

ENFERMAGEM HUMANIZADA: REPERCUSSÕES NA EVOLUÇÃO CLÍNICA E NO BEM-ESTAR DO PACIENTE

HUMANIZED NURSING: REPERCUSSIONS ON CLINICAL PROGRESS AND PATIENT WELL-BEING

ENFERMERÍA HUMANIZADA: REPERCUSIONES EN EL PROGRESO CLÍNICO Y EL BIENESTAR DEL PACIENTE

Vinícius Pereira de Souza¹
Marcieide Alves da Silva²
Márcia Barros Rêgo³
José Henrique Santana Gonçalves⁴
Daniel Willian de Oliveira Castro⁵
Halline Cardoso Jurema⁶

RESUMO: Esta revisão integrativa analisou a enfermagem humanizada e suas repercussões na evolução clínica e no bem-estar do paciente em diferentes cenários assistenciais. Partiu-se do entendimento de que práticas centradas na pessoa, comunicação, manejo de sintomas e suporte emocional articulam experiências e desfechos clínicos, dependendo de condições organizacionais e de formação. Diante do exposto, este estudo analisou práticas de humanização em enfermagem, avaliou efeitos clínicos e psicossociais e discutiu barreiras e estratégias de implementação. A revisão foi realizada em seis etapas, guiada por pergunta norteadora pela estratégia PICO; busca na BVS (LILACS, MEDLINE e BDNF), 2015–2025, texto completo e humanos, combinando descritores DeCS/MeSH com operador AND; triagem PRISMA, extração e avaliação pelo JBI; síntese por cenário e desfecho. Os ensaios e estudos comparativos mostraram redução de ansiedade e depressão, melhora de qualidade de vida e satisfação, diminuição de complicações perioperatórias, melhor preservação nutricional em quimioterapia e benefícios neonatais (queda da bilirrubina, menos fototerapia, maior saturação de oxigênio). Intervenções como contato pele a pele pós-cesárea, planos perioperatórios com controle multimodal da dor, apoio psicológico estruturado e programas de enfermagem narrativa em UTI com efetividade sem incremento de eventos adversos. Pesquisas de percepção indicaram avaliação favorável, com lacunas na abertura para comunicação. A enfermagem humanizada associa-se a ganhos clínicos e psicossociais e pode ser incorporada a protocolos assistenciais por meio de microintervenções, desde que sustentada por governança, educação permanente e organização do trabalho orientada à comunicação e decisão compartilhada.

Palavras-chave: Enfermagem. Humanização da Assistência. Evolução Clínica. Bem-estar do Paciente.

¹ Graduando do curso de Enfermagem, Centro Universitário Planalto do Distrito Federal (UNIPLAN).

² Graduanda do curso de Enfermagem, Centro Universitário Planalto do Distrito Federal (UNIPLAN).

³ Graduanda do curso de Enfermagem, Centro Universitário Planalto do Distrito Federal (UNIPLAN).

⁴ Graduando do curso de Enfermagem, Centro Universitário Planalto do Distrito Federal (UNIPLAN).

⁵ Graduando do curso de Enfermagem, Centro Universitário Planalto do Distrito Federal (UNIPLAN).

⁶ Enfermeira pela Universidade de Gurupi (UnirG), Mestre em Biotecnologia pela Universidade Federal do Tocantins (UFT), Orientadora do curso de Enfermagem do Centro Universitário Planalto do Distrito Federal (UNIPLAN).

ABSTRACT: This integrative review analyzed humanized nursing and its repercussions on clinical evolution and patient well-being across different care settings. It proceeded from the understanding that person-centered practices, communication, symptom management, and emotional support shape experiences and clinical outcomes, depending on organizational and training conditions. Accordingly, this study analyzed humanization practices in nursing, assessed clinical and psychosocial effects, and discussed barriers and implementation strategies. The review followed six stages, guided by a research question structured with the *PICo* strategy; search in the *VHL* (*BVS*: LILACS, MEDLINE, BDENF), 2015–2025, full text and humans, combining *DeCS/MeSH* descriptors with the AND operator; *PRISMA* screening, data extraction and appraisal using *JBI*; synthesis by setting and outcome. Trials and comparative studies showed reductions in anxiety and depression, improved quality of life and satisfaction, fewer perioperative complications, better nutritional preservation during chemotherapy, and neonatal benefits (lower bilirubin, less phototherapy, higher oxygen saturation). Interventions such as immediate skin-to-skin contact after cesarean section, perioperative plans with multimodal pain control, structured psychological support, and narrative nursing programs in ICUs were effective without increasing adverse events. Perception studies indicated favorable evaluations, with gaps in openness to communication. Humanized nursing is associated with clinical and psychosocial gains and can be incorporated into care protocols through micro-interventions, provided it is supported by governance, continuing education, and work organization oriented to communication and shared decision-making.

Keywords: Nursing. Humanization of Care. Clinical Evolution. Patient Well-Being.

RESUMEN: Esta revisión integradora analizó la enfermería humanizada y sus repercusiones en la evolución clínica y el bienestar del paciente en distintos escenarios asistenciales. Partió del entendimiento de que las prácticas centradas en la persona, la comunicación, el manejo de síntomas y el apoyo emocional articulan experiencias y resultados clínicos, según las condiciones organizativas y de formación. En consecuencia, este estudio analizó prácticas de humanización en enfermería, evaluó efectos clínicos y psicosociales y discutió barreras y estrategias de implementación. La revisión se realizó en seis etapas, guiada por una pregunta formulada con la estrategia *PICo*; búsqueda en la *BVS* (LILACS, MEDLINE y BDENF), 2015–2025, texto completo y humanos, combinando descriptores *DeCS/MeSH* con el operador AND; cribado *PRISMA*, extracción y evaluación con *JBI*; síntesis por escenario y desenlace. Ensayos y estudios comparativos mostraron reducción de ansiedad y depresión, mejora de la calidad de vida y la satisfacción, menos complicaciones perioperatorias, mejor preservación nutricional durante la quimioterapia y beneficios neonatales (bilirrubina más baja, menos fototerapia, mayor saturación de oxígeno). Intervenciones como el contacto piel con piel inmediato tras la cesárea, planes perioperatorios con control multimodal del dolor, apoyo psicológico estructurado y programas de enfermería narrativa en UCI fueron eficaces sin aumentar eventos adversos. Estudios de percepción indicaron valoración favorable, con brechas en la apertura a la comunicación. La enfermería humanizada se asocia con ganancias clínicas y psicosociales y puede incorporarse a protocolos mediante microintervenciones, siempre que cuente con gobernanza, educación continua y organización del trabajo orientadas a la comunicación y a la toma de decisiones compartida.

Palabras clave: Enfermería. Humanización de la Atención. Evolución Clínica. Bienestar del Paciente.

INTRODUÇÃO

A humanização em enfermagem articula valores éticos, comunicação empática e organização do cuidado centrado na pessoa, reconhecendo singularidades e reduzindo sofrimentos evitáveis em diferentes contextos assistenciais. Tal perspectiva desloca o foco exclusivamente biomédico para processos relacionais, integra dimensões subjetivas e sociais do adoecimento e fortalece a corresponsabilidade entre profissionais, pacientes e famílias, sustentando continuidade e segurança do cuidado (MARQUES et al., 2021; VIEIRA; ALMEIDA, 2020). Em serviços de urgência, tal enfoque alinha resolutividade com dignidade e comunicação, mesmo sob pressão (SOARES et al., 2022).

Na prática assistencial, a humanização envolve acolhimento qualificado, escuta ativa, linguagem compreensível, manejo da dor e do conforto, respeito à autonomia e às preferências culturais, além de suporte emocional continuado. Esses elementos orientam decisões compartilhadas, favorecem adesão às terapias e mitigam ansiedades que interferem na recuperação clínica, com atenção especial a idosos, frequentemente expostos a fragilidades múltiplas e riscos de comunicação insuficiente (VIEIRA; ALMEIDA, 2020; SILVA et al., 2022).

Nas redes de atenção, a enfermagem estrutura protocolos, rotinas e microprocessos para materializar o cuidado humanizado, conectando dimensões técnicas e relacionais sem perder de vista acesso oportuno e continuidade. A atuação se distribui de unidades básicas a ambientes de alta complexidade, exigindo competências comunicacionais, clínica ampliada e trabalho interprofissional para responder a vulnerabilidades, urgências e contextos de vida diversos (MARQUES et al., 2021; SOARES et al., 2022).

Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), caracterizada por alta densidade tecnológica e riscos elevados, a humanização demanda estratégias que preservem vínculos e autonomia, como visita familiar ampliada, comunicação transparente e participação informada nas decisões. Intervenções que organizam rotinas de sono, controlam ruídos e manejam sistematicamente a dor atenuam sofrimento e *delirium*, favorecendo estabilidade clínica e segurança do paciente em cenários críticos (BARBOSA et al., 2021; SOUSA et al., 2020).

Desafios como sobrecarga de trabalho, estresse moral e interfaces complexas com equipes multiprofissionais requerem suporte institucional, formação continuada e dispositivos de cuidado ao cuidador para sustentar práticas humanizadas na UTI. A clarificação de responsabilidades assistenciais, a padronização de comunicação e o uso sensível de indicadores reduzem conflitos, fortalecem a qualidade e consolidam ambientes mais seguros para pacientes

e profissionais (BARBOSA et al., 2021; LIMA; ALVES, 2024).

No Centro Cirúrgico (CC), a humanização perpassa o período perioperatório com orientações prévias compreensíveis, estratégias de redução de ansiedade e cuidados de conforto que respeitem privacidade e crenças. A enfermagem coordena fluxos, identifica necessidades específicas e promove comunicação efetiva entre equipe, paciente e família para minimizar medos, complicações e tempo de recuperação, integrando ciência e sensibilidade ao procedimento. Práticas de aquecimento, controle térmico e manejo de náuseas no pós-anestésico reforçam conforto, segurança e retorno funcional, compondo experiência positiva (SILVA et al., 2022).

Nos cenários de urgência e emergência, marcados por imprevisibilidade e alto volume assistencial, a humanização organiza acolhimento com classificação de risco, comunicação assertiva e manejo de expectativas, sem negligenciar segurança e tempo-resposta. Tais práticas reduzem conflitos, ampliam confiança no serviço e orientam prioridades clínicas de modo transparente, favorecendo satisfação e continuidade do cuidado após a alta. Também favorecem equidade na informação e no respeito às prioridades do paciente (MARQUES et al., 2021; SOARES et al., 2022).

As repercussões esperadas da enfermagem humanizada incluem adesão terapêutica aprimorada, menor incidência de complicações preveníveis, melhor experiência do cuidado e indicadores de bem-estar favoráveis quando integradas a processos assistenciais estáveis. A articulação entre comunicação, manejo de sintomas e suporte emocional aparece como eixo que conecta desfechos clínicos à satisfação dos usuários (SOARES et al., 2022; SILVA et al., 2022; LIMA; ALVES, 2024).

Justifica-se uma revisão integrativa que sistematize evidências sobre práticas e resultados da enfermagem humanizada na UTI, no centro cirúrgico e nos serviços de urgência, reconhecendo convergências e lacunas para orientar melhorias. Configura-se como problema a dispersão de achados por cenários e a limitada articulação entre dimensões relacionais e indicadores clínicos, o que dificulta decisões gerenciais e formação profissional (SOUSA et al., 2020; LIMA; ALVES, 2024).

Diante do exposto este estudo visa analisar práticas de enfermagem humanizada e suas repercussões na evolução clínica e no bem-estar do paciente e de maneira específica: identificar práticas de humanização adotadas em diferentes cenários; avaliar impactos sobre evolução clínica e experiência do paciente; e discutir barreiras e estratégias organizacionais para

implantação sustentada, produzindo recomendações aplicáveis aos serviços.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, conduzida em seis etapas: (1) definição do tema, (2) busca em bases indexadas, (3) seleção de estudos, (4) extração e organização de dados, (5) análise crítica e (6) síntese e apresentação dos resultados.

A pergunta norteadora foi construída pela estratégia PICO, acrônimo de População/Paciente (P), Intervenção/Interesse (I) e Contexto (Co). Definiram-se: P – pacientes adultos atendidos em serviços de saúde; I – práticas de enfermagem humanizada; Co – cenários hospitalares, incluindo Unidade de Terapia Intensiva (UTI), centro cirúrgico e urgência/emergência.

A partir da estratégia PICO, estabeleceu-se a pergunta norteadora: “*Em pacientes adultos assistidos em contextos hospitalares, como as práticas de enfermagem humanizada se associam à evolução clínica e ao bem-estar do paciente nos cenários de UTI, centro cirúrgico e urgência/emergência?*”

A coleta de dados ocorreu em setembro de 2025, com buscas avançadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que integra LILACS, MEDLINE e BDNF. Foram utilizados descritores padronizados (DeCS/MeSH) combinados com o operador booleano AND, priorizando termos aderentes à pergunta. Os termos empregados foram: “Enfermagem” AND “Humanização da Assistência” AND “Evolução Clínica” AND “Bem-Estar do Paciente”.

Foram identificados 102 registros na etapa inicial. A estratégia e o quantitativo por base agregada encontram-se no Quadro 1.

Quadro 1. Estratégia de busca na base de dados⁷.

Base de Dados	Estratégia de Busca	Quantitativo
LILACS	("Enfermagem") AND ("Humanização da Assistência") AND ("Qualidade de Vida") AND ("Unidade de Terapia Intensiva" OR UTI)	12
LILACS	("Enfermagem") AND ("Humanização da Assistência") AND ("Evolução Clínica")	9

⁷ As buscas usaram combinações DeCS/MeSH e o operador booleano AND. O operador OR foi empregado apenas para sinônimos/variações dentro do mesmo eixo. Duplicatas entre plataformas foram removidas na triagem.

LILACS	("Cuidado Humanizado") AND ("Centro Cirúrgico") AND ("Enfermagem")	7
LILACS	("Urgência e Emergência") AND ("Enfermagem") AND ("Acolhimento")	6
LILACS	("Segurança do Paciente") AND ("Enfermagem") AND ("Humanização")	3
MEDLINE (via BVS)	("Nursing"[MeSH]) AND ("Patient-Centered Care"[MeSH]) AND ("Intensive Care Units"[MeSH])	14
MEDLINE (via BVS)	("Nursing"[MeSH]) AND ("Perioperative Care"[MeSH]) AND ("Patient Comfort"[MeSH])	10
MEDLINE (via BVS)	("Emergency Nursing"[MeSH]) AND ("Triage"[MeSH]) AND ("Patient Satisfaction"[MeSH])	9
MEDLINE (via BVS)	("Nursing Care"[MeSH]) AND ("Quality of Life"[MeSH]) AND ("Hospital Units"[MeSH])	8
BDENF	("Enfermagem") AND ("Cuidado Humanizado") AND ("UTI")	9
BDENF	("Enfermagem") AND ("Comunicação") AND ("Emergência")	6

BDENF	("Enfermagem") AND ("Centro Cirúrgico") AND ("Bem-Estar do Paciente")	4
BDENF	("Enfermagem") AND ("Centro Cirúrgico") AND ("Bem-Estar do Paciente")	5
TOTAL		102

Fonte: Autores da Pesquisa (2025).

Foram incluídos artigos publicados entre 2020 e 2025, em qualquer idioma, disponíveis gratuitamente e que abordassem a temática conforme a pergunta. Incluíram-se estudos observacionais, ensaios clínicos, quase-experimentais, qualitativos e revisões com dados primários.

Excluíram-se os estudos duplicados, literatura cinzenta, cartas, editoriais, resumos sem texto completo, estudos fora do período e investigações não alinhadas à pergunta. Trabalhos com população pediátrica exclusiva foram excluídos, bem como pesquisas sem resultados relacionados à evolução clínica ou ao bem-estar.

A triagem ocorreu em duas fases: leitura de títulos e resumos, seguida de leitura integral. Dois revisores atuaram de forma independente em todas as etapas, com terceira opinião para dirimir discordâncias. Os registros foram gerenciados em planilha padronizada.

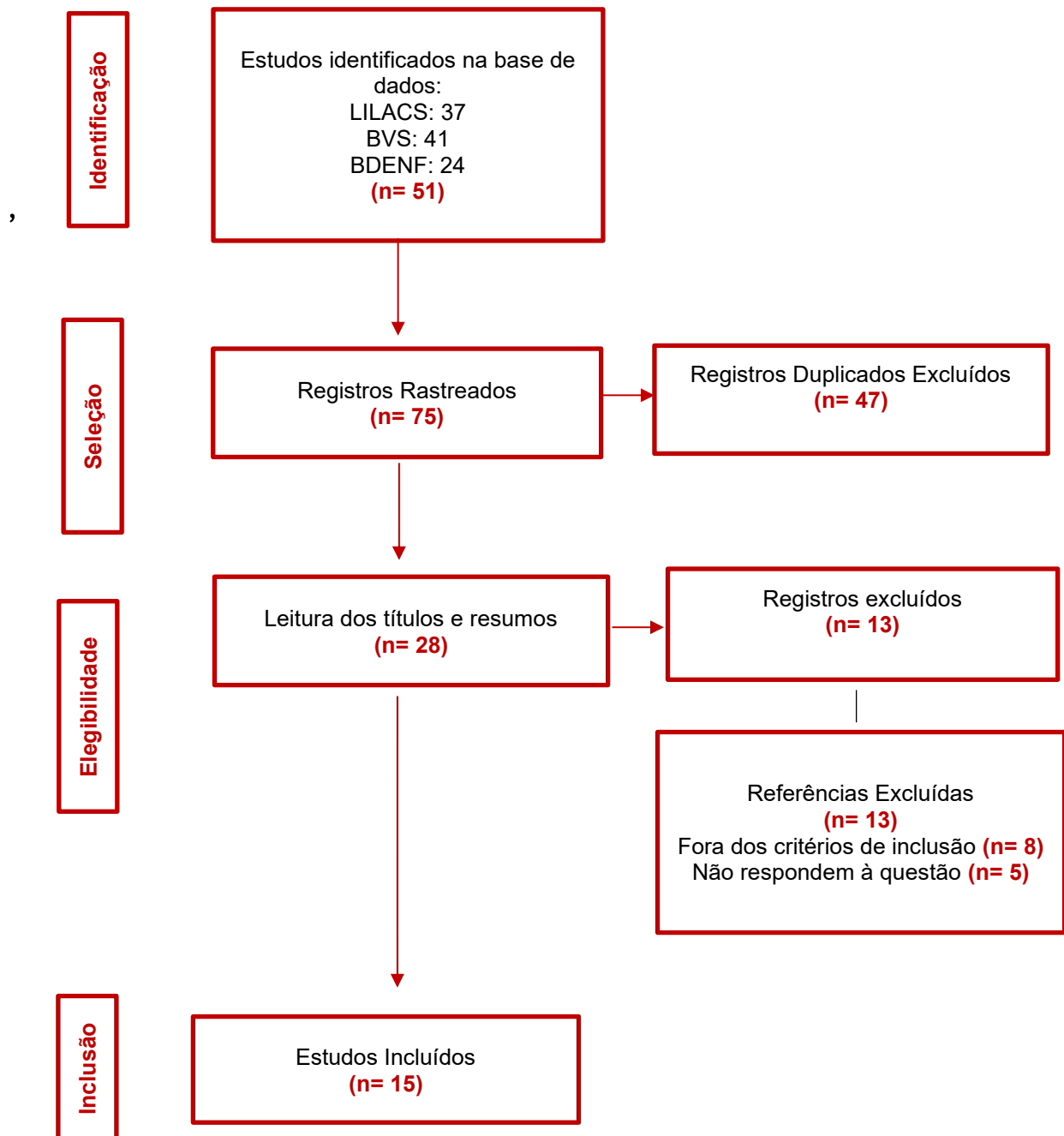
A extração contemplou: autoria, ano, país, cenário assistencial, desenho do estudo, perfil da população, descrição das práticas de enfermagem humanizada, desfechos de evolução clínica, métricas de bem-estar e principais achados. Sempre que disponível, foram coletados instrumentos de medida utilizados, tempos de seguimento e limitações relatadas.

A síntese dos dados seguiu abordagem convergente, agrupando evidências por cenário de cuidado (UTI, centro cirúrgico, urgência/emergência) e por tipo de desfecho (evolução clínica e bem-estar). Quando aplicável, foram organizadas matrizes de evidências para comparar intervenções, populações e resultados.

O processo de seleção foi documentado segundo as diretrizes PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*). O fluxograma contemplou o número de registros identificados, removidos como duplicados, excluídos por título/resumo, avaliados

em texto completo e incluídos na síntese final. Uma figura PRISMA foi elaborada para garantir transparência e reprodutibilidade (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos incluídos segundo o PRISMA.



Fonte: Adaptação do método PRISMA.

RESULTADOS

Inicialmente foram identificadas 102 evidências relevantes, publicadas entre 2015 e 2025, das quais 15 foram selecionados para análise, com maior número de publicações de 2020 e 2025, indicando crescente interesse no tema.

Os dados desta revisão foram sistematizados em um quadro a fim de facilitar a compreensão dos achados (Quadro 2).

Quadro 2. Síntese dos estudos incluídos na Revisão Integrativa.

Autor/es (Ano)	País/Idioma	Título	Tipo de Estudo	Achados e considerações
FARIAS et al., (2021)	Brasil/português	Humanização do cuidado em saúde em município de pequeno porte	Qualitativo (entrevistas; análise de conteúdo)	Dificuldades de compreensão e operacionalização da PNH; atitudes humanizadas ocorrem, mas o contexto organizacional limita alcance e continuidade.
ZENG; GUAN (2021)	China/inglês	Influence of humanized care on self-efficacy, sleep and quality of life of patients in cardiovascular surgery ICU	Ensaio com alocação aleatória	Melhora de função cardiopulmonar, autoeficácia, sono e QV; redução de ansiedade/depressão e de reações adversas; maior satisfação em UTIC.
BAO et al., (2021)	China/inglês	Impact of humanized nursing care on negative emotions and quality of life of patients with mental disorders	Comparativo (intervenção vs. controle)	Quedas maiores em SAS/SDS, melhora de QV (GQOL-74) e MMSE; satisfação superior; AVD menor no curto prazo, possivelmente por maior proteção assistencial.
VERAS et al., (2022)	Brasil/inglês	Different training models in health and student conceptions of humanized medical care	Qualitativo (similitude; Iramuteq)	Ambos os currículos focam paciente; BI em Saúde amplia visão com determinantes sociais; via ENEM enfatiza ética/contato direto.
SANTOS et al., (2022)	Brasil/inglês	Humanization of childbirth: challenges of the Apice On Project	Qualitativo (entrevistas;	Resistências por gestão frágil, modelo biomédico e formação insuficiente; recomenda

Autor/es (Ano)	País/Idioma	Título	Tipo de Estudo	Achados e considerações
			análise temática)	Educação Permanente e articulação com APS.
BEZERRA et al., (2023)	Brasil/português	Os desafios da humanização nas unidades de pronto atendimento	Exploratório quantitativo (questionário com estudantes)	Percepções de desumanização ligadas a sobrecarga e comunicação; aulas dialogadas e simulações apontadas para qualificar acolhimento nas UPAs.
VIANA; FLORES (2023)	Brasil/português	Política nacional de humanização do SUS: importância e implementação na unidade de nefrologia	Descritivo exploratório (qualitativo; fenomenológico)	Alta valorização da PNH em dimensões relacionais/éticas; menor adesão a diretrizes participativas; déficits em decisão compartilhada e educação continuada.
LIU; XIAO; ZHOU (2023)	China/inglês	Effects of humanized nursing care on negative emotions and complications in patients undergoing hysteromyoma surgery	Ensaio randomizado	Menores ansiedade/depressão no perioperatório e menor incidência de complicações (infecção, sangramento, TVP) com plano humanizado.
ZHANG et al., (2024)	China/inglês	Effects of humanized nursing interventions on psychological well-being and QoL in rectal cancer patients undergoing chemotherapy	Coorte retrospectiva comparativa	Ganhos maiores em HAMA/HAMD e GQOLI-74; melhor preservação de Hb/TP/Alb; satisfação superior; sem aumento de reações adversas.
ABDELGAWAD et al., (2025)	Egito/inglês	Effect of humanized nursing care on outcomes of neonates with hyperbilirubinemia	Quase-experimental	D7 com bilirrubina total menor, regressão mais rápida da icterícia, menos dias de fototerapia, maior SpO ₂ e maior ingestão láctea no grupo humanizado.
CORREA-YANTANY et al., (2025)	Chile/espanhol	Perception of patients in relation to the humanized care provided by nursing	Transversal analítico (PCHE; $\alpha=0,96$)	Percepção global favorável; menor escore em “abertura à comunicação”; diferenças por sexo e escolaridade; demanda

Autor/es (Ano)	País/Idioma	Título	Tipo de Estudo	Achados e considerações
				por estratégias para fortalecer o diálogo.
PÉREZ-JIMÉNEZ et al., (2025)	Espanha/inglês	Beyond Pain Management: Skin-to-Skin Contact as a Humanization Strategy in Cesarean Delivery	Ensaio clínico randomizado	CPP imediato reduziu dor (VAS), aumentou força das contrações infraumbilicais e elevou satisfação materna; recomenda incorporação ao pós-operatório padrão.
MENESES-LA-RIVA et al., (2025)	Peru/inglês	Humanized Care in Nursing Practice: A Phenomenological Study of Professional Experiences in a Public Hospital	Qualitativo fenomenológico (Colaizzi)	Ênfase em empatia, sensibilidade cultural, presença e compromisso ético; limitações institucionais e sobrecarga dificultam disponibilidade relacional.
ALLANDE-CUSSÓ et al., (2025)	Espanha/inglês	The impact of humanising hospital care on health outcomes: an observational study protocol	Protocolo observacional multifásico	Avaliação multicêntrica de três anos; integra instrumentos validados e psicometria para orientar gestão, prática e educação em humanização hospitalar.
LIU et al., (2025)	China/inglês	Effects of a Narrative Nursing-Based Humanistic Care Program on Psychological Well-Being in Conscious Patients in the ICU	Comparativo (intervenção narrativa vs. padrão)	Maior sensação de ser cuidado e menores ansiedade/depressão e sofrimento psicológico; sem melhora significativa do sono em UTI.

Fonte: Autores da Pesquisa (2025).

DISCUSSÃO

Práticas de enfermagem humanizada e sua aplicabilidade no cuidado

A investigação fenomenológica realizada em hospital público peruano descreveu significados atribuídos por enfermeiros às experiências de cuidado humanizado, fundamentando-se na teoria do cuidado humano e na análise de Colaizzi. Emergiram quatro

eixos: políticas institucionais, identidade profissional, fortalezas e desafios, e competências necessárias. Os participantes destacaram empatia, presença e sensibilidade cultural como centrais, mas tensionadas por sobrecarga administrativa e limitações organizacionais, evidenciando que a qualidade relacional depende de condições de trabalho e suporte institucional (MENEZES-LA-RIVA et al., 2025).

Ainda no estudo peruano, a humanização implicou comunicação clara, escuta ativa, manejo do conforto, respeito à autonomia e reconhecimento de contextos socioculturais. Os profissionais apontaram rotinas rígidas, déficit de pessoal e registros extensos como fatores que reduzem disponibilidade emocional. A construção de identidade alinhada a compromisso ético e compaixão foi associada à sustentação de práticas sensíveis em ambientes complexos, reforçando dimensões formativas e organizacionais do cuidado humanizado (MENEZES-LA-RIVA et al., 2025).

Em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal egípcia, delineamento quase experimental avaliou 120 recém-nascidos com hiperbilirrubinemia em grupos intervenção e controle. O protocolo humanizado integrou suporte nutricional, conforto, higiene, monitorização e presença cuidadora. No sétimo dia, a bilirrubina total média foi $4,03 \pm 1,48$ versus $10,21 \pm 2,08$; regressão da icterícia $3,97 \pm 1,09$ versus $4,66 \pm 1,29$ dias; fototerapia $1,83 \pm 0,73$ versus $2,41 \pm 1,01$ dias, favorecendo recuperação mais rápida e estável (ABDELGAWAD et al., 2025).

12

No mesmo estudo, observou-se elevação significativa da saturação de oxigênio e maior ingestão diária de leite no grupo intervenção. As ações humanizadas foram adicionadas à terapia padrão, sugerindo complementaridade e não substituição. A plausibilidade biológica inclui redução de estresse, melhor regulação autonômica e otimização metabólica para crescimento e depuração, articulando resultados clínicos com intervenções relacionais e ambientais integradas à rotina assistencial (ABDELGAWAD et al., 2025).

No Chile, estudo transversal analisou a percepção de adultos hospitalizados sobre comportamentos de cuidado humanizado por meio da terceira versão do PCHE, com consistência interna elevada (alfa 0,96). A maioria relatou experiências frequentes de atenção humanizada, porém a dimensão “abertura à comunicação” apresentou menores escores. Diferenças significativas surgiram por sexo e escolaridade; homens com ensino médio pontuaram mais alto, apontando variabilidade sociocultural na experiência do cuidado (CORREA-YANTANY et al., 2025).

A comparação regional indicou percepção mais favorável que amostra mexicana e inferior à de unidade chilena de hemato-oncologia. O gradiente sugere influência do cenário clínico, intensidade do cuidado e cultura de serviço na experiência do usuário. Recomenda-se fortalecer estratégias de diálogo, responsividade e tempo protegido para comunicação, sobretudo em unidades gerais, nas quais fluxos e demandas podem reduzir a disponibilidade relacional percebida pelos pacientes hospitalizados (CORREA-YANTANY et al., 2025).

Em UTI de cirurgia cardiovascular chinesa, ensaio com alocação aleatória comparou cuidado usual a conjunto estruturado de práticas humanizadas em 134 pacientes. O grupo intervenção apresentou melhora de função cardiopulmonar, maior autoeficácia, melhor qualidade do sono e vida, menor incidência de reações adversas, menor ansiedade e depressão, e maior satisfação. Tais resultados apontam benefícios clínicos e psicossociais integrados, relevantes ao período perioperatório complexo e de alto risco (ZENG; GUAN, 2021).

A intervenção incluiu comunicação sistemática, manejo de sintomas, orientações personalizadas e suporte emocional, articulados ao rigor técnico. A elevação de autoeficácia pode mediar adesão terapêutica, controle de sintomas e participação ativa, repercutindo em desfechos funcionais. Melhorias em sono e humor sugerem redução de estresse fisiológico e carga inflamatória, com potenciais ganhos adicionais para segurança e tempo de recuperação hospitalar em cirurgia cardiovascular intensiva (ZENG; GUAN, 2021).

Confrontando abordagens, a fenomenologia peruana evidencia que empatia, presença e sensibilidade cultural estruturam significados do cuidado e demandam suporte organizacional. Os estudos egípcio e chinês quantificam efeitos humanos mensuráveis sobre parâmetros fisiológicos e psicossociais quando práticas são sistematizadas. A pesquisa chilena introduz a voz do usuário, reconhecendo avanços e lacunas, sobretudo no diálogo, compondo visão multilateral sobre processos e resultados do cuidado humanizado (ZENG; GUAN, 2021; CORREA-YANTANY et al., 2025; MENEZES-LA-RIVA et al., 2025).

A transversalidade de benefícios em neonatos e adultos de alta complexidade sugere que componentes humanizados operam em vias comuns relacionadas a estresse, conforto, compreensão e participação. Entretanto, os desfechos variam de indicadores fisiológicos (bilirrubina, oxigenação) a psicossociais (autoeficácia, satisfação), demandando matrizes avaliativas que integrem resultados “duros” e experiências subjetivas para capturar a amplitude do impacto assistencial (ZENG; GUAN, 2021; ABDELGAWAD et al., 2025).

Os achados chilenos sobre menor “abertura à comunicação” dialogam com a

fenomenologia que relata burocracia e sobrecarga como limitadores da disponibilidade relacional. Isso indica que intervenções humanizadas requerem tanto competências individuais quanto ajustes nas condições de trabalho para que o diálogo seja efetivo. Investir em treinamento comunicacional, reorganização de fluxos e priorização de tempos de escuta pode elevar a experiência sem depender de alta tecnologia (CORREA-YANTANY et al., 2025; MENEZES-LA-RIVA et al., 2025).

Quanto às limitações, a amostra pequena e natureza qualitativa restringem generalização no estudo peruano; o delineamento quase experimental em neonatos requer atenção a potenciais vieses institucionais; e o desenho transversal chileno não captura mudanças temporais. O ensaio chinês fortalece inferência sobre associações, mas permanece contexto-específico. A complementaridade metodológica, porém, amplia a compreensão dos mecanismos e resultados, apoiando a adoção de práticas humanizadas com métricas robustas (ZENG; GUAN, 2021; ABDELGAWAD et al., 2025; MENEZES-LA-RIVA et al., 2025).

Repercussões da enfermagem humanizada na evolução clínica e no bem-estar do paciente

O ensaio observacional com 112 pacientes psiquiátricos comparou cuidado usual a um modelo humanizado que combinou intervenções psicossociais e organizacionais. Após a intervenção, observaram-se quedas mais acentuadas em ansiedade e depressão (SAS e SDS), além de ganhos em qualidade de vida (GQOL-74), cognição (MMSE) e satisfação, embora com redução nas pontuações de AVD, possivelmente pela maior proteção assistencial no curto prazo (BAO et al., 2021). A abordagem sugere que arranjos de cuidado centrados em vínculo e orientação estruturada modulam emoções negativas no curso clínico.

No protocolo espanhol, propõe-se avaliar a humanização em hospitais do sul da Espanha com desenho multifásico de três anos, combinando cortes transversais, análises psicométricas e métodos mistos. A iniciativa inclui pacientes e profissionais, contempla instrumentos validados e variáveis sociodemográficas e busca mensurar efeitos em resultados clínicos, segurança e relações terapêuticas, oferecendo base para decisões gerenciais e educacionais em larga escala (ALLANDE-CUSSÓ et al., 2025). A padronização prevista tende a favorecer comparabilidade entre unidades.

Em cirurgia de histeromioma, ensaio com 200 mulheres randomizadas comparou cuidado tradicional a plano humanizado com suporte psicológico, controle multimodal da dor e reabilitação personalizada. O grupo humanizado apresentou reduções significativas de

ansiedade e depressão no perioperatório e menor incidência de complicações, incluindo infecção, sangramento e trombose venosa profunda, sinalizando impacto em desfechos “duros” de segurança (LIU et al., 2023). A integração entre analgesia planejada e preparo emocional emergiu como eixo operacional das melhorias.

Em oncologia colorretal, coorte retrospectiva com 107 pacientes internados para quimioterapia comparou cuidado padrão a intervenções humanizadas que incluíram ajustes ambientais, apoio psicológico, orientação dietética e exercícios. Na alta, ambos os grupos melhoraram HAMA, HAMD e GQOLI-74, com ganhos mais expressivos no grupo humanizado; o estado nutricional (Hb, proteína total e albumina) manteve-se menos comprometido e a satisfação foi superior, sem aumento de reações adversas (ZHANG et al., 2024). O arranjo sugere mitigação de catabolismo e sofrimento psíquico durante ciclos quimioterápicos.

Em UTI geral, intervenção baseada em enfermagem narrativa foi aplicada desde a recuperação da consciência até a alta, comparada a medidas humanísticas padrão. Entre 86 participantes, o grupo narrativo apresentou maior “sensação de ser cuidado”, menores escores de ansiedade e depressão, e menor sofrimento psicológico; não houve melhora relevante da qualidade do sono, possivelmente por fatores ambientais inerentes à UTI (LIU et al., 2025). A técnica narrativa mostra afinidade com necessidades subjetivas sem alterar determinantes ambientais do sono.

15

Os efeitos em saúde mental observados no estudo com transtornos psiquiátricos e na quimioterapia oncológica convergem para redução de ansiedade e depressão, associada a satisfação mais elevada. Enquanto um utilizou escalas SAS/SDS e GQOL-74, o outro adotou HAMA/HAMD e GQOLI-74, mas ambos apontaram magnitude superior de ganhos no braço humanizado, reforçando coerência entre constructos e métricas distintas de sofrimento e qualidade de vida (ZENG; GUAN, 2021; BAO et al., 2021). Essa convergência favorece transferibilidade entre contextos clínicos.

A comparação entre cirurgia ginecológica e oncologia mostra que, além de benefícios psicométricos, emergem desfechos clínicos objetivos: redução de complicações no perioperatório e preservação relativa de parâmetros nutricionais durante quimioterapia. A presença de protocolos personalizados de dor, mobilização e orientação dietética parece operar como interface entre experiência subjetiva e estabilidade fisiológica, encurtando a distância entre bem-estar e segurança clínica (LIU et al., 2023; ZHANG et al., 2024). Tal articulação

sustenta implementação com metas assistenciais claras.

A intervenção narrativa em UTI produziu efeitos emocionais positivos, mas não melhorou o sono, sugerindo que determinantes ambientais e hemodinâmicos superam recursos relacionais em certos desfechos. Por outro lado, a redução de ansiedade, depressão e sofrimento aproxima os resultados da psiquiatria e oncologia, sinalizando que abordagens humanizadas modulam circuitos de estresse e percepção de cuidado mesmo em ambientes tecnologicamente intensivos (BAO et al., 2021; LIU et al., 2023; ZHANG et al., 2024). Persistem demandas por intervenções ambientais específicas.

O protocolo espanhol adiciona perspectiva de escala e padronização, essencial para superar heterogeneidade de desenhos, instrumentos e contextos nos estudos aplicados. A expectativa é integrar indicadores clínicos, experiência do paciente e clima organizacional em matriz comum, permitindo comparar hospitais e orientar programas formativos e de qualidade (ALLANDE-CUSSÓ et al., 2025). Essa infraestrutura pode reduzir viés de seleção e fortalecer validade externa das evidências.

As diferenças de desenho afetam a inferência causal: randomização na cirurgia favorece robustez dos achados; natureza retrospectiva na oncologia exige cautela quanto a confundidores; o estudo em psiquiatria, embora comparativo, depende da qualidade da alocação e controle de cointervenções; e a intervenção narrativa utiliza amostra por conveniência, limitando generalização (BAO et al., 2021; LIU et al., 2023; ZHANG et al., 2024; LIU et al., 2025). O protocolo multicêntrico tende a mitigar tais limites futuramente.

Em síntese comparativa, intervenções humanizadas com componentes psicossociais estruturados, analgesia e reabilitação personalizada associam-se à melhora emocional e à qualidade de vida em cenários diversos e, quando integradas a medidas clínicas, repercutem em segurança e nutrição. Já componentes focados na expressão narrativa potencializam vínculo e sentido de cuidado, com benefício consistente em sofrimento psíquico, mas requerem complementos ambientais para impactar sono e outros desfechos sensíveis ao contexto (BAO et al., 2021; LIU et al., 2023; ZHANG et al., 2024; LIU et al., 2025).

Desafios e estratégias para a consolidação da assistência humanizada em enfermagem

A análise sobre urgência e emergência indica fragilidades estruturais que repercutem na experiência do usuário e na prática de equipes em formação. Em avaliação com 16 estudantes de curso técnico durante estágio em Unidades de Pronto Atendimento, emergiram percepções de

desumanização ligadas a sobrecarga, comunicação insuficiente e carência de qualificação continuada, com destaque para o potencial formativo de aulas dialogadas e simulações para reverter o quadro. O reforço pedagógico aparece como via imediata para qualificar acolhimento e segurança assistencial (BEZERRA et al., 2023).

No campo da nefrologia, as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) foram valorizadas por profissionais de uma unidade do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo nos aspectos relacionais e éticos do cuidado. Persistiram dificuldades em processos decisórios compartilhados e educação permanente, além de desconhecimento relativo da PNH entre parte dos efetivos e residentes médicos, contrastando com maior familiaridade entre residentes multiprofissionais. O achado sugere heterogeneidade formativa e necessidade de dispositivos institucionais para sustentação do cuidado integral (VIANA; FLORES, 2023).

Em município de pequeno porte, entrevistas com 65 profissionais evidenciaram barreiras para a operacionalização cotidiana da PNH, incluindo lacunas de compreensão conceitual e complexidade para transformar diretrizes em práticas concretas. Mesmo assim, atitudes e experiências acumuladas favoreceram condutas cuidadosas, ainda que sem pleno alinhamento ao texto normativo, indicando que sensibilização e contexto organizacional modulam a efetividade das práticas. A análise reforça que instrumentos pedagógicos e gestão do trabalho devem caminhar juntos (FARIAS et al., 2021).

No campo obstétrico, a implantação do projeto Apice On expôs resistências vinculadas à persistência do modelo biomédico, insuficiência de formação para mudança de práticas e fragilidade de gestão para conduzir processos coletivos. A recomendação recaiu sobre estratégias de Educação Permanente em Saúde e ampliação do escopo de investigação para além do hospital, contemplando a Atenção Primária, a fim de sustentar novos arranjos de cuidado centrados na mulher e na família¹². O estudo aponta a governança como alavanca para a humanização (SANTOS et al., 2022).

No mesmo eixo da formação, comparação entre modelos curriculares na Universidade Federal da Bahia mostrou que estudantes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde articularam concepções de cuidado humanizado mais amplas, considerando determinantes sociais e visão ampliada de saúde. Estudantes ingressos via Exame Nacional do Ensino Médio enfatizaram dimensões éticas e humanísticas, porém com foco no contato direto clínico, sugerindo que trajetórias formativas modulam amplitudes conceituais sobre humanização. O resultado implica revisões curriculares orientadas ao SUS (VERAS et al., 2022).

Entre intervenções específicas, ensaio clínico randomizado testou contato pele a pele (CPP) imediato após cesariana. Houve redução significativa da dor em múltiplos intervalos, contrações uterinas infraumbilicais mais vigorosas e maior satisfação materna, com correlação inversa entre dor e satisfação. O CPP emergiu como estratégia humanizadora eficaz, agregável à analgesia multimodal, com benefícios fisiológicos e psicossociais no pós-operatório. A recomendação é integrar o CPP a protocolos padronizados de maternidade (PÉREZ-JIMÉNEZ et al., 2025).

Confrontando os achados, a formação em serviço e a educação permanente se repetem como eixos para viabilizar práticas humanizadas em cenários críticos. A experiência com estudantes de enfermagem em urgência, as necessidades de atualização em nefrologia e as lacunas conceituais em município pequeno convergem para a centralidade de ambientes pedagógicos estruturados e gestão corresponsável do trabalho (FARIAS et al., 2021; BEZERRA et al., 2023; VIANA; FLORES, 2023). Sem esses suportes, recomendações normativas tendem a permanecer superficiais (FARIAS et al., 2021; BEZERRA et al., 2023).

A dimensão organizacional atravessa as evidências em obstetrícia e nefrologia: onde governança, processos decisórios participativos e comunicação interprofissional são frágeis, a tradução da PNH perde consistência. A análise do Apice On e a percepção de profissionais de nefrologia destacam que arranjos institucionais e liderança clínica sustentam mudanças duradouras, do acolhimento à tomada de decisões compartilhadas (SANTOS et al., 2022; VIANA; FLORES, 2023). O fortalecimento de colegiados e fluxos horizontais emerge como prioridade (SANTOS et al., 2022).

A comparação entre intervenção clínica específica e mudanças sistêmicas sugere dois níveis complementares. O CPP após cesárea demonstra que táticas concretas e de baixo custo produzem efeitos mensuráveis em dor, fisiologia e experiência, servindo como “porta de entrada” para ampliar a cultura humanizadora. Já as mudanças curriculares e de gestão constroem as condições duráveis para que essas táticas prosperem e se expandam (VERAS et al., 2022; PÉREZ-JIMÉNEZ et al., 2025). A integração de microintervenções e macroarranjos parece estratégica (PÉREZ-JIMÉNEZ et al., 2025).

As diferenças de cenário também importam. Em urgência, o fluxo intenso e a imprevisibilidade exigem protocolos de acolhimento e comunicação ágeis, com treino simulado como ferramenta para desempenho sob pressão (BEZERRA et al., 2023). Em nefrologia, a cronicidade impõe acompanhamento longitudinal e coprodução das decisões, destacando

lacunas nos processos políticos e no cuidado individualizado (VIANA; FLORES, 2023). Em obstetrícia, a transição de modelo requer governança e formação interprofissional continuada (SANTOS et al., 2022).

O estudo municipal evidencia que mesmo sem pleno domínio conceitual da PNH, práticas humanizadas emergem de atitudes e do contexto de trabalho. Contudo, a ausência de alinhamento teórico limita a abrangência e a continuidade das ações, o que reforça a necessidade de políticas de educação permanente e dispositivos de apoio institucional. A humanização depende de práxis situada e aprendizagem organizacional contínua (FARIAS et al., 2021).

Em síntese confrontativa, a humanização avança quando três dimensões se articulam: formação inicial e permanente com foco no SUS; governança que viabiliza decisões compartilhadas e processos horizontais; e intervenções clínicas de eficácia comprovada incorporadas a protocolos, como o CPP na cesariana. Onde uma dessas dimensões falha, prevalecem ações pontuais e percepções de superficialidade, como observado em nefrologia e na implantação obstétrica (SANTOS et al., 2022; VIANA; FLORES, 2023; PÉREZ-JIMÉNEZ et al., 2025). A coordenação intersetorial mantém-se condição para consistência e escala (VERAS et al., 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão integrativa confirma que a enfermagem humanizada se associa a benefícios consistentes na evolução clínica e no bem-estar do paciente em diferentes cenários assistenciais. Evidenciaram-se reduções de ansiedade e depressão, melhoria de qualidade de vida e satisfação, além de desfechos clínicos objetivos favoráveis, como menor bilirrubina neonatal, menos dias de fototerapia, menos complicações pós-operatórias e melhor preservação do estado nutricional.

Também emergiu a centralidade de intervenções concretas e reprodutíveis, por exemplo, contato pele a pele no pós-cesárea, planos perioperatórios com controle multimodal da dor, apoio psicológico estruturado e programas baseados em narrativa na UTI, integradas a rotinas e fluxos assistenciais. Quando sistematizadas, essas práticas alinham experiência subjetiva e segurança clínica sem demandar alta complexidade tecnológica.

A percepção dos usuários foi globalmente favorável, mas persistem fragilidades na abertura para comunicação enfermeiro-paciente. Em paralelo, desafios organizacionais e formativos, gestão pouco participativa, sobrecarga, lacunas na Educação Permanente em Saúde e heterogeneidades curriculares, limitam a disponibilidade relacional e a continuidade das ações,

especialmente em urgência, nefrologia e obstetrícia.

Os objetivos propostos foram atendidos: identificaram-se práticas de humanização, avaliaram-se repercussões clínicas e psicossociais, e discutiram-se barreiras e estratégias para implementação. Limitações incluem heterogeneidade metodológica, amostras restritas e delineamentos não randomizados em parte dos estudos, o que recomenda cautela na generalização e reforça a necessidade de pesquisas multicêntricas e métricas padronizadas.

Recomenda-se consolidar a humanização por três frentes integradas: educação inicial e permanente voltada ao SUS, governança com decisão compartilhada e indicadores de qualidade, e incorporação de microintervenções efetivas aos protocolos de serviço. A adoção articulada desses eixos tende a ampliar adesão terapêutica, reduzir eventos evitáveis e qualificar a experiência do cuidado, avançando a humanização como atributo estruturante da assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS

ABDELGAWAD, Sahar Mahmoud Elkhedr et al. Effect of the application of humanized nursing care on the clinical outcomes of neonates with hyperbilirubinemia. **BMC nursing**, v. 24, n. 1, p. 149, 2025.

ALLANDE-CUSSÓ, Regina et al. The impact of humanising hospital care on health outcomes: an observational study protocol. **BMC nursing**, v. 24, n. 1, p. 1-9, 2025.

BAO, Liping et al. Impact of humanized nursing care on negative emotions and quality of life of patients with mental disorders. **American Journal of Translational Research**, v. 13, n. 11, p. 13123, 2021.

BARBOSA, Italo Everton Bezerra et al. Fatores que difundem a assistência de enfermagem humanizada na unidade de terapia intensiva. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 4, p. e7082-e7082, 2021.

BEZERRA, Luciene de Freitas et al. **Os desafios da humanização nas unidades de pronto atendimento**. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso Técnico em Enfermagem) - ETEC Paulino Botelho, São Carlos, 2023.

CORREA-YANTANY, Katerine et al. Perception of patients in relation to the humanized care provided by nursing. **Revista Cuidarte**, v. 16, n. 2, p. e4477, 2025.

FARIAS, Joni Marcio de et al. Humanização do cuidado em saúde em município de pequeno porte. **Lecturas: Educación Física y Deportes**, v. 26, n. 275, 2021.

LIMA, Arlla Daniela Silva; DE OLIVEIRA ALVES, Camila Aparecida. A importância do cuidado humanizado dos profissionais de enfermagem dentro da unidade de terapia intensiva. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 7, n. 15, p. e151628-e151628, 2024.

LIU, Hong-Mei et al. Effects of a Narrative Nursing-Based Humanistic Care Program on Psychological Well-Being in Conscious Patients in the ICU. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, p. 4809-4818, 2025.

LIU, Li; XIAO, Ya-Hong; ZHOU, Xue-Hua. Effects of humanized nursing care on negative emotions and complications in patients undergoing hysteromyoma surgery. **World Journal of Clinical Cases**, v. 11, n. 28, p. 6763, 2023.

MARQUES, Bruna Luiza Delgado et al. O papel da enfermagem na humanização dos serviços de saúde. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS**, v. 7, n. 1, p. 173-173, 2021.

MENESES-LA-RIVA, Monica Elisa et al. Humanized Care in Nursing Practice: A Phenomenological Study of Professional Experiences in a Public Hospital. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 22, n. 8, p. 1223, 2025.

PÉREZ-JIMÉNEZ, José Miguel et al. Beyond Pain Management: Skin-to-Skin Contact as a Humanization Strategy in Cesarean Delivery: A Randomized Controlled Trial. In: **Healthcare**. MDPI, 2025. p. 1866.

SANTOS, Maryelle Peres da Silva et al. Humanization of childbirth: challenges of the Apice On Project. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1793-1802, 2022.

SILVA, Luciene Lima et al. A assistência de enfermagem no centro cirúrgico: Cuidado humanizado e científico. **Nursing (Ed. bras., Impr.)**, p. 7894-7903, 2022.

SOARES, Giovanna da Rosa et al. A humanização da enfermagem nos cenários de urgência e emergência. **Enferm. foco (Brasília)**, p. 1-7, 2022.

SOUSA, Cláudia Aldeana Muniz de et al. Cuidado humanizado no contexto da unidade de terapia intensiva: compreensão da equipe de enfermagem. **Rev. enferm. UFPI**, p. e10047-e10047, 2020.

VERAS, Renata Meira et al. Different training models in health and student conceptions of humanized medical care. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1781-1792, 2022.

VIANA, Angeluza Amorim; FLORES, Adriana Mayon Neiva. Política nacional de humanização do SUS: importância e implementação em unidade de nefrologia. **Revista Pub saúde**, v. 13, p. a433, 2023.

VIEIRA, Paula de Freitas; ALMEIDA, Meives Aparecida Rodrigues de. Humanização da assistência de enfermagem em pacientes idosos. **Revista de Iniciação Científica e Extensão**, v. 3, n. 1, p. 371-378, 2020.

ZENG, Zhihui; GUAN, Yuzhen. Influence of humanized care on self-efficacy, sleep and quality of life of patients in cardiovascular surgery intensive care unit. **American Journal of Translational Research**, v. 13, n. 5, p. 4884, 2021.

ZHANG, Yan et al. Effects of humanized nursing interventions on psychological well-being and quality of life in rectal cancer patients undergoing chemotherapy. **American Journal of Translational Research**, v. 16, n. 10, p. 5728, 2024.