

**UNIVERSIDADE SANTO AMARO**

**Curso de Fisioterapia**

**Camila de Cássia Sannino do Nascimento**

**CUIDAR COM SENTIDO: A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO  
FISIOTERAPÊUTICO EM INTERNAÇÕES PROLONGADAS**

**São Paulo**

**2025**

**Camila de Cássia Sannino do Nascimento**

**CUIDAR COM SENTIDO: A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO  
FISIOTERAPÊUTICO EM INTERNAÇÕES PROLONGADAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Fisioterapia da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Patricia Lira dos Santos

**São Paulo**

**2025**

N194c

Nascimento, Camila de Cássia Sannino do

Cuidar com sentido: a humanização do cuidado fisioterapêutico em internações prolongadas / Camila de Cássia Sannino do Nascimento. - São Paulo, 2025.

37 p.

Monografia (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Santo Amaro, 2025.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Patricia Lira dos Santos.

Bibliografia incluída

1. Humanização. 2. Fisioterapia hospitalar. 3. Cuidado centrado no paciente. I. Santos, Patricia Lira dos. II. Universidade Santo Amaro. III. Título.

CDD 615.82

**Camila de Cássia Sannino do Nascimento**

**CUIDAR COM SENTIDO: A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO  
FISIOTERAPÊUTICO EM INTERNAÇÕES PROLONGADAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Fisioterapia da  
Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título  
de bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Profª Drª Patricia Lira dos Santos

São Paulo, 05 de novembro de 2025

**Banca Examinadora**



---

Profª Drª Patrícia Lira dos Santos

Conceito Final: 10

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, em primeiro lugar, aos meus pais que sempre acreditaram em mim e estiveram ao meu lado em cada etapa dessa caminhada. O apoio, o amor e a confiança que recebi de vocês foram os pilares que me sustentaram nos momentos mais desafiadores.

Aos meus amigos que me deram força e souberam me aguentar nos momentos em que o TCC parecia ser o único assunto possível, obrigada por não desistirem de mim e por tornarem essa trajetória mais leve com cada palavra de incentivo e cada demonstração de carinho.

Ao meu namorado, Francisco, que sempre acreditou em mim mesmo quando eu duvidava de mim mesma. Obrigada por ser meu porto seguro, pelo incentivo diário e por me lembrar, com amor e paciência, que eu era capaz de chegar até aqui.

À minha psicóloga, Juliana, que foi essencial nessa reta final, me ajudando a encontrar equilíbrio e clareza quando as emoções e as responsabilidades pareciam maiores que eu.

Aos professores que passaram pela minha formação nesses quatro anos de graduação, minha eterna gratidão, cada ensinamento contribuiu para que eu me tornasse a profissional que sonho ser. Em especial, agradeço aos professores que lideraram a extensão do projeto de humanização e que este trabalho continue a transformar vidas, inspirando futuros profissionais a nunca esquecerem que o cuidado vai muito além da técnica.

Às minhas amigas do grupo, que compartilharam comigo dificuldades, medos e conquistas, e que mostraram que a caminhada fica mais leve quando é feita de mãos dadas. Também às “amigas do shake”, que nunca deixaram de acreditar em mim e me lembraram constantemente da importância de acreditar em meus sonhos.

À professora e orientadora Patrícia, uma mulher admirável, exemplo de professora, profissional e ser humano. Obrigada por compartilhar generosamente seu vasto conhecimento e suas experiências, sempre guiando com firmeza sem nunca perder o olhar humano.

Agradeço ainda a todos que caminham comigo neste plano e àqueles que, de alguma forma, permanecem presentes em outro. Cada energia de apoio, visível ou invisível, me impulsionou até aqui.

Enfim, este trabalho não é resultado de sorte, mas de esforço, dedicação e persistência. Cada etapa desta jornada foi guiada pelo propósito de valorizar a humanização no cuidado em fisioterapia, reafirmando que, antes de qualquer diagnóstico, há sempre uma pessoa carregada de histórias que merecem respeito, escuta e acolhimento.

"Eu não cuido de doenças, eu cuido de pessoas.  
Doenças têm sintomas, pessoas têm músicas preferidas."

*Raysa Lima*

## RESUMO

**Introdução:** A humanização do cuidado em saúde busca resgatar a centralidade do sujeito, integrando dimensões técnicas e relacionais do cuidado. Na fisioterapia hospitalar, essa abordagem é essencial em casos de internações prolongadas e em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), onde o paciente vivencia fragilidade física e emocional. **Objetivo:** Analisar os benefícios, estratégias e desafios da humanização do cuidado em pacientes hospitalizados por média e longa permanência, com foco na atuação fisioterapêutica. **Métodos:** Revisão integrativa da literatura realizada nas bases SciELO, BVS, PubMed e PEDro, contemplando publicações de 2015 a 2025. **Resultados:** Oito estudos atenderam aos critérios de inclusão. As principais estratégias identificadas foram a comunicação empática, a escuta ativa, o vínculo terapêutico e a participação familiar. Os desafios mais recorrentes envolveram sobrecarga de trabalho, escassez de recursos e predomínio do modelo biomédico. **Discussão:** Os achados indicam que a humanização potencializa resultados clínicos e relacionais, mas sua implementação esbarra em barreiras estruturais, culturais e formativas. O diálogo com a Política Nacional de Humanização destaca a necessidade de estratégias sistêmicas, tais como: formação continuada, protocolos institucionais e avaliação das práticas, para traduzir o discurso em rotina assistencial. **Conclusão:** A humanização constitui elemento essencial da fisioterapia hospitalar, promovendo adesão ao tratamento, bem-estar e integralidade do cuidado. Contudo, há escassez de estudos específicos sobre o tema, reforçando a necessidade de novas pesquisas que consolidem práticas mais sensíveis, éticas e centradas no ser humano.

**Palavras-chave:** humanização; fisioterapia hospitalar; cuidado centrado no paciente; internação prolongada

## ABSTRACT

**Introduction:** The humanization of healthcare aims to restore the centrality of the patient, integrating both technical and relational dimensions of care. In hospital physiotherapy, this approach is essential in cases of prolonged hospitalization and in Intensive Care Units (ICUs), where patients experience physical and emotional fragility. **Objective:** To analyze the benefits, strategies, and challenges of humanizing care for patients hospitalized for medium and long-term stays, with a focus on physiotherapeutic practice. **Methods:** An integrative literature review was conducted in the SciELO, BVS, PubMed, and PEDro databases, covering publications from 2015 to 2025. **Results:** Eight studies met the inclusion criteria. The main strategies identified were empathetic communication, active listening, therapeutic bonding, and family involvement. The most recurring challenges involved workload overload, lack of resources, and predominance of the biomedical model. **Discussion:** The findings indicate that humanization enhances both clinical and relational outcomes, but its implementation faces structural, cultural, and educational barriers. Alignment with the National Humanization Policy highlights the need for systemic strategies, such as continuing education, institutional protocols, and practice evaluation, to translate discourse into routine care. **Conclusion:** Humanization is an essential element of hospital physiotherapy, promoting treatment adherence, well-being, and comprehensive care. However, there is a scarcity of studies specifically addressing this topic, reinforcing the need for further research to consolidate more sensitive, ethical, and patient-centered practices.

**Keywords:** humanization; hospital physiotherapy; patient-centered care; prolonged hospitalization

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| 1 Introdução.....  | 9  |
| 2 Objetivos.....   | 14 |
| 2.1 Objetivos específicos.....                               | 14 |
| 3 Métodos.....   | 15 |
| 4 Resultados.....  | 18 |
| 4.1 Estratégias de Humanização Utilizadas.....               | 24 |
| 4.2 Desafios Enfrentados na Prática.....                     | 25 |
| 4.3 Impactos Percebidos pelos Pacientes e Profissionais..... | 25 |
| 5 Discussão.....   | 27 |
| 6 Conclusão.....   | 34 |
| Referências.....   | 35 |

## 1 Introdução

Apesar de muitos considerarem a humanização nos cuidados em saúde como um modismo recente, ela está longe disso. Trata-se de um debate histórico e consistente por novas formas de organização dos serviços de saúde, marcadas por disputas teóricas, transformações nas estruturas institucionais e redefinições das relações entre profissionais e pacientes<sup>1</sup>.

Na fisioterapia hospitalar, especialmente em casos de internações prolongadas e Unidades de Terapia Intensiva, esse olhar humanizado é essencial, pois além de contribuir para a reabilitação funcional, atua diretamente na redução do sofrimento físico, psicológico e social do paciente<sup>2</sup>. Por isso, o cuidado centrado no paciente torna-se uma diretriz fundamental para os fisioterapeutas, que desempenham papel central na mobilidade, na prevenção de complicações e na promoção da autonomia durante a hospitalização<sup>2,3</sup>.

O cuidado humanizado pode ser compreendido como a valorização do sujeito em todas as suas dimensões (biológica, psicológica, social e espiritual) no processo de cuidado, promovendo a escuta ativa, o acolhimento, o respeito às individualidades e a construção de vínculos entre profissionais e pacientes. Já a desumanização pode se manifestar em práticas como tratar pessoas como objetos, reduzi-las à sua patologia ou isolá-las emocionalmente durante o tratamento<sup>1</sup>.

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, humanizar é promover uma atenção que reconhece a singularidade do sujeito, valoriza o vínculo entre profissionais e usuários e propõe a divisão de responsabilidade nas práticas de cuidado<sup>4</sup>.

A PNH tem como objetivo colocar em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano dos serviços, produzindo transformações nos modos de gerir e cuidar<sup>5</sup>. Essa política se propõe a integrar acolhimento, escuta qualificada, vínculo e responsabilização, buscando transformar o modelo tradicional de atenção em saúde em algo mais acolhedor, resolutivo e sensível às necessidades individuais<sup>4</sup>.

Dentre os princípios da PNH, destaca-se o acolhimento, ele deve sustentar a relação entre equipes e usuários, fortalecendo os laços e garantindo que todo cidadão tenha direito a uma equipe que cuide dele, que o informe sobre sua saúde e que respeite sua vontade de compartilhar ou não sua dor e alegria com sua rede

social<sup>3</sup>. A PNH também destaca que os usuários não são apenas pacientes, e os trabalhadores não apenas executores de ordens<sup>4,5</sup>.

O reconhecimento do paciente como único reforça a necessidade de cuidado individualizado, empático e ético, com espaço para sua participação ativa no processo terapêutico. Isso inclui acesso à informação, compartilhamento de decisões e respeito à autonomia<sup>1</sup>.

O afeto, o acolhimento e a escuta qualificada são fundamentais, escutar, no contexto da saúde, é mais do que ouvir: é acolher com atenção e presença, reconhecendo o sofrimento do outro e legitimando sua experiência; deve permear todas as relações no sistema de saúde: entre profissionais e usuários, entre colegas de equipe e na gestão. Criar esses espaços para escuta requer tempo, disposição e comprometimento institucional, desafiando a lógica tecnicada e acelerada dos serviços de saúde<sup>1</sup>.

Se tratando da fisioterapia, a reabilitação precoce de pacientes em unidades de terapia intensiva têm demonstrado efeitos benéficos no prognóstico e na qualidade de vida, melhorando o grau de funcionalidade e o desenvolvimento das atividades de vida diária na alta<sup>6,7</sup>; ela inclui vários aspectos: reabilitação pulmonar, mobilização precoce, exercício cardiovascular, fortalecimento muscular e mobilizações passivas ou ativas, todos eles focados em atingir o mesmo objetivo, a recuperação física e funcional dos pacientes<sup>6,8</sup>. Estudos indicam que a fisioterapia desempenha um papel essencial nas UTIs, sendo necessária sempre que a situação clínica do paciente assim exigir, isso demonstra a importância da atuação fisioterapêutica nas unidades de terapia intensiva e internações longas<sup>9</sup>.

Nesse contexto, é fundamental compreender o cenário epidemiológico que fundamenta a necessidade de cuidados humanizados. Segundo o Ministério da Saúde, a taxa ideal de leitos hospitalares fica entre 2,5 e 3 leitos para cada mil habitantes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda de 3 a 5 leitos por mil habitantes, enquanto a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), composta pelos países mais desenvolvidos, sugere 4,7 leitos por mil habitantes, conforme divulgado no Panorama de Saúde 2017. Em países como Japão e Alemanha, a média de leitos por mil habitantes é de 13,7 e 8,1, respectivamente, enquanto o sistema inglês apresenta 2,6 leitos por mil habitantes,

taxa próxima à brasileira (2,1 leitos por mil habitantes, número abaixo dos padrões internacionais recomendados)<sup>10</sup>.

Essa disponibilidade reduzida de leitos, combinada à alta demanda por serviços hospitalares, contribui para a intensa ocupação e prolongamento da permanência dos pacientes. De acordo com dados recentes do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), apenas no mês de julho de 2025 foram registradas 1.180.223 internações, totalizando quase 6 milhões de dias de hospitalização, com média nacional de 5,1 dias<sup>11</sup>.

**Tabela 1 - Internações hospitalares e média de permanência por região do Brasil (julho de 2025)**

| <b>Região</b>       | <b>Internações</b> | <b>Dias permanência</b> | <b>Média permanência (dias)</b> |
|---------------------|--------------------|-------------------------|---------------------------------|
| TOTAL               | 1.180.223          | 5.977.824               | 5,1                             |
| Região Norte        | 93.281             | 451.865                 | 4,8                             |
| Região Nordeste     | 300.362            | 1.577.271               | 5,3                             |
| Região Sudeste      | 481.179            | 2.486.759               | 5,2                             |
| Região Sul          | 221.103            | 1.037.434               | 4,7                             |
| Região Centro-Oeste | 84.298             | 424.495                 | 5,0                             |

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Esses dados evidenciam a expressiva carga assistencial enfrentada pelo sistema de saúde e reforçam a importância de estratégias voltadas à qualidade do cuidado durante internações prolongadas e em UTIs, contexto no qual a atuação fisioterapêutica se mostra essencial para a manutenção da funcionalidade, prevenção de complicações e promoção do bem-estar do paciente.

Ainda sobre as análises do leito de UTI, pode ser observado que 85% são internações prolongadas e esses leitos são os de maiores custos para o sistema. Muitas dessas internações hospitalares longas, principalmente as que ocorrem em UTI, são decorrentes de necessidades de tecnologias de alta complexidade, falta de cuidadores habilitados para garantir o cuidado após a alta hospitalar e

vulnerabilidade e risco social aumentados, o que faz com que o usuário permaneça internado mesmo após a estabilização clínica, aumentando, assim, o tempo de permanência no hospital e reduzindo a disponibilidade de leitos<sup>12</sup>.

Neste cenário de demanda de internações de longa permanência e UTIs, diversas iniciativas internacionais têm buscado transformar o cuidado intensivo em ambientes mais humanizados. Um exemplo é o Projeto HU-CI, na Espanha, com suas oito linhas de estudo e 159 boas práticas voltadas à humanização do ambiente intensivo, esse projeto tem inspirado UTIs globalmente a transformarem ambientes altamente tecnificados em espaços mais acolhedores e humanos, onde as pessoas possam se beneficiar dos melhores recursos científico-técnicos disponíveis sem perder sua identidade e dignidade<sup>13</sup>.

A humanização do cuidado, não depende apenas de infraestrutura ou protocolos, trata-se de uma transformação cultural e ética, que valoriza o diálogo, a presença, a escuta e a corresponsabilidade no cuidado. É um resgate da dimensão relacional da saúde, que reconhece o outro como sujeito ativo, promovendo práticas mais justas, sensíveis e comprometidas com o bem-estar integral<sup>1</sup>. Com isso, a valorização do ser humano em todas as suas dimensões contribui para um cuidado mais eficaz, sensível e transformador<sup>4</sup>.

Essa transformação é ainda mais relevante quando se observa que muitos pacientes que sobrevivem à internação em UTIs enfrentam, após a alta, sérias consequências físicas, psicológicas e cognitivas, que comprometem seu retorno à vida normal, às vezes de forma definitiva. Além disso, os familiares também podem sofrer com um quadro clínico complexo conhecido como Síndrome Pós-Cuidados Intensivos Familiar (PICS-F), evidenciando a necessidade de um olhar ampliado e compassivo para todos os envolvidos<sup>13</sup>. Os efeitos da desumanização de pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI) podem ser profundos e persistentes, exemplos disso são as diversas repercussões emocionais e cognitivas negativas que têm sido identificadas, como sentimentos de vergonha, culpa, tristeza, raiva, impotência, sofrimento psicológico e retraimento social<sup>14</sup>.

Por outro lado, práticas humanizadoras, como o cuidado compassivo, demonstram estar associadas a benefícios significativos, como uma comunicação mais eficaz e a redução da morbidade psicológica nos pacientes<sup>15</sup>. Dada a magnitude dos impactos tanto da desumanização quanto da humanização, torna-se

essencial compreender de que maneira os pacientes são submetidos a essas experiências na UTI, bem como identificar os fatores que originam tais comportamentos<sup>14</sup>.

Estudos recentes, como o de Pun et al., reforçam o que já era intuído por muitos profissionais: a humanização do cuidado melhora significativamente a evolução clínica dos pacientes durante a internação e após a alta hospitalar. Medidas simples como a presença da família, a mobilização precoce, terapias físicas e cognitivas, atenção psicológica e espiritual, estímulo ao sono reparador e a criação de um ambiente mais acolhedor na UTI mostram-se eficazes não apenas na recuperação, mas também na satisfação geral de pacientes e familiares, mesmo que seus impactos não sejam imediatamente mensuráveis pela mortalidade<sup>13</sup>.

A humanização do cuidado em UTIs é, portanto, uma mudança ética e cultural indispensável. Em tempos em que pacientes de média e longa permanência enfrentam processos de institucionalização marcados por sentimentos de solidão, despersonalização e perda de identidade, valorizar o diálogo, a escuta ativa, a presença e a corresponsabilidade é o caminho para a construção de um ambiente mais justo, sensível e verdadeiramente centrado no ser humano<sup>13</sup>.

Esses fatores contribuem para o fortalecimento da confiança na equipe de saúde, melhoria na relação entre paciente e profissionais, além de favorecer o engajamento ativo no tratamento e o resgate do senso de propósito<sup>14</sup>. Investigar como essa abordagem se insere na fisioterapia pode não apenas consolidar o papel do fisioterapeuta como agente transformador do cuidado em saúde, mas também abrir caminhos para a construção de um sistema mais acolhedor, resolutivo e humano.

Apesar da relevância do tema, observa-se escassez de estudos que enfoquem especificamente a humanização na atuação fisioterapêutica em internações hospitalares e UTIs, o que justifica a presente revisão. Investigar esse tema é uma urgência ética frente às vulnerabilidades do cuidado prolongado em saúde, e, um passo decisivo para a consolidação de um sistema centrado no ser humano. Diante disso, este estudo tem como objetivo analisar, a partir da literatura disponível, as estratégias, desafios e impactos da humanização no cuidado fisioterapêutico em contextos de internações prolongadas e em UTIs.

## **2 Objetivos**

Analisar os benefícios, estratégias e desafios da humanização do cuidado em pacientes hospitalizados por média/longa permanência e em UTIs, com ênfase na prática fisioterapêutica hospitalar.

### **2.1 Objetivos específicos**

Identificar quais as principais estratégias de humanização usadas na fisioterapia em ambiente hospitalar para pacientes de média/longa duração e UTIs, mostrar os desafios enfrentados por fisioterapeutas para implementação das práticas e contribuir no debate acadêmico e profissional sobre a humanização na fisioterapia hospitalar.

### 3 Métodos

Este trabalho consiste em uma revisão integrativa da literatura, com o objetivo de reunir, analisar e discutir publicações relevantes sobre a humanização do cuidado fisioterapêutico em pacientes hospitalizados por média e longa permanência.

A escolha dessa abordagem deve-se à sua capacidade de proporcionar uma análise crítica e interpretativa do conhecimento existente, permitindo identificar lacunas, estratégias, desafios e impactos na prática profissional fisioterapêutica. Optou-se pela revisão integrativa em virtude da diversidade de métodos dos estudos disponíveis sobre o tema e escassez de ensaios clínicos randomizados, ela permite uma abordagem mais ampla, interpretativa e exploratória, condizente com a complexidade e subjetividade da temática da humanização na fisioterapia hospitalar.

Embora este estudo adote o formato de revisão integrativa, utilizou-se a estratégia PICOT como recurso auxiliar para estruturar a questão de pesquisa e orientar a busca na literatura, de modo a favorecer maior clareza e objetividade.

- P (População): Pacientes hospitalizados por média e longa permanência em UTIs;
- I (Intervenção): Abordagens fisioterapêuticas humanizadas;
- C (Comparação): Cuidados fisioterapêuticos convencionais ou ausência de abordagem humanizada;
- O (Desfecho/Outcome): Benefícios percebidos (melhora na experiência, recuperação funcional, engajamento no cuidado, relação profissional-paciente, etc.);
- T (Tempo): Durante o período de hospitalização de média ou longa permanência.

A partir da estratégia PICOT, a seguinte questão norteadora foi definida: “Quais os benefícios, estratégias e desafios da humanização do cuidado fisioterapêutico em pacientes hospitalizados por média e longa permanência em UTIs?”

A busca pelos artigos foi realizada nas seguintes bases de dados eletrônicas: SciELO, BVS, PubMed e PEDro, considerando o período de 2015 a 2025, em português, inglês e espanhol. Esse período foi estabelecido com o objetivo de abranger os principais avanços conceituais e práticos da humanização no cuidado

fisioterapêutico, especialmente a partir da consolidação da Política Nacional de Humanização (PNH) no Brasil.

Os descritores utilizados na busca foram combinados com operadores booleanos (AND, OR), e incluíram: “humanização fisioterapia”, “fisioterapia hospitalar”, “internação prolongada”, “cuidados centrados no paciente”, “cuidado humanizado”, “experiência do paciente”, “ICU physiotherapy”, “humanized care”, “patient-centered care hospitalization”.

Critérios de inclusão:

- Artigos disponíveis na íntegra;
- Publicações entre 2015 e 2025;
- Artigos nas línguas: português, inglês e espanhol;
- Estudos que abordassem a prática fisioterapêutica no contexto hospitalar com foco na humanização;
- Estudos com pacientes adultos hospitalizados por média e longa permanência em UTIs.

Critérios de exclusão:

- Artigos duplicados;
- Estudos que abordassem a humanização em contextos não hospitalares (como atenção primária, ambulatorial ou domiciliar);
- Trabalhos que não abordassem diretamente a atuação fisioterapêutica ou não relacionassem o tema à humanização;
- Estudos que abordassem patologias específicas;
- Relatos de experiência que não apresentassem análise crítica ou reflexão sobre os impactos da prática;
- Trabalhos voltados exclusivamente à população pediátrica ou neonatal.

Durante a leitura na íntegra, consideraram-se aspectos como coerência metodológica, clareza nos resultados, alinhamento com a temática e profundidade da discussão, ainda que sem aplicação de instrumentos padronizados de avaliação da qualidade, conforme o escopo da revisão integrativa. A seleção dos artigos ocorreu em três etapas sucessivas:

1. Leitura dos títulos para exclusão dos estudos claramente não pertinentes ao tema;
2. Análise dos resumos com aplicação dos critérios de inclusão e exclusão;
3. Leitura completa dos estudos elegíveis para avaliação final de relevância e qualidade metodológica.

Foi realizada uma tabela descritiva com os artigos selecionados extraindo os seguintes dados: autor, ano de publicação, país, tipo de estudo, objetivos, população-alvo, metodologia empregada, principais resultados e conclusões.

A triagem e avaliação dos estudos foram conduzidas por uma única pesquisadora, o que se reconhece como limitação metodológica já que pode introduzir vieses de interpretação, ainda assim, os critérios foram aplicados de forma padronizada para assegurar a consistência do processo.

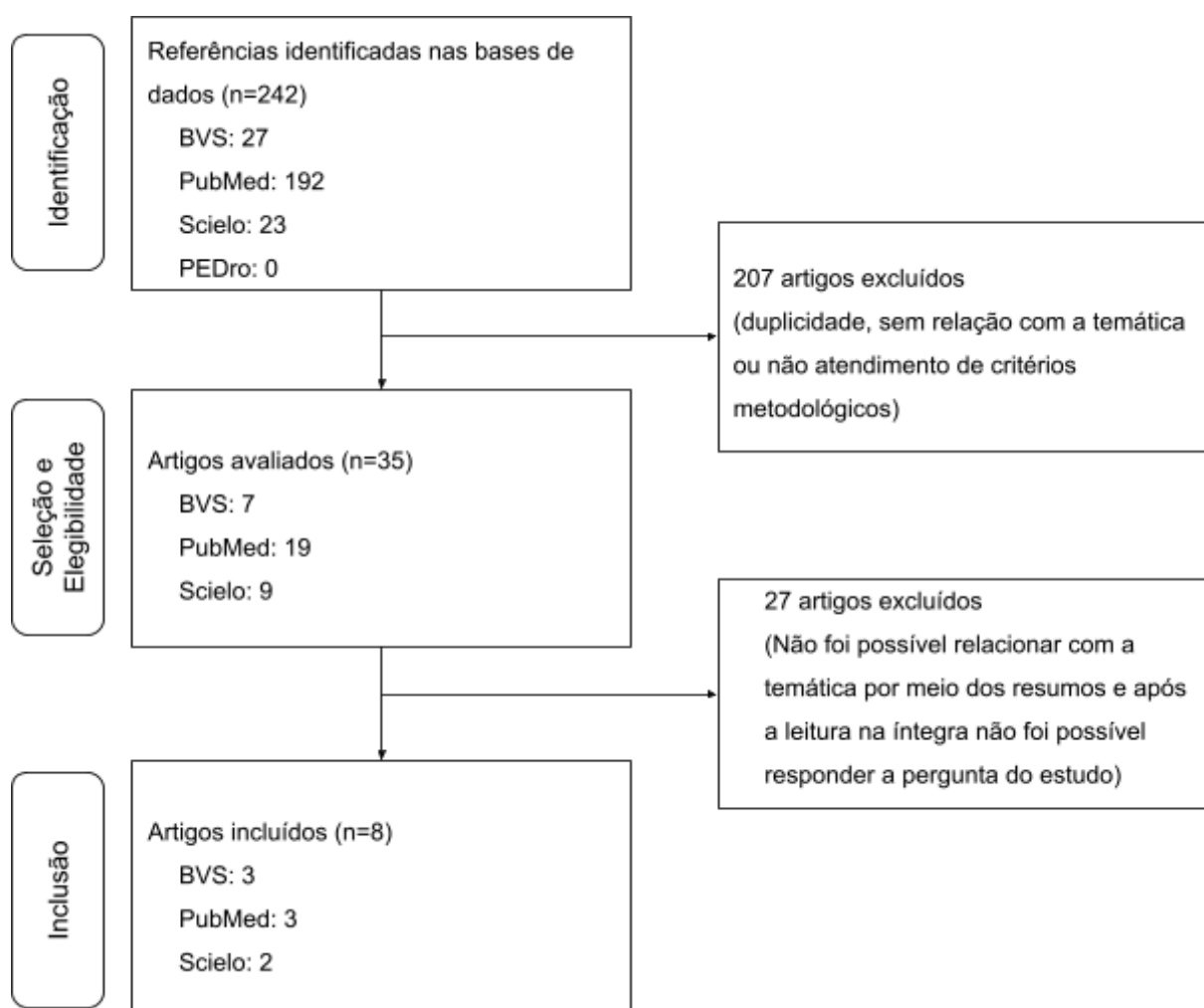
Dessa forma, a revisão integrativa foi conduzida de maneira sistematizada e organizada, buscando garantir transparência no processo de seleção, extração e síntese dos estudos incluídos. As informações foram agrupadas em eixos temáticos e apresentadas em tabela descritiva, possibilitando análise qualitativa e discussão crítica dos achados.

Após a leitura e extração dos dados, procedeu-se a uma análise temática qualitativa, na qual os achados foram organizados por similaridade de conteúdo e relevância para o objetivo do estudo. As informações foram categorizadas em três eixos principais: (1) estratégias de humanização utilizadas, (2) desafios enfrentados na prática fisioterapêutica hospitalar e (3) impactos percebidos pelos pacientes e profissionais. Essa categorização permitiu uma interpretação crítica e integrada dos resultados, destacando convergências, lacunas e contribuições dos estudos incluídos.

## 4 Resultados

Inicialmente, foram localizados 242 artigos nas bases de dados BVS, PubMed, SciELO e PEDro. Após a aplicação dos critérios de exclusão – duplicidade, não pertinência ao tema e não atendimento aos critérios metodológicos – permaneceram 35 artigos para leitura completa, dos quais 27 foram excluídos. Assim, 8 artigos compuseram a amostra final da revisão integrativa. O fluxograma abaixo representa o processo de identificação, triagem e inclusão dos estudos selecionados para compor a revisão integrativa.

Figura 1 – Fluxograma do processo de identificação e seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa, conforme o modelo PRISMA (2020).



Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de PRISMA 2020.

As populações estudadas mostraram-se diversas, abrangendo pacientes adultos hospitalizados por média e longa permanência em UTIs, familiares,

profissionais de saúde e docentes de cursos de Fisioterapia. Essa variedade permitiu uma compreensão ampla do processo de humanização da fisioterapia hospitalar sob diferentes perspectivas.

A Tabela 2 apresenta a síntese dos artigos incluídos na revisão, organizada por autor, ano, país, título, tipo de estudo, objetivos, população-alvo, metodologia empregada, principais resultados e conclusões.

Tabela 2 – Síntese dos artigos selecionados na revisão integrativa.

| <b>Autor / Ano</b>     | <b>País</b> | <b>Tipo de Estudo</b>      | <b>Objetivos</b>   | <b>População alvo</b>   | <b>Metodologia</b>   | <b>Resultados</b>  | <b>Conclusões</b>  |
|------------------------|-------------|----------------------------|--|---|--|--|--|
| Sottile et al., 2015   | EUA         | Observacional quantitativo | Avaliar percepções de pacientes e familiares sobre a fisioterapia na UTI                                     | 55 pacientes em UTI e 49 familiares   | Aplicação de questionários com 8 perguntas para pacientes e 9 para familiares sobre a percepção da fisioterapia.   | Fisioterapia percebida como necessária e benéfica, apesar do esforço e desconforto.  | Educar familiares é crucial para valorização da fisioterapia durante longas internações.   |
| Mondadori et al., 2016 | Brasil      | Transversal                | Verificar se a assistência fisioterapêutica em unidade de terapia intensiva é realizada de forma humanizada. | 60 pacientes que receberam alta da UTI adulta do Hospital de Ensino São Lucas FAG.  | Entrevistas com perguntas fechadas realizadas entre Fevereiro e Junho com pacientes que ficaram internados na UTI. | Pacientes consideraram o atendimento fisioterapêutico humanizado, com menor percepção na terapia de higiene brônquica com estímulo à tosse.  | Os fisioterapeutas da UTI atuam de forma humanizada, com ética e respeito à dignidade dos pacientes, destacando-se a importância da comunicação e do esclarecimento sobre os procedimentos.  |
| Sanches et al., 2016   | Brasil      | Pesquisa qualitativa       | Compreender a percepção dos profissionais de saúde quanto ao cuidado humanizado em uma UTI Adulto            | 13 profissionais de saúde da UTI Adulto de um hospital universitário do Paraná (PR) | Entrevistas semiestruturadas com 3 médicos, 3 fisioterapeutas e 7 enfermeiros com questões focadas na humanização. | Os profissionais reconhecem a importância da humanização, mas têm dificuldade em defini-la e aplicá-la devido à rotina intensa, ao estado clínico dos pacientes e ao foco técnico. | Observa-se uma lacuna entre o conceito e a prática da humanização na UTI, reforçando a importância de treinamentos e ações institucionais que estimulem sua vivência entre os profissionais. |

Continuação Tabela 2 – Síntese dos artigos seleccionados na revisão integrativa.

|                      |        |                                     |  |  |  |  |  |
|----------------------|--------|-------------------------------------|--|--|--|--|--|
| Machado et al., 2016 | Brasil | Qualitativo descritivo              | Identificar as concepções dos profissionais da UTI sobre os significados da humanização e as estratégias utilizadas para aplicá-la no cuidado. | 7 técnicos de enfermagem, 6 enfermeiros, 4 fisioterapeutas e 6 médicos; totalizando 23 profissionais.  | Questionário composto de três perguntas abertas relacionadas à temática e aplicado de forma individual.  | Embora a maioria desconheça formalmente a PNH, muitos profissionais já aplicam princípios de respeito, dignidade e empatia na prática cotidiana.   | É necessário ampliar a discussão e a aplicação da PNH na formação e nas práticas institucionais, promovendo educação permanente sobre seus princípios entre os profissionais de UTI.   |
| Luiz et al., 2017    | Brasil | Exploratório descritivo qualitativo | Compreender as percepções de familiares e profissionais sobre a humanização na UTI, para direcionar a uma ação educativa.                      | 8 familiares e 6 profissionais da saúde (enfermeira, técnica de enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista, médica e auxiliar administrativa) de um hospital público em Porto Alegre (RS) | Participaram familiares de pacientes, entrevistados aleatoriamente, e profissionais selecionados para grupo focal por afinidade com a humanização. | Ambos os grupos apontaram a importância de gestos éticos e sensíveis, criticando a postura tecnicista e a despersonalização do paciente.   | Os participantes enfatizaram a importância de um cuidado humanizado, apesar de falhas na aplicação da PNH que podem levar a práticas desumanizadas, resultando em um Manual Reflexivo para profissionais, um guia para familiares e um tabuleiro para facilitar a comunicação. |
| Galvin et al., 2018  | Canadá | Revisão Sistemática                 | Avaliar efeitos do cuidado humanizado na empatia dos profissionais, na ansiedade dos familiares e na fadiga por compaixão de ambos os grupos.  | Pacientes maiores de 18 anos, em estado crítico internados em UTI e seus familiares.   | A revisão sistemática incluiu estudos sobre intervenções que fortalecem a proximidade física ou emocional entre paciente e cuidador.               | A participação familiar, reduziu a ansiedade dos familiares, enquanto os efeitos sobre burnout e fadiga por compaixão nos profissionais foram inconclusivos, com possível aumento da sobrecarga. | Intervenções de humanização podem melhorar o bem-estar psicológico dos familiares, mas a baixa qualidade das evidências impede conclusões sobre os efeitos nos profissionais, exigindo pesquisas futuras mais rigorosas.   |

Continuação Tabela 2 – Síntese dos artigos selecionados na revisão integrativa.

|                         |        |                                   |  |   |  |  |   |
|-------------------------|--------|-----------------------------------|--|---|--|--|---|
| Jamarim et al., 2019    | Brasil | Estudo de caso                    | Conhecer tipos de toque e seus significados para fisioterapeutas hospitalares, considerando sentimentos, atitudes e comportamentos na assistência.           | 16 fisioterapeutas de um hospital de grande porte no Brasil.  | Estudo qualitativo e exploratório, com observação dos participantes e entrevistas semi-estruturadas com os fisioterapeutas.. | Embora técnico, o toque do fisioterapeuta manifesta afeto por gestos, tom de voz e postura empática. Profissionais apontaram formação acadêmica focada no tecnicismo, pouco foco em comunicação e vínculo. | O toque afetivo, pouco usado na fisioterapia hospitalar, ocorre com pacientes idosos, graves ou de longa permanência, promovendo vínculo e humanização. Recomenda-se incluí-lo na formação e estimular pesquisas. |
| Figueiredo et al., 2019 | Brasil | Pesquisa documental e entrevistas | Avaliar os PPCs de Fisioterapia quanto à presença de disciplinas de UTI e Humanização e à percepção dos docentes sobre a formação humanizada para a prática. | PPCs de graduação em Fisioterapia no Brasil com disciplinas de UTI e docentes de Terapia Intensiva em Recife (PE) | Análise documental dos PPCs de Fisioterapia do país e entrevistas semiestruturadas com docentes de UTI.                      | Das 570 IES analisadas, 197 ofereciam disciplina de UTI e apenas 6 incluíam Humanização. Docentes ressaltaram a importância da abordagem e lacunas curriculares.   | A formação focada no técnico é insuficiente para a UTI, destacando a necessidade de humanização e ajustes curriculares.   |

Fonte: Elaborada pela autora a partir dos estudos incluídos na revisão integrativa, 2025.

#### 4.1 Estratégias de Humanização Utilizadas

Os estudos analisados indicam diversas estratégias voltadas à humanização no contexto da fisioterapia hospitalar, especialmente em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e internações prolongadas. Entre as práticas mais recorrentes destacam-se a comunicação efetiva, a escuta ativa e o fornecimento de informações claras ao paciente e seus familiares sobre os procedimentos realizados<sup>16, 17, 18</sup>. Além disso, a construção de projetos terapêuticos singulares aparece como prática recorrente, especialmente em ambientes hospitalares, onde o plano de cuidado é direcionado não apenas para a condição clínica, mas também para as dimensões emocionais e sociais do paciente<sup>17, 19</sup>.

Outro aspecto relatado refere-se à importância de ambientes acolhedores, com atenção à privacidade, ao conforto e à organização estrutural, visando reduzir o estresse e a ansiedade<sup>17, 20</sup>. A comunicação efetiva, por sua vez, é reiterada como um recurso essencial: a transparência nas informações, o diálogo com familiares e a educação em saúde são estratégias que fortalecem a humanização<sup>16, 17, 18</sup>.

Alguns trabalhos ressaltaram ainda o papel do toque e da comunicação não verbal, que, mesmo quando instrumental, pode expressar cuidado e empatia<sup>21, 22</sup>. Além disso, estratégias como a participação familiar no cuidado, a flexibilização de visitas e a adoção de atitudes éticas e sensíveis por parte da equipe multiprofissional foram descritas como fundamentais para a experiência positiva de pacientes e familiares<sup>20, 23</sup>.

Também foi ressaltada a necessidade de capacitação contínua e sensibilização dos profissionais, destacando que a humanização só se sustenta de forma duradoura quando acompanhada de formação adequada e suporte institucional<sup>17, 19, 20</sup>.

Por fim, a integração entre gestão e cuidado, envolvendo equipes multiprofissionais, é vista como elemento indispensável para que as práticas humanizadoras não se restrinjam à esfera individual do profissional, mas passem a fazer parte da cultura organizacional<sup>17, 18, 23</sup>.

## 4.2 Desafios Enfrentados na Prática

Apesar da relevância atribuída ao tema, as evidências apontam que a implementação da humanização ainda enfrenta obstáculos significativos. A sobrecarga de trabalho, rotina intensa, a pressão por produtividade e a escassez de recursos aparecem como barreiras centrais, dificultando a dedicação de tempo às necessidades subjetivas dos pacientes<sup>16, 17, 18</sup>. Além disso, a ausência de preparo prático e a formação insuficiente de profissionais em estratégias humanizadoras reforçam a distância entre o discurso e a realidade assistencial<sup>18, 19</sup>.

Também se observou falta de conhecimento e aplicação efetiva da Política Nacional de Humanização (PNH) no ambiente hospitalar, muitas vezes substituída por interpretações parciais do conceito, mostrando uma discrepância entre as diretrizes institucionais e sua aplicação no cotidiano<sup>19, 20</sup>. Embora políticas como a Política Nacional de Humanização tenham sido amplamente divulgadas, sua implementação esbarra em limitações estruturais, carência de supervisão e falta de investimentos adequados<sup>16, 17, 20</sup>.

A resistência cultural também é recorrente: em alguns contextos prevalece uma abordagem biomédica e tecnicista, que reduz a valorização dos aspectos subjetivos do paciente<sup>18, 21</sup>. As dificuldades de comunicação entre equipes, hierarquias rígidas e ausência de instrumentos de avaliação também aparecem como entraves<sup>16, 22</sup>. Além disso, problemas relacionados à infraestrutura, como a falta de espaços adequados, privacidade e recursos materiais, são apontados como barreiras que comprometem a efetividade das estratégias humanizadoras<sup>16, 17</sup>.

Outro ponto recorrente foi a fragilidade na formação acadêmica, já que a maioria dos cursos de fisioterapia não apresenta disciplinas específicas sobre humanização, restringindo o tema a abordagens transversais e superficiais<sup>17, 18, 19</sup>. Essas limitações revelam um distanciamento entre o ideal preconizado pelas políticas públicas e a prática cotidiana nas UTIs<sup>18</sup>.

## 4.3 Impactos Percebidos pelos Pacientes e Profissionais

Apesar das dificuldades, os impactos positivos das práticas humanizadoras são evidentes. As evidências indicam que pacientes e familiares consideram a fisioterapia necessária e benéfica, associando-a à melhora funcional, recuperação e satisfação com o cuidado recebido<sup>16</sup>.

Os pacientes relatam maior satisfação com o cuidado, sentem-se mais respeitados e valorizados como sujeitos, e percebem uma redução do sofrimento emocional associado ao processo de internação<sup>16, 17</sup>. A criação de vínculo entre paciente e profissional fortalece a confiança, melhora a adesão ao tratamento e contribui para uma experiência mais positiva no ambiente hospitalar<sup>18, 20</sup>. Alguns estudos também relacionaram práticas humanizadoras a ganhos funcionais mais rápidos e maior engajamento do paciente no processo de reabilitação<sup>17, 18</sup>.

Entretanto, familiares de pacientes submetidos à ventilação mecânica prolongada tendem a perceber menor benefício, maior esforço e menos prazer na realização da fisioterapia<sup>16</sup>.

Do ponto de vista dos profissionais, a humanização possibilita maior empatia, ressignificação do trabalho e valorização da prática cotidiana. Profissionais de saúde, reconheceram que atitudes humanizadas impactam positivamente no bem-estar psicológico dos pacientes e familiares, fortalecem o vínculo terapêutico e reduzem o sofrimento subjetivo durante a internação<sup>16, 17, 22</sup>. Muitos estudos relatam que a inserção de práticas humanizadoras contribui para a motivação da equipe, reduz o desgaste emocional e fortalece o compromisso com o cuidado integral<sup>18, 23</sup>. Além disso, a humanização contribui para a construção de uma cultura organizacional de cuidado, na qual gestores e equipes compartilham responsabilidades, estimulando a participação multiprofissional e o protagonismo do paciente<sup>16, 17, 20</sup>.

De maneira geral, os artigos analisados reforçam que a humanização da fisioterapia hospitalar é percebida como um componente essencial da assistência, ainda que limitada por desafios estruturais, formativos e organizacionais. As estratégias descritas demonstram potencial para melhorar a experiência do paciente e de seus familiares, enquanto os impactos relatados evidenciam ganhos funcionais, emocionais e relacionais.

## 5 Discussão

Os estudos analisados convergem em demonstrar que a humanização é eixo central da fisioterapia hospitalar, refletindo-se em ganhos clínicos, emocionais e relacionais. A análise das publicações revelou que a integração entre aspectos técnicos e relacionais potencializa a eficácia terapêutica e o bem-estar do paciente, destacando a relevância das práticas centradas no sujeito.

A humanização da fisioterapia hospitalar emerge como componente essencial do cuidado em saúde, promovendo práticas centradas no sujeito e não apenas na doença. Os estudos analisados evidenciaram que estratégias como a comunicação efetiva, a escuta ativa e a presença da família favorecem a construção de vínculos e a adesão ao tratamento, especialmente em pacientes críticos e de longa permanência. Esse resultado corrobora a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2013), que propõe a valorização da subjetividade e da autonomia dos sujeitos como fundamentos do cuidado integral. Além disso, como aponta Deslandes, o conceito de humanização não é novidade recente, mas parte de uma tradição discursiva e prática relacionada à sociologia médica, que tem persistido diante das tensões entre modelos biomédicos e práticas centradas no cuidado humano<sup>1</sup>. Nesta discussão, analisam-se as evidências sobre as estratégias, desafios e impactos da humanização na fisioterapia hospitalar, com base nos estudos revisados.

Quando falamos em estratégias de humanização, encontramos uma variedade de recursos que podem ser utilizados na prática clínica. Nos estudos analisados, destacam-se, por exemplo, a comunicação empática, a escuta ativa e o envolvimento familiar<sup>16,18</sup>. Há também estratégias não verbais, como o toque, citado como uma forma de transmitir segurança e acolhimento, fortalecendo o vínculo entre paciente e fisioterapeuta<sup>22</sup>. Velasco Bueno & Heras La Calle (2020) destacam que, em UTIs, práticas humanizadoras incluem não apenas aspectos técnicos, mas também sensibilidade emocional e interação contínua com a família, promovendo vínculos significativos e segurança emocional ao paciente<sup>26</sup>. Também é relevante considerar a perspectiva de Merhy, que enfatiza que as tecnologias leves (comunicação, empatia, cuidado relacional) devem contrabalançar a preponderância

das tecnologias duras (saberes estruturados e recursos materiais), assegurando que o cuidado preserve a dimensão humana<sup>27</sup>.

Além das práticas relacionais, a literatura reforça que a formação acadêmica exerce papel decisivo na consolidação da humanização. Os estudos destacam que currículos baseados na interdisciplinaridade e na vivência prática humanizada favorecem a construção de profissionais mais empáticos e reflexivos, capazes de compreender o paciente em sua totalidade<sup>23</sup>.

Nesse contexto, ao comparar os achados dos estudos, observa-se uma convergência quanto à importância das relações interpessoais para a efetividade da fisioterapia hospitalar. Não existe uma “receita pronta” para o cuidado de pacientes críticos de longa permanência em UTI; a humanização mostra-se eficaz quando as práticas são individualizadas e adaptadas às necessidades emocionais e funcionais do paciente, permitindo maior protagonismo e engajamento. A PNH orienta que a humanização deve ser incorporada de forma sistêmica, valorizando o acolhimento, a escuta qualificada e a corresponsabilidade do paciente no cuidado (BRASIL, 2013). A literatura reforça que a construção de vínculos sólidos e o respeito às preferências do paciente são fundamentais para a adesão ao tratamento e para a evolução clínica<sup>18,19,20</sup>, alinhando-se aos princípios da PNH, que valoriza o compromisso entre as partes, a escuta qualificada e o protagonismo do usuário. A efetividade das práticas humanizadoras depende de uma integração entre educação continuada, protocolos institucionais e sensibilização emocional da equipe, mostrando que o impacto positivo da humanização se estende à experiência familiar, aumentando a confiança na equipe e a percepção de segurança do cuidado<sup>26</sup>.

Para a prática fisioterapêutica, isso implica adotar estratégias de cuidado que integrem a dimensão técnica e relacional. Evidências indicam que uma abordagem empática e o diálogo entre fisioterapeuta e paciente favorecem o tratamento, pois reduzem o estresse e fortalecem a confiança<sup>16</sup>. Além disso, o estabelecimento de metas terapêuticas compartilhadas é essencial para promover maior adesão ao tratamento<sup>20,23</sup>. Nos estudos avaliados, sugere-se que fisioterapeutas devem incorporar momentos deliberados de escuta e feedback do paciente em seus planos terapêuticos, permitindo ajustes conforme o estado emocional, funcional e social do usuário, essa prática exige mudança na organização de tempo e recursos nos setores hospitalares.

De acordo com Sanches et al., pacientes que se sentem reconhecidos como indivíduos e têm suas preferências respeitadas apresentam maior engajamento e satisfação com a fisioterapia<sup>18</sup>. Esse achado dialoga com outro estudo, que descreve a humanização como um processo dinâmico e relacional, no qual o fisioterapeuta deve ajustar suas intervenções às condições emocionais, sociais e funcionais do paciente<sup>19</sup>. Complementando, o envolvimento da família no processo terapêutico potencializa a recuperação, ampliando o suporte afetivo e a sensação de pertencimento<sup>20</sup>. Os estudos reforçam que, especialmente em UTIs, essas estratégias são decisivas para reduzir o sofrimento emocional e promover segurança psicológica ao paciente<sup>25, 26</sup>. Destaca-se que a humanização também envolve práticas estruturais, como horários flexíveis de visitas, participação em decisões sobre o cuidado e comunicação transparente, que fortalecem o vínculo entre paciente, família e equipe multiprofissional, promovendo uma experiência hospitalar mais humanizada e segura<sup>26</sup>. Contudo, mesmo diante desses avanços as estratégias de humanização na fisioterapia hospitalar articulam dimensões técnicas e afetivas, constituindo um cuidado integral que favorece tanto a eficácia terapêutica quanto o fortalecimento do vínculo humano no processo de reabilitação.

A convergência entre esses achados reforça que a humanização não se limita a técnicas de cuidado, mas se manifesta nas micro-relações estabelecidas entre profissional, paciente e rede de apoio. Embora seja reconhecida essa importância, há um risco de que a “humanização” seja reduzida a gestos simbólicos ou boas intenções, sem sustentação institucional ou suporte de políticas de cuidado, gerando um desalinhamento entre prática ideal e realidade hospitalar.

Os profissionais ainda enfrentam dificuldades em incorporar o cuidado centrado no paciente de forma sistemática na rotina hospitalar<sup>17</sup>, apontando tensões e contradições no campo prático. Essa diferença evidencia uma lacuna entre o reconhecimento teórico da humanização e sua efetivação prática, apontando para a necessidade de mudanças estruturais e formativas no ambiente hospitalar. A ausência de metodologias pedagógicas centradas no sujeito durante a formação em saúde limita a capacidade do profissional de reconhecer o outro como sujeito ativo do cuidado, perpetuando práticas mecanizadas e distantes da humanização preconizada pela PNH<sup>23</sup>.

A humanização não deve ser apenas um valor teórico, mas uma prática vivencial e contínua, essencial para estabelecer relações éticas e solidárias no contexto da saúde, aspecto ainda pouco enfatizado no cotidiano profissional, exigindo que a cultura profissional e institucional internalize esse valor como parte integrante da prática, não exceção<sup>24</sup>. Em contextos de alta demanda e escassez de recursos humanos, o fisioterapeuta tende a priorizar tarefas técnicas e mensuráveis, reduzindo o tempo dedicado à escuta e à construção de vínculos<sup>21</sup>.

Os estudos apontam que a sobrecarga de trabalho, a escassez de profissionais, a pressão por produtividade e a falta de capacitação dificultam a incorporação sistemática da humanização na rotina hospitalar<sup>19,21</sup>. Os estudos ainda mostram que a fragmentação curricular e a ausência de integração entre ensino e serviço reforçam essa dificuldade, ao não prepararem o profissional para lidar com a complexidade emocional e relacional do ambiente hospitalar<sup>23</sup>.

Sem condições institucionais adequadas, as práticas humanizadoras podem ser pontuais e inconsistentes, comprometendo seu impacto. Essas barreiras não são apenas logísticas, mas também culturais, refletindo a persistência de modelos biomédicos centrados na doença e na eficiência técnica. Esse cenário dialoga com estudos recentes que destacam o impacto da precarização das condições de trabalho sobre a qualidade da assistência e a saúde mental dos profissionais<sup>21</sup>.

A prática fisioterapêutica humanizada não depende apenas da vontade individual do profissional, mas requer apoio institucional, protocolos de humanização e formação contínua que permitam conciliar produtividade e cuidado centrado no sujeito, conforme enfatiza a PNH<sup>19,21</sup>. O contraste entre os achados evidencia que a humanização na fisioterapia hospitalar está em processo de construção. Enquanto vemos que em alguns estudos mostram avanços significativos em práticas sensíveis e relacionais<sup>16,22</sup>, em outros apontam que a cultura biomédica ainda predomina em muitos serviços, limitando a autonomia profissional e a valorização das dimensões subjetivas do cuidado<sup>19,21</sup>. Figueiredo et al mostram que embora os discursos sobre humanização estejam em expansão, sua implementação concreta exige transformações estruturais nas instituições de saúde e principalmente na formação dos profissionais<sup>23</sup>.

Esses desafios evidenciam que a efetivação da humanização requer uma mudança de paradigma organizacional e pedagógico, na qual o fisioterapeuta é reconhecido como agente de cuidado integral e não apenas executor técnico.

Observa-se que os impactos que a humanização na fisioterapia hospitalar trazem varia conforme o contexto. Pacientes relatam maior segurança, satisfação, adesão ao tratamento, redução do sofrimento emocional e fortalecimento do vínculo terapêutico<sup>16, 18, 22</sup>, também é destacado que as práticas empáticas contribuem para a redução de sentimentos de isolamento e sofrimento emocional, tornando a internação menos desgastante<sup>19, 20</sup>; enquanto profissionais percebem maior realização no trabalho, fortalecimento do vínculo terapêutico e sensação de propósito<sup>19, 23</sup>.

Um dos estudos ainda ressalta que esses impactos extrapolam o campo individual, consolidando-se como um processo pedagógico e institucional que reconfigura valores organizacionais e estimula práticas colaborativas e reflexivas no ambiente hospitalar<sup>23</sup>.

Em contrapartida, um estudo mostra que, em instituições onde o modelo biomédico prevalece, há menor satisfação tanto dos pacientes quanto dos profissionais, com aumento do desgaste emocional e da despersonalização do cuidado<sup>21</sup>. Essa comparação reforça a necessidade de compreender a humanização como processo coletivo, dependente da cultura organizacional e do apoio institucional — e não apenas de atitudes individuais.

É necessário que os planos de cuidado hospitalar incorporem formalmente mecanismos de avaliação das práticas humanizadoras, como relatórios periódicos, rodas de conversa com a equipe e os pacientes, e feedback estrutural, para que o cuidado centrado no sujeito deixe de ser apenas ideal desejado e se torne rotina prática.

Vemos que a humanização não é apenas um valor ético, mas também um fator de melhora objetiva nos resultados terapêuticos, reforçando a ideia de que o cuidado centrado no sujeito promove ganhos funcionais e emocionais. Isso reforça que ambientes que favorecem a comunicação, o acolhimento e a participação familiar contribuem para a integralidade do cuidado e para a qualidade de vida do paciente.

Para a prática fisioterapêutica, esses achados indicam a necessidade de integrar estratégias humanizadoras como componentes estruturais do plano de cuidado, e não como ações complementares. Isto implica reconfigurar agendas terapêuticas, alocar tempo específico para escuta e para atenção relacional, capacitação contínua em comunicação empática e gestão de conflitos na equipe, assim como a participação do paciente/família na construção das metas terapêuticas. O fisioterapeuta deve assumir papel protagonista na promoção da humanização institucional, atuando como educador e agente de transformação social dentro dos serviços de saúde, alinhando sua prática ao princípio da integralidade e à ética do cuidado<sup>23</sup>.

Desse modo, os impactos da humanização extrapolam o campo relacional, consolidando-se como estratégia terapêutica fundamental para a eficácia e integralidade do cuidado fisioterapêutico.

Diante exposto, embora haja consenso sobre os benefícios da humanização, sua consolidação enfrenta limitações estruturais e culturais. Os achados demonstram que a falta de espaços de formação, avaliação e reflexão sobre práticas humanizadoras restringe a profundidade do cuidado, enfrentando o desafio de equilibrar a dimensão técnicas com a dimensão subjetiva do cuidado<sup>17, 21</sup>. Também é preciso que as instituições de saúde adotem políticas internas que recompensem e apoiem práticas humanizadoras, incluindo reconhecimento formal, carga horária compatível e recursos materiais adequados.

O diálogo com a literatura, incluindo a PNH, reforça que a efetividade das práticas humanizadoras depende de políticas públicas, educação permanente e mudanças culturais que integrem ética, técnica e relações humanas. As implicações para a prática fisioterapêutica são amplas. A humanização exige do fisioterapeuta competências comunicacionais, empatia e capacidade de reconhecer o outro como sujeito ativo do processo terapêutico.

Os estudos apontam que o cuidado humanizado favorece uma relação horizontal entre paciente e profissional, fortalecendo o protagonismo do usuário e promovendo maior corresponsabilidade nas decisões clínicas<sup>18, 20, 23</sup>. Além disso, a atuação do fisioterapeuta como agente de mudança institucional — participando de comissões de humanização, revisando protocolos internos e promovendo educação

entre pares — é estratégica para tornar a humanização sustentável no ambiente hospitalar.

Essa mudança de postura contribui para uma atuação mais reflexiva e crítica, em consonância com o princípio da integralidade do SUS e os valores da PNH. Além disso, o reconhecimento do fisioterapeuta como agente de humanização reforça sua relevância dentro da equipe multiprofissional e amplia seu papel na promoção da saúde integral.

A escassez de estudos específicos reforça que esta é uma área em expansão e demanda investigação contínua para consolidar evidências, alinhando prática clínica, ética e políticas de saúde<sup>26</sup>. A questão que se coloca é até que ponto os serviços de saúde estão dispostos a rever estruturas rígidas em favor de um cuidado que, embora menos mensurável, é mais humano e eficaz?

Dessa forma, vemos que a humanização da fisioterapia hospitalar representa um campo em evolução, permeado por avanços, desafios e até mesmo contradições. Há consenso sobre seus benefícios para pacientes e profissionais, mas persistem desafios estruturais que limitam sua consolidação.

Os achados reforçam que o futuro da fisioterapia hospitalar passa por integrar competência técnica e sensibilidade ética, consolidando o fisioterapeuta como agente essencial da humanização no SUS.

A literatura evidencia que a efetividade das práticas humanizadoras depende de uma rede de suporte institucional e da formação de profissionais críticos, sensíveis e comprometidos com a dignidade humana<sup>16-23</sup>. A humanização transforma a experiência hospitalar, promovendo vínculos mais autênticos, maior adesão ao tratamento e resultados terapêuticos superiores, consolidando o papel do fisioterapeuta como agente de cuidado centrado na pessoa.

Assim, a humanização deixa de ser apenas uma diretriz normativa da PNH e se estabelece como prática concreta, capaz de ressignificar a fisioterapia em contextos de média e longa permanência, promovendo dignidade, bem-estar e protagonismo do paciente. O fortalecimento de políticas públicas, como a PNH, e o investimento em educação permanente são caminhos essenciais para transformar o discurso da humanização em prática cotidiana, capaz de ressignificar a experiência hospitalar, promover vínculos mais autênticos e favorecer uma fisioterapia que reconhece, antes de tudo, o valor do ser humano em sua totalidade.

Essa consolidação exige visão institucional de longo prazo, com planejamento estratégico, orçamento adequado e monitoramento contínuo das práticas humanizadoras. Portanto, investir em políticas institucionais e formação contínua é essencial para que a humanização se consolide não apenas como discurso, mas como prática que ressignifica o cuidado fisioterapêutico e reafirma o valor da vida em sua totalidade.

Assim, a humanização consolida-se não apenas como diretriz ética, mas como tecnologia relacional indispensável ao cuidado fisioterapêutico contemporâneo.

## 6 Conclusão

A análise dos estudos permitiu compreender que a humanização na fisioterapia hospitalar representa um avanço essencial na consolidação de práticas de cuidado mais integral, éticas e centradas no sujeito. Evidenciou-se que a comunicação empática, o vínculo terapêutico e a escuta qualificada são elementos fundamentais para promover a adesão ao tratamento, bem-estar e reabilitação funcional. Além disso, a formação acadêmica e o suporte institucional surgem como pilares indispensáveis para a efetivação dessas práticas, pois a humanização não se sustenta apenas na intenção individual do profissional, mas requer políticas estruturais e ambientes que favoreçam o cuidado relacional.

Observa-se, entretanto, que, apesar do crescente reconhecimento da importância da humanização, ainda há escassez de estudos específicos sobre a temática no campo da fisioterapia hospitalar, especialmente em contextos de internações prolongadas e em Unidades de Terapia Intensiva. Essa lacuna evidencia a necessidade de aprofundamento das investigações científicas que abordem estratégias, impactos e desafios da humanização no cuidado fisioterapêutico, contribuindo para o fortalecimento de práticas baseadas em evidências e alinhadas aos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH).

Além disso, as barreiras estruturais e culturais, a fragmentação curricular e a predominância do modelo biomédico ainda representam entraves à consolidação de uma fisioterapia verdadeiramente centrada no ser humano. Por outro lado, os achados revelam que quando a humanização é incorporada de forma sistêmica, os resultados clínicos, emocionais e relacionais se tornam mais expressivos, repercutindo positivamente na experiência do paciente, da família e da equipe multiprofissional.

Portanto, a consolidação da humanização na fisioterapia hospitalar demanda compromisso ético, formação contínua e transformação institucional, a fim de tornar o cuidado uma prática que reconheça o paciente em sua integralidade. Ampliar o conhecimento científico nessa área é fundamental para fortalecer a atuação do fisioterapeuta como agente de cuidado humanizado e promotor de saúde integral.

A pergunta que fica é: estamos prontos para fazer da humanização não um discurso, mas uma prática real?

## Referências

1. Deslandes SF, org. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006. 414 p. Criança, mulheres e saúde collection. ISBN 978-85-7541-329-6.
2. Lopes FM, Brito ES. Humanização da assistência de fisioterapia: estudo com pacientes no período pós-internação em unidade de terapia intensiva. *Rev. bras. ter. intensiva*. 2009Jul;21(3):283–91.
3. França EÉT de, Ferrari F, Fernandes P, Cavalcanti R, Duarte A, Martinez BP, et al.. Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. *Rev. bras. ter. intensiva*. 2012Jan;24(1):6–22.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. 2004. Brasília (DF): Ministério da Saúde.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização – PNH. 2015; 1ª edição. Brasília (DF): Ministério da Saúde.
6. Jang MH, Shin MJ, Shin YB. Pulmonary and Physical Rehabilitation in Critically Ill Patients. *Acute and Critical Care*. 2019 Feb 28;34(1):1–13.
7. Inoue S, Hatakeyama J, Kondo Y, Hifumi T, Sakuramoto H, Kawasaki T, Taito S, Nakamura K, Unoki T, Kawai Y, Kenmotsu Y, Saito M, Yamakawa K, Nishida O. Post-intensive care syndrome: its pathophysiology, prevention, and future directions. *Acute Med. Surg*. 2019;6(3):233–46.
8. Villamil Parra WA, Hernández Álvarez ED, Moscoso Loaiza LF. Eficacia del ejercicio físico terapéutico en pacientes adultos hospitalizados en UCI: revisión sistemática y metaanálisis. *Fisioterapia*. 2020;42:98–107.
9. Solares-Mogollón A, Cuesta-Barriuso R. Strengths and weaknesses of physiotherapy in the daily work of an intensive care unit: a qualitative study. *J. Clin. Med*. 2025;14(7):2283.
10. Confederação Nacional de Municípios (CNM). Estudo técnico: Leitos hospitalares. Brasília, DF: CNM; 2018.

11. Ministério da Saúde (Brasil). Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Internações hospitalares do SUS - por local de internação - Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde.
12. Finkelstein BJ, Borges Junior LH. A capacidade de leitos hospitalares no Brasil, as internações no SUS, a migração demográfica e os custos dos procedimentos. *J. Bras. Econ. Saúde.* 2020;12(3):273–80.
13. Alonso-Ovies Á, Heras La Calle G. Humanizing care reduces mortality in critically ill patients. *Med. Intensiva (Engl Ed).* 2020 Mar;44(2):122–4.
14. Basile MJ, Rubin E, Wilson ME, Polo J, Jacome SN, Brown SM, Heras La Calle G, Montori VM, Hajizadeh N. Humanizing the ICU patient: A qualitative exploration of behaviors experienced by patients, caregivers, and ICU staff. *CCE.* 2021 Jun 15;3(6):e0463.
15. Moss J, Roberts MB, Shea L, Jones CW, Kilgannon H, Edmondson DE, Trzeciak S, Roberts BW. Healthcare provider compassion is associated with lower PTSD symptoms among patients with life-threatening medical emergencies: a prospective cohort study. *ICM.* 2019 Jun;45(6):815–22.
16. Sottile PD, Nordon-Craft A, Malone D, Schenkman M, Moss M. Patient and family perceptions of physical therapy in the medical intensive care unit. *J. Crit. Care.* 2015 Oct;30(5):891–5.
17. Mondadori AG, Zeni EM, Oliveira Ad, et al. Humanização da fisioterapia em Unidade de Terapia Intensiva Adulto: estudo transversal. *Fisioter. Pesqui.* 2016 Jul-Sep;23(3):294–300.
18. Sanches RCN, Gerhardt PC, Rêgo AS, Carreira L, Pupulim JSL, Radovanovic CAT. Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto. *EEAN.* 2016 Jan-Mar;20(1):48–54.
19. Machado ER. Humanização em UTI: sentidos e significados sob a ótica da equipe de saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(3):416–22.
20. Luiz FF, Caregnato RCA, Costa MR. Humanização na Terapia Intensiva: percepção de familiares e profissionais de saúde. *Rev. Bras. Enferm.* 2017;70(5):1040–7
21. Galvin IM, Leitch J, Gill R, Poser K, McKeown S. Humanization of critical care—psychological effects on healthcare professionals and relatives: a systematic review. *Can J Anaesth.* 2018;65(12):1348–71.

22. Jamarim MFM, Silva CZ, Lima GMPA, Siqueira CL, Campos CJG. Comunicação não verbal por meio do toque: significados para fisioterapeutas atuantes em ambiente hospitalar. *Aquichan*. 2019;19(4):e1942.
23. Figueiredo EA, Leal AL. Abordagem humanizada em UTIs dos cursos de fisioterapia brasileiros: disposição das disciplinas e considerações docentes. *RCS*. 2019;19(37):164–70.
24. Goulart BNG. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. *Ciênc. Saúde Colet*. 2010;15(1):255–68.
25. Benevides R. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2005;10(3):725–35.
26. Velasco Bueno JM. Humanizing intensive care: from theory to practice. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2020 Jun;32(2):135–47.
27. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciênc. Saúde Colet*. 2009Sep;14:1523–31.