uma cultura de segurança madura precisa distinguir falibilidade humana, comportamento de risco, violações deliberadas e condições institucionais que empurram profissionais para adaptações inseguras. Tratar todas essas situações do mesmo modo é tão inadequado quanto declarar que todo incidente é apenas “culpa

do sistema". A revisão integrativa de Murray et al. (2023) sobre cultura justa identificou liderança, educação, responsabilização e comunicação aberta como elementos recorrentes para implementação. Os próprios autores, entretanto, alertam que grande parte da literatura ainda é teórica. Portanto, cultura justa deve ser entendida como orientação ética e organizacional a ser operacionalizada e avaliada, não como selo que uma instituição atribui a si mesma.

A dificuldade aparece quando a organização deseja aprender com incidentes, mas seus trabalhadores associam falar sobre falhas a exposição, humilhação ou punição imprevisível. Nesses ambientes, o silêncio pode parecer racional para quem trabalha. Isso compromete não apenas a notificação formal, mas também a comunicação cotidiana de pequenas discrepâncias, dúvidas e quase falhas que poderiam permitir correção antes do dano. Segurança psicológica é frequentemente apresentada como condição para que profissionais expressem preocupações sem temor de consequências interpessoais desproporcionais. A revisão de Montgomery et al. (2025), porém, mostra que a relação entre segurança psicológica e desfechos objetivos de segurança permanece heterogênea e metodologicamente difícil de interpretar. Um serviço com mais notificações, por exemplo, pode estar pior porque mais incidentes ocorrem ou melhor porque as pessoas se sentem mais seguras para relatá-los.

Essa ambiguidade é importante porque impede o uso ingênuo de indicadores. Uma taxa baixa de notificações não demonstra automaticamente que um serviço é seguro; pode refletir subnotificação, desconhecimento, falta de tempo ou medo. Uma taxa alta também não prova, sozinha, baixa qualidade. Indicadores precisam ser interpretados em conjunto com gravidade, oportunidades de detecção, cultura de relato, mudanças de processo e capacidade institucional de transformar informação em aprendizagem. Humanizar a gestão da segurança significa também evitar que números sejam utilizados para produzir comparações simplistas entre equipes e setores sem compreender os processos que os originaram.

Protocolos de análise de incidentes têm valor quando ajudam a reconstruir a trajetória que tornou o dano possível. Perguntar o que aconteceu, quais barreiras falharam, que sinais estavam disponíveis, como a informação circulou e quais decisões pareciam razoáveis naquele momento produz conhecimento mais útil do que perguntar apenas quem errou. Isso não impede apuração de condutas incompatíveis com deveres profissionais; impede apenas que a investigação termine prematuramente na pessoa mais próxima do evento. A qualidade da análise pode ser julgada pelo que ela modifica. Se um incidente gera apenas uma nova palestra ou um lembrete para "ter

mais atenção", enquanto as condições que produziram o risco permanecem intactas, a organização pode ter respondido formalmente sem ter aprendido.

Educação em segurança também precisa escapar dessa lógica. O Programa Nacional de Segurança do Paciente inclui explicitamente a formação técnica, de graduação e de pós-graduação entre seus objetivos, mas aprender segurança não equivale a memorizar protocolos. Profissionais precisam desenvolver capacidade de reconhecer situações de risco, comunicar preocupações, compreender fatores humanos, trabalhar com incerteza, analisar incidentes e participar de melhorias. Essa aprendizagem se torna mais potente quando parte de problemas reais do processo de trabalho e permite discutir como decisões individuais se relacionam com estruturas organizacionais, aproximando segurança da educação permanente já defendida no capítulo anterior.

Há ainda uma dimensão frequentemente esquecida: profissionais envolvidos em incidentes podem experimentar culpa, medo, vergonha, sofrimento e insegurança profissional. A literatura utiliza a expressão "segunda vítima" para descrever esse fenômeno, embora o termo deva ser empregado com cautela para não sugerir equivalência entre o sofrimento do trabalhador e o dano sofrido pelo paciente e sua família. A revisão de Ong et al. (2025) mostra que diferentes estratégias de apoio têm sido desenvolvidas, mas a efetividade das intervenções ainda não está suficientemente estabelecida. O ponto mais seguro é reconhecer que abandonar o profissional após um incidente não favorece uma cultura de aprendizagem. Apoio emocional, supervisão, revisão justa e possibilidades de reconstrução profissional precisam coexistir com transparência e responsabilização.

Humanização, nesse contexto, não significa proteger profissionais de qualquer consequência. Significa impedir que a busca por segurança reproduza violência institucional, humilhação pública ou culpabilização automática, porque ambientes assim tendem a ocultar riscos em vez de torná-los visíveis. Uma organização verdadeiramente segura precisa ser capaz de sustentar duas posições ao mesmo tempo: o dano ao paciente exige reconhecimento e resposta, e os trabalhadores precisam de condições justas para compreender o ocorrido, aprender e continuar exercendo suas funções quando isso for apropriado.

Uma leitura sistêmica da segurança também obriga a examinar adaptações cotidianas que mantêm o cuidado funcionando. Em serviços pressionados por demanda, falta de equipamentos, interfaces pouco intuitivas ou fluxos incompatíveis

com o trabalho real, profissionais criam atalhos e soluções locais. Algumas adaptações são competentes e necessárias; outras aproximam a equipe de condições inseguras. Vincent e Amalberti (2016) propõem compreender segurança como gestão de risco ao longo do tempo e lembram que estratégias adequadas a ambientes altamente padronizados não são necessariamente suficientes em cenários nos quais profissionais precisam adaptar-se continuamente. Isso torna inadequado avaliar a qualidade apenas pela distância entre trabalho prescrito e trabalho realizado. É preciso perguntar por que a prática se afastou do protocolo, que problema a adaptação resolveu e que novo risco introduziu.

Esse raciocínio evita outra forma de desumanização: a exigência de conformidade impossível. Quando uma organização mantém processos inexequíveis e responde às adaptações com cobrança individual, transfere para trabalhadores a responsabilidade por contradições que ela própria não resolveu. Isso não autoriza desvios indiscriminados. Exige governança capaz de aproximar normas da realidade assistencial, revisar protocolos que produzem barreiras desnecessárias e reconhecer situações em que o trabalho seguro depende de flexibilidade deliberada. Uma cultura de segurança que não conhece o trabalho real tende a produzir documentação impecável e vulnerabilidades persistentes.

5.2 Protocolos, vigilância e participação: quando padronizar protege sem desumanizar

A segurança moderna depende de alguma padronização. Identificação correta, higiene das mãos, segurança medicamentosa, cirurgia segura, prevenção de quedas e outras áreas de risco exigem processos suficientemente confiáveis para não dependerem apenas de memória, experiência individual ou boa intenção. A Resolução da Diretoria Colegiada nº 36/2013 inclui diferentes frentes dessa natureza no Plano de Segurança do Paciente. O desafio humanizador não é substituir protocolos por improvisação; é impedir que a padronização se torne cega às condições concretas da pessoa e ao contexto em que a regra precisa funcionar.

Um protocolo é uma tecnologia de redução de variabilidade, não uma licença para suspender julgamento. A mesma barreira que protege em uma situação pode gerar efeitos indesejados em outra se aplicada sem avaliação. Medidas de prevenção de quedas, por exemplo, podem reduzir exposição a risco imediato, mas se transformadas em restrição indiscriminada de mobilidade podem contribuir para perda funcional, dependência e medo. A segurança humanizada exige que a equipe saiba por que a

medida existe, que risco pretende reduzir, como avaliar sua necessidade e quando modificá-la. O paciente não deve ser tratado como obstáculo à execução correta do protocolo, mas como pessoa cujas características dão sentido à própria escolha da barreira de segurança.

Esse princípio vale também para a comunicação. Uma checagem de identificação feita mecanicamente pode cumprir a forma do protocolo sem produzir segurança real se o profissional não percebe uma resposta inconsistente. Perguntar sobre alergias, compreender medicamentos de uso domiciliar ou confirmar um procedimento são atos técnicos, mas dependem de linguagem, escuta e possibilidade de resposta. Pacientes com barreiras linguísticas, cognitivas, sensoriais ou de comunicação podem necessitar adaptações para que a mesma finalidade de segurança seja alcançada. Igualdade de procedimento, nesses casos, pode produzir desigualdade de proteção.

A participação do paciente não deve ser convertida em transferência de responsabilidade. A Organização Mundial da Saúde (2021b) coloca pacientes e famílias como parceiros da segurança e recomenda informação e educação capazes de apoiar autocuidado e decisão compartilhada. A revisão de Cai et al. (2024) mostra que intervenções de engajamento em pacientes hospitalizados têm sido utilizadas em diferentes problemas de segurança, mas a maior parte das experiências ocorre no nível do cuidado direto, enquanto participação em níveis organizacionais e sistêmicos ainda é menos explorada. A mensagem não é que o paciente deva fiscalizar profissionais; é que sua experiência contém informação que a organização não consegue obter de outro modo.

Pacientes percorrem transições, escutam orientações de profissionais diferentes, percebem discrepâncias e vivem efeitos do tratamento durante todo o percurso. Podem notar que um medicamento parece diferente, que uma alergia não foi mencionada, que uma conduta contradiz o combinado ou que um sintoma se modificou. Criar espaço para essa fala aumenta a capacidade de detecção. Mas esse potencial depende de como o serviço reage. Dizer ao usuário que ele deve “falar se perceber algo errado” produz pouco efeito se questionamentos são recebidos com irritação, ironia ou desqualificação.

Também há limites éticos. Pessoas gravemente enfermas, sedadas, assustadas, com dor ou baixa compreensão não podem ser responsabilizadas por impedir erros. Mesmo pacientes plenamente capazes não têm obrigação de dominar processos técnicos que pertencem ao serviço. A participação é uma camada adicional de

proteção e uma expressão de autonomia, nunca substituto para barreiras institucionais. Esse ponto evita uma forma sutil de culpabilização: se o dano ocorreu porque o paciente "não perguntou", "não conferiu" ou "não avisou", a política de participação foi transformada em mecanismo de transferência de risco.

A educação em saúde precisa, portanto, estar ligada à capacidade de agir. Informações sobre medicamentos, sinais de alerta, dispositivos, cuidados domiciliares e transições precisam ser compreensíveis, verificáveis e adequadas à vida concreta da pessoa. A Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde já sustenta o direito à informação e à participação; a segurança acrescenta uma consequência prática: compreensão insuficiente pode produzir dano. Isso torna estratégias de confirmação de entendimento, oportunidade de perguntas e demonstração de procedimentos componentes de qualidade assistencial, não adornos comunicacionais.

A mesma lógica se aplica à família e aos cuidadores. Eles podem contribuir para continuidade e detecção de mudanças, mas sua participação precisa respeitar o desejo e a privacidade do paciente. Nem toda família é protetora, disponível ou tecnicamente capaz de assumir tarefas complexas. Orientar um cuidador sem verificar condições materiais, compreensão ou sobrecarga pode deslocar para o domicílio um risco que antes estava sob controle institucional. Humanizar a segurança significa também reconhecer quando uma alta tecnicamente possível ainda não é uma transição segura.

Por isso, qualidade não pode ser avaliada apenas por adesão a protocolos. É necessário observar se as barreiras produziram proteção sem gerar dano colateral, se a pessoa compreendeu o plano, se informações críticas chegaram ao próximo ponto da rede e se o cuidado continuou coerente depois da mudança de turno ou serviço. O protocolo organiza a ação; a vigilância clínica e relacional verifica se ele está funcionando para aquela pessoa.

Essa tensão entre confiabilidade e individualização aparece com frequência em indicadores de qualidade. Metas são indispensáveis para acompanhar desempenho, identificar variações e orientar melhoria, mas tornam-se perigosas quando passam a substituir o fenômeno que pretendem representar. Uma instituição pode melhorar uma taxa sem melhorar a experiência de segurança se o processo de coleta induz seleção de casos, subnotificação ou cumprimento documental. O inverso também ocorre: aumento temporário de incidentes registrados pode acompanhar amadurecimento de uma cultura de relato. Avaliar qualidade humanizada exige,

portanto, triangulação entre indicadores, análise qualitativa de processos, percepção de profissionais e experiência dos usuários.

A experiência do paciente possui valor particular porque revela danos que nem sempre são capturados pelos sistemas tradicionais: falhas de comunicação, perda de dignidade, orientações contraditórias, espera sem explicação, sensação de abandono e dificuldades durante transições podem não entrar nas classificações usuais de evento adverso, mas modificam confiança e capacidade de seguir o plano terapêutico. Isso não significa ampliar indefinidamente o conceito de incidente até que todo desconforto seja classificado como falha de segurança. Significa reconhecer que qualidade tem dimensões técnicas e relacionais, e que algumas ameaças à segurança começam justamente quando a pessoa deixa de compreender, perguntar ou acreditar que será ouvida.

5.3 Aprender com o dano: transparência, reparação e melhoria sem perda de confiança

Nenhum sistema de saúde consegue discutir segurança apenas a partir de incidentes evitados. Quando ocorre dano associado ao cuidado, a qualidade humanizada é testada de maneira particularmente dura. A resposta institucional pode reconhecer o sofrimento, preservar informação, investigar com rigor e produzir melhoria; ou pode acrescentar ao dano inicial silêncio, comunicação evasiva, abandono relacional e respostas defensivas. A forma como o serviço se comporta depois do incidente passa a integrar a própria experiência de segurança.

A abertura sobre eventos adversos tem sido defendida em diferentes sistemas como princípio de transparência e respeito. A revisão sistemática de Rathnayake et al. (2025), centrada nas experiências de pacientes e familiares, mostra que a divulgação aberta é um processo complexo e que sua avaliação ainda é heterogênea. Isso impede fórmulas simplistas. Uma conversa não se torna adequada apenas porque ocorreu rapidamente ou porque incluiu um pedido de desculpas. Pacientes e famílias precisam de informação honesta, linguagem compreensível, oportunidade para perguntas e continuidade de comunicação à medida que novos fatos são esclarecidos.

Transparência também exige cuidado com o que ainda não se sabe. Investigações de incidentes podem levar tempo, e uma resposta inicial não deve preencher lacunas com explicações especulativas apenas para parecer completa. É possível reconhecer o que aconteceu ao paciente, expressar pesar e compromisso com esclarecimento sem

antecipar causalidades que ainda estão em análise. Essa combinação entre honestidade e prudência protege tanto o direito à informação quanto a qualidade da investigação.

O Direito entra aqui de forma concreta, não decorativa. Informação, consentimento, acesso ao prontuário nos termos aplicáveis, respeito e possibilidade de participação não desaparecem quando ocorre um incidente; tornam-se ainda mais importantes. A resposta institucional precisa também observar deveres profissionais, proteção de dados, processos de investigação e formas adequadas de responsabilização. Humanização não significa informalizar um evento grave, assim como juridicizar a resposta não deveria reduzir a pessoa a potencial fonte de litígio. Quando o medo de responsabilização domina a comunicação, a instituição pode produzir opacidade justamente no momento em que confiança depende de clareza.

Aprender com o dano também exige olhar para a distância entre produzir recomendações e modificar o sistema. Planos de ação genéricos, sem responsáveis, prazos ou mecanismos de acompanhamento, preservam a aparência de resposta sem demonstrar transformação. Mudanças efetivas podem envolver redesign de processos, alteração de interfaces, revisão de dimensionamento, melhoria de comunicação, simplificação de fluxos, barreiras tecnológicas ou mudanças de governança. Nem toda ação precisa ser complexa, mas precisa estar ligada ao mecanismo que contribuiu para o risco.

Há uma dimensão educativa decisiva nesse processo. Incidentes podem gerar aprendizagem potente quando discutidos de forma protegida, interdisciplinar e orientada para melhoria. Podem também gerar aprendizagem defensiva quando a mensagem transmitida é apenas “não erre”. Uma cultura que deseja segurança precisa ensinar profissionais a reconhecer incerteza, pedir ajuda, interromper processos quando identificam risco e rever decisões sem interpretar mudança de conduta como fraqueza. Isso requer liderança que tolere perguntas e discordâncias técnicas, mas também estabeleça limites claros para comportamentos inseguros.

A humanização do cuidado alcança aqui a humanização do próprio trabalho. Profissionais exaustos, silenciados ou submetidos a ambientes de medo têm menor margem para perceber riscos, comunicar problemas e aprender coletivamente. Isso não permite concluir que bem-estar do trabalhador e segurança do paciente sejam sempre equivalentes ou que qualquer intervenção sobre equipe produza automaticamente melhores desfechos. A evidência sobre segurança psicológica permanece inconsistente em vários resultados objetivos (MONTGOMERY et al.,

2025). O que se pode sustentar é que condições organizacionais que impedem fala, aprendizagem e cooperação são incompatíveis com a ideia de um sistema que pretende detectar riscos antes que eles alcancem o paciente.

A qualidade assistencial, portanto, não pode ser medida apenas por quantos incidentes foram registrados ou quantos protocolos foram implantados. Uma organização segura precisa demonstrar capacidade de antecipar risco, reconhecer dano, escutar quem foi afetado, proteger a continuidade do cuidado, apoiar profissionais, diferenciar responsabilidades e transformar conhecimento em mudança. Esses movimentos aproximam segurança e humanização porque ambos dependem de uma mesma competência institucional: tratar pessoas como participantes de processos complexos, sem reduzir pacientes a indicadores nem trabalhadores a fontes individuais de falha.

No cotidiano da assistência, essa competência se torna visível em ações repetidas muitas vezes por dia: conferir uma identificação e perceber uma inconsistência; interromper uma medicação diante de dúvida; ouvir uma família que nota mudança no estado do paciente; admitir que uma orientação anterior precisa ser revista; registrar uma quase falha; pedir ajuda antes que a situação se deteriore; explicar um incidente sem esconder incerteza; voltar para verificar se a resposta adotada funcionou. Nenhuma dessas ações é espetacular. Juntas, porém, constroem a diferença entre uma organização que apenas declara compromisso com segurança e outra que incorpora segurança como modo de cuidar.

Esse encontro entre segurança e humanização também redefine o que significa alta qualidade. Não basta demonstrar que uma intervenção foi realizada conforme norma; é preciso saber se o cuidado necessário chegou à pessoa certa, no momento adequado, de modo compreensível e com continuidade suficiente para produzir benefício sem dano desnecessário. A excelência deixa de ser atributo de um procedimento isolado e passa a ser propriedade do percurso. Isso explica por que falhas aparentemente pequenas de informação, coordenação ou escuta podem adquirir grande relevância quando atravessam sucessivas etapas da assistência e se acumulam até produzir dano.

É também nesse nível cotidiano que a enfermagem ocupa posição singular. Sua presença contínua junto ao paciente, a administração de medicamentos, a vigilância clínica, o cuidado corporal, a educação, a comunicação com familiares e a articulação com outras profissões colocam-na em contato com grande parte das barreiras que

sustentam ou fragilizam a segurança. Quando essas práticas são centradas nas necessidades da pessoa, a segurança deixa de ser uma camada externa de controle e passa a habitar a própria relação assistencial, exatamente onde qualidade e humanização precisam se encontrar.

CAPÍTULO 6 — ENFERMAGEM E PRÁTICAS CENTRADAS NAS NECESSIDADES DO PACIENTE

A segurança e a qualidade assistencial discutidas no capítulo anterior tornam-se concretas, em grande medida, no terreno aparentemente ordinário do cuidado cotidiano. É nesse nível que a enfermagem ocupa uma posição singular. A proximidade temporal com a pessoa hospitalizada, a repetição das interações ao longo do dia e a responsabilidade por observar respostas, executar intervenções, reconhecer mudanças e sustentar necessidades fundamentais oferecem à enfermagem uma possibilidade privilegiada de perceber aquilo que dificilmente cabe em um diagnóstico isolado. Essa proximidade, entretanto, não produz cuidado centrado na pessoa por si só. Ela pode ampliar conhecimento sobre quem está sendo cuidado, mas também pode ser absorvida por rotinas fragmentadas, listas de tarefas, registros defensivos e prioridades organizacionais que tornam o paciente visível como conjunto de procedimentos e pouco visível como pessoa.

O problema não é a existência de tarefas. A assistência de enfermagem depende de atividades concretas que precisam ser realizadas com precisão, em tempo oportuno e de acordo com critérios técnicos. Administrar medicamentos, avaliar sinais, prevenir riscos, apoiar higiene, conforto, alimentação, eliminação, mobilidade e descanso não são ações secundárias. A tensão surge quando o cumprimento dessas atividades passa a organizar sozinho o encontro assistencial. Nessa lógica, o paciente pode receber tudo aquilo que estava prescrito e, ainda assim, permanecer sem oportunidade suficiente para expressar uma necessidade, compreender o que está acontecendo ou participar do modo como o cuidado será realizado.

A ideia de práticas centradas nas necessidades do paciente exige, portanto, mais do que personalizar preferências periféricas. Ela desloca o julgamento de enfermagem de uma pergunta restrita — "o que precisa ser feito?" — para uma formulação mais complexa: que necessidades estão presentes, quais são prioritárias neste momento, como se relacionam entre si, o que a pessoa consegue fazer, o que deseja preservar, que riscos precisam ser controlados e quais efeitos o próprio cuidado está produzindo. Essa mudança aproxima humanização e raciocínio clínico. Cuidar de maneira

centrada na pessoa não significa reduzir exigência técnica para tornar a assistência mais agradável; significa utilizar conhecimento técnico de forma suficientemente contextualizada para que a intervenção faça sentido naquele corpo, naquela trajetória e naquele momento.

O Fundamentals of Care Framework oferece uma contribuição importante para esse raciocínio ao tratar o cuidado fundamental como integração entre relação profissional-pessoa, necessidades físicas e psicossociais e contexto no qual o cuidado acontece. Kitson (2018) propõe que a qualidade não decorre de uma lista universal de necessidades atendidas, mas da capacidade de construir relação, integrar dimensões do cuidado e trabalhar em um ambiente capaz de sustentá-las. A relevância do modelo está justamente em retirar o "fundamental" do lugar de cuidado simples. Higiene, mobilidade, conforto, alimentação, comunicação, segurança emocional ou participação podem parecer elementares quando descritos separadamente; na prática, exigem avaliação, priorização, negociação e reavaliação.

Essa leitura conversa diretamente com a regulamentação brasileira contemporânea do Processo de Enfermagem. A Resolução Cofen nº 736/2024 determina sua realização de modo deliberado e sistemático em todo contexto em que ocorra cuidado de enfermagem e organiza o processo em avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução, explicitando que a avaliação reúne dados subjetivos e objetivos relevantes às necessidades de cuidado. A norma é importante porque situa o Processo de Enfermagem como método de julgamento clínico, e não como formulário autossuficiente. O risco de burocratização aparece justamente quando etapas formalmente registradas deixam de orientar a relação entre aquilo que foi percebido, a decisão tomada, a resposta observada e a revisão do plano.

6.1 Necessidades não são tarefas: cuidado fundamental, julgamento clínico e singularidade

Uma necessidade de cuidado não se confunde com a atividade utilizada para respondê-la. A mesma intervenção pode possuir significados clínicos distintos dependendo da condição da pessoa, e uma necessidade semelhante pode exigir respostas diferentes. Auxiliar alguém a se levantar pode representar prevenção de declínio funcional, teste de tolerância, recuperação de autonomia ou simplesmente respeito à preferência de não permanecer no leito. Em outra situação, insistir na mesma atividade pode ser inadequado porque dor, instabilidade, fadiga ou risco tornam o objetivo momentaneamente secundário. É essa capacidade de relacionar

intervenção, necessidade e contexto que diferencia execução de tarefa de cuidado clinicamente orientado.

A etnografia de van Belle et al. (2020), realizada em enfermarias hospitalares, ajuda a tornar esse contraste visível. Os autores observaram profissionais capazes de integrar elementos físicos, psicossociais e relacionais durante o cuidado, mas identificaram também predomínio de formas de trabalho orientadas por tarefas, com menor incorporação das experiências e necessidades dos pacientes ao planejamento. O estudo não autoriza generalizações sobre todos os hospitais nem demonstra causalidade entre organização do trabalho e resultados clínicos. Seu valor está em mostrar, por observação direta, que uma abordagem tecnicamente competente pode permanecer pouco centrada na pessoa quando o encontro é organizado apenas pela sequência de atividades a cumprir.

Esse achado também permite uma crítica ao uso indiscriminado da palavra "básico". Necessidades consideradas fundamentais tendem a perder prestígio quando comparadas a intervenções tecnológicas ou situações de maior complexidade aparente. Entretanto, comer, eliminar, dormir, comunicar-se, mover-se, manter higiene, preservar privacidade e sentir-se seguro não constituem uma camada inferior do cuidado. São condições que se relacionam com recuperação, dignidade, participação e capacidade de suportar o tratamento. O desafio científico está em não transformar essa afirmação em retórica: a literatura sobre cuidados fundamentais ainda apresenta heterogeneidade conceitual e lacunas de avaliação, razão pela qual sua importância não deve ser sustentada por promessas de efeitos universais, mas pela integração entre evidência disponível, plausibilidade clínica e necessidades expressas pela pessoa.

A revisão das experiências de pacientes hospitalizados conduzida por Havana et al. (2023) reforça essa dimensão ao identificar, entre temas recorrentes, presença profissional, envolvimento no cuidado, informação, relação com os profissionais e reconhecimento da pessoa como indivíduo. Por ser uma síntese de estudos qualitativos, a revisão não mede tamanho de efeito nem estabelece que determinada conduta reduza mortalidade, tempo de internação ou complicações. Ela oferece outro tipo de evidência: mostra o que pacientes reconhecem como componentes de uma assistência centrada neles. Isso importa porque qualidade do cuidado não pode ser definida exclusivamente a partir do que o sistema consegue medir com facilidade.

Reconhecer necessidades também exige considerar que elas competem entre si. Um paciente pode precisar descansar e, simultaneamente, ser mobilizado; necessitar

de alívio de dor e, ao mesmo tempo, de vigilância para sedação; desejar privacidade e depender de auxílio para atividades íntimas; querer participar de todas as decisões e, em determinado momento, estar exausto para fazê-lo. A centralidade na pessoa não elimina essas tensões. Ela oferece critérios para enfrentá-las sem converter uma única dimensão em prioridade automática.

Por isso, avaliação de enfermagem não deveria funcionar apenas como coleta inicial de informações. A Resolução Cofen nº 736/2024 descreve a avaliação como obtenção inicial e contínua de dados subjetivos e objetivos. Essa continuidade é clinicamente decisiva porque necessidades mudam com sintomas, resposta ao tratamento, ambiente, sono, medo, funcionalidade e compreensão. Um plano elaborado pela manhã pode tornar-se insuficiente à tarde; uma intervenção que inicialmente promoveu conforto pode precisar ser revista quando modifica risco ou capacidade funcional. O Processo de Enfermagem ganha significado quando sustenta essa circularidade entre perceber, interpretar, agir e reavaliar.

Também é necessário distinguir necessidade profissionalmente identificada de necessidade percebida pela pessoa. Elas podem coincidir, mas não necessariamente. A equipe pode considerar a mobilidade a prioridade principal enquanto o paciente está concentrado em controlar náusea, conseguir dormir ou receber informação sobre um exame. Tratar uma dessas perspectivas como a única legítima produz dois riscos opostos: paternalismo, quando o conhecimento profissional invalida a experiência da pessoa, e abandono técnico, quando preferências momentâneas são tratadas como suficientes para definir toda a conduta. O cuidado centrado exige colocar essas perspectivas em relação, explicitar razões, compreender receios e construir prioridades possíveis.

É nesse ponto que o julgamento de enfermagem assume caráter interpretativo. Dados objetivos não desaparecem, mas são articulados àquilo que a pessoa relata, demonstra e consegue realizar. Uma pressão arterial, uma escala de dor, uma saturação, uma pontuação de risco ou um balanço hídrico são informações valiosas porque informam decisões; tornam-se problemáticas quando substituem o fenômeno que deveriam ajudar a compreender. A pessoa pode apresentar número considerado aceitável e, ainda assim, estar funcionalmente pior, confusa, insegura ou incapaz de realizar uma atividade que antes executava. Da mesma forma, um valor alterado pode exigir interpretação dentro de uma trajetória e não uma resposta automática.

A documentação é parte desse processo, mas também pode deformá-lo. Registros estruturados oferecem padronização, rastreabilidade e comunicação, porém categorias rígidas podem favorecer a impressão de que aquilo que não possui campo próprio tem menor importância. Silva et al. (2025), em revisão de escopo brasileira sobre registros eletrônicos no Processo de Enfermagem hospitalar, identificam potencial para apoiar decisão, gestão de riscos e produção de dados, mas essa infraestrutura não elimina a necessidade de julgamento. A boa documentação não é aquela que acumula mais informação; é a que preserva elementos capazes de orientar continuidade: mudanças relevantes, necessidades reconhecidas, preferências, resposta às intervenções e razões que exigem reavaliação.

6.2 Participação, educação e autonomia no cuidado cotidiano

Grande parte da participação do paciente acontece fora das decisões terapêuticas de maior visibilidade. Ela aparece quando a pessoa escolhe como prefere realizar uma atividade, informa o que consegue fazer sozinha, sinaliza desconforto, recusa determinada ação, pede explicação, negocia horários ou demonstra que não compreendeu uma orientação. Esses episódios cotidianos são pequenos apenas do ponto de vista formal. Repetidos durante dias de internação, eles definem se o paciente ocupa posição de sujeito do cuidado ou de receptor passivo de uma rotina organizada por terceiros.

A revisão sistemática qualitativa de Santos et al. (2025) sobre experiências de envolvimento no cuidado de enfermagem hospitalar reforça que participação depende de relações, informação, oportunidade de expressão e reconhecimento das capacidades da pessoa. O valor dessa evidência está menos em oferecer uma receita de participação e mais em demonstrar sua natureza relacional. Não basta declarar que o paciente "pode participar" se o modo de organização do trabalho, a linguagem utilizada ou a pressa tornam essa participação impraticável.

Essa distinção é importante porque a dependência física pode ser confundida com incapacidade decisória. Uma pessoa pode precisar de auxílio para banho, alimentação ou mobilidade e permanecer plenamente capaz de expressar preferências, compreender alternativas e decidir sobre aspectos de seu cuidado. O inverso também é possível: alguém fisicamente independente pode apresentar comprometimentos cognitivos que exigem apoio adicional à decisão. A enfermagem, por acompanhar o paciente em diferentes momentos do dia, possui condições privilegiadas para perceber

essas variações, desde que não transforme dependência funcional em autorização para substituir a voz da pessoa.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem explicita essa responsabilidade. A Resolução Cofen nº 564/2017 determina respeito à autonomia da pessoa ou de seu representante legal na tomada de decisão livre e esclarecida, além de proteger pudor, privacidade e intimidade. Esses deveres possuem consequências práticas que ultrapassam procedimentos formalmente classificados como invasivos. Expor o corpo desnecessariamente, realizar um cuidado íntimo sem explicar o que será feito, conversar sobre informações sensíveis diante de terceiros ou ignorar uma recusa porque a atividade faz parte da rotina são situações em que a qualidade técnica não pode ser separada do direito.

Autonomia, contudo, não significa retirar ajuda. Em contextos de doença, dor, fadiga, medo ou limitações funcionais, participação frequentemente exige apoio. O profissional pode precisar dividir uma tarefa, oferecer tempo, adaptar linguagem, demonstrar um movimento, organizar o ambiente ou confirmar compreensão. Essa forma de apoio é diferente de fazer tudo pela pessoa. A superassistência pode ser confortável para a equipe e até percebida como gentileza, mas também pode reduzir oportunidades de autonomia, atividade e aprendizagem.

A dimensão educativa do cuidado de enfermagem aparece exatamente aí. Educação em saúde não deveria ser concentrada em uma conversa final antes da alta. Ela ocorre quando o paciente aprende a reconhecer uma mudança, utilizar um dispositivo, compreender o propósito de uma intervenção, observar a própria resposta ou distinguir aquilo que pode manejar sozinho daquilo que exige ajuda. Esse aprendizado precisa ser construído em situações concretas e repetido o suficiente para que a informação se transforme em capacidade de ação.

O ponto é particularmente importante porque transmitir conteúdo e produzir aprendizagem não são equivalentes. Uma orientação pode estar correta e ainda fracassar se for oferecida em momento de dor, sono, ansiedade ou sobrecarga informacional. Pode também ser pouco útil quando pressupõe leitura, memória, mobilidade, apoio familiar ou recursos que a pessoa não possui. A educação centrada nas necessidades começa por identificar o que precisa ser compreendido para que o paciente atravesse com segurança a situação real que enfrentará, e não por reproduzir um conjunto fixo de instruções.

Essa leitura também aproxima cuidado e formação profissional. Jangland et al. (2025), ao descreverem a utilização do Fundamentals of Care Framework em um programa de pós-graduação em enfermagem, mostram a possibilidade de estruturar atividades de aprendizagem que integrem dimensões técnicas e relacionais em diferentes especialidades. O estudo é descritivo e não demonstra, por si só, melhora de desfechos de pacientes. Ainda assim, ele aponta para uma questão pedagógica relevante: formar para cuidado centrado na pessoa exige ensinar estudantes e profissionais a relacionar conhecimentos, necessidades e contexto, e não apenas adicionar uma disciplina sobre humanização a currículos que continuam fragmentando raciocínio clínico e relação terapêutica.

A própria linguagem usada pela equipe pode revelar o modelo de cuidado que está sendo aprendido. Quando pacientes passam a ser identificados predominantemente pelo leito, diagnóstico ou procedimento, a simplificação pode parecer eficiente para comunicação interna, mas tende a empobrecer a representação da pessoa. Isso não significa proibir abreviações ou exigir narrativas extensas em toda interação. Significa reconhecer que categorias operacionais não devem substituir informações que mudam a decisão: o que a pessoa valoriza, que capacidade deseja preservar, qual barreira está impedindo participação ou que experiência anterior modifica sua relação com o cuidado.

A participação da família também precisa ser ajustada à vontade e às necessidades do paciente. Familiares podem ampliar segurança, memória, continuidade e apoio ao autocuidado; podem igualmente falar pela pessoa sem necessidade, aumentar dependência ou defender escolhas diferentes das que ela deseja. A enfermagem ocupa posição importante para perceber essas dinâmicas porque presencia interações cotidianas que raramente aparecem em uma consulta pontual. Humanizar, nesse cenário, não é escolher automaticamente “o lado da família” ou “o lado do paciente”, mas preservar centralidade da pessoa e reconhecer limites legais, clínicos e relacionais de cada situação.

O mesmo princípio vale para o consentimento cotidiano. Nem toda ação de enfermagem exige um termo formal, mas toda assistência ocorre sobre um corpo e uma vida que pertencem à pessoa. Explicar, pedir permissão quando cabível, observar desconforto, respeitar limites e oferecer alternativas possíveis são componentes da relação profissional. Essa microética do cuidado não compete com a eficiência; ela ajuda a evitar que a rotina normalize invasões que seriam facilmente percebidas se o paciente estivesse em outra posição de poder.

6.3 Trabalho de enfermagem, condições organizacionais e continuidade centrada na pessoa

Práticas centradas nas necessidades do paciente não dependem apenas da disposição individual de cada profissional. A enfermagem é realizada dentro de sistemas que distribuem tempo, pessoal, informação, responsabilidades e prioridades. Quando a organização do trabalho valoriza principalmente o que pode ser contado, registrado rapidamente ou concluído em sequência, dimensões relacionais e psicossociais tendem a competir em desvantagem. O risco é responsabilizar o enfermeiro por não "humanizar" suficientemente enquanto o próprio desenho do serviço favorece interrupções, fragmentação e trabalho orientado por tarefas.

A revisão de escopo de Lombardi Fortino et al. (2024) sobre estratégias de gestores para promover abordagem baseada nos Fundamentals of Care mostra justamente que liderança e organização participam da capacidade de sustentar cuidados fundamentais. A literatura disponível, entretanto, ainda é heterogênea e não permite identificar uma estratégia gerencial única capaz de resolver o problema. Esse limite é relevante: não existe intervenção simples que transforme uma unidade em centrada na pessoa por meio de treinamento isolado, cartaz institucional ou novo formulário.

Há uma tensão real entre padronização e individualização. A enfermagem precisa de protocolos, rotinas e linguagens compartilhadas para tornar o cuidado seguro e coordenado. Ao mesmo tempo, esses recursos só permanecem clinicamente válidos quando admitem adaptação ao estado e às necessidades da pessoa. A Resolução Cofen nº 736/2024 reconhece protocolos baseados em evidências e sistemas de linguagem padronizada como suportes possíveis ao Processo de Enfermagem, mas mantém avaliação, julgamento, planejamento e evolução como partes interdependentes. O protocolo apoia o raciocínio; não o substitui.

Essa distinção protege também o profissional. Quando uma necessidade não é atendida por falta de recursos, carga incompatível ou organização inadequada, reduzir o problema a uma falha moral individual impede melhoria. Isso não elimina responsabilidade de quem presta assistência, sobretudo quando riscos são conhecidos e alternativas são possíveis. Significa apenas que a avaliação de qualidade deve incluir condições de produção do cuidado. Humanização baseada exclusivamente em atributos pessoais costuma ser injusta com profissionais e frágil para pacientes, porque não altera os mecanismos que produzem repetidamente a mesma dificuldade.

A literatura brasileira sobre cuidado centrado no paciente também aponta para essa dimensão organizacional. A revisão sistemática de Ferla et al. (2022) encontrou associação entre satisfação profissional e fatores relacionais, qualidade do cuidado e organização do trabalho nos estudos incluídos com enfermeiros, mas os próprios autores ressaltam necessidade de evidência mais robusta. O achado é útil sem ser superinterpretado: prestar cuidado coerente com valores profissionais pode contribuir para sentido e satisfação no trabalho, porém centralidade na pessoa não deve ser vendida como estratégia de bem-estar ocupacional capaz de compensar sobrecarga, vínculos precários ou recursos insuficientes.

A continuidade é outro teste importante. Um plano centrado no paciente não pode existir apenas na memória do profissional que o construiu. Necessidades, respostas, capacidades e preferências relevantes precisam atravessar turnos e mudanças de equipe. Isso não exige registrar cada detalhe da interação; exige selecionar aquilo que modifica a assistência. Se um paciente consegue realizar parte do autocuidado, teme determinada posição por experiência anterior, compreende melhor por demonstração ou precisa de intervalo antes de mobilização, essas informações podem ser clinicamente tão importantes quanto diversos dados rotineiramente registrados.

O desafio é evitar que continuidade se torne mera repetição. Reproduzir a mesma prescrição durante dias sem reexaminar a resposta produz uma forma silenciosa de fragmentação temporal: cada turno executa corretamente um plano que já não corresponde ao estado atual. A evolução de enfermagem tem valor justamente quando verifica mudança. Perguntar o que melhorou, piorou, deixou de ser necessário ou passou a ser prioritário preserva a lógica cíclica do Processo de Enfermagem.

Também é preciso considerar o paciente como fonte de continuidade. Ele frequentemente percebe diferenças entre turnos, lembra respostas anteriores, identifica estratégias que funcionaram e reconhece contradições. Incluir essa informação não significa transferir ao paciente a função de coordenar a equipe. Significa aproveitar conhecimento que só ele possui sobre a própria experiência. A revisão de Havana et al. (2023) mostra que ser informado, envolvido e reconhecido como pessoa permanece central na experiência hospitalar de cuidado centrado; a revisão de Santos et al. (2025) reforça a importância de criar condições concretas para envolvimento no cuidado de enfermagem.

A educação permanente da equipe pode apoiar esse movimento quando parte dos problemas reais encontrados no serviço. Se profissionais percebem que determinados

cuidados se tornam excessivamente orientados por tarefas, a resposta educativa mais útil pode não ser uma palestra sobre empatia, mas análise do fluxo, observação da prática, discussão de casos, revisão do registro, simulação de situações e reconstrução coletiva de prioridades. A aprendizagem torna-se mais potente quando ajuda a equipe a enxergar como decisões organizacionais e hábitos profissionais modificam o cuidado.

Esse ponto também impede uma falsa oposição entre competência técnica e presença relacional. A enfermagem centrada nas necessidades do paciente não exige que cada interação seja longa nem emocionalmente intensa. Às vezes, cuidado excelente é breve, preciso e quase silencioso. O que caracteriza centralidade não é quantidade de conversa, mas capacidade de reconhecer a pessoa, obter informação pertinente, ajustar a ação e preservar participação na medida possível. Em situações agudas, isso pode significar explicar uma prioridade em poucos segundos; em momentos de estabilidade, pode exigir tempo maior para compreender uma barreira ou ensinar uma habilidade.

O nível de excelência da prática aparece justamente nessa capacidade de mudar de registro sem perder coerência. A mesma equipe precisa saber agir com rapidez diante de risco, desacelerar quando a compreensão é necessária, proteger privacidade, sustentar autonomia e reconhecer quando um cuidado tecnicamente indicado está produzindo efeitos que exigem revisão. Nenhuma dessas dimensões é externa à enfermagem. Elas integram seu objeto porque necessidades humanas não chegam ao serviço separadas em categorias físicas, emocionais, funcionais ou sociais.

Por isso, a centralidade nas necessidades do paciente não pode ser confundida com permissividade, personalização estética ou satisfação imediata. Há situações em que o cuidado adequado contraria uma preferência, exige limite, provoca desconforto temporário ou prioriza segurança. A diferença está em como essa decisão é construída, explicada, executada e reavaliada. O paciente pode não escolher todas as condições do tratamento, mas não deve ser reduzido à condição de corpo sobre o qual decisões são aplicadas.

Quando essa lógica se consolida, o cuidado cotidiano deixa de ser uma sequência de tarefas invisíveis e passa a funcionar como infraestrutura de autonomia. Ajudar sem substituir desnecessariamente, observar sem vigiar de modo invasivo, ensinar sem infantilizar, proteger sem aprisionar e registrar sem reduzir a pessoa ao formulário são movimentos que transformam atividades comuns em prática profissional sofisticada.

É também nesse ponto que as necessidades de enfermagem encontram a funcionalidade: preservar capacidade de sentar, levantar, caminhar, respirar com menor esforço e participar do autocuidado exige diálogo constante com outras áreas, especialmente quando recuperar função passa a ser parte central do projeto terapêutico.

CAPÍTULO 7 — FISIOTERAPIA, FUNCIONALIDADE E CUIDADO HUMANIZADO NA REABILITAÇÃO

Ao longo deste livro, a humanização vem sendo tratada menos como atributo de cordialidade e mais como qualidade da própria organização do cuidado. Quando esse argumento chega à fisioterapia e à reabilitação, ele encontra um terreno particularmente fértil, porque poucos campos tornam tão evidente a diferença entre tratar uma alteração corporal e devolver possibilidades de vida. Ganhar alguns graus de amplitude articular, aumentar força, reduzir dor ou percorrer uma distância maior podem representar resultados clinicamente importantes; porém, isoladamente, esses indicadores não respondem à pergunta decisiva: o que essa mudança permite que a pessoa volte a fazer, escolha fazer ou deixe de evitar em sua vida cotidiana? A fisioterapia humanizada começa justamente quando o desempenho mensurável é interpretado à luz daquilo que possui significado para quem está em reabilitação.

Essa mudança de foco não reduz o rigor técnico. Pelo contrário, exige avaliação mais sofisticada. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde deslocou a compreensão da funcionalidade para uma interação entre funções e estruturas corporais, atividades, participação e fatores ambientais, recusando a ideia de que o diagnóstico, por si só, explique como alguém vive determinada condição (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001). A definição contemporânea de reabilitação adotada pela Organização Mundial da Saúde segue a mesma lógica ao descrevê-la como um conjunto de intervenções voltadas a otimizar o funcionamento e reduzir a incapacidade na interação entre condições de saúde e ambiente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2024b). Isso significa que dois pacientes com lesões semelhantes podem necessitar de planos diferentes porque têm trabalhos, casas, responsabilidades, redes de apoio, medos, expectativas e barreiras distintas.

Há, portanto, uma tensão constitutiva na prática fisioterapêutica: ela precisa operar sobre o corpo sem reduzir a pessoa ao corpo. A fisioterapia depende de conhecimento sobre biomecânica, controle motor, fisiologia, dor, exercício terapêutico, função cardiorrespiratória e adaptação tecidual. Mas a seleção e a

dosagem dessas intervenções não acontecem em um vazio social. A pessoa pode não conseguir cumprir o plano porque não possui transporte, espaço doméstico, tempo, equipamento, suporte familiar ou segurança para executá-lo. Pode entender perfeitamente uma orientação e ainda considerá-la incompatível com aquilo que deseja recuperar. Pode apresentar melhora objetiva e continuar sem conseguir voltar ao trabalho, estudar, cuidar dos filhos, participar de uma atividade religiosa ou simplesmente atravessar a própria casa com segurança. Quando essas dimensões são tratadas como externas à fisioterapia, o cuidado corre o risco de produzir eficiência terapêutica sem relevância vivida.

A revisão sistemática de Yun e Choi (2019) ajuda a dimensionar essa dificuldade. Ao examinar intervenções de reabilitação centradas na pessoa, os autores encontraram grande heterogeneidade conceitual e metodológica; muitos programas enfatizavam estabelecimento de metas e decisão compartilhada, mas nem sempre incorporavam de maneira consistente uma abordagem verdadeiramente holística. Os resultados foram mais promissores para alguns desfechos, como desempenho ocupacional e satisfação com a reabilitação, enquanto os efeitos sobre outras dimensões permaneceram inconclusivos. O achado é importante justamente porque impede uma conclusão confortável: chamar uma intervenção de centrada na pessoa não garante que ela realmente o seja nem que produza automaticamente melhores resultados.

Na fisioterapia musculoesquelética, Naylor, Killingback e Green (2023) encontraram, em síntese de estudos qualitativos, quatro elementos recorrentes nas experiências de pacientes e fisioterapeutas: reconhecer cada pessoa como singular, comunicar-se de modo capaz de construir aliança terapêutica, reunir atributos profissionais compatíveis com essa relação e apoiar o empoderamento do paciente. A contribuição desse conjunto de evidências está menos em fornecer um protocolo e mais em demonstrar que o cuidado centrado na pessoa modifica a própria consulta. A avaliação deixa de procurar somente sinais e déficits e passa a investigar narrativas, prioridades, receios e tarefas significativas. O desafio é fazer isso sem abandonar a responsabilidade profissional de testar hipóteses, identificar riscos e indicar limites quando necessário.

É nesse ponto que a humanização da fisioterapia se distancia tanto do paternalismo quanto de uma versão superficial de autonomia. Um profissional paternalista define sozinho o que é melhor e mede sucesso pela adesão do paciente à decisão já tomada. No extremo oposto, uma leitura simplificada de autonomia pode transformar qualquer preferência em plano terapêutico, mesmo quando ela contraria

evidências ou expõe a pessoa a risco. O cuidado humanizado exige negociação: tornar conhecimento técnico compreensível, explicitar incertezas e alternativas, conhecer o que a pessoa valoriza e construir um curso de ação que seja simultaneamente clinicamente defensável e realizável em sua vida.

7.1 Funcionalidade como desfecho vivido: do déficit corporal à participação

Avaliar funcionalidade exige reconhecer que capacidade e participação não são sinônimos. Uma pessoa pode demonstrar, em ambiente controlado, força suficiente para determinada tarefa e ainda não executá-la em casa por medo de cair, ausência de corrimão, fadiga, dor, barreiras arquitetônicas ou dependência de um cuidador. Também pode realizar um teste de marcha em distância curta e permanecer incapaz de chegar ao transporte público ou caminhar pelo espaço necessário no trabalho. A linguagem da funcionalidade permite tornar visível essa distância entre aquilo que o corpo consegue produzir em determinadas condições e aquilo que a pessoa efetivamente consegue fazer nos contextos em que vive.

Essa distinção modifica o significado dos desfechos fisioterapêuticos. Escalas, dinamometria, testes de equilíbrio, medidas de amplitude, velocidade da marcha ou tolerância ao esforço são importantes porque oferecem informação comparável e ajudam a acompanhar mudança. O problema surge quando a medida deixa de ser uma representação parcial e passa a funcionar como substituto da própria recuperação. Uma diferença estatística pode ser pequena demais para alterar uma atividade relevante; inversamente, uma mudança modesta em um teste pode ter enorme valor quando permite que alguém se levante sem ajuda, tome banho com privacidade ou retorne a uma tarefa que organiza sua identidade cotidiana.

Essa leitura também permite compreender por que a definição de metas não deveria começar pelo recurso terapêutico. Metas como “aumentar força de quadríceps”, “melhorar amplitude de flexão” ou “treinar equilíbrio” descrevem alvos profissionais, mas não necessariamente aquilo que dá sentido à reabilitação para o paciente. A pergunta clinicamente mais rica é para que essa capacidade será necessária. Subir os degraus da própria casa, voltar a dirigir, alcançar uma prateleira, segurar um neto, cozinhar em pé ou atravessar uma rua dentro do tempo semafórico transformam funções corporais em objetivos funcionais concretos. A intervenção pode continuar utilizando fortalecimento, mobilização ou treino específico; o que muda é a relação entre técnica e finalidade.

A revisão de Rose, Rosewilliam e Soundy (2017) mostrou que, embora a decisão compartilhada seja valorizada no estabelecimento de metas de reabilitação, os níveis de participação dos pacientes variavam consideravelmente e poucas equipes adotavam práticas plenamente centradas na pessoa. Barreiras incluíam diferenças na expectativa de participação e formas tradicionais de organizar o cuidado. Isso importa porque a presença de uma meta escrita no prontuário não prova que ela tenha sido compartilhada. Uma meta pode ter sido formulada pela equipe e apenas comunicada ao paciente; pode expressar linguagem técnica incompreensível; ou pode refletir aquilo que o profissional acredita ser importante, sem dialogar com o que a pessoa pretende recuperar.

Também é necessário lidar com metas potencialmente irrealistas sem reduzir a esperança do paciente a desconhecimento. Alguém pode desejar voltar a caminhar sem auxílio quando o prognóstico torna essa possibilidade improvável; outra pessoa pode considerar satisfatório utilizar um dispositivo que a equipe ainda pretende retirar. O trabalho profissional consiste em diferenciar desejo, possibilidade e estratégia. Informar limites não significa destruir esperança, assim como apoiar esperança não exige prometer resultado. Metas podem ser reorganizadas em horizontes intermediários, compensações podem coexistir com tentativas de recuperação e a própria compreensão do que constitui independência pode mudar ao longo do processo.

Essa perspectiva é particularmente importante no cuidado de pessoas com deficiência. A Lei Brasileira de Inclusão estabelece a habilitação e a reabilitação como direito e vincula esse processo ao desenvolvimento de potencialidades, autonomia e participação social em igualdade de oportunidades (BRASIL, 2015). O texto legal também prevê avaliação multidisciplinar das necessidades e potencialidades, articulação de políticas e serviços e acessibilidade nos programas de reabilitação. Isso impede que o direito à reabilitação seja reduzido à oferta de sessões. A qualidade precisa ser julgada também pela capacidade de diminuir barreiras e ampliar participação.

No Sistema Único de Saúde, essa orientação foi atualizada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência e pela Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. A Portaria GM/MS nº 1.526/2023 reforça cuidado integral, habilitação e reabilitação, autonomia, independência, inclusão social, organização em rede e atuação interprofissional (BRASIL, 2023). A política também reconhece a necessidade de articulação entre pontos de atenção, o que é decisivo porque

funcionalidade não se recupera em episódios isolados. Uma pessoa pode iniciar reabilitação no hospital, continuar em serviço especializado, precisar de acompanhamento na atenção primária e depender de ações de educação, assistência social, trabalho ou transporte para que o ganho terapêutico se traduza em participação.

A dimensão ambiental, portanto, não pode permanecer como nota de rodapé na avaliação fisioterapêutica. Se o paciente precisa subir escadas para entrar em casa, o treinamento deve considerar essa exigência. Se utiliza cadeira de rodas e não consegue acessar o banheiro, a dificuldade funcional não está explicada apenas por força ou controle de tronco. Se vive em área rural distante de serviços, o plano precisa considerar continuidade e deslocamento. Se a pessoa depende de alguém que não consegue prestar assistência física segura, treinar o cuidador pode ser tão relevante quanto aperfeiçoar uma transferência durante a sessão.

Há ainda uma questão de linguagem. Termos como "independente", "dependente", "aderente" ou "não colaborativo" podem condensar realidades muito diferentes e, quando usados sem contexto, transformar julgamento clínico em rótulo. Uma pessoa pode ser dependente para transferências e plenamente autônoma para decidir como quer que elas sejam realizadas. Pode faltar a sessões não por desinteresse, mas por transporte indisponível ou precariedade laboral. Pode interromper um exercício porque ele ameaça uma experiência anterior de dor e não porque rejeita o tratamento. Humanizar a avaliação significa preservar precisão sem apagar as circunstâncias que dão significado ao comportamento observado.

Essa mudança de perspectiva não elimina o corpo; devolve-lhe contexto. A fisioterapia continua avaliando movimento, força, resistência, equilíbrio, dor e respiração, mas deixa de tratá-los como fins autossuficientes. A excelência clínica passa a depender de conectar o que é mensurável ao que é vivido, de modo que a melhora fisiológica seja interpretada pela capacidade de produzir escolhas e participação reais.

7.2 Relação terapêutica, metas compartilhadas e educação para autonomia

A fisioterapia é uma prática de repetição, ajuste e feedback. Em muitos processos de reabilitação, profissional e paciente se encontram sucessivamente, observam respostas, testam movimentos, recalibram metas e constroem tolerância ao esforço ou confiança em determinada tarefa. Por isso, a relação terapêutica não é apenas o ambiente emocional no qual a técnica acontece; ela influencia a quantidade e a

qualidade da informação disponível para decidir. Um paciente que teme ser julgado pode omitir que não realizou o exercício. Outro pode continuar uma atividade dolorosa por acreditar que admitir dificuldade decepcionará o profissional. Uma relação que favorece relato honesto melhora a capacidade de distinguir intolerância, barreira, medo, preferência e progressão adequada.

A revisão sistemática de Rodríguez-Nogueira et al. (2025) encontrou associação entre características relacionais da fisioterapia - comunicação, confiança, decisão compartilhada, motivação e individualização - e diferentes desfechos, incluindo função, dor, adesão e autoeficácia. O conjunto de apenas treze estudos e a diversidade de condições, intervenções e desfechos, entretanto, recomendam cautela. A relação terapêutica não pode ser tratada como variável de efeito universal nem como substituto de intervenção tecnicamente adequada. Uma revisão anterior, conduzida por Manzoni et al. (2018) especificamente sobre aliança terapêutica e alívio da dor musculoesquelética, já apontava número pequeno de estudos e ausência de evidência forte para uma relação robusta com redução de dor.

A literatura mais recente refina esse debate. Puustinen, Kvist e Stolt (2026), em revisão integrativa de estudos sobre relação terapêutica na fisioterapia musculoesquelética, identificaram dois núcleos recorrentes: parceria terapêutica e fisioterapia colaborativa centrada na pessoa. Entre os componentes apareceram comunicação, abordagem individualizada, coerência e credibilidade profissional, colaboração e apoio à agência do paciente. O trabalho também mostra uma limitação relevante: os instrumentos disponíveis capturam apenas parcialmente essas dimensões. A consequência prática é importante. Relação terapêutica não deve virar mais uma pontuação burocrática; seu valor está naquilo que permite conhecer, negociar e aprender ao longo do tratamento.

A educação em fisioterapia participa diretamente dessa relação. Ensinar um exercício não equivale a educar para a reabilitação. A execução mecânica pode ser reproduzida sem que o paciente compreenda por que aquela atividade foi indicada, quais respostas são esperadas, como adaptá-la, que sinais exigem interrupção ou quando uma progressão se torna possível. Quando o plano depende exclusivamente da presença do profissional, qualquer intervalo entre sessões se converte em descontinuidade. A educação ganha função clínica quando amplia a capacidade da pessoa de interpretar o próprio corpo e tomar decisões seguras fora do consultório.

Essa aprendizagem precisa evitar dois extremos. De um lado, instruções excessivamente fechadas podem tornar o paciente dependente de autorização profissional para qualquer ajuste. De outro, delegar autocuidado sem verificar compreensão e capacidade transfere para a pessoa uma responsabilidade que o serviço não preparou para assumir. O equilíbrio está em ensinar critérios, não apenas comandos. Em vez de "faça três séries porque foi prescrito", explicar o objetivo, a percepção de esforço esperada, a diferença entre desconforto tolerável e sinal de alerta e a lógica de progressão ajuda a construir autonomia graduada.

O Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia oferece base normativa coerente com esse entendimento. A Resolução COFFITO nº 424/2013 estabelece deveres relacionados ao respeito à dignidade, intimidade e autonomia, à informação sobre diagnóstico e prognóstico fisioterapêuticos, objetivos, condutas e procedimentos e à continuidade da assistência (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 2013). Essas obrigações não constituem camada jurídica externa à técnica. Elas influenciam a própria qualidade da decisão fisioterapêutica, porque um plano ao qual a pessoa não consegue atribuir sentido tende a ser menos sustentável e mais difícil de ajustar de forma compartilhada.

A comunicação também precisa acompanhar diferenças de letramento, linguagem, cognição, audição e outras condições que modificam a compreensão. Explicações excessivamente técnicas podem parecer precisas e ainda assim produzir pouca informação utilizável. Demonstrar, pedir que a pessoa execute, solicitar que explique com suas palavras, utilizar recursos visuais ou adaptar a orientação ao cotidiano são estratégias educativas que transformam informação em competência prática. Em uma reabilitação prolongada, a pessoa não precisa apenas lembrar o que fazer; precisa aprender a reconhecer quando e como fazer.

A noção de empoderamento, frequente na literatura sobre cuidado centrado na pessoa, exige igualmente cuidado. Apoiar agência não significa transformar sucesso ou fracasso em mérito individual. A recuperação depende de gravidade clínica, prognóstico, acesso, recursos, ambiente, apoio e oportunidades de prática. Uma linguagem que atribui tudo à motivação pode converter limitações estruturais em falhas morais. O paciente que não progride não é necessariamente pouco empenhado; da mesma forma, entusiasmo não é garantia de resultado biológico. Humanizar a fisioterapia significa reconhecer o valor da participação sem transformar o sujeito em único responsável pelo desfecho.

Também é preciso reconhecer que a preferência do paciente pode mudar. Uma meta considerada essencial nas primeiras semanas pode perder importância; uma estratégia rejeitada inicialmente pode tornar-se aceitável quando a pessoa compreende melhor sua condição; a tolerância ao risco pode se modificar depois de uma queda, de uma recaída ou de uma experiência bem-sucedida. A reavaliação, portanto, não deveria medir somente alteração corporal. Ela precisa perguntar se o objetivo continua relevante, se a forma de alcançá-lo continua viável e se novas informações mudaram a decisão.

Essa capacidade de renegociar é uma das fronteiras entre cuidado centrado na pessoa e personalização superficial. Permitir escolher horário, música ou equipamento pode melhorar experiência, mas não substitui participação substantiva. A pessoa participa de fato quando consegue compreender o problema, expressar o que valoriza, discutir alternativas e influenciar objetivos e estratégias. A técnica continua pertencendo à competência profissional; o sentido e a aceitabilidade do plano precisam ser construídos com quem viverá suas consequências.

Por isso, a relação terapêutica não é oposta à objetividade. Ela amplia a qualidade dos dados ao trazer informações que testes isolados não revelam: o que a pessoa teme, onde falha, qual tarefa evita, que consequência considera mais importante, o que consegue realizar entre sessões e quais obstáculos permanecem invisíveis no ambiente clínico. Uma fisioterapia humanizada não substitui medida por conversa; usa a conversa para compreender melhor o que a medida significa.

7.3 Reabilitação além da sessão: acesso, continuidade e direito à participação

A centralidade da pessoa encontra seu limite mais evidente quando o plano é tecnicamente bom, porém impossível de sustentar fora do serviço. A reabilitação depende de repetição e continuidade, mas o acesso a essa continuidade é distribuído de forma desigual. Distância, custo de transporte, renda, jornada de trabalho, responsabilidades de cuidado, disponibilidade de profissionais, filas, barreiras físicas e digitais e necessidade de acompanhante modificam a quantidade de reabilitação que uma pessoa consegue efetivamente receber. Essas condições não são ruído administrativo. Elas interferem no desfecho clínico porque determinam exposição à intervenção, possibilidade de prática e tempo até reavaliação.

A Organização Mundial da Saúde vem insistindo que reabilitação é serviço essencial e deve integrar os sistemas de saúde em todos os níveis, e não permanecer

restrita a serviços especializados ou disponibilizada apenas depois que a incapacidade se torna grave (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2024b). A iniciativa Rehabilitation 2030 ampliou essa agenda ao tratar reabilitação como componente da cobertura universal e ao defender integração, força de trabalho multiprofissional, financiamento, informação sobre funcionalidade e modelos de serviço capazes de alcançar populações diversas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2026). O argumento é coerente com uma leitura humanizada: acesso tardio ou episódico pode converter uma possibilidade de recuperação em incapacidade prolongada evitável.

No Brasil, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência reforça que o Projeto Terapêutico Singular deve envolver equipe multiprofissional, usuário, familiares e acompanhantes e articular diferentes pontos da rede quando necessário (BRASIL, 2023). Esse desenho é relevante porque nenhum profissional controla sozinho todas as condições que determinam funcionalidade. Uma pessoa pode precisar de fisioterapia, tecnologia assistiva, avaliação médica, enfermagem, terapia ocupacional, fonoaudiologia, assistência social, adaptação escolar ou laboral e suporte de transporte. A integração não diminui a especificidade da fisioterapia; permite que seus ganhos sejam utilizados onde a vida acontece.

É também nesse ponto que saúde, educação e Direito se encontram de forma mais concreta. A pessoa precisa aprender estratégias para manejar sua condição, mas esse aprendizado precisa ser possível em linguagem e condições acessíveis. Ela possui direito à informação e, quando pessoa com deficiência, a legislação brasileira assegura participação, acessibilidade e reabilitação orientada à autonomia (BRASIL, 2015). E a equipe precisa transformar essas garantias em práticas: adaptar comunicação, considerar barreiras ambientais, orientar família sem substituir a voz do usuário e documentar objetivos que façam sentido entre os diferentes profissionais e serviços.

A alta fisioterapêutica é um momento crítico dessa continuidade. Encerrar sessões não deveria significar simplesmente que determinado número de atendimentos foi cumprido ou que um protocolo chegou ao fim. Uma alta clinicamente responsável pergunta quais capacidades foram alcançadas, o que permanece limitado, que estratégias o paciente domina, quais sinais exigem nova avaliação e onde o cuidado continuará. Em condições crônicas, alta pode significar mudança de intensidade e maior autogerenciamento, não desaparecimento permanente da necessidade de acompanhamento.

Do mesmo modo, manutenção não deve ser tratada automaticamente como ausência de resultado. Em condições progressivas ou com potencial limitado de recuperação, impedir deterioração, reduzir dor, preservar transferência, manter ventilação, conservar tolerância ao esforço ou facilitar o cuidado pode representar um objetivo terapêutico substantivo. Uma cultura excessivamente orientada à melhora pode desvalorizar aquilo que não aparece como ganho. A humanização exige que o significado clínico seja interpretado conforme prognóstico, trajetória e prioridades da pessoa.

A discussão contemporânea sobre funcionamento amplia esse argumento. Documento recente da Organização Mundial da Saúde propõe que funcionamento seja reconhecido, ao lado de mortalidade e morbidade, como dimensão central da saúde populacional, justamente porque sobreviver e ter doença controlada não descrevem integralmente a capacidade de viver e participar (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2026). Essa formulação ajuda a situar a fisioterapia dentro de uma agenda que não é periférica: recuperar ou preservar funcionamento é parte do resultado em saúde, e não um benefício secundário posterior à cura.

Isso também muda a forma de pensar eficiência. Um serviço pode realizar grande número de sessões e ainda produzir pouco valor se não consegue alcançar pessoas no momento adequado, se repete intervenções sem revisar objetivos ou se mede produtividade apenas por procedimentos. Inversamente, uma orientação bem construída, uma adaptação ambiental, um dispositivo corretamente escolhido ou uma articulação com outro ponto da rede pode produzir impacto funcional maior do que acrescentar sessões iguais. A pergunta deixa de ser apenas quanto foi feito e passa a incluir o que mudou na capacidade da pessoa de agir em seu mundo.

A fisioterapia humanizada, portanto, não se define por abandonar instrumentos, protocolos ou especialização. Define-se pela capacidade de subordinar esses recursos à finalidade do cuidado. A precisão técnica continua indispensável, mas o êxito não pode ser inferido apenas da correção do procedimento. Ele precisa aparecer na coerência entre intervenção, funcionalidade, metas significativas, ambiente, compreensão, direitos e continuidade.

Quando essa coerência existe, o movimento deixa de ser apenas objeto biomecânico e torna-se possibilidade de presença social. Levantar-se pode significar recuperar privacidade; caminhar pode significar voltar a trabalhar; respirar com menor esforço pode permitir brincar com um filho; aprender a manejar um dispositivo pode

reduzir dependência; aceitar uma estratégia compensatória pode ampliar participação sem representar abandono da recuperação. É essa transformação que torna a fisioterapia inseparável da humanização: o corpo é tratado com rigor, mas o resultado é julgado pela vida que ele volta a permitir.

CAPÍTULO 8 — CUIDADOS MÉDICOS E TOMADA DE DECISÃO COMPARTILHADA

A reabilitação centrada na funcionalidade, discutida anteriormente, torna visível um problema que atravessa todo o cuidado médico: a qualidade de uma decisão não pode ser medida apenas pela correção técnica de um procedimento, pela aderência a uma diretriz ou pela probabilidade abstrata de um desfecho. Em medicina, decisões diagnósticas e terapêuticas são tomadas para pessoas concretas, em condições de incerteza, com diferentes capacidades de suportar riscos, encargos e perdas. A autoridade clínica continua necessária, porque interpretar sinais, estimar probabilidades, reconhecer gravidade e distinguir alternativas plausíveis exige formação especializada. O problema começa quando essa autoridade é confundida com autorização para substituir a pessoa naquilo que apenas ela pode valorar: o significado de um benefício, o peso de um efeito adverso, a aceitabilidade de uma limitação, a disposição para conviver com incerteza ou a prioridade atribuída a determinada dimensão da vida.

A tomada de decisão compartilhada costuma ser apresentada como resposta a esse problema, mas o conceito perde força quando reduzido a uma técnica comunicacional ou a uma lista de opções. Compartilhar uma decisão não significa distribuir igualmente conhecimento que não é igual, nem fingir que todas as alternativas possuem o mesmo valor clínico. Também não significa abandonar a pessoa diante de um cardápio terapêutico e concluir que "a escolha é dela". O que se compartilha é um processo de deliberação no qual a evidência disponível, a experiência profissional, a incerteza e os valores da pessoa precisam ser tornados suficientemente explícitos para sustentar uma conduta que seja ao mesmo tempo tecnicamente defensável e biograficamente possível. Nesse sentido, a tomada de decisão compartilhada não diminui a responsabilidade médica; torna mais exigente a justificativa de como ela é exercida (ELWYN et al., 2017; MONTORI et al., 2017).

Essa distinção é importante porque nem toda decisão clínica é igualmente sensível a preferências. Há situações em que uma conduta apresenta benefício claramente superior e risco proporcionalmente menor; outras envolvem alternativas com balanços próximos, resultados incertos ou consequências que pessoas diferentes valorizam de maneira distinta. Há ainda urgências nas quais o tempo deliberativo se

comprime e decisões precisam ser tomadas antes que seja possível construir uma conversa extensa. Mesmo nesses cenários, participação não é um princípio binário que desaparece quando a complexidade aumenta. Ela pode assumir formas graduais: esclarecer o que já se sabe, dizer o que ainda não se sabe, identificar uma preferência previamente expressa, incluir um representante legítimo, explicar por que determinada intervenção é necessária naquele momento e revisar a decisão quando o contexto se modifica. A revisão de Ubbink et al. (2024), realizada em serviços de emergência, ilustra justamente que barreiras temporais e organizacionais limitam a tomada de decisão compartilhada, mas não tornam a participação conceitualmente irrelevante.

A evidência mais recente também recomenda evitar promessas excessivas. Uma revisão guarda-chuva publicada por Bruch et al. (2024), reunindo 48 revisões sobre intervenções de tomada de decisão compartilhada, encontrou resultados geralmente neutros a favoráveis em diferentes dimensões, porém com incerteza elevada e qualidade variável das revisões incluídas. O conjunto não sustenta a afirmação de que compartilhar decisões produz, por si só, melhores desfechos clínicos em qualquer população, nem autoriza tratar o método como solução universal para custos, qualidade ou satisfação. Seu valor é mais preciso: melhorar a qualidade da decisão, tornar preferências e incertezas visíveis, ampliar a participação e reduzir a distância entre o que é clinicamente possível e o que é aceitável para a pessoa. Essa moderação é fundamental para um livro sobre humanização, porque uma prática não se torna humanizada apenas por adotar a linguagem da participação.

8.1 Julgamento clínico sem tutela: evidência, incerteza e autoridade médica

A medicina moderna se construiu sobre a capacidade de reduzir incertezas por meio de história clínica, exame, testes diagnósticos, prognósticos e comparação de intervenções. Ainda assim, incerteza não é uma falha residual que desaparecerá quando houver informação suficiente. Ela está presente na validade externa de estudos, na heterogeneidade de respostas individuais, nos limites dos testes, na evolução temporal das doenças, na multiplicidade de diagnósticos possíveis e na própria dificuldade de prever como uma pessoa viverá um resultado futuro. Patel et al. (2024) ressaltam que reconhecer, admitir e manejar incerteza é parte do trabalho clínico, e não confissão de incompetência. Quando o profissional tenta esconder aquilo que não sabe, pode produzir falsa precisão; quando transfere toda a incerteza

ao paciente sem interpretação, pode produzir desamparo. Entre esses extremos existe uma responsabilidade propriamente clínica: delimitar o que está relativamente estabelecido, o que permanece provável, o que é apenas possível e quais sinais ou mudanças exigirão reavaliação.

A incerteza também possui uma dimensão relacional. O médico pode estar seguro sobre a indicação e inseguro sobre a magnitude do benefício; o paciente pode compreender o risco estatístico e ainda não saber se conseguiria viver com determinada consequência; familiares podem interpretar a mesma probabilidade como esperança ou ameaça. Em 2026, Pieterse et al. mostraram que incerteza e tomada de decisão compartilhada se entrelaçam de formas múltiplas e que profissionais e pacientes podem perceber graus diferentes de incerteza ao longo da mesma consulta. A contribuição do estudo não é oferecer uma fórmula de consenso, mas mostrar que a própria incerteza precisa ser negociada: é possível discordar não apenas sobre qual opção é melhor, mas sobre o quanto realmente se sabe para afirmar que uma opção é melhor (PIETERSE et al., 2026).

Isso modifica a forma como evidências devem entrar na consulta. Diretrizes, ensaios clínicos e estimativas de risco oferecem referências indispensáveis, mas não carregam sozinhos a decisão do nível populacional para o indivíduo. A pergunta médica não é apenas se uma intervenção funciona em média, mas quão comparável é aquela pessoa às populações estudadas, que desfechos foram medidos, por quanto tempo, com quais danos e com que grau de certeza. Em multimorbidade, a aplicação paralela de recomendações específicas para cada doença pode inclusive gerar regimes incompatíveis entre si, multiplicar consultas, exames e medicamentos e deslocar para a pessoa uma carga de trabalho que nenhum protocolo isolado consegue enxergar. O julgamento clínico humanizado, portanto, não é o oposto da medicina baseada em evidências; é o trabalho de interpretar a evidência sem fingir que ela elimina contexto, preferência ou incerteza.

Essa interpretação não pode ser usada como licença para arbitrariedade. Invocar "experiência clínica" para ignorar evidência robusta, oferecer intervenções sem plausibilidade ou impor preferências pessoais continua sendo um problema científico e ético. O Código de Ética Médica brasileiro determina que o profissional use, em benefício do paciente, o melhor do progresso científico e, ao mesmo tempo, respeite o direito de decidir sobre práticas diagnósticas e terapêuticas, assegurando informação sobre diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018). A combinação desses deveres é mais exigente do

que qualquer um deles isoladamente: não basta informar sem recomendar, nem recomendar sem esclarecer, nem obter uma assinatura sem verificar se houve compreensão suficiente para que a decisão possa ser considerada livre.

Há uma forma contemporânea de paternalismo que merece atenção porque pode aparecer revestida de linguagem técnica: apresentar apenas a opção preferida pelo profissional e enquadrar alternativas legítimas como irracionais. Há também um paternalismo mais sutil, produzido pelo modo de comunicar risco. Benefícios relativos sem risco absoluto, ausência de comparadores, ênfase seletiva em danos ou uso de linguagem que sugere moralmente a resposta correta podem direcionar a escolha sem que isso seja reconhecido como coerção. O capítulo anterior sobre comunicação já mostrou que informação não é neutra; no cuidado médico, essa constatação ganha peso adicional porque a recomendação profissional possui autoridade social e simbólica. Uma decisão compartilhada exige, portanto, que a recomendação seja explicitada como recomendação, acompanhada de suas razões e aberta à contestação.

O extremo oposto também é problemático. Quando o médico, receando parecer paternalista, se limita a dizer "qualquer opção é possível" ou "a decisão é sua", pode deixar justamente a pessoa mais vulnerável carregando sozinha um conflito que procurou ajuda profissional para interpretar. Compartilhamento não elimina assimetria de conhecimento; transforma sua função. O profissional continua responsável por reconhecer alternativas clinicamente razoáveis, descartar aquilo que não é seguro ou indicado, explicar o balanço entre benefício e dano e, quando apropriado, formular uma recomendação. A pessoa, por sua vez, traz informações que nenhum exame substitui: objetivos, medos, experiências anteriores, responsabilidades familiares, capacidade de executar o tratamento e limites que não deseja ultrapassar. É dessa combinação, e não da neutralidade artificial do profissional, que emerge uma decisão compartilhada de fato.

A tolerância do próprio médico à incerteza interfere nesse processo. Em um estudo com médicos da atenção primária, Valentine et al. (2024) encontraram associação entre maior tolerância à incerteza e maior confiança autorreferida para realizar tarefas de tomada de decisão compartilhada, embora essa tolerância não tenha se associado às avaliações de tomada de decisão compartilhada feitas pelos pacientes. O achado é pequeno e transversal, portanto não autoriza inferir causalidade, mas é pedagogicamente importante: sentir-se mais confortável com a incerteza não garante que o paciente experimentará uma decisão mais compartilhada. Formação médica precisa trabalhar simultaneamente raciocínio probabilístico, comunicação de

incerteza, reconhecimento de limites e capacidade de verificar o que efetivamente foi compreendido. A competência deixa de ser representada pela performance de quem sempre tem uma resposta e passa a incluir a capacidade de dizer, com precisão, quando a resposta ainda não existe.

8.2 Proporcionalidade terapêutica e carga do tratamento: quando fazer mais não é cuidar melhor

A decisão médica ganha outra complexidade quando a questão não é escolher entre duas intervenções isoladas, mas decidir quanto cuidado é proporcionalmente justificável para uma pessoa cuja vida já está ocupada por doenças, sintomas, consultas, exames, medicamentos e tarefas de autocuidado. A medicina dispõe de recursos cada vez mais numerosos para investigar e intervir, mas capacidade de oferecer não equivale a obrigação de usar. A pergunta "o que ainda pode ser feito?" é diferente de "o que vale a pena fazer nesta situação?". Humanizar a decisão exige deslocar parte da atenção da disponibilidade tecnológica para a relação entre benefício provável, risco, carga do tratamento, tempo necessário para obter o benefício e prioridades da pessoa.

A ideia de carga do tratamento ajuda a tornar esse problema visível. Lee et al. (2024), em revisão integrativa sobre multimorbidade, identificaram tarefas de cuidado e impactos sociais, emocionais e financeiros associados ao tratamento, mostrando que o peso do regime terapêutico depende tanto das exigências impostas quanto dos recursos que a pessoa possui para respondê-las. A mesma prescrição pode ser manejável para alguém com apoio familiar, transporte, renda e estabilidade funcional, e praticamente inexequível para quem precisa escolher entre comparecer a consultas, trabalhar, cuidar de outra pessoa ou arcar com custos indiretos. Nesse cenário, classificar uma pessoa como "não aderente" sem perguntar se o plano é executável pode converter uma falha de desenho do cuidado em julgamento moral sobre o paciente.

A medicina minimamente disruptiva foi proposta justamente para enfrentar esse desencontro entre carga de trabalho do cuidado e capacidade disponível, defendendo planos que persigam objetivos relevantes para a saúde e para a vida com a menor perturbação possível (MONTORI et al., 2017). A proposta não significa fazer menos por princípio nem aceitar subtratamento. Em alguns casos, intensificar uma intervenção é exatamente o que reduz sofrimento, previne incapacidade ou amplia autonomia. Em outros, retirar uma medicação de benefício marginal, evitar um exame

que não mudará a conduta, combinar retornos ou simplificar um regime pode produzir mais valor do que acrescentar uma nova recomendação. A proporcionalidade está nessa capacidade de diferenciar intensidade clinicamente necessária de acumulação terapêutica.

Esse raciocínio também impede que diretrizes sejam utilizadas de forma mecânica. Recomendações voltadas a doenças específicas frequentemente pressupõem que os demais problemas permanecerão estáveis e que a pessoa possui tempo, energia e recursos suficientes para cumprir cada orientação. Em idosos, pessoas com múltiplas doenças crônicas, limitações funcionais ou prognóstico reduzido, metas específicas podem competir entre si. O ganho esperado de uma intervenção preventiva pode exigir anos para se materializar; um efeito adverso pode ocorrer imediatamente; uma rotina de monitoramento pode consumir parte relevante da vida cotidiana. Nenhuma dessas considerações elimina a evidência, mas modifica a pergunta clínica: além de saber se algo funciona, é necessário perguntar para quem, em qual horizonte temporal e a que custo humano.

A proporcionalidade terapêutica tem ainda um componente de justiça. Em sistemas com recursos finitos, evitar cuidado de baixo valor pode liberar capacidade para necessidades não atendidas; porém, essa justificativa coletiva não pode ser usada para negar individualmente um cuidado necessário sob o rótulo vago de "humanização" ou "menos intervenção". A decisão precisa permanecer ancorada em critérios clínicos explícitos e em direitos. A Lei nº 8.080/1990 inclui a preservação da autonomia das pessoas entre os princípios do Sistema Único de Saúde, e a Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde protege informação, participação e atendimento adequado às necessidades (BRASIL, 1990b; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2017). Assim, simplificar um plano é humanizador quando reduz carga sem retirar benefício relevante; torna-se injusto quando apenas transfere escassez institucional para o paciente sem explicação ou alternativa.

É também nesse ponto que a tomada de decisão compartilhada precisa ser protegida de uma leitura economicista. Reduzir intervenções não é seu objetivo intrínseco. A revisão guarda-chuva de Bruch et al. (2024) encontrou evidência incerta sobre custos e qualidade e não sustenta a ideia de que participação seja simplesmente uma estratégia de economia. Em algumas decisões, compreender melhor riscos e preferências pode levar uma pessoa a recusar uma intervenção de benefício pequeno; em outras, pode levá-la a escolher um tratamento mais intensivo porque determinado desfecho possui enorme valor para sua vida. O resultado eticamente relevante não é

gastar menos ou fazer menos, mas aproximar o plano do balanço entre evidência, valores e possibilidades reais.

A qualidade da decisão pode, portanto, exigir renúncia a uma falsa equivalência entre intensidade e excelência. Um plano com muitos itens pode ser tecnicamente sofisticado e clinicamente inviável; um plano mais enxuto pode ser mais exigente intelectualmente porque depende de priorização. Priorizar é assumir que objetivos entram em conflito e que nem todas as metas podem ser maximizadas simultaneamente. Para o médico, isso significa tornar explícito o que se pretende alcançar, o que provavelmente não será alcançado, quais danos são aceitáveis e em que circunstâncias a estratégia deverá ser revista. Para o paciente, significa poder dizer que determinado benefício não compensa um ônus específico sem que sua decisão seja reduzida a ignorância ou falta de colaboração.

8.3 Decidir com o paciente: consentimento, recusa, educação e continuidade da responsabilidade médica

Consentimento informado, recusa terapêutica e tomada de decisão compartilhada se aproximam, mas não são sinônimos. O consentimento estabelece uma condição ética e jurídica para intervenções; a tomada de decisão compartilhada descreve a qualidade do processo que pode anteceder determinadas escolhas. É possível obter uma assinatura sem que tenha havido deliberação real e, inversamente, é possível construir participação significativa em decisões que não requerem um termo formal. O erro de equiparar consentimento a documento burocrático é particularmente grave em procedimentos complexos, porque desloca o foco da compreensão para a prova de que uma formalidade foi cumprida.

No Brasil, o Código de Ética Médica veda deixar de obter consentimento após esclarecimento, limitar o direito da pessoa de decidir livremente sobre si e desrespeitar sua decisão sobre práticas diagnósticas ou terapêuticas, ressalvadas as situações previstas nas próprias normas. Também estabelece o dever de informar diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018). A Resolução CFM nº 2.232/2019, ao tratar da recusa terapêutica, afirma como regra que a recusa é direito do paciente a ser respeitado quando este é informado sobre riscos e consequências previsíveis, prevendo a possibilidade de proposição de tratamento alternativo quando disponível (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019). Para este capítulo, o ponto central não é transformar cada decisão em debate jurídico, mas reconhecer que

autonomia não é favor concedido pela equipe; ela integra as condições de legitimidade do cuidado.

Respeitar uma recusa, contudo, não significa aceitar imediatamente a primeira negativa sem explorar sua origem. Uma pessoa pode recusar por ter compreendido os riscos e considerado o tratamento incompatível com seus valores; pode também recusar porque recebeu informação incompleta, porque teme um efeito que não corresponde ao risco real, porque não consegue acessar o serviço, porque teve experiência anterior traumática ou porque a maneira de apresentação da conduta produziu desconfiança. A diferença não pode ser presumida. O dever educativo do cuidado médico aparece aqui de forma concreta: esclarecer não é pressionar para obter concordância, mas criar condições para que a pessoa compreenda a situação suficientemente bem para decidir. Educação em saúde, nesse sentido, faz parte da própria integridade ética da decisão.

Essa função educativa precisa respeitar assimetrias de letramento e poder. Explicar mais não é necessariamente explicar melhor. Informações extensas, percentuais sem referência, termos técnicos ou formulários longos podem aumentar quantidade de conteúdo sem aumentar compreensão. Estratégias de comunicação de risco e apoio à decisão discutidas anteriormente no livro permanecem relevantes, mas o papel médico neste capítulo é mais específico: selecionar o que é material para aquela decisão, comunicar o grau de certeza, verificar compreensão, identificar preferências e traduzir tudo isso em uma recomendação que possa ser interrogada. A pessoa não precisa dominar a medicina para participar; precisa compreender suficientemente as alternativas e suas consequências para relacioná-las ao que considera importante.

A capacidade decisória também não deve ser confundida com concordância. Discordar do profissional, escolher um risco maior ou atribuir valor diferente a um desfecho não torna alguém incapaz. Ao mesmo tempo, decisões complexas exigem atenção à possibilidade de comprometimento cognitivo, delirium, sofrimento intenso ou outras condições que interfiram temporariamente na compreensão e na expressão de vontade. Nesses casos, o desafio humanizador não é substituir automaticamente a pessoa, mas preservar o máximo possível de participação, usar apoios adequados e reconhecer que capacidade pode variar conforme a decisão e o momento. A Lei Brasileira de Inclusão reforça que deficiência, por si só, não pode justificar anulação da autonomia e protege participação e consentimento no cuidado em saúde (BRASIL, 2015).

Famílias e representantes podem ser fundamentais, mas sua presença não elimina a obrigação de distinguir a voz de quem é cuidado da interpretação de terceiros. Em situações de dependência, doença grave ou comunicação comprometida, a família frequentemente conhece valores, rotinas e preferências que ajudam a reconstruir o que seria importante para aquela pessoa. Pode também carregar medo, culpa, conflito ou interesses próprios. O trabalho médico exige reconhecer essas dimensões sem reduzir a família a obstáculo nem tratá-la como substituta automática da autonomia. A mesma lógica vale para equipes multiprofissionais: decisões médicas ganham qualidade quando incorporam informações de enfermagem, fisioterapia e outros profissionais sobre funcionalidade, sofrimento, execução do plano e condições de vida, mas a colaboração não dissolve as responsabilidades específicas de cada profissão.

A decisão compartilhada também não termina quando a consulta termina. Diagnósticos se esclarecem, prognósticos mudam, efeitos adversos surgem, tratamentos deixam de caber na rotina e preferências podem se modificar depois que a pessoa experimenta concretamente uma situação antes apenas imaginada. Por isso, decisões relevantes precisam ser documentadas de modo que suas razões possam acompanhar o paciente: quais alternativas foram consideradas, que valores pesaram, que incertezas permaneceram, quais sinais exigem retorno e em que condições a escolha deverá ser revista. Sem essa continuidade, cada mudança de profissional pode reabrir o mesmo conflito do zero ou, pior, transformar uma decisão contextual em regra permanente.

A formação médica precisa acompanhar essa complexidade. Ensinar tomada de decisão compartilhada apenas como roteiro de comunicação é insuficiente se o currículo premia certeza performática, rapidez e acumulação de condutas. O estudo de Valentine et al. (2024) sugere uma relação entre tolerância à incerteza e confiança do médico para tarefas de decisão compartilhada, enquanto Patel et al. (2024) defendem estratégias explícitas para reconhecer e manejar situações incertas. Isso aponta para uma pedagogia clínica em que supervisores possam demonstrar como ponderam evidências conflitantes, como corrigem uma hipótese, como formulam recomendações provisórias e como registram a necessidade de reavaliação. A educação para humanização não acontece apenas em disciplinas de ética; acontece quando o raciocínio clínico é ensinado sem encenar uma certeza que a própria medicina não possui.

Tal perspectiva ajuda a compreender por que a tomada de decisão compartilhada não pode ser usada como decoração humanista de uma medicina que continua

organizada para decidir sobre o paciente. O médico precisa conservar capacidade de reconhecer urgência, indicar, contraindicar, recomendar e assumir responsabilidade por seus atos. A pessoa precisa conservar o direito de compreender, perguntar, aceitar, recusar e atribuir significado aos desfechos. Entre essas posições não há igualdade de saberes, mas pode haver reciprocidade moral. A excelência clínica aparece justamente quando conhecimento especializado não é convertido em tutela e autonomia não é convertida em abandono.

Essa reciprocidade é relativamente mais fácil quando há tempo, comunicação preservada e opções claramente delimitadas. Torna-se mais frágil em internações prolongadas, doença grave, dependência, sofrimento intenso, barreiras cognitivas ou comunicacionais e ambientes nos quais a pessoa perde parte do controle sobre espaço, rotina e corpo. É nesses contextos que a qualidade ética das decisões deixa de depender apenas da conversa entre duas pessoas e passa a revelar, com maior nitidez, quanto a própria instituição consegue proteger dignidade, voz e participação quando a vulnerabilidade aumenta.

CAPÍTULO 9 — HUMANIZAÇÃO NO AMBIENTE HOSPITALAR E EM SITUAÇÕES DE MAIOR VULNERABILIDADE

A internação hospitalar reúne uma contradição que ajuda a compreender por que a humanização precisa ser tratada como dimensão clínica e institucional, e não como adorno relacional. O hospital concentra recursos diagnósticos, terapêuticos e tecnológicos capazes de preservar vidas, reduzir sofrimento e modificar prognósticos; ao mesmo tempo, pode retirar da pessoa referências que sustentam sua vida cotidiana. Roupa, horários, alimentação, sono, privacidade, circulação, presença familiar e formas usuais de comunicação passam a depender de regras construídas para organizar um ambiente coletivo e de alta complexidade. Em muitas situações, essa reorganização é necessária. O problema surge quando a necessidade clínica de controlar determinados riscos é confundida com autorização para controlar a pessoa inteira.

Por isso, vulnerabilidade não pode ser tratada como atributo fixo de determinados grupos, como se algumas pessoas fossem naturalmente "vulneráveis" e as demais chegassem ao hospital em plena autonomia. Oviedo e Czeresnia (2015) mostram que o conceito ganha densidade quando reconhece processos de fragilização simultaneamente biológicos, existenciais e sociais. Uma condição clínica grave, uma deficiência, uma barreira comunicacional, a infância, o envelhecimento, a pobreza ou a ausência de suporte podem aumentar exposições específicas; porém, o próprio modo como o serviço se organiza pode reduzir ou ampliar essas exposições. A vulnerabilidade, portanto, não está apenas no corpo de quem adoece. Ela também pode ser produzida pela distância entre aquilo de que a pessoa necessita e aquilo que a instituição consegue reconhecer, compreender e acomodar.

Essa perspectiva altera a pergunta central da humanização hospitalar. Não basta indagar se profissionais são respeitosos ou se a unidade possui iniciativas de acolhimento. É preciso perguntar quais perdas de controle são clinicamente indispensáveis, quais são apenas heranças organizacionais e quais geram riscos adicionais. A revisão de Guan et al. (2024), ao sintetizar fatores associados à experiência de pacientes em enfermarias hospitalares, encontrou influências distribuídas em múltiplos níveis, incluindo características pessoais, relações

interpessoais e condições institucionais. A experiência de ser cuidado não pode, assim, ser explicada apenas pela atitude individual de quem atende: ambiente, fluxos, informação, continuidade e formas de organização interferem no que o paciente consegue perceber, compreender e fazer durante a internação.

A tese deste capítulo é que humanizar situações de maior vulnerabilidade significa impedir que a necessidade de proteção produza apagamento da pessoa. Quanto maior a dependência clínica, comunicacional ou funcional, maior deve ser a precisão com que a equipe distingue assistência de tutela, segurança de restrição automática e suporte de substituição da voz do paciente. Essa tarefa envolve atenção ao ambiente, à dignidade, à participação familiar, à preservação de vínculos sociais e educacionais, à acessibilidade e à continuidade do cuidado. Humanização, nesse contexto, não reduz a complexidade técnica do hospital; acrescenta à técnica a obrigação de demonstrar que cada restrição, exposição ou dependência produzida pelo cuidado é proporcional, justificável e continuamente reavaliada.

9.1 A internação como experiência clínica e social de vulnerabilidade

A hospitalização modifica a posição social da pessoa antes mesmo de qualquer procedimento. Quem chega como trabalhador, estudante, cuidador, pai, mãe, companheiro ou pessoa que administra a própria rotina passa a ser também "paciente", categoria necessária para organizar o cuidado, mas insuficiente para representar uma identidade. Quando a linguagem institucional reduz essa pessoa ao leito, ao diagnóstico ou ao procedimento, informações clinicamente relevantes podem desaparecer. Saber que alguém vive sozinho, cuida de outra pessoa, depende de comunicação alternativa, precisa manter vínculo escolar ou organiza a vida em torno de determinada atividade não é uma curiosidade biográfica; pode alterar riscos, prioridades, planejamento de alta e a própria definição de um resultado aceitável.

A perda de referências cotidianas também possui consequências clínicas. Em pessoas idosas, por exemplo, a literatura descreve a incapacidade associada à hospitalização como perda nova de autonomia para atividades diárias que não pode ser atribuída somente à doença aguda. Covinsky, Pierluissi e Johnston (2011) chamaram atenção para a combinação entre enfermidade, baixa mobilidade, repouso excessivo, nutrição inadequada e processos hospitalares que podem contribuir para declínio funcional. Esse fenômeno não autoriza generalizar que todo idoso hospitalizado perderá função, nem transforma cada restrição em erro assistencial. Ele demonstra algo mais importante para a humanização: o ambiente terapêutico também

é uma exposição clínica e precisa ser avaliado pelo que preserva ou deteriora além do órgão diretamente tratado.

O mesmo raciocínio vale para a orientação cognitiva. Delirium é uma síndrome aguda e flutuante associada a múltiplos fatores predisponentes e precipitantes, particularmente relevante em pessoas idosas e criticamente enfermas. A síntese de Inouye, Westendorp e Saczynski (2014) evidencia que vulnerabilidade basal e fatores relacionados à doença e ao cuidado interagem na sua ocorrência. Isso torna simplista atribuir confusão apenas à idade, ao "comportamento difícil" ou à gravidade. Dor, privação de sono, medicamentos, infecções, imobilidade, alterações sensoriais e mudança abrupta de ambiente podem participar desse quadro. Reconhecer delirium, nesse sentido, é também uma prática de humanização: evita interpretar uma alteração clínica como defeito moral ou falta de colaboração.

Ambiente e rotina precisam, portanto, ser lidos como componentes do tratamento. Luz contínua, ruído, interrupções noturnas, ausência de objetos de referência, pouca mobilidade e comunicação fragmentada podem parecer pequenos quando comparados a ventilação mecânica, cirurgia ou antibioticoterapia, mas o paciente experimenta todos esses elementos simultaneamente. As diretrizes de Devlin et al. (2018) para adultos em terapia intensiva articulam dor, sedação, delirium, imobilidade e sono justamente porque esses domínios não funcionam como problemas isolados. A implicação não é converter humanização em novo protocolo inflexível, e sim exigir que cada unidade examine se sua forma de produzir segurança está criando riscos que poderiam ser reduzidos sem comprometer o tratamento.

Essa análise inclui privacidade. Exame físico, higiene, eliminação, exposição corporal, compartilhamento de quartos, discussões clínicas junto ao leito e circulação de profissionais tornam a hospitalização uma experiência de intensa abertura da vida privada. A revisão de Fuseini et al. (2022) sobre dignidade percebida durante internações agudas identificou comunicação e preservação da privacidade entre os elementos relacionados à experiência de cuidado digno, ao mesmo tempo em que mostrou variações importantes entre contextos e instrumentos. A meta-síntese de Mema et al. (2025) reforça que dignidade hospitalar é percebida de forma relacional e contextual. Não há, portanto, um gesto isolado capaz de "entregar dignidade"; ela depende de práticas reiteradas que confirmam que a pessoa continua tendo limites, valores e escolhas mesmo quando necessita de ajuda para quase tudo.

Preservar dignidade também significa evitar uma infantilização que frequentemente se esconde em práticas bem-intencionadas. Falar apenas com o acompanhante, usar diminutivos não desejados, realizar procedimentos sem antecipar o que ocorrerá, decidir horários de higiene ou alimentação sem qualquer negociação e interpretar dependência física como incapacidade decisória são exemplos de como proteção pode transformar-se em tutela. Quanto maior a dependência, maior deveria ser o esforço para localizar as zonas de autonomia que permanecem possíveis: escolher uma posição, solicitar pausa, indicar quem pode receber informações, participar de um cuidado corporal, manter um objeto pessoal ou decidir quem estará presente. Pequenas decisões não substituem decisões clínicas maiores, mas preservam experiência de agência em um contexto que tende a reduzi-la.

A humanização hospitalar também precisa reconhecer que experiência negativa não é sinônimo automático de má assistência e satisfação não é sinônimo de qualidade clínica. Um tratamento necessário pode ser doloroso, uma informação verdadeira pode causar angústia e uma limitação temporária pode ser indispensável. O critério não é eliminar qualquer desconforto, e sim impedir sofrimento evitável e garantir que aquilo que é necessário seja explicado, proporcional e revisto. Essa distinção protege o cuidado de dois extremos: utilizar a segurança como justificativa genérica para qualquer restrição ou transformar o desejo de agradar em abandono de condutas clinicamente necessárias. O hospital humanizado não é o hospital sem limites; é aquele em que os limites possuem razões compreensíveis e não se estendem além do que essas razões sustentam.

9.2 Alta intensidade assistencial sem apagamento da pessoa: ambiente, família e dignidade

Essa tensão se torna mais aguda em unidades de terapia intensiva, centros cirúrgicos, emergências e outras situações em que a pessoa pode estar sedada, intubada, desorientada, com dor intensa ou dependente de monitorização contínua. Nesses cenários, a tecnologia é indispensável, mas pode ocupar todo o campo perceptivo da equipe: números, alarmes, parâmetros e dispositivos tornam-se linguisticamente mais disponíveis do que medo, história, preferências ou sinais sutis de desconforto. Humanizar não significa diminuir a vigilância tecnológica, e sim impedir que aquilo que é facilmente mensurável seja confundido com tudo o que importa.

A assistência intensiva contemporânea fornece exemplos de como segurança e humanização podem convergir. As diretrizes de Devlin et al. (2018) e experiências de implementação de práticas integradas em terapia intensiva aproximam manejo da dor, escolha de sedação, prevenção e reconhecimento de delirium, mobilidade, sono e participação familiar. O valor dessa aproximação está menos em transformar um conjunto de letras ou itens em sinônimo de cuidado humano e mais em reconhecer que sobrevivência não é o único resultado relevante. Uma pessoa pode sair viva de uma condição crítica e ainda carregar déficits físicos, cognitivos e emocionais importantes. Por isso, decisões tomadas durante a fase mais aguda precisam considerar, sempre que possível, o que preserva consciência, função, comunicação e possibilidade futura de participação.

A família ocupa posição particularmente complexa. Em períodos de incapacidade, ela pode oferecer história, reconhecer mudanças, traduzir modos de comunicação, reduzir desorientação e sustentar vínculos afetivos. Mas família não é categoria homogênea, nem presença familiar produz benefício em qualquer formato. A meta-análise de Lv et al. (2025), já discutida neste livro em outro contexto, encontrou redução de delirium em intervenções centradas no paciente e na família em terapia intensiva, porém não demonstrou efeito significativo para todos os desfechos examinados e incluiu estudos com risco de viés alto ou incerto. Esse resultado é útil justamente porque impede dois simplismos: afastar a família como se fosse interferência ou apresentá-la como intervenção universalmente benéfica.

A presença familiar precisa ser organizada a partir da vontade do paciente, de condições de segurança e da própria capacidade do acompanhante para participar. Há pacientes que desejam companhia contínua e outros que preferem preservar determinados momentos; familiares podem apoiar, mas também podem estar exaustos, assustados ou em conflito entre si. A equipe tem responsabilidade de orientar, explicar limites, identificar quem o paciente reconhece como pessoa de confiança e não transformar o acompanhante em trabalhador informal do serviço. Pedir que a família vigie infusões, identifique erros ou execute cuidados sem preparo porque faltam recursos profissionais desloca uma obrigação institucional para quem já vive situação de sofrimento.

Em pessoas incapazes de se comunicar por fala, a exigência de humanização é ainda maior. Ausência de fala não equivale a ausência de compreensão, e movimentos mínimos, olhar, escrita, gestos, pranchas, dispositivos ou respostas binárias podem preservar participação. A mesma cautela vale para pessoas com deficiência intelectual,

sensorial ou múltipla: o diagnóstico não autoriza presumir incapacidade global. A Lei Brasileira de Inclusão assegura direitos à saúde em igualdade de condições e, durante internação ou observação, prevê acompanhante ou atendente pessoal, com obrigação de justificativa quando sua permanência for impossível (BRASIL, 2015). A relevância clínica desse dispositivo está em reconhecer que acessibilidade e apoio podem ser condições para que a pessoa exerça direitos que, no papel, já possui.

A equipe também precisa aprender a distinguir agitação, medo, dor, barreira de comunicação e recusa. Uma pessoa que tenta retirar um dispositivo pode estar delirante, pode não ter compreendido por que ele é necessário, pode sentir dor ou pode estar exercendo uma recusa que exige avaliação. Responder a todas essas possibilidades com contenção ou sedação antes de investigar seu significado reduz complexidade clínica e aumenta o risco de tutela. Isso não significa negar situações em que contenções ou intervenções farmacológicas sejam necessárias para proteção imediata. Significa tratá-las como medidas com indicação específica, duração mínima necessária, monitoramento e reavaliação, e não como solução automática para aquilo que a organização não conseguiu compreender.

A dignidade aparece ainda nos momentos em que a possibilidade de cura diminui. Doença grave, terminalidade ou incapacidade progressiva podem aumentar dependência sem eliminar a pessoa como sujeito. O direito à informação, à recusa, ao apoio espiritual ou psicossocial e à consideração de valores pessoais continua existindo quando o prognóstico se torna desfavorável. A Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde inclui respeito à privacidade, integridade, valores culturais e espirituais, compreensão das informações, possibilidade de acompanhante em situações previstas e escolha ou recusa de tratamentos nos limites aplicáveis (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2017). O valor humanizador desses direitos está em evitar que a gravidade transforme a pessoa apenas em objeto de decisões tomadas ao redor dela.

Essa obrigação alcança a própria arquitetura do cotidiano hospitalar. Uma visita interrompida sem motivo claro, uma informação transmitida diante de terceiros, uma iluminação que nunca diminui, uma campainha fora do alcance ou a impossibilidade de utilizar óculos e aparelhos auditivos podem parecer questões menores diante da gravidade clínica. Entretanto, são justamente esses detalhes que definem se o paciente consegue orientar-se, comunicar-se, descansar e preservar controle sobre o próprio corpo. A revisão de Guan et al. (2024) mostra que a experiência hospitalar é influenciada por fatores pessoais, interpessoais, institucionais e relacionados ao

sistema. Humanização consistente exige, portanto, que a organização examine o que acontece entre grandes intervenções e não apenas durante elas.

9.3 Direitos, equidade e continuidade: proteger sem tutelar

Falar em situações de maior vulnerabilidade exige cuidado para não produzir uma nova classificação rígida de pessoas. Crianças, pessoas idosas, pessoas com deficiência, pacientes críticos e pessoas com barreiras sociais ou comunicacionais podem enfrentar riscos específicos, mas pertencimento a uma categoria não determina sozinho necessidades ou preferências. Duas pessoas com o mesmo diagnóstico e idade podem necessitar de apoios completamente diferentes. A abordagem humanizada começa, portanto, por reconhecer direitos universais e, em seguida, identificar quais apoios adicionais são necessários para que esses direitos possam ser exercidos de forma real. Tratar todos de maneira idêntica em condições desiguais pode perpetuar desigualdade tanto quanto discriminar explicitamente.

O direito a acompanhante mostra essa lógica de forma concreta. O Estatuto da Pessoa Idosa assegura acompanhamento durante internação ou observação e determina que eventual impossibilidade seja justificada pelo profissional responsável (BRASIL, 2003). O Estatuto da Criança e do Adolescente exige que estabelecimentos de saúde, inclusive unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, ofereçam condições para permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável durante a internação de criança ou adolescente (BRASIL, 1990a). A Lei Brasileira de Inclusão estabelece proteção semelhante para pessoa com deficiência internada ou em observação (BRASIL, 2015). Essas normas não significam que qualquer presença física seja ilimitada diante de risco sanitário ou técnico; significam que a exclusão não pode ser tratada como padrão indiferenciado e sem fundamentação.

Há uma dimensão educacional particularmente importante quando quem adoece é criança ou adolescente. A hospitalização prolongada interrompe não apenas rotina clínica, mas pertencimento escolar, relações com colegas e processos de aprendizagem. A Lei nº 13.716/2018 incorporou à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional a garantia de atendimento educacional ao aluno da educação básica internado para tratamento de saúde em regime hospitalar ou domiciliar por tempo prolongado (BRASIL, 2018b). A Carta dos Direitos da Pessoa Usuária da Saúde também menciona continuidade das atividades escolares e estímulo à recreação durante internação de crianças e adolescentes (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE,

2017). Aqui, educação não aparece como benefício periférico: preservar vínculo escolar é preservar desenvolvimento, identidade e horizonte de vida para além da doença.

Essa articulação entre saúde e educação exige mais do que disponibilizar material escolar no leito. A condição clínica pode variar, a fadiga pode limitar atenção, procedimentos interrompem horários e determinadas experiências de adoecimento alteram temporariamente o modo de aprender. Professores, família e equipe de saúde precisam negociar possibilidades sem transformar desempenho acadêmico em nova fonte de pressão. O objetivo não é reproduzir a escola dentro do hospital a qualquer custo, mas evitar que a necessidade de tratamento suspenda desnecessariamente outro direito. A mesma lógica vale para adultos em processos formativos ou laborais: compreender impacto da internação sobre papéis sociais ajuda a planejar retorno, reabilitação e suporte de forma mais realista.

Equidade hospitalar também depende de acessibilidade comunicacional. Informação só produz autonomia quando pode ser percebida e compreendida. Falar mais alto com quem não ouve, entregar texto impresso a quem não lê, explicar rapidamente para alguém sob efeito de sedativos ou utilizar linguagem técnica com pessoa em sofrimento intenso são formas de transmitir conteúdo sem produzir compreensão. O problema não se resolve presumindo incapacidade e deslocando a conversa para a família. A Carta dos Direitos da Pessoa Usuária da Saúde inclui a não limitação de acesso por barreiras físicas, tecnológicas e de comunicação, enquanto a Lei Brasileira de Inclusão estrutura acessibilidade como condição de participação (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2017; BRASIL, 2015). O dever clínico é adaptar a comunicação antes de concluir que a pessoa não consegue participar.

Em pessoas idosas, essa cautela é especialmente necessária porque idade cronológica, dependência funcional e capacidade decisória não são equivalentes. O Estatuto da Pessoa Idosa assegura à pessoa que esteja no domínio de suas faculdades mentais o direito de optar pelo tratamento que lhe pareça mais favorável (BRASIL, 2003). A formulação legal é relevante porque impede que família ou equipe assumam automaticamente o lugar de quem envelheceu. Quando existe comprometimento cognitivo, a participação pode precisar de apoio, repetição, tempo ou representação; ainda assim, a pergunta deve permanecer sobre o que a pessoa compreende, prefere e consegue expressar naquele momento, e não apenas sobre seu diagnóstico ou idade.

A vulnerabilidade social também acompanha o paciente para dentro do hospital e retorna com ele para fora. Recomendações de alta pressupõem moradia, alimentação, transporte, dinheiro, cuidador, acesso digital e possibilidade de comparecer a consultas. Um plano pode ser tecnicamente impecável e fracassar porque foi construído para uma vida que o paciente não possui. Nesses casos, humanização não é flexibilizar critérios clínicos de forma arbitrária, mas tornar explícitas as condições necessárias para que o plano funcione e mobilizar rede, assistência social, atenção primária, reabilitação ou outros suportes quando disponíveis. A continuidade do cuidado começa antes da alta, quando a equipe testa se as recomendações cabem no cotidiano e identifica onde a vulnerabilidade clínica se encontra com barreiras sociais.

Esse ponto devolve a discussão à responsabilidade institucional. Vulnerabilidade não pode servir para rotular pessoas e justificar mais controle; deve orientar a remoção de barreiras e a oferta proporcional de apoio. Um hospital que reconhece a pessoa como vulnerável, mas não adapta comunicação, não permite apoios previstos, não protege privacidade ou planeja uma alta incompatível com a realidade apenas troca linguagem paternalista por linguagem técnica. A noção biossocial discutida por Oviedo e Czeresnia (2015) é importante justamente porque desloca o olhar do indivíduo isolado para os sistemas de proteção e para as relações que tornam determinadas ameaças mais ou menos manejáveis.

Também é necessário reconhecer limites. Nenhum hospital conseguirá preservar integralmente todas as rotinas, papéis e preferências presentes antes da internação. Emergências exigem decisões rápidas; isolamento pode limitar presença; instabilidade clínica restringe mobilidade; recursos são finitos; e conflitos entre preferências podem ocorrer. O padrão de excelência não é prometer ausência de perda de controle, mas demonstrar que as perdas impostas pelo cuidado possuem finalidade clínica identificável, duração proporcional e mecanismos de revisão. Quando não há possibilidade de atender uma preferência, explicar a razão e buscar alternativas mantém uma relação ética muito diferente de simplesmente afirmar que “a regra é essa”.

A formação profissional precisa preparar para esse tipo de raciocínio. Reconhecer delirium, avaliar capacidade, adaptar comunicação, conversar com familiares, identificar barreiras sociais e manejar conflitos entre segurança e autonomia são competências que atravessam profissões e não cabem apenas em disciplinas sobre “humanização”. A educação permanente também deve partir de situações reais do serviço: por que determinada unidade contém mais pacientes, por que

acompanhantes são afastados, por que pessoas com deficiência não conseguem comunicar necessidades, por que altas retornam rapidamente ou por que adolescentes internados perdem vínculo escolar. Esses problemas revelam que humanização é também capacidade institucional de aprender com aquilo que o cotidiano normalizou.

Em situações de maior vulnerabilidade, portanto, o cuidado humanizado pode ser reconhecido por uma característica essencial: ele acrescenta apoio sem retirar desnecessariamente agência. A criança permanece ligada à família e à educação; a pessoa idosa recebe proteção sem ser automaticamente infantilizada; a pessoa com deficiência recebe acessibilidade sem ter sua voz substituída; o paciente crítico é monitorado sem ser reduzido aos monitores; a pessoa socialmente vulnerabilizada recebe um plano que considera condições reais de continuidade. Não se trata de oferecer o mesmo cuidado a todos, mas de preservar a mesma dignidade por meio de respostas diferentes quando necessidades e barreiras também são diferentes.

Essa exigência se torna ainda mais relevante à medida que o hospital incorpora sistemas de monitoramento, prontuários digitais, inteligência artificial, teleassistência e dispositivos capazes de ampliar simultaneamente precisão e distância. A tecnologia pode reduzir risco, tornar informações acessíveis e devolver possibilidades de comunicação; pode também tornar a pessoa ainda mais invisível se o dado passar a valer mais do que sua experiência. O critério permanece o mesmo construído ao longo deste livro: inovação só fortalece a humanização quando aumenta capacidade de compreender, proteger e incluir a pessoa sem deslocar silenciosamente para máquinas, familiares ou protocolos a responsabilidade que continua sendo humana.

CAPÍTULO 10 — TECNOLOGIAS, INOVAÇÃO E DESAFIOS PARA PRESERVAR A DIMENSÃO HUMANA DO CUIDADO

A incorporação de tecnologia aos serviços de saúde costuma ser descrita por uma linguagem de ganho: mais informação, mais precisão, mais velocidade, maior alcance, menor carga documental e melhores condições para acompanhar pacientes fora dos limites físicos do serviço. Parte dessas promessas é plausível e, em determinadas aplicações, já encontra respaldo empírico. O problema começa quando a inovação é tratada como propriedade intrínseca do artefato e não como mudança no modo de organizar o cuidado. Um prontuário eletrônico pode integrar informações ou multiplicar telas; a telessaúde pode reduzir distâncias ou criar uma nova barreira para quem não dispõe de conexão, privacidade ou habilidade digital; um algoritmo pode apoiar o julgamento ou induzir confiança excessiva em uma recomendação produzida por um processo que o profissional compreende apenas parcialmente. A questão humanizadora, portanto, não é escolher entre tecnologia e presença humana, mas examinar o que acontece com atenção, autonomia, responsabilidade e equidade quando uma nova mediação passa a participar do encontro clínico.

Essa perspectiva evita dois erros simétricos. O primeiro é a tecnofilia, que confunde novidade com melhoria e desempenho técnico com benefício clínico. O segundo é a recusa romântica da tecnologia, como se um cuidado mais humano dependesse de retornar a relações pouco mediadas por dados, equipamentos e sistemas. A assistência contemporânea é inseparável de tecnologias materiais e informacionais. Monitores, bombas de infusão, sistemas de imagem, registros eletrônicos, plataformas de teleatendimento, dispositivos vestíveis e sistemas de apoio à decisão já participam daquilo que profissionais conseguem perceber e fazer. Humanizar não significa reduzir essa capacidade; significa submetê-la aos mesmos critérios aplicados ao restante do cuidado: finalidade clínica identificável, benefício proporcional, segurança, compreensão, possibilidade de contestação, proteção de direitos e adequação às condições concretas de quem será afetado.

A transformação digital amplia ainda outra dimensão do problema: tecnologias não apenas executam tarefas, elas reorganizam visibilidades. Aquilo que é fácil de

registrar tende a ganhar centralidade; aquilo que não cabe em campos estruturados, sensores ou classificações corre o risco de ser percebido como secundário. Dor, medo, cansaço, preferência, conflito familiar, barreira econômica e incerteza podem desaparecer de um painel sem desaparecer da vida do paciente. Ao mesmo tempo, dados antes dispersos podem tornar-se disponíveis no momento certo e impedir repetição de exames, perda de informação ou decisões desconectadas. A dimensão humana é preservada quando a digitalização amplia a capacidade de perceber a pessoa, e não quando substitui sua experiência por uma representação computacional tomada como se fosse completa.

No Brasil, essa discussão deixou de ser periférica. A Portaria GM/MS nº 3.232/2024 instituiu o Programa SUS Digital com objetivo de promover transformação digital para ampliar acesso, integralidade e resolubilidade, incluindo entre seus objetivos o uso apropriado, ético e crítico de tecnologias, formação e educação permanente, letramento digital, proteção de dados, participação social, interoperabilidade e redução de iniquidades. O desenho normativo é importante porque não reduz transformação digital à compra de equipamentos ou informatização de rotinas. Ele coloca cultura, formação, participação e equidade dentro do próprio processo de inovação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024). A distância entre essa formulação e o cotidiano dos serviços, contudo, precisa ser tratada como problema de implementação, e não escondida por indicadores de adoção tecnológica.

10.1 Tecnologia no encontro clínico: ampliar capacidade sem capturar a atenção

O prontuário eletrônico talvez seja um dos exemplos mais claros de como a tecnologia pode simultaneamente apoiar e tensionar a relação clínica. Sua utilidade para armazenar, recuperar e compartilhar informações não elimina o fato de que o registro disputa atenção visual, tempo e organização cognitiva com a pessoa presente. Na revisão sistemática de Alkureishi et al. (2016), estudos observacionais identificaram comportamentos potencialmente prejudiciais à comunicação, como interrupções, alternância frequente do olhar e pouco compartilhamento da tela, enquanto a maioria dos estudos que avaliava percepção dos pacientes não encontrou piora global de satisfação ou comunicação. O conjunto é mais informativo justamente por ser ambivalente: o prontuário não desumaniza automaticamente, mas seu desenho e seu modo de uso podem alterar a qualidade da interação.

Essa ambivalência ajuda a abandonar uma falsa oposição entre registrar e cuidar. Documentação clínica protege continuidade, segurança e responsabilização; registros incompletos também produzem dano. O problema aparece quando a arquitetura do sistema exige que o profissional organize o encontro de acordo com a lógica do formulário, fragmentando narrativa, contato visual e raciocínio para satisfazer campos que nem sempre correspondem à prioridade clínica daquele momento. Uma tecnologia humanizada precisa permitir que o registro acompanhe o cuidado, e não que o cuidado seja forçado a acompanhar o registro. Isso envolve desenho de interface, interoperabilidade, redução de duplicidade, qualidade dos dados e treinamento, mas envolve também uma decisão cultural: a tela deve ser tratada como recurso compartilhável quando útil, e não como terceiro interlocutor que silenciosamente ocupa o centro da consulta.

A mesma análise vale para a telessaúde. A distância física pode deixar de ser obstáculo para seguimento, orientação, reabilitação, apoio especializado e continuidade em territórios nos quais deslocamento é difícil. Entretanto, disponibilidade remota não equivale a acesso efetivo. A Lei nº 14.510/2022 incorporou a telessaúde à Lei nº 8.080/1990 e estabeleceu princípios como consentimento livre e informado, direito de recusa com garantia de atendimento presencial quando solicitado, assistência segura e de qualidade, confidencialidade, universalização do acesso e responsabilidade digital (BRASIL, 2022). O direito de recusar a modalidade é particularmente relevante para a humanização porque impede que conveniência institucional seja convertida em obrigação tecnológica para o usuário.

Escolher entre presencial e remoto também não é uma decisão puramente preferencial. Exame físico, risco clínico, necessidade de procedimento, capacidade comunicacional, privacidade no domicílio, disponibilidade de cuidador, qualidade da conexão e condições para manejar tecnologia podem alterar a adequação da modalidade. Em algumas circunstâncias, a teleassistência amplia autonomia; em outras, transfere para o paciente tarefas técnicas que antes eram absorvidas pelo serviço. Pedir que alguém instale aplicativos, fotografe lesões, organize dispositivos, meça parâmetros, digitalize documentos e garanta um ambiente privado pode parecer simples do ponto de vista institucional, mas representa carga de trabalho real. A tecnologia só reduz barreiras quando o custo de utilizá-la não supera o benefício que deveria produzir.

A revisão rápida de Veras et al. (2025), voltada à telereabilitação de pessoas mais velhas, ilustra esse problema. Os estudos reunidos mostram barreiras relacionadas a condição socioeconômica, localização geográfica, adoção de tecnologia e letramento digital, além de preocupações com privacidade, segurança e autonomia. Esses achados não autorizam concluir que pessoas idosas rejeitam ou não se beneficiam de modalidades remotas; mostram justamente que idade cronológica não explica sozinha a experiência digital. A avaliação precisa considerar acesso, habilidades, condições sensoriais e cognitivas, apoio disponível e desenho da ferramenta. Oferecer telereabilitação sem verificar essas condições pode transformar expansão formal de oferta em exclusão prática.

O avanço de ferramentas de documentação ambiente baseadas em inteligência artificial torna ainda mais visível a disputa entre eficiência e relação. Esses sistemas captam a conversa clínica e geram rascunhos de registro, com a promessa de diminuir tempo de documentação e devolver atenção ao encontro. A questão não é trivial porque, ao reduzir a necessidade de digitar, a tecnologia pode de fato liberar contato visual; ao gravar ou processar uma conversa sensível, também altera expectativas de privacidade e pode modificar o que a pessoa se sente segura para dizer. Em estudo de melhoria da qualidade envolvendo 18 clínicos e 103 pacientes, Lawrence et al. (2025) encontraram variação importante na compreensão e no conforto com documentação ambiente, além de preocupações com armazenamento, compartilhamento de dados e responsabilidade. O estudo é localizado e não permite generalizações amplas, mas demonstra que consentimento para esse tipo de ferramenta não pode ser presumido a partir do consentimento geral para receber assistência.

Esse exemplo ajuda a distinguir consentimento tecnológico de mera ciência de que um recurso existe. Informar que uma consulta será registrada ou processada não basta quando a pessoa não compreende finalidade, destino dos dados, participação de terceiros, possibilidade de recusa ou consequências práticas. A educação em saúde digital passa, então, a fazer parte da qualidade da relação: a explicação precisa ser proporcional ao risco e à novidade, sem linguagem promocional nem tecnicismo defensivo. Para profissionais, isso exige conhecer suficientemente a ferramenta para explicar seus limites; para instituições, exige não delegar toda a responsabilidade de consentimento ao trabalhador que está diante do paciente sem oferecer política, materiais e fluxos coerentes.

A presença clínica, portanto, não deve ser medida pela distância física nem pelo tempo em que o profissional olha diretamente para o paciente. Ela se expressa na

capacidade de manter atenção responsiva mesmo quando o cuidado é mediado por sistemas. Uma consulta presencial dominada por telas pode ser menos presente do que um teleatendimento cuidadosamente organizado; um registro automatizado pode ampliar escuta ou produzir uma falsa sensação de que tudo foi capturado. O critério não é a quantidade de tecnologia presente, mas se ela aumenta a capacidade de reconhecer necessidades, sustentar diálogo e manter continuidade sem exigir que a pessoa se adapte silenciosamente às limitações do sistema.

10.2 Inteligência artificial e apoio à decisão: desempenho, confiança e responsabilidade

A inteligência artificial acrescenta uma dificuldade específica porque seus resultados podem parecer semelhantes a julgamentos humanos sem terem sido produzidos pelo mesmo tipo de raciocínio. Sistemas de classificação, predição, reconhecimento de imagem, apoio à decisão e modelos generativos operam com arquiteturas e finalidades distintas; agrupá-los sob um único rótulo favorece tanto entusiasmo quanto medo pouco informados. O primeiro requisito para uma incorporação responsável é definir a função concreta: o sistema detecta um padrão, estima risco, prioriza casos, resume informações, sugere possibilidades ou produz texto? A avaliação de benefício e risco depende dessa finalidade. Um desempenho elevado em tarefa delimitada não demonstra, por si só, que a ferramenta melhorará decisões, resultados ou experiência quando inserida em fluxo clínico real.

A revisão sistemática de Perivolaris et al. (2024) chama atenção justamente para essa diferença. Grande parte da avaliação de sistemas de inteligência artificial concentra-se em desempenho do modelo, enquanto a qualidade da interação entre profissional e sistema permanece menos estudada. Isso é decisivo porque uma ferramenta não atua isoladamente: sua recomendação chega em determinado momento, com determinada forma de apresentação, para um profissional submetido a carga de trabalho, incerteza e pressões de tempo. O resultado clínico depende tanto da qualidade do modelo quanto da forma como pessoas interpretam, conferem, aceitam, rejeitam ou incorporam sua saída.

O risco clássico de viés de automação permanece pertinente. Goddard, Roudsari e Wyatt (2012), em revisão sistemática anterior à atual onda de inteligência artificial generativa, mostraram que usuários podem tornar-se excessivamente dependentes do apoio automatizado, deixando de buscar ou processar informação contraditória. Experiência, confiança, complexidade da tarefa e carga de trabalho modificam esse

fenômeno. A atualidade desse problema não deriva de assumir que todo profissional obedecerá a um algoritmo, mas do fato de que sistemas mais convincentes e integrados ao fluxo podem aumentar o custo cognitivo de discordar. Quando uma recomendação chega rapidamente, com aparência de precisão e em ambiente de alta demanda, a necessidade de verificação pode ser percebida como atraso, ainda que seja parte essencial da segurança.

Por isso, supervisão humana não pode ser reduzida à frase de que "a decisão final é do profissional". Responsabilidade formal sem condições para exercer julgamento é insuficiente. O usuário precisa saber quando o sistema foi validado, para qual população e finalidade, quais dados utiliza, que tipo de erro pode ocorrer, como a incerteza é apresentada e quando a saída deve ser ignorada. Também precisa ter tempo e acesso às informações necessárias para revisar a recomendação. Uma organização que introduz inteligência artificial para acelerar decisões, mas não reserva possibilidade real de questionamento, produz uma contradição: mantém a responsabilidade humana no papel e reduz a autonomia profissional na prática.

Modelos generativos tornam essa tensão mais visível porque são capazes de produzir linguagem fluente, sínteses e respostas plausíveis mesmo quando o conteúdo contém erro, omissão ou inferência não sustentada. A orientação da Organização Mundial da Saúde sobre modelos multimodais de grande porte enfatiza riscos de respostas falsas, enviesadas ou inadequadas, além de questões de privacidade, segurança, transparência e dependência excessiva (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2024a). O ponto clínico não é que esses modelos sejam inutilizáveis; é que fluência não funciona como indicador de veracidade. A facilidade de leitura pode, paradoxalmente, tornar mais difícil perceber onde a verificação é necessária.

A evidência recente sobre documentação ambiente reforça esse cuidado. O fato de um sistema gerar uma nota bem estruturada não demonstra que captou corretamente negação de sintomas, temporalidade, incerteza, identidade de quem falou ou contexto de uma informação sensível. O profissional que assina continua responsável por conferir o registro. Ao mesmo tempo, exigir revisão linha a linha de um texto extenso pode recriar a carga de trabalho que a automação prometia reduzir. O desenho seguro precisa considerar esse paradoxo: automatizar uma tarefa só produz benefício se o esforço necessário para detectar erros residuais permanecer proporcional e se os erros mais relevantes forem visíveis o suficiente para serem corrigidos.

Viés também precisa ser tratado como problema clínico e não apenas estatístico. Dados de treinamento refletem quem conseguiu acessar serviços, quais informações foram registradas, como categorias foram definidas e quais decisões históricas produziram os desfechos usados como referência. Um sistema pode reproduzir desigualdades mesmo sem utilizar explicitamente uma variável protegida, porque outras variáveis funcionam como marcadores indiretos de território, renda, raça, deficiência ou acesso. A orientação da Organização Mundial da Saúde de 2021 coloca inclusão e equidade, autonomia, transparência, responsabilidade e proteção do bem-estar entre os princípios centrais para inteligência artificial em saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021a). A exigência de justiça, nesse contexto, não é acrescentada depois que o algoritmo está pronto; ela começa na escolha do problema, dos dados, dos grupos representados e dos desfechos considerados relevantes.

A Organização Mundial da Saúde também destaca, em suas considerações regulatórias de 2023, a importância de documentação, avaliação de risco, qualidade de dados, validação e monitoramento ao longo do ciclo de vida dos sistemas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2023). Isso desloca a pergunta de “o algoritmo funciona?” para 'para quem, em que condições, durante quanto tempo e com quais mecanismos de vigilância?'. Modelos podem perder desempenho quando população, equipamento, prevalência de doença, fluxo de trabalho ou padrão de registro mudam. A segurança precisa acompanhar uso real e não terminar no momento da aquisição ou da validação inicial.

No Brasil, a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 657/2022 disciplina a regularização de software como dispositivo médico quando o produto se enquadra nessa categoria e possui finalidade médica correspondente. O regulamento incorpora conceitos de validade clínica, desempenho, gestão de risco, interoperabilidade, segurança da informação, verificação, validação e controle de versões (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2022). É importante preservar o limite da afirmação: nem todo software de inteligência artificial utilizado em saúde será, por isso, um dispositivo médico. Quando a finalidade e o enquadramento regulatório tornam a norma aplicável, entretanto, a existência de obrigações técnicas reforça que inovação clínica não pode ser separada de evidência e governança.

A formação profissional passa a ter um papel diferente nesse cenário. Não basta ensinar a operar sistemas. É necessário desenvolver competência para interpretar resultados, reconhecer incerteza, identificar situações fora do escopo, verificar fontes,

perceber vieses e comunicar ao paciente quando uma ferramenta participa de forma relevante do processo de cuidado. O letramento em inteligência artificial não significa transformar todos os profissionais em programadores; significa impedir que a complexidade técnica seja usada como justificativa para uma confiança que ninguém consegue explicar. A autoridade clínica continuará humana apenas se houver conhecimento suficiente para exercer discordância fundamentada.

10.3 Direitos, equidade e aprendizagem na saúde digital: governança para uma inovação humanizada

Quando tecnologias passam a coletar, combinar e inferir informações de saúde, proteção de dados deixa de ser assunto periférico de segurança da informação e passa a integrar a relação terapêutica. A Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, Lei nº 13.709/2018, classifica dados referentes à saúde como dados pessoais sensíveis e estabelece princípios como finalidade, adequação, necessidade, transparência, segurança, prevenção, não discriminação e responsabilização (BRASIL, 2018a). Esses princípios têm consequências clínicas. Coletar o mínimo necessário reduz exposição; explicar finalidade sustenta confiança; garantir qualidade dos dados reduz decisões baseadas em registros incorretos; impedir uso discriminatório protege pessoas cujas informações de saúde podem gerar estigma ou restrição de oportunidades.

A ideia de minimização é especialmente importante porque ambientes digitais favorecem a lógica de que mais dados sempre serão úteis. Em cuidado, entretanto, possibilidade técnica de coletar não equivale a legitimidade para manter indefinidamente. Áudio de consultas, imagens, geolocalização, dados de dispositivos vestíveis, histórico de navegação em plataformas e respostas a questionários podem revelar aspectos muito além do problema que motivou o atendimento. Quanto mais extensa a coleta, maior a superfície de risco e mais difícil se torna explicar de forma compreensível quem utiliza cada informação. Humanização digital exige resistência à coleta por inércia: se o dado não possui finalidade assistencial, legal ou de gestão claramente definida, sua coleta e manutenção não devem ser presumidas; precisam ser justificadas por finalidade clara e proporcional.

Consentimento, nesse campo, também não pode absorver sozinho toda a responsabilidade. Pessoas podem aceitar termos extensos sem compreender práticas de processamento; podem sentir que recusar tecnologia comprometerá a relação com o serviço; ou podem concordar com um uso porque não existe alternativa concreta. A ética do cuidado digital exige escolhas reais e desenhos institucionais que não

transformem consentimento em mecanismo para transferir risco ao usuário. Isso é particularmente importante quando terceiros privados participam da infraestrutura, quando dados são reutilizados para desenvolvimento de sistemas ou quando a tecnologia está tão incorporada ao fluxo que a recusa se torna operacionalmente difícil.

A equidade acrescenta uma pergunta anterior ao consentimento: quem consegue chegar até a escolha? A revisão de Yuen et al. (2024) mostra que letramento em saúde digital se associa a características sociodemográficas e ao modo como pessoas conseguem utilizar recursos de saúde, embora a heterogeneidade dos estudos limite inferências causais amplas. O conceito é útil porque acesso digital envolve mais do que possuir um aparelho. É preciso localizar informação, compreender linguagem, avaliar confiabilidade, navegar interfaces, proteger credenciais, interpretar resultados e decidir quando buscar ajuda. Uma política que digitaliza o acesso sem oferecer alternativas e apoio pode converter uma diferença de habilidade em desigualdade assistencial.

Acessibilidade precisa estar dentro desse mesmo raciocínio. Uma plataforma incompatível com leitor de tela, uma legenda imprecisa, um formulário que depende exclusivamente de escrita, uma autenticação impossível de executar por quem possui determinada limitação motora ou uma consulta remota sem recurso adequado de comunicação não são apenas problemas de usabilidade. Eles alteram o exercício de direitos. A Lei Brasileira de Inclusão já utilizada ao longo deste livro estabelece acessibilidade como condição de participação; na saúde digital, isso significa testar tecnologias com usuários diversos e reconhecer que adaptações não podem ser tratadas como exceções improvisadas depois da implantação.

O Programa SUS Digital oferece uma formulação particularmente fértil para essa questão ao incluir, entre suas diretrizes, universalidade e equidade no acesso, protagonismo do cidadão, participação social, reconhecimento da conectividade como elemento relevante para inclusão, proteção de dados, formação de trabalhadores, interoperabilidade e associação das ações digitais ao modelo de atenção do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024). O texto normativo também inclui inteligência artificial, telessaúde, aplicações móveis, dispositivos vestíveis, robótica e internet das coisas no campo da saúde digital. A amplitude não deve ser interpretada como autorização automática para incorporar qualquer solução; ela reforça a necessidade de avaliar tecnologias como parte de uma arquitetura pública de cuidado e não como produtos isolados.

Essa arquitetura requer educação permanente porque os efeitos da digitalização se modificam com o próprio uso. Um risco não previsto pode aparecer quando profissionais criam atalhos; um recurso planejado para facilitar acesso pode ser evitado por determinado grupo; uma integração entre sistemas pode gerar duplicidades ou tornar um erro mais rapidamente disseminado. Equipes precisam de espaços para relatar essas ocorrências sem que toda dificuldade seja atribuída a "resistência à tecnologia". Resistir pode expressar desconhecimento, mas também pode ser resposta a um sistema mal desenhado, inseguro ou incompatível com o trabalho real. A aprendizagem institucional consiste em distinguir essas situações e adaptar processos com base na experiência de trabalhadores e usuários.

Também é necessário decidir o que será medido depois da implantação. Número de acessos, teleconsultas realizadas, alertas gerados ou notas automatizadas produzidas descrevem utilização, não necessariamente valor. Uma avaliação humanizada deve observar se o acesso realmente aumentou para grupos antes excluídos, se o tempo liberado foi convertido em atenção clínica, se profissionais conseguem contestar recomendações, se incidentes são detectados, se pacientes compreendem quando a tecnologia é utilizada e se a carga de trabalho foi reduzida ou apenas deslocada. Indicadores técnicos precisam conversar com desfechos clínicos, experiência, equidade e segurança.

Responsabilidade é o eixo que conecta todos esses critérios. Quanto mais distribuído o ecossistema tecnológico, mais fácil se torna atribuir falhas ao ponto seguinte da cadeia: o profissional culpa o sistema, o serviço culpa o fornecedor, o fornecedor aponta configuração local, o paciente é responsabilizado por não ter seguido uma orientação digital. Uma governança madura precisa definir previamente quem monitora desempenho, quem responde a incidentes, quem pode suspender uso, como atualizações são avaliadas e como usuários serão informados quando mudanças afetarem o cuidado. A inteligência artificial não elimina a responsabilidade; ela torna mais urgente desenhar onde ela está e como pode ser exercida.

A dimensão humana da inovação aparece, afinal, menos na aparência da tecnologia do que nas condições de sua incorporação. Uma ferramenta merece permanecer quando ajuda profissionais a perceber melhor, decidir com mais segurança, comunicar com mais clareza ou alcançar quem estava distante; quando a pessoa consegue compreender sua função e recusá-la quando isso for pertinente; quando dados são protegidos e utilizados com finalidade proporcional; quando vieses e falhas podem ser identificados e corrigidos; e quando a eficiência obtida não

depende de transferir silenciosamente trabalho e risco para pacientes ou famílias. A tecnologia deixa de ser meio e passa a comandar o cuidado quando sua continuidade se torna mais importante do que a finalidade para a qual foi criada.

Por isso, a pergunta mais exigente diante de qualquer inovação não é quanto ela automatiza, quantos dados produz ou quão semelhante ao julgamento humano consegue parecer. É o que passa a acontecer com a pessoa, com a equipe e com a responsabilidade depois que ela começa a fazer parte do cuidado. Se aumenta capacidade de compreender, proteger, incluir e agir sem tornar direitos menos visíveis, a tecnologia pode aprofundar a humanização. Se torna a experiência do paciente mais difícil de contestar, a decisão profissional mais dependente ou o acesso mais desigual, a novidade apenas muda a forma do problema que pretendia resolver.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Encerrar uma discussão sobre humanização exige preservar a complexidade que o próprio termo costuma perder quando é convertido em slogan. A tese que sustenta esta obra parte de uma premissa simples apenas na aparência: humanizar não significa acrescentar cordialidade a uma assistência tecnicamente pronta. Significa interrogar como o cuidado é organizado, decidido, comunicado, executado, avaliado e continuado. Essa mudança de perspectiva desloca a humanização do campo das intenções individuais para o terreno mais exigente das práticas, das relações de trabalho, das instituições e dos direitos. Um profissional pode ser respeitoso e ainda participar de um percurso fragmentado; um serviço pode dispor de alta tecnologia e continuar produzindo invisibilidade; uma equipe pode declarar-se multiprofissional sem construir decisões comuns. Por isso, a qualidade humana do cuidado não pode ser inferida apenas pelo modo como alguém é tratado durante um encontro. Ela precisa ser reconhecida na coerência do percurso que a pessoa consegue viver.

Essa formulação também impede que técnica e relação sejam colocadas em lados opostos. Não há cuidado verdadeiramente humanizado quando evidência, segurança e competência clínica são enfraquecidas em nome de uma ideia abstrata de acolhimento. Da mesma forma, não há excelência técnica completa quando a intervenção ignora compreensão, preferências, contexto de vida, capacidade funcional, riscos sociais ou condições concretas para seguir o plano proposto. O desafio não é escolher entre ciência e singularidade, mas construir decisões em que a melhor evidência disponível possa ser interpretada à luz de uma pessoa real. É nessa zona de encontro que a técnica deixa de ser aplicação indiferenciada de conhecimento e passa a funcionar como julgamento responsável.

A integralidade aparece, nesse sentido, menos como soma de serviços e mais como capacidade de manter unidos problemas que a organização tende a separar. Diagnóstico, tratamento, reabilitação, educação, apoio familiar, proteção jurídica, acesso e continuidade não se tornam integrais apenas porque existem simultaneamente. Precisam formar um percurso compreensível, com prioridades compatíveis e responsabilidades reconhecíveis. Quando cada profissional atua corretamente dentro de sua parcela, mas o conjunto produz orientações contraditórias, duplicação de tarefas, lacunas de seguimento ou decisões que ninguém

assume, o usuário experimenta fragmentação apesar da presença de múltiplas competências. A integralidade se mede, portanto, também pela possibilidade de a pessoa perceber o cuidado como um processo coerente.

Essa coerência começa pela capacidade de reconhecer necessidades antes de convertê-las em categorias prontas. Acolhimento e escuta qualificada não foram tratados aqui como gestos preliminares de gentileza, mas como mecanismos clínicos e organizacionais pelos quais informações relevantes conseguem entrar no cuidado. Ouvir melhor pode revelar barreiras de acesso, dificuldades de compreensão, medo de efeitos adversos, violência, sobrecarga familiar, limitações funcionais ou objetivos que não estavam visíveis no diagnóstico. O valor da escuta não está em produzir uma conversa mais agradável, mas em modificar aquilo que a equipe consegue perceber e, por consequência, aquilo sobre o que pode decidir. Essa diferença é decisiva porque práticas humanizadas não dependem apenas da disposição para ouvir; dependem de condições institucionais para responder ao que foi ouvido.

A comunicação também assume um papel mais exigente quando deixa de ser confundida com transmissão de informação. Informar não garante compreender, e compreender não equivale automaticamente a participar. Uma decisão compartilhada requer que possibilidades, riscos, incertezas e alternativas sejam apresentadas de forma acessível, mas exige igualmente que o conhecimento da pessoa sobre sua própria vida seja considerado relevante para a escolha. Isso não dissolve a assimetria de conhecimento entre profissional e paciente nem transfere ao usuário o ônus de decidir sozinho. Ao contrário, redefine a responsabilidade profissional: orientar sem tutelar, recomendar sem coercer, sustentar a incerteza sem abandoná-la e reconhecer que uma decisão clinicamente correta pode ser inadequada quando é impossível de realizar ou incompatível com prioridades legítimas da pessoa.

A autonomia, por isso, não deve ser confundida com independência absoluta. Pessoas hospitalizadas, idosas, com deficiência, com doença grave ou em reabilitação podem necessitar de apoio para agir sem perder a capacidade de expressar preferências, compreender informações ou participar das decisões que as afetam. Da mesma forma, a presença de familiares pode ampliar segurança e compreensão, mas não autoriza presumir que a voz da família substitua automaticamente a da pessoa cuidada. Humanizar significa construir apoios proporcionais, reconhecer diferentes formas de comunicação e evitar que dependência física, sofrimento, idade ou deficiência sejam transformados em presunções de incapacidade. Proteger sem tutelar é uma das tarefas éticas mais delicadas do cuidado.

O trabalho multiprofissional torna essa tarefa ainda mais complexa. A coexistência de diferentes profissões amplia repertórios, mas também cria fronteiras, hierarquias, sobreposições e conflitos. A integração real depende menos da quantidade de categorias profissionais e mais da existência de objetivos compartilhados, circulação de informação, negociação de responsabilidades e capacidade de discordar sem romper a cooperação. Responsabilidade compartilhada não pode significar responsabilidade diluída. Em um cuidado integrado, cada profissional precisa reconhecer o que lhe compete, o que depende de outro saber e quais decisões precisam ser revisitadas coletivamente. Para o paciente, essa integração deve aparecer na forma de orientações compatíveis, transições seguras e continuidade, não apenas em reuniões de equipe.

Essa mesma lógica ajuda a aproximar humanização e segurança do paciente. Protocolos, barreiras e indicadores são indispensáveis, mas não bastam quando o sistema pune indiscriminadamente quem relata problemas, naturaliza condições inseguras ou considera o usuário um obstáculo ao fluxo. Segurança humanizada exige cultura de aprendizagem, capacidade de diferenciar falhas sistêmicas de condutas irresponsáveis, transparência diante do dano e espaço para que profissionais, pacientes e familiares comuniquem riscos sem medo ou culpa. Participar da segurança não significa transformar a pessoa em fiscal da própria assistência. Significa reconhecer que sua experiência pode acrescentar informação relevante, sem deslocar para ela uma responsabilidade que pertence ao sistema.

No cuidado cotidiano, essa discussão ganha materialidade especial. A enfermagem mostra como atividades consideradas básicas podem condensar julgamento clínico, dignidade, educação, prevenção e autonomia. Higiene, alimentação, mobilidade, sono, conforto, eliminação e comunicação não são tarefas menores quando interferem na segurança, na funcionalidade e na experiência de adoecimento. Transformar necessidades em uma lista de procedimentos pode tornar o trabalho aparentemente eficiente e, ao mesmo tempo, retirar do cuidado sua capacidade de reconhecer mudanças, ensinar, apoiar escolhas e preparar continuidade. Cuidar de forma centrada na pessoa exige que a organização permita tempo, informação e condições para que atividades rotineiras permaneçam clinicamente significativas.

A fisioterapia e a reabilitação acrescentam outra dimensão importante: nem todo ganho mensurável se converte automaticamente em vida melhor. Força, amplitude, equilíbrio, marcha, dor e capacidade respiratória são resultados relevantes, mas seu valor se amplia quando podem ser relacionados a atividades e formas de participação

que importam para a pessoa. Recuperar funcionalidade não é retornar obrigatoriamente a um padrão idealizado de independência. Pode significar aprender uma estratégia compensatória, utilizar tecnologia assistiva, reorganizar uma atividade, aceitar ajuda em determinado domínio ou preservar capacidade suficiente para manter vínculos e projetos. A humanização da reabilitação aparece justamente quando o corpo é tratado com rigor sem que o resultado seja reduzido ao corpo.

O julgamento médico enfrenta tensão semelhante. Diretrizes e evidências oferecem referências indispensáveis, porém raramente eliminam a incerteza ou definem sozinhas o que deve ser feito diante de multimorbidade, riscos concorrentes, prognósticos limitados ou grande carga terapêutica. A proporcionalidade do cuidado exige perguntar não apenas se uma intervenção pode produzir benefício, mas quanto benefício é plausível, em que horizonte, a que custo de sofrimento, tempo, efeitos adversos e complexidade. Fazer mais não é sinônimo de cuidar melhor, assim como fazer menos não é, por si só, abandono. Uma decisão responsável precisa manter unidos conhecimento técnico, valores, prognóstico, possibilidade real de implementação e disposição para rever a conduta quando o contexto mudar.

A vulnerabilidade hospitalar mostra de modo particularmente claro por que essas escolhas não podem ser analisadas apenas no plano individual. O hospital pode preservar a vida e simultaneamente reduzir privacidade, controle sobre a rotina, comunicação, mobilidade e vínculos. Parte dessa vulnerabilidade decorre da própria condição clínica; outra parte é produzida ou ampliada pelo modo como a instituição organiza espaços, horários, regras, acompanhantes, acessibilidade e informação. Reconhecer isso muda a pergunta. Em vez de classificar determinadas pessoas como naturalmente vulneráveis, torna-se necessário identificar quais barreiras do ambiente aumentam dependência, silêncio ou exclusão e quais mudanças podem devolver participação sem comprometer segurança.

Essa perspectiva é especialmente relevante quando saúde, educação e Direito se encontram. A educação em saúde não pode ser reduzida à entrega de orientações no momento da alta. Ela acontece durante o cuidado, quando a pessoa aprende a interpretar sintomas, compreender riscos, utilizar um dispositivo, reconhecer limites, adaptar uma atividade ou decidir quando procurar ajuda. Do mesmo modo, a continuidade educacional de crianças e adolescentes hospitalizados por longos períodos integra a proteção de desenvolvimento e identidade. O componente educativo do cuidado se torna humanizador quando amplia capacidade de agir e

compreender, e não quando apenas exige adesão a recomendações formuladas sem diálogo.

O Direito, por sua vez, não aparece como camada externa colocada sobre a prática clínica depois que o cuidado já foi definido. Direitos à informação, privacidade, consentimento, recusa, acompanhante, acessibilidade, proteção de dados, reabilitação e continuidade influenciam a própria qualidade das decisões. A existência de uma norma não garante sua realização cotidiana, mas oferece limites importantes para práticas que poderiam ser justificadas apenas por conveniência institucional ou tradição profissional. A humanização ganha densidade quando deixa de depender exclusivamente da sensibilidade de indivíduos e passa a ser sustentada também por obrigações que tornam dignidade, autonomia e equidade exigíveis.

A tecnologia amplia tanto as possibilidades quanto as tensões desse projeto. Prontuários eletrônicos, monitoramento remoto, teleassistência, sistemas de apoio à decisão e inteligência artificial podem melhorar acesso, continuidade, detecção de risco e circulação de informação. Mas nenhum desses efeitos é automático. Uma ferramenta que exige atenção excessiva à tela pode empobrecer o encontro; um algoritmo acurado pode produzir dano se for aplicado fora da população em que foi validado; um serviço remoto pode ampliar alcance e, ao mesmo tempo, excluir quem não dispõe de conectividade, letramento digital ou acessibilidade. O critério não deve ser a novidade do recurso, mas aquilo que muda na capacidade de compreender, decidir, proteger, incluir e responder por consequências.

Esse critério também redefine o significado de supervisão humana. Não basta manter formalmente um profissional no processo se ele não compreende como o sistema produz recomendações, não consegue identificar limites ou não possui autoridade prática para discordar. Responsabilidade clínica não pode ser transferida silenciosamente para uma ferramenta, assim como a responsabilidade institucional não pode ser deslocada para quem utiliza a tecnologia na ponta. Governança, validação, proteção de dados, registro de versões, monitoramento de desempenho e possibilidade de contestação são condições de uma inovação realmente compatível com cuidado humanizado. Quanto mais automatizada a decisão, mais necessário se torna tornar visíveis os pontos em que alguém continua responsável.

Ao reunir essas dimensões, torna-se evidente que humanização depende também das condições de trabalho. Esperar escuta, presença, comunicação cuidadosa, decisão compartilhada e integração de equipes em ambientes marcados por sobrecarga

extrema, descontinuidade, estruturas inadequadas ou sistemas mal desenhados cria uma contradição que não pode ser resolvida por apelos morais aos profissionais. Isso não elimina responsabilidade ética individual, mas impede que problemas organizacionais sejam apresentados como falhas de empatia. Serviços humanizados precisam cuidar da arquitetura do trabalho: dimensionamento, fluxos, espaços de discussão, educação permanente, liderança, suporte após eventos adversos e condições para que profissionais consigam sustentar atenção sem comprometer segurança.

Também é necessário reconhecer que equidade não resulta de oferecer exatamente a mesma resposta para todos. Pessoas chegam aos serviços com diferentes recursos materiais, linguísticos, cognitivos, territoriais, familiares e digitais. Uma recomendação aparentemente igual pode produzir consequências desiguais quando exige deslocamento impossível, equipamentos inacessíveis, compreensão técnica elevada ou apoio familiar inexistente. A humanização exige identificar essas diferenças sem transformá-las em rótulos ou reduzir expectativas sobre determinados grupos. Equidade, nesse sentido, significa ajustar suportes e percursos para que direitos e possibilidades de benefício sejam reais, e não apenas formalmente disponíveis.

Essa leitura ajuda a explicar por que medir qualidade humanizada é difícil. Satisfação é relevante, mas não esgota a experiência; adesão pode refletir compreensão e concordância, mas também medo ou ausência de alternativas; redução de tempo pode representar eficiência ou pressa; maior número de notificações de incidentes pode significar pior desempenho ou cultura mais aberta. Indicadores precisam ser interpretados dentro dos processos que procuram representar. Avaliar humanização requer combinar resultados clínicos, segurança, funcionalidade, experiência, continuidade, acesso e participação, evitando transformar qualquer medida isolada em prova definitiva de qualidade.

Os limites da evidência discutidos ao longo da obra reforçam essa cautela. Intervenções relacionais, modelos de cuidado centrado na pessoa, estratégias interprofissionais, tecnologias digitais e práticas de decisão compartilhada apresentam resultados promissores em muitos contextos, mas não produzem efeitos uniformes. Estudos variam em desenho, população, intensidade, desfechos e condições de implementação. A resposta adequada a essa heterogeneidade não é abandonar essas abordagens nem proclamá-las universais. É compreender quais mecanismos parecem relevantes, em que circunstâncias funcionam, quais recursos exigem e quais riscos introduzem. Humanização baseada em evidências também precisa saber dizer quando a evidência é insuficiente.

Do ponto de vista prático, isso desloca a agenda de melhoria dos serviços. Não basta treinar profissionais para serem mais acolhedores se agendas, fluxos e registros tornam a escuta inviável. Não basta criar equipes multiprofissionais se decisões permanecem isoladas. Não basta oferecer educação ao paciente se as informações são incompatíveis entre si. Não basta digitalizar processos se barreiras de acesso e compreensão permanecem. E não basta reconhecer direitos em documentos se o desenho do serviço torna seu exercício excepcional. Melhorar o cuidado exige alinhar microdecisões clínicas, processos de trabalho, gestão, educação permanente, infraestrutura e governança.

Há, portanto, uma exigência de coerência que atravessa todo o projeto de humanização. O usuário não deveria precisar reconstruir sozinho o sentido de um cuidado que o sistema fragmentou. Não deveria ser obrigado a escolher entre ser protegido e ser ouvido, entre receber tecnologia e manter privacidade, entre obter assistência especializada e perder continuidade, entre depender de ajuda e preservar autonomia. O desafio institucional é produzir formas de cuidado em que esses pares não funcionem como opostos inevitáveis. Nem sempre será possível eliminar tensões, mas é possível torná-las explícitas, deliberar sobre elas e distribuir responsabilidades de maneira mais justa.

Essa é talvez a implicação mais importante desta obra: humanização não designa uma versão mais delicada da assistência, mas uma forma mais completa de exigir qualidade. Ela pergunta se a intervenção faz sentido clínico, se é segura, se pode ser compreendida, se respeita direitos, se cabe na vida da pessoa, se preserva ou amplia participação e se possui continuidade suficiente para produzir benefício além do encontro imediato. Também pergunta quem fica de fora, quem suporta os encargos do plano e quem responde quando processos falham. Quanto mais essas perguntas entram no raciocínio cotidiano, menos a humanização depende de discursos abstratos e mais se torna critério concreto de decisão.

No fim, preservar a dimensão humana do cuidado não significa proteger a assistência contra a ciência, a especialização ou a tecnologia. Significa impedir que qualquer uma delas se torne suficiente por si mesma. O conhecimento técnico é indispensável, mas precisa encontrar uma pessoa capaz de compreender, sentir, recusar, aprender, depender, desejar e viver consequências que não cabem inteiramente nos indicadores clínicos. Quando serviços conseguem reconhecer essa condição sem abandonar rigor, responsabilidade e evidência, humanização deixa de ser uma promessa periférica e passa a definir a própria excelência assistencial. É nesse

ponto que práticas integradas adquirem seu sentido mais profundo: não reunir tudo ao redor do paciente, mas fazer com que aquilo que realmente importa consiga permanecer unido no cuidado.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Anvisa, 2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 657, de 24 de março de 2022**. Dispõe sobre a regularização de software como dispositivo médico (Software as a Medical Device - SaMD). Brasília, DF: Anvisa, 2022.

AGUIAR, N. Tomada de decisão compartilhada enquanto estratégia para vulnerabilidade em saúde. **Revista Bioética**, v. 31, 2023. DOI: 10.1590/1983-803420233609PT.

ALKUREISHI, M. A.; LEE, W. W.; LYONS, M.; PRESS, V. G.; IMAM, S.; NKANSAAH-AMANKRA, A.; WERNER, D.; ARORA, V. M. Impact of electronic medical record use on the patient-doctor relationship and communication: a systematic review. **Journal of General Internal Medicine**, v. 31, n. 5, p. 548-560, 2016. DOI: 10.1007/s11606-015-3582-1.

BECKER, C.; ZUMBRUNN, S.; BECK, K. et al. Interventions to improve communication at hospital discharge and rates of readmission: a systematic review and meta-analysis. **JAMA Network Open**, v. 4, n. 8, e2119346, 2021. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.19346.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005. DOI: 10.1590/S1413-81232005000300014.

BIRKHÄUER, J.; GAAB, J.; KOSSOWSKY, J. et al. Trust in the health care professional and health outcome: a meta-analysis. **PLOS ONE**, v. 12, n. 2, e0170988, 2017. DOI: 10.1371/journal.pone.0170988.

BOUTON, C.; JOURNEAUX, M.; JOURDAIN, M. et al. Interprofessional collaboration in primary care: what effect on patient health? A systematic literature review. **BMC Primary Care**, v. 24, art. 253, 2023. DOI: 10.1186/s12875-023-02189-0.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2003.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Presidência da República, 2015.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília, DF: Presidência da República, 2018a, com alterações posteriores.

BRASIL. **Lei nº 13.716, de 24 de setembro de 2018**. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, para assegurar atendimento educacional ao aluno da educação básica internado para tratamento de saúde em regime hospitalar ou domiciliar por tempo prolongado. Brasília, DF: Presidência da República, 2018b.

BRASIL. **Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional, e a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015; e revoga a Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Brasília, DF: Presidência da República, 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990a.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023**. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nºs 2, 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed., 5. reimpr. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010a. 44 p. ISBN 85-334-1268-1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed., 4. reimpr. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010b. 72 p. ISBN 978-85-334-1444-0.

BRUCH, J. D.; KHAZEN, M.; MAHMIC-KAKNJO, M.; LÉGARÉ, F.; ELLEN, M. E. The effects of shared decision making on health outcomes, health care quality, cost, and consultation time: an umbrella review. **Patient Education and Counseling**, v. 129, art. 108408, 2024. DOI: 10.1016/j.pec.2024.108408.

BUSCH, I. M.; MORETTI, F.; TRAVAINI, G.; WU, A. W.; RIMONDINI, M. Humanization of care: key elements identified by patients, caregivers, and healthcare providers. A systematic review. **The Patient**, v. 12, n. 5, p. 461-474, 2019. DOI: 10.1007/s40271-019-00370-1.

CAI, Y.; LIU, Y.; WANG, C.; LIU, S.; ZHANG, M.; JIANG, Y. Patient and family engagement interventions for hospitalized patient safety: a scoping review. **Journal of Clinical Nursing**, v. 33, n. 6, p. 2099-2111, 2024. DOI: 10.1111/jocn.17022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resolução Cofen nº 564, de 6 de novembro de 2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, DF: Cofen, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resolução Cofen nº 736, de 17 de janeiro de 2024**. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília, DF: Cofen, 2024.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (Brasil). **Resolução COFFITO nº 424, de 8 de julho de 2013**. Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia. Brasília, DF: COFFITO, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018**. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília, DF: CFM, 2018, com modificações posteriores.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 2.232, de 17 de julho de 2019**. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. Brasília, DF: CFM, 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução nº 553, de 9 de agosto de 2017**. Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2017.

COVINSKY, K. E.; PIERLUISSI, E.; JOHNSTON, C. B. Hospitalization-associated disability: "She was probably able to ambulate, but I'm not sure". **JAMA**, v. 306, n. 16, p. 1782-1793, 2011. DOI: 10.1001/jama.2011.1556.

DEVLIN, J. W.; SKROBIK, Y.; GÉLINAS, C. et al. Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. **Critical Care Medicine**, v. 46, n. 9, p. e825-e873, 2018. DOI: 10.1097/CCM.0000000000003299.

ELWYN, G.; DURAND, M. A.; SONG, J. et al. A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. **BMJ**, v. 359, j4891, 2017. DOI: 10.1136/bmj.j4891.

ESCALDA, P.; PARREIRA, C. M. S. F. Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, supl. 2, p. 1717-1727, 2018. DOI: 10.1590/1807-57622017.0818.

FERLA, J. B. S.; BERBERIAN, A. P.; ARAÚJO, C. M. et al. Efeito do modelo de Cuidado Centrado no Paciente na satisfação do profissional de saúde: revisão sistemática. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 43, esp., e20210288, 2022. DOI: 10.1590/1983-1447.2022.20210288.pt.

FUSEINI, A.-G.; LEY, L.; RAWSON, H.; REDLEY, B.; KERR, D. A systematic review of patient-reported dignity and dignified care during acute hospital admission. **Journal of Advanced Nursing**, v. 78, n. 11, p. 3540-3558, 2022. DOI: 10.1111/jan.15370.

GODDARD, K.; ROUDSARI, A.; WYATT, J. C. Automation bias: a systematic review of frequency, effect mediators, and mitigators. **Journal of the American Medical Informatics Association**, v. 19, n. 1, p. 121-127, 2012. DOI: 10.1136/amiajnl-2011-000089.

GUAN, T.; CHEN, X.; LI, J.; ZHANG, Y. Factors influencing patient experience in hospital wards: a systematic review. **BMC Nursing**, v. 23, art. 527, 2024. DOI: 10.1186/s12912-024-02054-0.

HAVANA, T.; KUHA, S.; LAUKKA, E.; KANSTE, O. Patients' experiences of patient-centred care in hospital setting: a systematic review of qualitative studies. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 37, n. 4, p. 1001-1015, 2023. DOI: 10.1111/scs.13174.

INOUYE, S. K.; WESTENDORP, R. G. J.; SACZYNSKI, J. S. Delirium in elderly people. **The Lancet**, v. 383, n. 9920, p. 911-922, 2014. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)60688-1.

JANERKA, C.; LESLIE, G. D.; GILL, F. J. Development of patient-centred care in acute hospital settings: a meta-narrative review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 140, art. 104465, 2023. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2023.104465.

JANGLAND, E.; NYHOLM, L.; WENGSTRÖM-NYMARK, H. et al. The Fundamentals of Care Framework: application within a post-graduate nursing programme facilitated by a pedagogical project for educators. **Journal of Advanced Nursing**, v. 81, n. 8, p. 5103-5111, 2025. DOI: 10.1111/jan.16881.

JENSTAD, L. M.; HOWE, T.; BREAU, G. et al. Communication between healthcare providers and communicatively-vulnerable patients with associated health outcomes: a scoping review of knowledge syntheses. **Patient Education and Counseling**, v. 119, art. 108040, 2024. DOI: 10.1016/j.pec.2023.108040.

KAISER, L.; CONRAD, S.; NEUGEBAUER, E. A. M.; PIETSCH, B.; PIEPER, D. Interprofessional collaboration and patient-reported outcomes in inpatient care: a systematic review. **Systematic Reviews**, v. 11, art. 169, 2022. DOI: 10.1186/s13643-022-02027-x.

KITSON, A. L. The Fundamentals of Care Framework as a point-of-care nursing theory. **Nursing Research**, v. 67, n. 2, p. 99-107, 2018. DOI: 10.1097/NNR.0000000000000271.

LAWRENCE, K.; KURAM, V. S.; LEVINE, D. L. et al. Informed consent for ambient documentation using generative AI in ambulatory care. **JAMA Network Open**, v. 8, n. 7, e2522400, 2025. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2025.22400.

LEE, J. E.; LEE, J.; SHIN, R.; OH, O.; LEE, K. S. Treatment burden in multimorbidity: an integrative review. **BMC Primary Care**, v. 25, art. 352, 2024. DOI: 10.1186/s12875-024-02586-z.

LERCH, S. P.; HÄNGGI, R.; BUSSMANN, Y. et al. A model of contributors to a trusting patient-physician relationship: a critical review using a systematic search strategy. **BMC Primary Care**, v. 25, art. 194, 2024. DOI: 10.1186/s12875-024-02435-z.

LOMBARDI FORTINO, D.; GALAZZI, A.; CHIAPPINOTTO, S.; PALESE, A. Nurse managers' strategies promoting a Fundamentals of Care-based approach among nurses: a scoping review. **Annali di Igiene**, v. 36, n. 1, p. 26-40, 2024. DOI: 10.7416/ai.2023.2583.

LV, Y.; LI, P.; LI, R.; ZHANG, T.; CAI, K. The impact of patient- and family-centered care interventions on intensive care unit outcomes: a meta-analysis of randomized controlled trials. **Brazilian Journal of Anesthesiology**, v. 75, n. 1, art. 844577, 2025. DOI: 10.1016/j.bjane.2024.844577.

MANZONI, A. C. T.; OLIVEIRA, N. T. B.; CABRAL, C. M. N.; RICCI, N. A. The role of the therapeutic alliance on pain relief in musculoskeletal rehabilitation: a systematic review. **Physiotherapy Theory and Practice**, v. 34, n. 12, p. 901-915, 2018. DOI: 10.1080/09593985.2018.1431343.

MARTINS, C. P.; LUZIO, C. A. Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 60, p. 13-22, 2017. DOI: 10.1590/1807-57622015.0614.

MEMA, A.; BRESSAN, V.; STEVANIN, S.; CADORIN, L. The perception of dignity in the hospitalized patient: findings from a meta-synthesis. **Nursing Ethics**, v. 32, n. 1, p. 19-41, 2025. DOI: 10.1177/09697330241238339.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS nº 3.232, de 1º de março de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Programa SUS Digital. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

MONTGOMERY, A.; CHALILI, V.; LAINIDI, O. et al. Psychological safety and patient safety: a systematic and narrative review. **PLOS ONE**, v. 20, n. 4, e0322215, 2025. DOI: 10.1371/journal.pone.0322215.

MONTORI, V. M.; KUNNEMAN, M.; HARGRAVES, I.; BRITO, J. P. Shared decision making and the internist. **European Journal of Internal Medicine**, v. 37, p. 1-6, 2017. DOI: 10.1016/j.ejim.2016.09.018.

MURRAY, J. S.; LEE, J.; LARSON, S. et al. Requirements for implementing a just culture within healthcare organisations: an integrative review. **BMJ Open Quality**, v. 12, n. 2, e002237, 2023. DOI: 10.1136/bmjoq-2022-002237.

NAYLOR, J.; KILLINGBACK, C.; GREEN, A. What are the views of musculoskeletal physiotherapists and patients on person-centred practice? A systematic review of qualitative studies. **Disability and Rehabilitation**, v. 45, n. 6, p. 950-961, 2023. DOI: 10.1080/09638288.2022.2055165.

NEAL, D. P.; NESTOR, B. A.; ARCHER, C.; MOLINARI-ULATE, M.; WILD, M. G.; KELLEY, J. M. Interventions that strengthen the patient-clinician relationship improve healthcare outcomes: an updated systematic review and meta-analysis. **Patient Education and Counseling**, v. 150, art. 109699, 2026. DOI: 10.1016/j.pec.2026.109699.

NEMBHARD, I. M.; DAVID, G.; EZZEDDINE, I.; BETTS, D.; RADIN, J. A systematic review of research on empathy in health care. **Health Services Research**, v. 58, n. 2, p. 250-263, 2023. DOI: 10.1111/1475-6773.14016.

OLIVEIRA, C.; GOMES, C. A.; PEREIRA, A. D. A.; LOMBA, M. L. L. F.; POBLETE, M.; BACKES, D. S. Acolhimento e ambiência hospitalar: percepção de profissionais da saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, eAPE03216, 2022. DOI: 10.37689/acta-ape/2022AO032166.

ONG, T. S. K.; GOH, C. N.; TAN, E. K. Y. E. et al. Second victim syndrome among healthcare professionals: a systematic review of interventions and outcomes. **Journal of Healthcare Leadership**, v. 17, p. 225-239, 2025. DOI: 10.2147/JHL.S526565.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Ethics and governance of artificial intelligence for health: guidance on large multi-modal models**. Geneva: World Health Organization, 2024a. ISBN 978-92-4-008475-9.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Ethics and governance of artificial intelligence for health: WHO guidance**. Geneva: World Health Organization, 2021a. ISBN 978-92-4-002920-0.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Framework for action on interprofessional education & collaborative practice**. Geneva: World Health Organization, 2010. WHO/HRH/HPN/10.3.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Framework on integrated people-centred health services**. Geneva: World Health Organization, 2016. WHA69.24.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care**. Geneva: World Health Organization, 2021b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **International classification of functioning, disability and health: ICF**. Geneva: World Health Organization, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Regulatory considerations on artificial intelligence for health**. Geneva: World Health Organization, 2023. ISBN 978-92-4-007887-1.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Rehabilitation** and functioning in the 2030 Agenda. Geneva: World Health Organization, 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Rehabilitation**. Geneva: World Health Organization, 2024b.

OVIEDO, R. A. M.; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 53, p. 237-250, 2015. DOI: 10.1590/1807-57622014.0436.

PATEL, B.; GHEIHMAN, G.; KATZ, J. T.; SIMPKIN BEGIN, A.; SOLOMON, S. R. Navigating uncertainty in clinical practice: a structured approach. **Journal of General Internal Medicine**, v. 39, n. 5, p. 829-836, 2024. DOI: 10.1007/s11606-023-08596-4.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, supl. 2, p. 1525-1534, 2018. DOI: 10.1590/1807-57622017.0827.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. L. F.; SILVA, J. A. M.; SOUZA, H. S. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, supl. 1, e0024678, 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00246.

PERIVOLARIS, A.; ADAMS-MCGAVIN, C.; MADAN, Y.; KISHIBE, T.; ANTONIOU, T.; MAMDANI, M.; JUNG, J. J. Quality of interaction between clinicians and artificial intelligence systems: a systematic review. **Future Healthcare Journal**, v. 11, n. 3, art. 100172, 2024. DOI: 10.1016/j.fhj.2024.100172.

PIETERSE, A. H.; HUIJGENS, F. L.; VROMANS, R. D.; HILLEN, M. A. The interplay between shared decision making and uncertainty: a conceptual analysis and empirical illustration. **Patient Education and Counseling**, v. 147, art. 109515, 2026. DOI: 10.1016/j.pec.2026.109515.

PUUSTINEN, S.; KVIST, T.; STOLT, M. The core components and instruments of the therapeutic relationship in musculoskeletal physiotherapy: a systematic integrative review. **Musculoskeletal Care**, v. 24, n. 2, e70219, 2026. DOI: 10.1002/msc.70219.

RATHERT, C.; WYRWICH, M. D.; BOREN, S. A. Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. **Medical Care Research and Review**, v. 70, n. 4, p. 351-379, 2013. DOI: 10.1177/1077558712465774.

RATHNAYAKE, D.; SASAME, A.; RADOMSKA, A. et al. What can we learn from patient and family experiences of open disclosure and how they have been evaluated? A systematic review. **BMC Health Services Research**, v. 25, art. 238, 2025. DOI: 10.1186/s12913-025-12388-3.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**, v. 320, n. 7237, p. 768-770, 2000. DOI: 10.1136/bmj.320.7237.768.

REEVES, S.; PELONE, F.; HARRISON, R.; GOLDMAN, J.; ZWARENSTEIN, M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 6, CD000072, 2017. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub3.

RICHTER, R.; JANSEN, J.; BONGAERTS, I.; DAMMAN, O.; RADEMAKERS, J.; VAN DER WEIJDEN, T. Communication of benefits and harms in shared decision making with patients with limited health literacy: a systematic review of risk communication strategies. **Patient Education and Counseling**, v. 116, art. 107944, 2023. DOI: 10.1016/j.pec.2023.107944.

RODRÍGUEZ-NOGUEIRA, Ó.; ALBA-PÉREZ, E.; ÁLVAREZ-ÁLVAREZ, M. J.; MORENO-POYATO, A. R. Physical therapist characteristics and therapeutic relationship process construct factors that improve patient health outcomes in physical therapy: a systematic review. **Physiotherapy Theory and Practice**, v. 41, n. 9, p. 1952-1967, 2025. DOI: 10.1080/09593985.2025.2469162.

ROSE, A.; ROSEWILLIAM, S.; SOUNDY, A. Shared decision making within goal setting in rehabilitation settings: a systematic review. **Patient Education and Counseling**, v. 100, n. 1, p. 65-75, 2017. DOI: 10.1016/j.pec.2016.07.030.

SANTOS, D. G. S. M.; SANTOS, E. J. F.; PETRONILHO, F. A. S.; AMARAL, A. F. S. People's experiences of their involvement in nursing care: a qualitative systematic review with meta-aggregation synthesis. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 57, n. 5, p. 741-758, 2025. DOI: 10.1111/jnu.70025.

SCHOT, E.; TUMMERS, L.; NOORDEGRAAF, M. Working on working together: a systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. **Journal of Interprofessional Care**, v. 34, n. 3, p. 332-342, 2020. DOI: 10.1080/13561820.2019.1636007.

SILVA, I. R.; CABULON, E. A. I. C.; MENDONÇA, F. S. S. et al. Aplicabilidade dos registros eletrônicos de saúde no Processo de Enfermagem hospitalar: revisão de escopo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 78, supl. 3, e20240520, 2025. DOI: 10.1590/0034-7167-2024-0520pt.

STACEY, D.; LEWIS, K. B.; SMITH, M. et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 1, CD001431, 2024. DOI: 10.1002/14651858.CD001431.pub6.

TANDAN, M.; DUNLEA, S.; CULLEN, W.; BURY, G. Teamwork and its impact on chronic disease clinical outcomes in primary care: a systematic review and meta-analysis. **Public Health**, v. 229, p. 88-115, 2024. DOI: 10.1016/j.puhe.2024.01.019.

UBBINK, D. T.; MATTHIJSSEN, M.; LEMRINI, S.; VAN ETTEN-JAMALUDIN, F. S.; BLOEMERS, F. W. Systematic review of barriers, facilitators, and tools to promote shared decision making in the emergency department. **Academic Emergency Medicine**, v. 31, n. 10, p. 1037-1049, 2024. DOI: 10.1111/acem.14998.

VALENTINE, K. D.; LEAVITT, L.; SEPUCHA, K. R.; ATLAS, S. J.; SIMMONS, L.; SIEGEL, L.; RICHTER, J. M.; HAN, P. K. J. Uncertainty tolerance among primary care physicians: relationship to shared decision making-related perceptions, practices, and physician

characteristics. **Patient Education and Counseling**, v. 123, art. 108232, 2024. DOI: 10.1016/j.pec.2024.108232.

VAN BELLE, E.; GIESEN, J.; CONROY, T. et al. Exploring person-centred fundamental nursing care in hospital wards: a multi-site ethnography. **Journal of Clinical Nursing**, v. 29, n. 11-12, p. 1933-1944, 2020. DOI: 10.1111/jocn.15024.

VERAS, M.; AUGER, L.-P.; SIGOUIN, J.; GHEIDARI, N.; NELSON, M. L. A.; MILLER, W. C.; HUDON, A.; KAIRY, D. Ethics and equity challenges in telerehabilitation for older adults: rapid review. **JMIR Aging**, v. 8, e69660, 2025. DOI: 10.2196/69660.

VINCENT, C.; AMALBERTI, R. **Safer healthcare: strategies for the real world**. Cham: Springer, 2016. DOI: 10.1007/978-3-319-25559-0.

YUEN, E.; WINTER, N.; SAVIRA, F.; HUGGINS, C. E.; NGUYEN, L.; COOPER, P.; PEETERS, A.; ANDERSON, K.; BHOYROO, R.; CROWE, S.; UGALDE, A. Digital health literacy and its association with sociodemographic characteristics, health resource use, and health outcomes: rapid review. **Interactive Journal of Medical Research**, v. 13, e46888, 2024. DOI: 10.2196/46888.

YUN, D.; CHOI, J. Person-centered rehabilitation care and outcomes: a systematic literature review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 93, p. 74-83, 2019. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2019.02.012.

ZHANG, Y.; STOKES, J.; ANSELMI, L.; BOWER, P.; XU, J. Can integrated care interventions strengthen primary care and improve outcomes for patients with chronic diseases? A systematic review and meta-analysis. **Health Research Policy and Systems**, v. 23, art. 5, 2025. DOI: 10.1186/s12961-024-01260-1.

SOBRE AS AUTORAS

Keila Cristina dos Santos

Biomédica graduada pela Universidade de Uberaba (UNIUBE) e pós-graduada em Análises Clínicas pelas Faculdades Integradas de Jacarepaguá (FIJ). Atua como Técnica Administrativa em Educação na Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), na área de Patologia Clínica, contribuindo para atividades de ensino, pesquisa e extensão. Possui experiência em Patologia Clínica, Imunologia, Micologia Clínica, Parasitologia e Anatomia Patológica, articulando formação biomédica, atuação acadêmica e processos relacionados à qualificação dos serviços no contexto universitário e hospitalar.

Rozenila da Silva Dolzane

Mestra em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM), graduada em Enfermagem e em Farmácia/Bioquímica e com formação continuada em diferentes áreas da saúde. É servidora pública federal da UFAM e servidora pública municipal em Manaus, além de doutoranda em Liderança Educacional pela Must University. Sua trajetória acadêmica e profissional articula enfermagem, saúde, farmácia, educação em saúde e qualificação das práticas profissionais em contextos assistenciais.

Ana Carla do Espírito Santo

Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e especialista em Enfermagem em Saúde da Família pelo Centro Universitário UniBF. É enfermeira estatutária da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, com atuação na Atenção Primária à Saúde e na Estratégia Saúde da Família. Sua trajetória profissional concentra-se no cuidado em saúde da família e comunidade, na assistência de enfermagem e na qualificação das práticas de atenção à saúde, com interesse em humanização, educação em saúde e organização do cuidado.

Larissa Leão Batista Caxito

Enfermeira graduada pelas Faculdades Integradas Pitágoras (FIPMoc) e especialista em Urgência e Emergência com ênfase em Terapia Intensiva. Atua como enfermeira estatutária da Prefeitura Municipal de São Francisco, Minas Gerais, com experiência na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Prisional desde 2016. Também exerce atividade docente no ensino superior na Faculdade de Desenvolvimento do Norte (FADENORTE), nos cursos de Enfermagem e Fisioterapia. Sua atuação profissional e

acadêmica concentra-se em saúde, Saúde Coletiva, assistência de enfermagem e formação de profissionais da saúde.

• • •

HUMANIZAÇÃO E PRÁTICAS INTEGRADAS NO CUIDADO EM SAÚDE

Humanizar o cuidado não significa acrescentar delicadeza a uma assistência já pronta. Significa organizar a própria assistência para que segurança, escuta, autonomia, integração profissional e continuidade façam parte da técnica.

Nesta obra, a humanização é examinada para além do discurso: como prática clínica, responsabilidade ética, compromisso institucional e dimensão concreta da qualidade assistencial. Ao longo de dez capítulos, o livro articula integralidade, acolhimento, comunicação, decisão compartilhada, trabalho multiprofissional, segurança do paciente, enfermagem, fisioterapia, cuidado médico, vulnerabilidade e inovação tecnológica.

Com abordagem interdisciplinar e fundamentação científica, Humanização e Práticas Integradas no Cuidado em Saúde convida profissionais, docentes, estudantes e pesquisadores a pensar o cuidado como um processo que precisa ser simultaneamente tecnicamente consistente, seguro, compreensível e sensível às necessidades reais das pessoas. O resultado é uma leitura atual sobre aquilo que torna a assistência não apenas correta, mas efetivamente cuidadora.

EDITORA MANUAL • 2026

Humanização e práticas integradas no cuidado em saúde

Assistência Multiprofissional, Segurança, Acolhimento e Integralidade do Cuidado

O cuidado em saúde acontece no encontro entre pessoas, mas também é profundamente influenciado pela organização dos serviços, pela comunicação, pelas condições de trabalho, pela articulação entre profissionais e pela capacidade das instituições de reconhecer necessidades que ultrapassam o diagnóstico e a intervenção clínica.

Ao longo desta obra, a humanização é tratada como dimensão concreta da qualidade assistencial. Acolher, escutar, informar adequadamente, preservar a autonomia, reduzir riscos evitáveis e garantir continuidade não constituem elementos acessórios de uma assistência tecnicamente qualificada. São componentes do próprio cuidado.

Os capítulos discutem integralidade, acolhimento, vínculo, comunicação, participação do paciente nas decisões, trabalho multiprofissional e segurança assistencial, além de examinar especificidades relacionadas à enfermagem, à fisioterapia e ao cuidado médico. Também são consideradas situações de maior vulnerabilidade no ambiente hospitalar e os desafios decorrentes da incorporação de tecnologias digitais e sistemas de inteligência artificial aos processos de cuidado.

Destinada a profissionais, docentes, estudantes, pesquisadores e demais pessoas interessadas na qualificação da assistência em saúde, esta obra propõe uma leitura integrada do cuidado.

AUTORAS DA OBRA

Keila Cristina dos Santos
Rozenila da Silva Dolzane
Ana Carla do Espírito Santo
Larissa Leão Batista Caxito

ORGANIZAÇÃO

Kátia Karolini Amaro El Alam

EDITORA MANUAL

1ª edição • 2026
www.editoramanual.com.br

ISBN: 978-65-83121-16-5