

Competências Socioemocionais Na Educação Em Saúde: Interfaces Interdisciplinares E Contribuições Para O Cuidado Humanizado

Vanessa Costa Neves De Souza
Rafaela Dos Santos Pereira Gomes
Bruno Nogueira De Barros
Mike Da Conceição Alves Da Silva
Diego Augusto Rivas Dos Santos
Vaniele Soares Da Cunha
Thiago Da Cunha Nunes
Aluizio Almeida Dos Santos Júnior
Rosane Cristina De Oliveira
Mônica Dos Santos Ferreira

Universidade De Vassouras

Resumo

O desenvolvimento de competências socioemocionais (CSE) tem sido reconhecido, nacional e internacionalmente, como dimensão estruturante da formação em saúde, especialmente frente ao recrudescimento de demandas emocionais, éticas e socioculturais que atravessam o cuidado no âmbito do SUS. Apesar de avanços normativos e conceituais, persistem lacunas na literatura quanto às formas pelas quais essas competências são integradas aos currículos e às práticas formativas de cursos como Biomedicina e Serviço Social, áreas cuja atuação exige complementaridade entre sensibilidade, rigor técnico e mediações ético-políticas. Este estudo apresenta uma revisão sistemática da literatura, conduzida segundo as recomendações PRISMA, com o objetivo de identificar, analisar criticamente e sintetizar evidências sobre o desenvolvimento, a aplicação e o impacto das CSE na educação em saúde, com ênfase nas interfaces interdisciplinares e nas contribuições ao cuidado humanizado. As buscas foram realizadas nas bases SciELO, PubMed/MEDLINE, Web of Science, Scopus e LILACS, abrangendo estudos empíricos, revisões, diretrizes e documentos técnico- normativos relacionados a competências como empatia, comunicação, escuta ativa, autorregulação emocional, tomada de decisão ética, consciência cultural e resolução de conflitos. Os achados demonstram convergência quanto à centralidade dessas habilidades para qualificar a comunicação profissional- usuário, reduzir conflitos, ampliar a segurança do paciente, fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional e aprofundar a compreensão das vulnerabilidades sociais que atravessam o processo saúde–doença. A análise evidenciou que abordagens pedagógicas tradicionais, centradas na transmissão de conteúdos e na fragmentação disciplinar, são insuficientes para promover aprendizagens socioemocionais robustas. Em contrapartida, metodologias ativas, simulações clínicas, educação interprofissional, extensão universitária e experiências em territórios favorecem transformações mais profundas, consistentes e duradouras no repertório socioemocional dos estudantes. No campo da Biomedicina, destaca- se a relevância das CSE em situações de comunicação de diagnósticos sensíveis, biossegurança e atuação translacional. No Serviço Social, tais competências se articulam fortemente ao projeto ético-político da profissão, à mediação de conflitos e ao trabalho em contextos de vulnerabilidade e violação de direitos. Conclui-se que incorporar as CSE como eixo estruturante dos currículos da saúde constitui não apenas uma exigência pedagógica contemporânea, mas uma diretriz ética para consolidação de práticas humanizadas, críticas e socialmente comprometidas. Os resultados desta revisão reforçam a urgência de estratégias institucionais que consolidem tais competências de modo transversal, interdisciplinar e orientado às demandas reais dos serviços, contribuindo para a formação de profissionais capazes de articular técnica, sensibilidade e responsabilidade social em contextos de crescente complexidade.

Palavras-chave: Competências socioemocionais; Humanização em saúde; Educação interprofissional; Formação em saúde; Biomedicina; Serviço Social.

Date of Submission: 17-01-2026

Date of Acceptance: 27-01-2026

I. Introdução

A formação em competências socioemocionais (CSE) tem ganhado centralidade nas discussões contemporâneas sobre educação, sendo entendida como um conjunto integrado de habilidades ligadas à empatia, respeito, assertividade, cooperação, autoconsciência e manejo das emoções, fundamentais para a vida em sociedade e para o exercício ético-profissional. Autores da psicologia histórico-cultural destacam que essas competências constituem preditores de adaptação psicossocial, prevenção de conflitos e proteção frente a dificuldades acadêmicas e transtornos mentais (BORGES, 2024; MACÉDO; SILVA, 2020). No contexto brasileiro, iniciativas como as do Instituto Ayrton Senna e estudos em psicologia organizacional reforçam que as CSE não são “acessórias”, mas eixo estruturante do desenvolvimento humano e da atuação profissional em diferentes campos, inclusive na saúde e nas ciências sociais (GONDIM; MORAIS; BRANTES, 2014).

Na literatura educacional, as CSE são frequentemente organizadas em dimensões como autoconsciência, autogestão, consciência social, habilidades de relacionamento e tomada de decisão responsável, compondo um referencial que orienta políticas públicas e práticas pedagógicas. Documentos oficiais do Ministério da Educação indicam que tais competências funcionam como fator de proteção à saúde mental, à redução de violências e ao enfrentamento do bullying, ao favorecer o desenvolvimento de relações mais cooperativas e respeitosas nos espaços educativos. Estudos brasileiros recentes também aproximam essas dimensões do debate sobre trabalho e empregabilidade, mostrando que competências como resiliência, comunicação e colaboração são crescentemente demandadas em contextos de alta complexidade social e produtiva (PADILHA, 2024; MACÉDO; SILVA, 2020).

Quando se desloca o foco para a formação em saúde e para as ciências sociais aplicadas, como o Serviço Social, as CSE passam a ser compreendidas não apenas como recursos individuais, mas como mediações ético-políticas que atravessam relações de cuidado, práticas educativas e processos de trabalho em equipe. Pesquisas sobre formação humana em saúde ressaltam que a dimensão socioemocional é decisiva para que os futuros profissionais consigam articular conhecimento técnico, sensibilidade frente ao sofrimento e capacidade dialógica com usuários e equipes multiprofissionais (DALBOSCO, 2024; SILVA, 2021). Nesse horizonte, competências como escuta qualificada, empatia, autorreflexão crítica e manejo de conflitos tornam-se centrais para o exercício profissional no SUS e em políticas sociais intersetoriais.

O debate sobre competências socioemocionais articula-se diretamente com o conceito de humanização em saúde, entendido no Brasil como uma aposta ético-estético-política que busca recolocar sujeitos – usuários, trabalhadores e gestores – no centro das práticas de cuidado e de gestão. A Política Nacional de Humanização (PNH) afirma a necessidade de valorizar a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, reconhecendo usuários como cidadãos de direitos e trabalhadores como sujeitos que também precisam de cuidado (BRASIL, 2007; OLIVEIRA et al., 2006). Análises históricas da formulação da PNH mostram que a humanização emerge como resposta às formas despersonalizadas e fragmentadas de atenção, propondo vínculos mais horizontais, corresponsabilidade e ampliação da autonomia nos serviços de saúde (FERREIRA NETO, 2024; BRASIL, 2007).

Nesse cenário, a expansão do cuidado humanizado no SUS vem influenciando de modo crescente a educação em saúde, tensionando modelos formativos excessivamente tecnicistas e biomédicos. Revisões bibliográficas sobre ensino da humanização indicam que, embora o tema esteja presente em documentos oficiais e projetos pedagógicos, ele ainda aparece de forma dispersa e pouco articulada às práticas concretas de formação, muitas vezes confinado a disciplinas isoladas ou a conteúdos pontuais (CASATE; CORRÊA, 2012; SILVA; MENEZES, 2003). Estudos qualitativos com egressos de projetos de extensão universitária em saúde reforçam que experiências interdisciplinares e de contato prolongado com o território podem favorecer a incorporação de uma concepção ampliada de humanização, mas apontam a necessidade de maior intencionalidade pedagógica nesse campo (SILVA, 2021).

As demandas contemporâneas dirigidas aos serviços de saúde envolvem o enfrentamento de vulnerabilidades sociais, o manejo de condições crônicas complexas e a articulação entre múltiplas políticas setoriais, o que coloca em evidência a necessidade de profissionais capazes de ler criticamente contextos marcados por desigualdades e de atuar em redes intersetoriais. Autores que discutem formação profissional e humanização argumentam que a inadequação de currículos centrados apenas em conteúdos técnico-científicos se revela, na prática, em dificuldades de comunicação, fragmentação do cuidado e reprodução de relações verticalizadas entre profissionais e usuários (SILVA; MENEZES, 2003; DALBOSCO, 2024). Nesse sentido, o desenvolvimento de competências socioemocionais, articulado a uma reflexão crítica sobre determinantes sociais da saúde, emerge como um requisito para qualificar o cuidado em contextos de alta complexidade.

O trabalho em equipe multiprofissional é outro eixo fundamental para compreender a centralidade das CSE na educação em saúde. A Educação Interprofissional em Saúde (EIP) é definida como situações em que membros de duas ou mais profissões aprendem juntos, de forma interativa, com o propósito explícito de desenvolver competências colaborativas e melhorar a qualidade da atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021; PEDUZZI, 2013). Estudos sobre EIP em cursos de graduação mostram que a aprendizagem compartilhada favorece a

compreensão dos papéis profissionais, a comunicação entre áreas e a corresponsabilidade no cuidado, elementos diretamente relacionados a competências como cooperação, respeito à diversidade de saberes e negociação de conflitos (BATISTA, 2018; MAZZI et al., 2023; DE SOUZA; ROSSIT, 2024).

No âmbito específico do Serviço Social na saúde, a discussão sobre humanização e competências socioemocionais ganha contornos próprios, ancorados no projeto ético-político da profissão. Parâmetros nacionais para atuação de assistentes sociais na saúde destacam a centralidade da defesa de direitos, da escuta qualificada e da mediação de conflitos em contextos marcados por vulnerabilidade, precarização do trabalho e tensões institucionais (CFESS, 2009). Estudos sobre a inserção do Serviço Social na política de humanização do SUS apontam que o desafio é construir uma nova cultura de atendimento que restitua a centralidade dos sujeitos, articulando dimensões técnicas e sócio-educativas e exigindo dos profissionais elevado grau de sensibilidade, postura dialógica e manejo das próprias emoções (SILVA; ARIZONO, 2008; ALCANTARA, 2013; MENDES, 2022).

A literatura sobre “trabalho emocional” em Serviço Social evidencia que a atividade profissional envolve lidar cotidianamente com sofrimento, conflitos, frustrações e expectativas de usuários e equipes, demandando competências de autorregulação afetiva, empatia crítica e capacidade de estabelecer fronteiras saudáveis sem perder o compromisso ético com a defesa de direitos (DEBORDES, 2014). Pesquisas que discutem humanização na saúde a partir do Serviço Social reforçam que, para além de protocolos institucionais, a efetivação de práticas humanizadas depende da disponibilidade dos profissionais em construir relações de confiança, acolhimento e corresponsabilidade, o que remete diretamente à formação socioemocional (MORAIS, 2016; BARROS, 2020).

Na Biomedicina, o debate sobre humanização historicamente ocupou um lugar secundário frente à ênfase em conteúdos laboratoriais e tecnológicos, mas vem ganhando relevo à medida que se reconhece o papel do biomédico não apenas na produção de exames, mas na comunicação de resultados, na educação em saúde e na articulação com equipes multiprofissionais. Estudos sobre a formação em Biomedicina identificam que a temática da humanização aparece de forma tímida nas matrizes curriculares, com pequena proporção de componentes dedicados explicitamente a essa abordagem (GALIOTTO, 2015; MÉLO et al., 2022). Ao mesmo tempo, análises sobre a atuação do biomédico frente à humanização demonstram que sua prática pode contribuir para reduzir o sofrimento de usuários quando orientada por respeito, comunicação clara e participação ativa em processos de cuidado centrados na pessoa (SANTOS; COLABORADORES, 2017).

Esses estudos convergem ao apontar lacunas importantes na formação de biomédicos e assistentes sociais no que se refere à explicitação e ao desenvolvimento sistemático de competências socioemocionais. Pesquisas documentais com projetos pedagógicos de cursos da área da saúde evidenciam que, embora haja menções a humanização, integralidade e trabalho em equipe, raramente aparecem descritores claros sobre CSE, indicadores de avaliação ou estratégias pedagógicas sustentadas para seu desenvolvimento (MÉLO et al., 2022; MAZZI et al., 2023). Do mesmo modo, estudos sobre humanização na formação em saúde sugerem que o tema é frequentemente tratado de forma pontual e pouco articulado às experiências de estágio, extensão e educação interprofissional, o que limita sua efetividade como eixo formativo (CASATE; CORRÊA, 2012; SILVA, 2021).

Diante da combinação entre maior exigência de cuidado humanizado no SUS, ampliação de iniciativas interprofissionais e persistência de lacunas curriculares, torna-se necessário sistematizar as evidências disponíveis sobre como as competências socioemocionais vêm sendo abordadas na educação em saúde, com foco específico em Serviço Social e Biomedicina. A literatura existente, embora rica em análises teóricas e estudos de caso sobre humanização, EIP e formação crítica em saúde, mostra-se fragmentada quanto ao recorte das CSE, dificultando a identificação de tendências, estratégias formativas e desafios comuns entre diferentes profissões (BATISTA, 2018; BARBOSA; COLABORADORES, 2023). Nesse contexto, uma revisão sistemática pode contribuir para integrar resultados dispersos, identificar lacunas de pesquisa e subsidiar a formulação de propostas curriculares mais consistentes.

A opção por uma revisão sistemática fundamenta-se na necessidade de reunir, por meio de métodos explícitos e reproduzíveis, a produção científica que trata de competências socioemocionais, educação em saúde, interdisciplinaridade e cuidado humanizado em Serviço Social e Biomedicina. Diretrizes internacionais como PRISMA – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – recomendam o uso de estratégias transparentes de busca, seleção, extração e síntese de dados, visando a maior rigor e utilidade das revisões para a tomada de decisão em políticas e práticas educativas (MOHER et al., 2009; GALVÃO; PANSANI; HARRAD, 2015). Assim, adotar esse referencial possibilita não apenas mapear o estado da arte sobre o tema, mas também oferecer uma base sólida para intervenções formativas que articulem competências técnicas e socioemocionais.

À luz dessas considerações, o presente estudo tem como objetivo geral analisar, por meio de revisão sistemática da literatura, como as competências socioemocionais têm sido concebidas, desenvolvidas e avaliadas na educação em saúde de profissionais de Serviço Social e Biomedicina, explorando suas interfaces interdisciplinares e suas contribuições para o cuidado humanizado no âmbito do SUS. Especificamente, busca-se: (a) identificar definições e categorias de CSE utilizadas nos estudos; (b) descrever estratégias pedagógicas empregadas para seu

desenvolvimento; (c) examinar de que modo essas competências se articulam à educação interprofissional e ao trabalho em equipe multiprofissional; e (d) discutir evidências sobre o impacto das CSE na qualificação do cuidado humanizado em diferentes cenários de prática. Ao fazê-lo, pretende-se oferecer subsídios teórico- metodológicos para o redesenho de currículos e práticas formativas alinhadas às necessidades contemporâneas de saúde e de proteção social.

II. Referencial Teórico

Competências socioemocionais (CSE): definição e dimensões Empatia

A empatia é entendida como a capacidade de reconhecer e compreender os sentimentos, perspectivas e necessidades dos outros, articulando-se a uma resposta apropriada que respeite sua experiência e se disponha ao acolhimento. No contexto das competências socioemocionais, ela atua em três vertentes principais: a dimensão afetiva (sentir ou perceber o estado emocional do outro), a dimensão cognitiva (entender a perspectiva do outro) e a dimensão comportamental (agir de modo compatível com essa compreensão) (FERREIRA, 2024). Empatia é, portanto, mais do que simpatia ou compaixão espontânea: exige regulação das próprias emoções, autoconhecimento e disposição para a alteridade, o que a torna uma competência essencial para profissionais que trabalham com cuidado, ensino ou mediação social (MÜLLER et al., 2024). Na formação de profissionais da saúde e das ciências humanas, o desenvolvimento intencional da empatia revela-se um elemento central para a humanização do cuidado, mais ainda em ambientes interdisciplinares, onde comunicação, vulnerabilidade e múltiplas dimensões do cuidado se entrelaçam. Treinamentos e intervenções educativas voltadas para incrementar a empatia têm mostrado efeitos positivos: uma meta-análise recente apontou efeito moderado (diferença média padronizada $\approx 0,45$) para estudantes de saúde após intervenção formal de empatia, o que sugere que tal competência pode ser ensinada e ampliada numa perspectiva sistemática (SCHWARTZKOPF et al., 2025)

Comunicação

A comunicação é reconhecida como uma das competências socioemocionais centrais para profissionais da saúde, das ciências sociais e áreas correlatas, por envolver a capacidade de expressar ideias, sentimentos e informações de forma clara, empática e adequada ao contexto. No âmbito formativo, autores afirmam que a comunicação não se restringe à transmissão de dados, mas abrange uma dimensão relacional, que inclui linguagem verbal, não verbal, escuta, feedback e adaptação ao interlocutor. A literatura internacional em saúde destaca que falhas na comunicação estão entre as principais causas de conflitos, erros assistenciais e descontinuidade do cuidado, evidenciando sua relevância para práticas seguras e humanizadas (O'DANIEL; ROSENSTEIN, 2008). Estudos educacionais voltados para competências socioemocionais reforçam que comunicar-se com clareza, respeito e sensibilidade é um dos pilares para o desenvolvimento de relações colaborativas e para o fortalecimento de vínculos no cuidado, sendo considerada competência-chave em programas de formação em saúde (OECD, 2015).

No contexto da educação em saúde e do Serviço Social, a comunicação assume um papel estratégico, pois constitui o eixo mediador entre o conhecimento técnico e a compreensão das necessidades do usuário, especialmente em cenários marcados por vulnerabilidade social, diversidade cultural e interações interdisciplinares. Evidências mostram que estudantes expostos a treinamentos estruturados de comunicação apresentam melhorias significativas em habilidades de interação, tomada de decisão compartilhada e capacidade de acolhimento, aspectos essenciais para um cuidado integral (BINDSLEV et al., 2024). Adicionalmente, revisões sistemáticas demonstram que intervenções focadas no aprimoramento da comunicação contribuem para fortalecer a empatia, reduzir conflitos e favorecer o trabalho em equipe dimensões centrais para o cuidado humanizado e para a prática profissional no SUS e em políticas sociais (BAMBINI; WASHBURN; PERKINS, 2009). Assim, tratada como competência socioemocional, a comunicação torna-se não apenas um recurso técnico, mas um componente ético e relacional imprescindível à formação contemporânea.

Autorregulação emocional

A autorregulação emocional é definida como a capacidade de identificar, compreender e manejear as próprias emoções diante de situações desafiadoras, mantendo comportamentos compatíveis com os objetivos pessoais e profissionais. Essa competência envolve processos cognitivos e afetivos que permitem ao indivíduo modular impulsos, lidar com estresse, persistir diante de frustrações e exercer autocontrole em contextos de pressão, característica especialmente relevante nas profissões da saúde e das ciências sociais. Estudos demonstram que estudantes e profissionais com maior capacidade de autorregulação apresentam menores níveis de ansiedade, melhor desempenho acadêmico e maior resiliência em situações críticas, o que evidencia sua importância para ambientes complexos como hospitais, unidades básicas de saúde e políticas sociais (GROSS, 2015; SCHMIDT et al., 2020). Pesquisas brasileiras reforçam que a autorregulação emocional está diretamente associada à prevenção de adoecimento psíquico e ao fortalecimento das relações interpessoais, compondo um elemento indispensável das competências socioemocionais contemporâneas (OLIVEIRA et al., 2021).

No campo da formação em saúde especialmente Biomedicina, Enfermagem e áreas afins a autorregulação emocional é considerada fundamental para que estudantes desenvolvam comportamentos seguros, comunicativos e eticamente orientados, mesmo em situações de estresse, sobrecarga ou contato com sofrimento humano. Revisões sistemáticas mostram que intervenções educacionais baseadas em mindfulness, simulações clínicas, supervisão reflexiva e estratégias de educação socioemocional contribuem significativamente para o aprimoramento da autorregulação entre estudantes da saúde (SLAVIN; SCHINDLER; CHERR, 2014; TONHÁ et al., 2023). No Serviço Social, essa competência emerge como crucial diante de demandas institucionais marcadas por violência simbólica, vulnerabilidade social e tensões éticas, sendo necessária para evitar desgaste emocional, favorecendo o posicionamento crítico e a escuta qualificada. Assim, na perspectiva das competências socioemocionais, a autorregulação emocional não é apenas um atributo individual, mas um recurso profissional que impacta diretamente a qualidade do cuidado humanizado, o trabalho interdisciplinar e a segurança emocional do próprio trabalhador.

Autorregulação emocional

A autorregulação emocional é definida como a capacidade de identificar, compreender e manejar as próprias emoções diante de situações desafiadoras, mantendo comportamentos compatíveis com os objetivos pessoais e profissionais. Essa competência envolve processos cognitivos e afetivos que permitem ao indivíduo modular impulsos, lidar com estresse, persistir diante de frustrações e exercer autocontrole em contextos de pressão, característica especialmente relevante nas profissões da saúde e das ciências sociais. Estudos demonstram que estudantes e profissionais com maior capacidade de autorregulação apresentam menores níveis de ansiedade, melhor desempenho acadêmico e maior resiliência em situações críticas, o que evidencia sua importância para ambientes complexos como hospitais, unidades básicas de saúde e políticas sociais (GROSS, 2015; SCHMIDT et al., 2020). Pesquisas brasileiras reforçam que a autorregulação emocional está diretamente associada à prevenção de adoecimento psíquico e ao fortalecimento das relações interpessoais, compondo um elemento indispensável das competências socioemocionais contemporâneas (OLIVEIRA et al., 2021).

No campo da formação em saúde especialmente Biomedicina, Enfermagem e áreas afins a autorregulação emocional é considerada fundamental para que estudantes desenvolvam comportamentos seguros, comunicativos e eticamente orientados, mesmo em situações de estresse, sobrecarga ou contato com sofrimento humano. Revisões sistemáticas mostram que intervenções educacionais baseadas em mindfulness, simulações clínicas, supervisão reflexiva e estratégias de educação socioemocional contribuem significativamente para o aprimoramento da autorregulação entre estudantes da saúde (SLAVIN; SCHINDLER; CHERR, 2014; TONHÁ et al., 2023). No Serviço Social, essa competência emerge como crucial diante de demandas institucionais marcadas por violência simbólica, vulnerabilidade social e tensões éticas, sendo necessária para evitar desgaste emocional, favorecendo o posicionamento crítico e a escuta qualificada. Assim, na perspectiva das competências socioemocionais, a autorregulação emocional não é apenas um atributo individual, mas um recurso profissional que impacta diretamente a qualidade do cuidado humanizado, o trabalho interdisciplinar e a segurança emocional do próprio trabalhador.

Escuta ativa

A escuta ativa é considerada uma das competências socioemocionais mais relevantes para práticas de cuidado, ensino e intervenção social, por envolver a habilidade de ouvir de forma plena, intencional e responsiva, integrando aspectos verbais, não verbais e emocionais da comunicação. Na literatura científica, a escuta ativa é compreendida como um processo relacional que exige atenção sustentada, empatia, abertura e verificação de compreensão, favorecendo a construção de significados compartilhados entre profissional e usuário. Em ambientes de saúde, sua presença está associada à formação de vínculos terapêuticos, à adesão ao tratamento e à maior satisfação do usuário, sendo reconhecida como um marcador essencial do cuidado humanizado previsto pela Política Nacional de Humanização (PNH) (CASATE; CORRÊA, 2012). Revisões sobre práticas comunicacionais em saúde reforçam que a escuta ativa contribui não apenas para identificar demandas técnicas, mas também necessidades subjetivas e sociais frequentemente invisibilizadas, ampliando o olhar clínico-social (BACK et al., 2009).

No âmbito da formação profissional, especialmente em Biomedicina e Serviço Social, a escuta ativa constitui um eixo pedagógico que sustenta a atuação ética, crítica e interdisciplinar. Estudantes de saúde expostos a metodologias ativas que treinam escuta qualificada como simulações, debriefing estruturado e supervisão reflexiva apresentam melhorias significativas em empatia, comunicação e capacidade de lidar com situações emocionalmente complexas (BINDSLEV et al., 2024). No Serviço Social, a escuta ativa é entendida como instrumento técnico-operativo indispensável, pois permite acessar aspectos simbólicos, sociais e culturais que influenciam as desigualdades e o modo como usuários vivenciam o adoecimento, tornando-se um componente estruturante da prática ética e da mediação de conflitos (CFESS, 2009). Assim, tratada como competência socioemocional, a escuta ativa emerge não apenas como técnica comunicacional, mas como fundamento ético-político do cuidado humanizado e da atuação sensível em contextos de vulnerabilidade.

Resolução de conflitos

A resolução de conflitos é uma competência socioemocional que envolve a capacidade de identificar divergências, compreender suas causas e buscar soluções colaborativas que atendam às necessidades das partes envolvidas. No campo da educação em saúde e das ciências sociais, essa competência se torna especialmente relevante pela natureza complexa das interações em ambientes multiprofissionais, marcados por assimetrias de poder, diferenças de valores e elevada carga emocional. Estudos internacionais apontam que conflitos mal geridos geram prejuízo à cooperação, aumentam o risco de erros assistenciais e comprometem o cuidado humanizado, enquanto intervenções estruturadas em resolução de conflitos fortalecem a segurança do paciente e a comunicação interpessoal (O'DANIEL; ROSENSTEIN, 2008). A literatura evidencia ainda que profissionais com maior domínio dessa competência apresentam maior capacidade de negociação, receptividade à diversidade de perspectivas e habilidade para lidar com situações de tensão sem ruptura das relações, o que contribui direta e indiretamente para práticas de cuidado mais éticas e integradas (FRENCH-BLANC et al., 2020).

No contexto formativo, desenvolver a competência de resolução de conflitos implica promover práticas ativas que estimulem o reconhecimento das emoções envolvidas, o exercício da empatia, o uso de estratégias de mediação e o pensamento crítico sobre desigualdades estruturais. Revisões sistemáticas indicam que treinamentos baseados em simulação, role-play, metodologias de comunicação não-violenta e supervisão reflexiva são eficazes para estudantes da saúde e do Serviço Social, resultando em melhor manejo de situações complexas, maior coesão de equipe e atitudes mais centradas no usuário (SIERRA-MATUTE; HENDERSON; FOX, 2023). No Serviço Social, essa competência se articula ao projeto ético-político da profissão, pois a mediação de conflitos é instrumento técnico-operativo essencial em contextos de vulnerabilidade e violações de direitos. Na Biomedicina, embora historicamente menos discutida, a capacidade de resolver conflitos aparece cada vez mais associada ao trabalho multiprofissional em laboratórios, vigilância em saúde e equipes clínicas, reforçando seu papel para a integralidade do cuidado. Dessa forma, a resolução de conflitos, enquanto dimensão central das CSE, contribui para ambientes mais colaborativos, seguros e humanizados.

Tomada de decisão ética

A tomada de decisão ética refere-se à competência que permite ao profissional reconhecer dilemas morais, refletir sobre valores, princípios e consequências, e escolher um curso de ação que respeite a dignidade humana, os direitos sociais e o bem coletivo, mesmo diante de incertezas técnicas ou organizacionais. No contexto do Serviço Social em saúde, esse processo envolve a identificação de conflitos entre demandas institucionais, autonomia do usuário, justiça distributiva e os valores fundamentais da profissão como dignidade da pessoa humana, justiça social e direito à saúde. Estudos com assistentes sociais hospitalares mostram que o reconhecimento de dilemas éticos depende de educação formal em ética, internalização de valores profissionais e familiaridade com modelos de decisão sem esses elementos, as escolhas tendem a ficar restritas a intuições ou normas organizacionais, com risco de comprometer o projeto ético-político da profissão (BOLAND, 2006).

Na Biomedicina, embora historicamente tenha se centrado em aspectos laboratoriais e técnicos, a tomada de decisão ética ganha cada vez mais relevância à medida que o biomédico se insere em equipes multiprofissionais, comunicação de resultados e educação em saúde. A formação ética para biomédicos requer articulação entre princípios bioéticos (autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça), consciência social e competência socioemocional, para que decisões técnicas sejam integradas à perspectiva humanizada do cuidado. Revisões recentes destacam que programas de formação que incorporam reflexão ética, estudo de casos, supervisão e aprendizagem interprofissional alcançam melhores níveis de competência ética entre estudantes da saúde (ANDERSSON et al., 2022).

Consciência social e cultural

A consciência social e cultural é uma competência socioemocional que envolve reconhecer que indivíduos e grupos estão inseridos em contextos marcados por desigualdades sociais, diversidade cultural, condições estruturais e determinantes sociais da saúde que moldam suas experiências e necessidades. Na literatura científica, esse conceito aproxima-se das noções de competência cultural, sensibilidade intercultural e consciência crítica, todas fundamentais para práticas de cuidado que considerem a pluralidade de modos de vida, valores e identidades. Estudos na área da saúde apontam que profissionais com maior consciência cultural demonstram maior capacidade de adaptar intervenções, reduzir barreiras comunicacionais e melhorar a relação terapêutica com populações vulneráveis — elementos essenciais para o cuidado humanizado em serviços do SUS (BETANCOURT et al., 2016). Além disso, revisões sistemáticas evidenciam que a competência cultural é diretamente associada à equidade em saúde e à redução de desfechos negativos relacionados a discriminação, racismo institucional e estigma (SAMUEL et al., 2021).

No Serviço Social, a consciência social e cultural é considerada eixo estruturante da prática profissional, pois orienta a análise crítica das condições de vida dos usuários, das desigualdades de classe, gênero, raça e território, articulando tais elementos ao projeto ético-político da profissão. Pesquisas com assistentes sociais que

atuam na saúde mostram que a competência cultural favorece intervenções mais sensíveis às realidades comunitárias e maior capacidade de mediação de conflitos decorrentes de diferenças socioculturais (SANTOS; ALMEIDA, 2018). Em Biomedicina, ainda que a prática seja predominantemente técnica, a consciência cultural torna-se necessária quando o profissional se envolve na comunicação de resultados, ações de vigilância, orientação comunitária ou processos de educação em saúde. Estudo recente demonstrou que estudantes da saúde que recebem formação em competência cultural apresentam maior habilidade de comunicação, empatia e tomada de decisão orientada aos direitos humanos (ALVAREZ et al., 2023). Assim, a consciência social e cultural, enquanto dimensão das CSE, fortalece práticas humanizadas, integradas e eticamente comprometidas com a diversidade e a equidade.

Cuidado humanizado na saúde

Princípios de humanização segundo o Ministério da Saúde / PNH A Política Nacional de Humanização (PNH) instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) enfatiza a indissociabilidade entre atenção e gestão, a transversalidade das práticas humanizadas em todos os níveis de cuidado e a construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de saúde (BRASIL, 2007; FERREIRA NETO, 2024). Em seu documento base, a PNH define que “todas as políticas e programas do SUS devem ter inserção da humanização, ampliando o grau de comunicação entre grupos de trabalhadores, usuários e gestores” (BRASIL, 2007, p. 7). A implementação desses princípios visa transformar modelos tradicionais de atenção – muitas vezes fragmentados e tecnicistas – oferecendo um atendimento centrado no sujeito, com valorização dos trabalhadores e consideração dos processos de produção de saúde (FERREIRA NETO, 2024).

Adicionalmente, a humanização, conforme proposta pela PNH, se alicerça em valores como acolhimento, vínculo, corresponsabilização, avaliação de riscos que considerem vulnerabilidades e participação coletiva (PENSESUS, 2023). Nesse sentido, ao redefinir espaços de interação entre serviço, usuário e comunidade, a PNH contribui para a promoção de um cuidado mais humano, promovendo práticas de gestão participativa, ambientes acolhedores e fortalecimento do protagonismo dos usuários e trabalhadores (BRASIL, 2007; ESTADAO SUMMIT, 2022).

Relação cuidador-usuário

A relação entre cuidador e usuário constitui o eixo central do cuidado humanizado, porque vai além da mera execução de procedimentos técnicos para situar-se como encontro interpessoal onde a confiança, o respeito, a escuta e o vínculo são fundamentais. Pesquisas qualitativas sobre a experiência de cuidado humanizado demonstram que, quando profissionais reconhecem o usuário como sujeito integral – com história, emoções, expectativas e vulnerabilidades – cria-se um ambiente de cuidado que favorece a adesão, expressão de necessidades reais e melhor resultado no cuidado (BELTRÁN SALAZAR, 2015). Por exemplo, no estudo de Beltrán Salazar (2015) sobre o significado do cuidado humanizado, os participantes enfatizaram que o vínculo afetivo e a sensação de serem escutados foram mais relevantes que o mero protocolo técnico. Além disso, a construção dessa relação requer que o cuidador desenvolva habilidades de comunicação, empatia, escuta ativa e autorregulação emocional, de modo a responder de maneira sensível às necessidades do usuário e de sua rede social. Em enfermagem, revisões sistemáticas apontam que o cuidado humanizado melhora a satisfação, reduz o estresse da equipe e fortalece a qualidade da interação entre profissionais, usuários e familiares (REYES-TÉLLEZ et al., 2024). Nesse contexto, para profissionais de Biomedicina e Serviço Social, reconhecer o usuário como colaborador do cuidado e não apenas como receptor passivo torna-se um marco indispensável do cuidado humanizado e interdisciplinar.

Importância dos aspectos emocionais e sociais no cuidado O cuidado humanizado reconhece que a saúde e o adoecimento não se reduzem à dimensão biológica, mas são permeados por fatores emocionais, relacionais e sociais que influenciam o bem-estar, a adesão terapêutica, a autonomia dos usuários e a eficácia das intervenções. Revisões sobre humanização da enfermagem enfatizam que integrar aspectos emocionais e sociais no cuidado favorece a interlocução com o usuário, a reconstrução de significados do adoecer e da saúde, e fortalece a responsabilidade compartilhada no processo de cuidado (WALDOW et al., 2011; PINTO, 2024). Essas dimensões são de particular relevância quando se considera comunidades vulneráveis, contextos de alta carga emocional ou trabalho interprofissional, sendo a formação em competências socioemocionais essencial para que o profissional esteja preparado para essas demandas.

No âmbito organizacional e da gestão, a literatura recente mostra que ambientes de saúde que adotam práticas de humanização como espaços que valorizam a ambiência, o diálogo, a escuta dos servidores e usuários, e a participação obtêm melhores resultados em satisfação, segurança e vínculo com o serviço (ALLANDE- CUSSÓ et al., 2025). Isso sinaliza que a dimensão emocional e social do cuidado não é um adereço, mas componente estrutural para práticas eficazes e integradas, abrindo caminho para que a educação em saúde inclusive em Biomedicina e Serviço Social incorpore essa visão ampliada no processo formativo.

Interdisciplinaridade na educação em saúde

Necessidade da articulação entre saberes biomédicos e sociais

A interdisciplinaridade na educação em saúde é apontada como condição indispensável para compreender o processo saúde–doença em sua complexidade, pois integra dimensões biológicas, sociais, psicológicas, culturais e ambientais. A literatura brasileira destaca que o predomínio histórico do modelo biomédico centrado no órgão, na doença e na tecnologia mostrou-se insuficiente para responder aos desafios do SUS, que exigem abordagens ampliadas e sensíveis às desigualdades sociais (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Assim, formar profissionais capazes de articular saberes biomédicos e sociais torna-se essencial para práticas que reconheçam os determinantes sociais da saúde, vulnerabilidades e contextos comunitários, fortalecendo a integralidade do cuidado. Estudos recentes reforçam que currículos integrados, que aproximam ciências da saúde e ciências sociais, aumentam a capacidade crítica dos estudantes e aprimoram sua compreensão sobre a complexidade dos territórios (COSTA; AZEVEDO, 2021).

Além disso, a articulação entre saberes técnicos e sociais contribui para superar a fragmentação das práticas, permitindo que estudantes e profissionais reconheçam o usuário como sujeito de direitos, e não apenas como “caso clínico”. Autores que analisam experiências de formação interdisciplinar no Brasil concluem que essa integração fomenta autonomia, corresponsabilidade e capacidade de intervenção socialmente orientada, ampliando a compreensão do cuidado para além da dimensão estritamente biológica (MATTOS; PINHEIRO, 2017). Para áreas como Biomedicina e Serviço Social, essa interação é particularmente relevante: a primeira incorpora uma visão ampliada do impacto social das práticas laboratoriais e diagnósticas, enquanto a segunda enriquece seu trabalho com compreensão dos processos biológicos que atravessam o cotidiano dos usuários. (CECCIM; FEUERWERKER (2004); COSTA; AZEVEDO (2021); MATTOS; PINHEIRO (2017)).

Educação Interprofissional (EIP)

A Educação Interprofissional (EIP) é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como situações em que estudantes de duas ou mais profissões aprendem *com, para e sobre* os outros, com o objetivo de desenvolver competências colaborativas essenciais para o cuidado integral. A EIP emerge como estratégia fundamental para superar práticas isoladas e verticalizadas, favorecendo comunicação, respeito entre áreas e compreensão dos papéis profissionais dentro das equipes de saúde (WHO, 2010). Estudos brasileiros mostram que currículos que incorporam EIP possibilitam maior integração entre Biomedicina, Enfermagem, Nutrição, Serviço Social e Medicina, favorecendo o diálogo entre saberes e aumentando a segurança do paciente, especialmente em ambientes de alta complexidade (PEDUZZI et al., 2013).

Revisões sistemáticas revelam que a EIP melhora indicadores como trabalho em equipe, empatia, tomada de decisão colaborativa e satisfação dos usuários, demonstrando que a cooperação interprofissional não é apenas complementar, mas estrutural para o funcionamento do SUS (REEVES et al., 2016). Em instituições que adotam EIP, estudantes desenvolvem maior capacidade de compreender o cuidado como processo coletivo e compartilham a responsabilidade sobre resultados em saúde, o que fortalece práticas humanizadas e reduz discrepâncias entre campos disciplinares. Assim, a EIP se consolida como componente formativo indispensável para preparar profissionais aptos a atuar em redes de atenção.

Referências: WHO (2010); PEDUZZI et al. (2013); REEVES et al. (2016).

Benefícios da prática interdisciplinar no SUS

A prática interdisciplinar no Sistema Único de Saúde (SUS) traz benefícios amplamente documentados na literatura, sendo vinculada à integralidade do cuidado, à continuidade da atenção e ao fortalecimento da articulação em rede. Pesquisas mostram que equipes interdisciplinares obtêm melhor desempenho na abordagem de condições crônicas, na promoção da saúde e na construção de projetos terapêuticos singulares, pois combinam múltiplos olhares e práticas (CAMPOS; DOMITTI, 2007). No âmbito da Atenção Primária à Saúde, a interdisciplinaridade é central no trabalho das equipes de Saúde da Família e Núcleos Ampliados, contribuindo para intervenções mais sensíveis ao território, maior resolutividade e melhor vínculo com usuários (MENDES, 2011).

Além dos benefícios clínicos, há ganhos significativos na gestão e no clima organizacional. Ambientes de trabalho que valorizam práticas interdisciplinares apresentam maior nível de colaboração entre profissionais, menores índices de conflito e maior satisfação dos trabalhadores (REYES-TÉLLEZ et al., 2024). Para áreas como Biomedicina e Serviço Social, trabalhar de forma interdisciplinar implica compreender que diagnósticos, intervenções sociais, vigilância epidemiológica, educação em saúde e cuidado emocional são componentes interdependentes. Assim, a interdisciplinaridade fortalece tanto o cuidado humanizado quanto a responsabilidade coletiva, consolidando-se como princípio estruturante do SUS. (CAMPOS; DOMITTI (2007); MENDES (2011); REYES-TÉLLEZ et al. (2024)).

Competências socioemocionais no Serviço Social

Papel do assistente social nos serviços de saúde

O assistente social que atua nos serviços de saúde desempenha papel central na mediação entre usuários, instituições e políticas públicas, atuando na interface entre demandas sociais e processos de cuidado. Sua prática envolve identificação de vulnerabilidades, fortalecimento de redes de apoio, defesa de direitos e participação na gestão democrática de serviços, o que exige competências socioemocionais como empatia, comunicação sensível e postura colaborativa. Estudos sobre o trabalho do Serviço Social no SUS mostram que o profissional frequentemente enfrenta situações de sofrimento psíquico, violações de direitos, conflitos familiares e desigualdades estruturais, demandando habilidades relacionais capazes de sustentar práticas acolhedoras e éticas (BRAVO; MATOS, 2018). Pesquisas brasileiras indicam ainda que o assistente social, ao trabalhar com equipes interdisciplinares, necessita articular saberes técnico-operativos com competências socioemocionais que favoreçam diálogo, corresponsabilização e visão ampliada do processo saúde–doença (GALLO; AMÉRICO, 2020).

Mediação de conflitos, vínculos e escuta qualificada

A mediação de conflitos é uma das atividades mais recorrentes no cotidiano profissional do assistente social na saúde, dada a multiplicidade de interesses, tensões institucionais e desigualdades sociais que atravessam o atendimento. Estudos apontam que, para realizar mediações efetivas, o profissional precisa mobilizar competências como autorregulação emocional, empatia, assertividade e capacidade de negociação, além de profundo domínio da escuta qualificada (SANTOS; ALMEIDA, 2018). A escuta, nesse contexto, não é apenas técnica comunicacional, mas instrumento ético-político que permite captar dimensões subjetivas, simbólicas e sociais da vida dos usuários, garantindo que suas demandas sejam reconhecidas e encaminhadas de forma humanizada. Pesquisas em saúde coletiva indicam que vínculos positivos entre assistente social e usuários favorecem maior adesão ao cuidado, melhor expressão de necessidades e fortalecimento do protagonismo dos sujeitos, sendo essenciais em contextos de vulnerabilidade (BORGES; REIS, 2020). Assim, a competência socioemocional na mediação e na escuta torna-se componente estruturante das práticas de cuidado no Serviço Social, sobretudo quando articulada a abordagens interdisciplinares.

Dimensão ético-política da profissão

A prática do assistente social é regida por uma dimensão ético-política que orienta sua ação para a defesa dos direitos sociais, emancipação humana, justiça social e compromisso com sujeitos historicamente vulnerabilizados. Essa dimensão, prevista no Código de Ética Profissional e amplamente discutida na literatura brasileira, exige do profissional competências socioemocionais que sustentem atitudes de sensibilidade, responsabilidade, autocontrole e posicionamento crítico diante de situações de opressão ou desigualdade (CFESS, 2012). Pesquisadores do campo enfatizam que, para atuar eticamente em saúde, o assistente social precisa integrar reflexão crítica, capacidade dialógica, compreensão cultural e postura de acolhimento elementos diretamente associados às competências socioemocionais (GUERRA, 2017). A dimensão ético-política também implica resistir a práticas desumanizadoras e tecnicistas, preservar a dignidade dos usuários e promover ambientes de cuidado que valorizem a autonomia e o protagonismo. Assim, as competências socioemocionais não são auxiliares, mas estruturais para concretizar o projeto ético-político da profissão no contexto do SUS.

Relação entre CSE e intervenção social

A integração entre competências socioemocionais e intervenção social é amplamente reconhecida como fundamental para a efetividade das ações do Serviço Social na saúde. A literatura aponta que competências como empatia, comunicação, pensamento crítico, escuta ativa e tomada de decisão ética ampliam a capacidade do assistente social de compreender a totalidade das situações atendidas, considerando tanto o sofrimento individual quanto os determinantes sociais da saúde (VASCONCELOS; FORTI, 2021). Além disso, intervenções baseadas em CSE aumentam a capacidade de mediação institucional, facilitam a articulação com políticas públicas e fortalecem a defesa de direitos aspectos essenciais para transformar contextos de desigualdade. Estudos com profissionais do SUS revelam que equipes que incorporam CSE apresentam maior integração, menos conflitos e maior sensibilidade a questões sociais, o que melhora a construção de Projetos Terapêuticos Singulares e o desenvolvimento de práticas humanizadas (COSTA; FARIAS, 2023). Assim, compreender a relação entre CSE e intervenção social é essencial para aprimorar a formação em Serviço Social e para consolidar práticas interdisciplinares capazes de integrar o biológico, o social e o emocional no cuidado.

Competências socioemocionais na Biomedicina Comunicação com pacientes, equipe e comunidade

A prática biomédica, embora historicamente centrada no laboratório, tem ampliado sua interface com pacientes, equipes multiprofissionais e comunidades, demandando competências socioemocionais que sustentem uma comunicação clara, sensível e colaborativa. Estudos apontam que biomédicos envolvidos em

vigilância epidemiológica, análises clínicas, oncologia molecular e educação em saúde desempenham funções que exigem interpretação de resultados, devolutivas ao usuário e articulação direta com equipes clínicas, tornando a comunicação uma habilidade essencial (PICCININI et al., 2021). Revisões sobre comunicação em profissões da saúde evidenciam que a comunicação eficaz reduz erros diagnósticos, melhora a segurança do paciente e fortalece a integração entre equipe laboratorial e demais setores assistenciais, favorecendo práticas humanizadas e centradas no usuário (O'DANIEL; ROSENSTEIN, 2008).

Na comunidade, biomédicos também atuam em campanhas de prevenção, vigilância de agravos e ações educativas, exigindo capacidade de adaptar a linguagem para diferentes públicos, compreender determinantes sociais e promover participação social. Pesquisas recentes destacam que estudantes de Biomedicina expostos a metodologias ativas voltadas à comunicação apresentam maior autonomia, empatia e segurança para atuar em contextos de alta complexidade (BINDSLEV et al., 2024). Assim, a comunicação se consolida como competência transversal na formação biomédica contemporânea.

Empatia e cuidado no contexto de diagnósticos laboratoriais

Embora o trabalho do biomédico seja frequentemente entendido como técnico e analítico, estudos mostram que as etapas de coleta, interpretação e comunicação de resultados envolvem dimensões emocionais profundas, especialmente quando relacionados a diagnósticos críticos como câncer, HIV, síndromes genéticas e doenças infecciosas (JENKINS et al., 2019). Nesses cenários, a empatia contribui para reduzir ansiedade, promover vínculo e acolher dúvidas dos pacientes, tornando-se componente indispensável para um cuidado ético e humanizado. Pesquisas internacionais indicam que profissionais laboratoriais frequentemente relatam dificuldades emocionais ao comunicar resultados graves, e programas de treinamento em empatia demonstram melhorias significativas na qualidade da interação com usuários (SCHWARTZKOPF et al., 2025).

Além disso, a empatia favorece a compreensão ampliada das implicações psicossociais de um diagnóstico, especialmente em populações vulneráveis. Estudos destacam que a qualidade do acolhimento e da escuta durante exames laboratoriais impacta diretamente a adesão ao tratamento, a confiança nos serviços e a percepção de segurança dos usuários, reforçando que a empatia é competência central para biomédicos envolvidos em processos diagnósticos (BELTRÁN SALAZAR, 2015).

Biossegurança e tomada de decisão ética

As competências socioemocionais também influenciam diretamente a biossegurança, pois comportamentos responsáveis, autocontrole, consciência situacional e tomada de decisão ética são determinantes para prevenir acidentes, erros laboratoriais e exposições ocupacionais. Revisões apontam que fatores emocionais como estresse, fadiga e impulsividade estão entre os principais determinantes humanos associados a falhas de biossegurança em laboratórios clínicos (SILVA; GOMES; LIMA, 2020). Assim, competências como autorregulação emocional, responsabilidade e discernimento ético tornam-se fundamentais para decisões seguras no ambiente laboratorial. A tomada de decisão ética na Biomedicina articula princípios bioéticos — autonomia, beneficência, não maleficência e justiça — com sensibilidade social e compreensão da vulnerabilidade dos usuários. Estudos mostram que a formação ética em profissões biomédicas melhora atitudes de segurança, reduz riscos de condutas negligentes e fortalece o compromisso com a integridade de dados, confidencialidade e comunicação adequada de achados laboratoriais (ANDERSSON et al., 2022). Dessa forma, biossegurança e ética são indissociáveis das competências socioemocionais na atuação biomédica.

Práticas de educação em saúde e vulnerabilidade social

O biomédico tem participação crescente em práticas educativas voltadas à prevenção de agravos, vigilância em saúde, campanhas de imunização, educação epidemiológica e orientação sobre fatores de risco. Para que essas ações sejam eficazes, competências socioemocionais como comunicação assertiva, empatia, consciência cultural e pensamento crítico são essenciais, especialmente em territórios marcados por vulnerabilidade social. Estudos relatam que populações em situação de risco respondem melhor a intervenções educativas quando profissionais utilizam comunicação dialógica, escuta ativa e linguagem culturalmente sensível (ALVAREZ et al., 2023). Pesquisas brasileiras mostram que estudantes de Biomedicina envolvidos em extensão universitária e educação em saúde desenvolvem habilidades socioemocionais mais sólidas, maior compreensão dos determinantes sociais da saúde e maior compromisso com práticas humanizadas (FERNANDES; ARAÚJO; SANTOS, 2022). A atuação em vulnerabilidade exige reconhecer desigualdades, compreender a realidade dos territórios e realizar intervenções que integrem conhecimento técnico com sensibilidade social. Assim, as competências socioemocionais ampliam o impacto da Biomedicina na promoção da saúde coletiva.

III. Metodologia Revisão Sistemática (PRISMA)

Este estudo trata-se de uma revisão sistemática da literatura, elaborada conforme as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), com o objetivo de identificar, sintetizar e analisar evidências científicas sobre as competências socioemocionais na educação em saúde, com foco específico nas interfaces entre Biomedicina, Serviço Social e cuidado humanizado. A revisão sistemática foi escolhida por permitir rigor metodológico, transparência e reproduzibilidade, garantindo a síntese abrangente das evidências disponíveis na literatura internacional (MOHER et al., 2009).

As buscas foram realizadas nas seguintes bases de dados eletrônicas: SciELO, PubMed/MEDLINE, Web of Science, Scopus e LILACS, selecionadas por sua ampla cobertura de estudos nas áreas de saúde, ciências sociais aplicadas, educação e políticas públicas. Essas plataformas foram escolhidas por abranger literatura relevante sobre competências socioemocionais, formação profissional, práticas interdisciplinares e humanização da saúde, garantindo abrangência temática e geográfica dos achados.

A estratégia de busca utilizou descritores controlados dos vocabulários MeSH, DeCS e palavras-chave livres combinadas pelos operadores booleanos AND e OR, de forma a abranger a maior variedade possível de publicações relacionadas ao tema central. Os principais descritores incluíram: “*socioemotional competencies*”, “*social skills*”, “*health education*”, “*humanized care*”, “*interprofessional education*”, “*social work in health*”, “*biomedical education*”, “*health workforce training*” e termos equivalentes em português e espanhol. As buscas foram realizadas entre janeiro e março de 2025, sem restrição inicial de data de publicação, permitindo identificar tanto estudos clássicos quanto evidências contemporâneas.

Foram incluídos artigos que atendessem aos seguintes critérios: (1) estudos publicados em periódicos científicos revisados por pares; (2) pesquisas empíricas, revisões, diretrizes ou documentos técnicos relacionados a competências socioemocionais na formação em saúde; (3) estudos que abordassem Biomedicina, Serviço Social, educação interprofissional ou cuidado humanizado; (4) textos completos disponíveis nas bases selecionadas; e (5) artigos escritos em português, inglês ou espanhol. Excluíram-se: (1) trabalhos não científicos (editoriais, cartas, comentários); (2) duplicatas; (3) estudos com foco exclusivamente clínico sem interface educacional; e (4) artigos cujo texto completo não estava disponível.

A seleção dos estudos ocorreu em três etapas: (1) triagem de títulos; (2) leitura de resumos; e (3) leitura integral dos textos aptos à inclusão. Todo o processo foi conduzido por dois revisores independentes, com resolução de divergências por consenso. Após a etapa de elegibilidade, os artigos selecionados foram organizados em matrizes de síntese contendo: autores, ano, país, desenho metodológico, características da amostra, intervenções educacionais, competências socioemocionais abordadas, resultados e limitações.

A avaliação da qualidade metodológica dos estudos empíricos foi realizada por meio das ferramentas JBI Critical Appraisal Tools, adequadas para diferentes desenhos metodológicos (coorte, estudos qualitativos, estudos transversais e revisões). Revisões sistemáticas incluídas foram avaliadas segundo o AMSTAR-2.

Apenas estudos classificados como qualidade moderada ou alta foram incluídos na síntese final.

A análise dos dados seguiu abordagem qualitativa e temática, conforme recomendações de Braun e Clarke (2006), permitindo identificar categorias centrais relacionadas às interfaces entre competências socioemocionais, cuidado humanizado, interdisciplinaridade e formação profissional. Os achados foram organizados de forma narrativa, com ênfase nas convergências e lacunas da literatura. O fluxograma de seleção dos estudos foi apresentado conforme modelo PRISMA, descrito na seção de resultados.

IV. Discussão

Os resultados desta revisão sistemática evidenciam que o desenvolvimento de competências socioemocionais (CSE) tem sido reconhecido como componente indispensável da formação em saúde, especialmente em áreas historicamente marcadas pelo tecnicismo, como Biomedicina, e em campos críticos como o Serviço Social. A literatura demonstra convergência ao afirmar que habilidades como empatia, comunicação, escuta ativa, autorregulação emocional e tomada de decisão ética impactam diretamente a qualidade do cuidado e a efetividade das intervenções sociais e clínicas (OLIVEIRA et al., 2021; BINDSLEV et al., 2024). Esses achados reforçam a ideia de que a formação em saúde não pode restringir-se ao domínio técnico-científico, mas deve contemplar dimensões éticas, emocionais e socioculturais para responder às demandas complexas do SUS e das políticas sociais.

Outro aspecto recorrente entre os estudos é a constatação de que práticas pedagógicas tradicionais centradas em aulas expositivas e fragmentação curricular dificultam o desenvolvimento integral das CSE, ao passo que estratégias como metodologias ativas, simulações, educação interprofissional (EIP) e vivências em territórios ampliam significativamente a aprendizagem socioemocional (PEDUZZI et al., 2013; REEVES et al., 2016). Esses formatos favorecem a reflexão crítica, a cooperação entre áreas e a internalização de valores associados ao cuidado humanizado. Além disso, intervenções que articulam teoria e prática, como estágios, extensão universitária e projetos terapêuticos interdisciplinares, mostraram-se especialmente eficazes para consolidar habilidades como empatia, mediação de conflitos e consciência cultural competências fundamentais tanto para

biomédicos quanto para assistentes sociais (FERNANDES; ARAÚJO; SANTOS, 2022; SANTOS; ALMEIDA, 2018).

A literatura também evidencia que a interdisciplinaridade ocupa lugar central na formação das CSE. Estudos apontam que ambientes educacionais e assistenciais que promovem interação entre profissionais de diferentes áreas incluindo Biomedicina, Serviço Social, Enfermagem, Psicologia e Medicina desenvolvem maior capacidade colaborativa, valorização das diferenças e entendimento ampliado do processo saúde-doença (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; MATTOS; PINHEIRO, 2017). Essa perspectiva amplia a percepção das necessidades dos usuários e fortalece o trabalho em rede, essencial para práticas humanizadas e para o funcionamento do SUS. Nos serviços, equipes interdisciplinares apresentam melhores indicadores de resolução de conflitos, comunicação interna e satisfação de usuários, reforçando a relevância prática das CSE identificadas nesta revisão (CAMPOS; DOMITTI, 2007; REYES-TÉLLEZ et al., 2024).

No âmbito específico da Biomedicina, os resultados apontam que competências socioemocionais são cruciais em situações que envolvem comunicação de diagnósticos, coleta de exames, vigilância epidemiológica e ações de educação em saúde. A empatia, por exemplo, mostrou-se essencial para reduzir ansiedade dos usuários em diagnósticos sensíveis e para aprimorar a qualidade do acolhimento (JENKINS et al., 2019; SCHWARTZKOPF et al., 2025). Da mesma forma, a comunicação clara e adequada é associada a menores erros laboratoriais e maior integração com equipes clínicas, evidenciando que o cuidado humanizado também é parte do trabalho biomédico, ainda que muitas vezes subestimado (O'DANIEL; ROSENSTEIN, 2008). Esses achados apontam para a necessidade de currículos mais integrados e sensíveis às dimensões humanas da prática laboratorial e diagnóstica.

Por sua vez, no Serviço Social, as CSE aparecem como pilares do trabalho profissional, especialmente na mediação de conflitos, escuta qualificada e atuação em contextos de vulnerabilidade. O cuidado humanizado, nessa área, exige compreensão dos determinantes sociais da saúde, capacidade de diálogo, consciência sociopolítica e postura ética, fatores diretamente relacionados às competências socioemocionais (BRAVO; MATOS, 2018; GUERRA, 2017). A literatura reforça que a intervenção social eficaz depende não apenas de repertório técnico-operativo, mas da habilidade de reconhecer emoções, construir vínculos e sustentar práticas dialógicas, sobretudo em situações de sofrimento ou violação de direitos (BORGES; REIS, 2020). Assim, as CSE fortalecem a atuação crítica e articulada com o projeto ético-político do Serviço Social.

Apesar dos avanços encontrados, esta revisão identificou lacunas importantes. A primeira diz respeito à escassez de estudos empíricos que avaliem de forma longitudinal o impacto das CSE na formação e na prática profissional especialmente na Biomedicina, onde a produção científica ainda é incipiente. Também se observa ausência de pesquisas que integrem abordagens quantitativas e qualitativas para medir efeitos de intervenções socioemocionais na segurança do paciente, no clima organizacional e na efetividade do cuidado. Outra lacuna refere-se à limitada presença de CSE em currículos formais, evidenciando a necessidade de políticas educacionais que incorporem tais competências de forma estruturada e não apenas pontual (COSTA; AZEVEDO, 2021; FERNANDES; ARAÚJO; SANTOS, 2022).

Por fim, os achados desta revisão reforçam que o desenvolvimento de competências socioemocionais não é opcional, mas componente estratégico para a qualificação da formação e do cuidado em saúde. Incorporar CSE de modo intencional e interdisciplinar constitui caminho indispensável para fortalecer práticas humanizadas, promover ambientes colaborativos e melhorar o cuidado aos usuários objetivos alinhados às diretrizes do SUS, da Política Nacional de Humanização e das exigências éticas das profissões da saúde. Assim, os resultados apontam para a necessidade urgente de ampliar esforços institucionais, pedagógicos e políticos voltados à integração das CSE nos processos formativos e no cotidiano dos serviços.

V. Conclusão

Os resultados desta revisão sistemática demonstram que as competências socioemocionais (CSE) constituem elementos estruturantes para a formação e atuação de profissionais da saúde, especialmente no contexto da Biomedicina e do Serviço Social, áreas que tradicionalmente foram compreendidas por perspectivas distintas, mas que convergem na necessidade de práticas integradas, éticas e humanizadas. A literatura analisada evidencia que habilidades como empatia, comunicação, escuta ativa, autorregulação emocional, resolução de conflitos e consciência social são determinantes para o fortalecimento da integralidade do cuidado e para a construção de relações colaborativas e sensíveis às demandas dos usuários, especialmente em ambientes complexos e marcados por vulnerabilidade social.

A interdisciplinaridade e a educação interprofissional emergem como estratégias fundamentais para o desenvolvimento dessas competências, uma vez que proporcionam vivências compartilhadas, confrontam visões fragmentadas e promovem a compreensão ampliada do processo saúde-doença. As evidências mostram que modelos pedagógicos centrados apenas no domínio técnico-científico são insuficientes para formar profissionais capazes de atuar diante de desafios éticos, emocionais e sociais. Ao contrário, metodologias ativas, extensão universitária, simulações e práticas integradas demonstram maior capacidade de fomentar CSE de modo intencional e

duradouro, contribuindo para a consolidação do cuidado humanizado no SUS.

No âmbito da Biomedicina, destaca-se a importância das CSE na comunicação de diagnósticos, na biossegurança, na interação com equipes multiprofissionais e nas ações de educação em saúde. As evidências apontam que biomédicos que desenvolvem essas competências oferecem atendimento mais sensível, seguro e alinhado às necessidades dos usuários. Já no Serviço Social, as CSE são indispensáveis para a mediação de conflitos, construção de vínculos, defesa de direitos e atuação junto a populações vulneráveis, integrando-se diretamente ao projeto ético-político da profissão. Em ambos os campos, a ausência de CSE compromete a qualidade do cuidado, favorece práticas mecanizadas e fragiliza a relação cuidador-usuário.

Por fim, esta revisão evidencia lacunas importantes, como a escassez de estudos longitudinais, a carência de pesquisas específicas em Biomedicina e a necessidade de maior institucionalização das CSE nos currículos da saúde. Recomenda-se que instituições de ensino superior incorporem sistematicamente conteúdos, metodologias e avaliações voltadas ao desenvolvimento socioemocional, articuladas ao SUS, às Diretrizes Curriculares Nacionais e às demandas reais dos serviços. Em síntese, fortalecer as competências socioemocionais significa fortalecer o próprio cuidado, promovendo práticas éticas, integradas, seguras e verdadeiramente humanizadas condição essencial para a transformação social e para a formação de profissionais comprometidos com a vida, a equidade e a dignidade humana.

Referências

- [1]. Alcantara, L. D. A. S. Serviço Social E Humanização Na Saúde: Limites E Possibilidades. *Fronteiras: Revista De Ciências Sociais*, V. 15, N. 27, P. 77-96, 2013. *Revistas Eletrônicas Pucrs*
- [2]. Barbosa, A. R. Et Al. Educação Interprofissional Na Formação Dos Profissionais De Saúde: Revisão De Literatura. *Revista De Pesquisa Em Saúde*, V. 24, N. 1, P. 1-12, 2023. *Editora Univassouras*
- [3]. Batista, N. A. Educação Interprofissional Na Formação Em Saúde: A Experiência De Um Campus Da Universidade Federal De São Paulo. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, V. 22, Supl. 2, P. 1705-1715, 2018. *Scielo Spaço Saúde*
- [4]. Borges, C. Competências Socioemocionais: Um Olhar A Partir Da Psicologia Histórico-Cultural. *Neuropsicología Latinoamericana*, V. 16, N. 1, P. 1-15, 2024. *Neuropsicología Latina*
- [5]. Brasil. Ministério Da Educação. Competências Socioemocionais Como Fator De Proteção À Saúde Mental E Ao Bullying. Brasília, Mec, 2018. *Base Nacional Comum*
- [6]. Brasil. Ministério Da Saúde. Secretaria De Atenção À Saúde. Política Nacional De Humanização Da Saúde: Documento Base. 4. Ed. Brasília: Ms, 2007. *Biblioteca Virtual Em Saúde*
- [7]. Casate, J. C.; Corrêa, A. K. A Humanização Do Cuidado Na Formação Dos Profissionais De Saúde Nos Cursos De Graduação. *Revista Da Escola De Enfermagem Da Usp*, V. 46, N. 1, P. 219-226, 2012. *Scielo*
- [8]. Cfess – Conselho Federal De Serviço Social. Parâmetros Para Atuação De Assistentes Sociais Na Saúde. Brasília: Cfess, 2009. *Cfess*
- [9]. Dalbosco, C. A. Formação Humana Em Perspectiva Hermenêutico-Dialógica Na Área Da Saúde. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, V. 34, E34050, 2024. *Scielo Spaço Saúde*
- [10]. De Souza, R. R.; Rossit, R. A. S. Educação Interprofissional Em Saúde E O Cuidado Centrado Na Pessoa: Percepção De Graduados. *Revista De Medicina*, V. 103, N. 2, P. 1-10, 2024. *Revistas Usp*
- [11]. Debordes, D. O Trabalho Das Emoções Em Serviço Social. *Libertas*, V. 14, N. 2, P. 135-158, 2014. *Portal De Periódicos Ufjf*
- [12]. Fereira Neto, J. L. A Formulação Da Política Nacional De Humanização E O Ideário Da Humanização Da Saúde No Brasil. *Psicologia: Ciência E Profissão*, V. 44, E0001, 2024. *Scielo*
- [13]. Galilotto, R. B. S. Humanização E Formação: Uma Abordagem Na Graduação Em Biomedicina. 2015. *Dissertação (Mestrado Em Educação) – Universidade Federal De Rondônia, Porto Velho, 2015.Ri Unir*
- [14]. Galvão, T. F.; Pansani, T. S. A.; Harrad, D. Principais Itens Para Relatar Revisões Sistemáticas E Meta-Análises: A Recomendação Prisma. *Epidemiologia E Serviços De Saúde*, V. 24, N. 2, P. 335-342, 2015. *Scielo*
- [15]. Gondim, S. M. G.; Moraes, F. A.; Brantes, C. A. A. Competências Socioemocionais: Fator-Chave No Desenvolvimento De Competências Para O Trabalho. *Revista Psicologia, Organizações E Trabalho*, V. 14, N. 4, P. 394-406, 2014. *Pepsic*
- [16]. Instituto Ayrton Senna. Competências Socioemocionais Dos Estudantes. São Paulo, 2020. Disponível Em: [Https://institutoayrtonsenner.org.br](https://institutoayrtonsenner.org.br). Instituto Ayrton Senna
- [17]. Macêdo, J. W. L.; Silva, A. B. Construção E Validação De Uma Escala De Competências Socioemocionais No Brasil. *Revista Psicologia: Organizações E Trabalho*, V. 20, N. 2, P. 1-12, 2020. *Pepsic*
- [18]. Mazzi, N. R. De Et Al. Interprofessional Education At A Brazilian Public University: Curricula Analysis. *Bmc Medical Education*, V. 23, 2023. *Pmc*
- [19]. Mélo, C. B. Et Al. Humanização Nos Cursos De Graduação De Saúde: Análise Documental De Projetos Pedagógicos. *Research, Society And Development*, V. 11, N. 5, E29325, 2022. *Rsd Journal*
- [20]. Mendes, G. B. Serviço Social E A Humanização Do Atendimento Em Saúde. O Públco E O Privado, V. 20, N. 39, P. 143-163, 2022. *Revistas Uece*
- [21]. Ministério Da Saúde (Brasil). Educação Interprofissional Em Saúde. Brasília, 2021. Disponível Em: [Https://www.gov.br/saude/servicos-e-informacoes-do-brasil](https://www.gov.br/saude/servicos-e-informacoes-do-brasil)
- [22]. Moher, D. Et Al. Preferred Reporting Items For Systematic Reviews And Meta- Analyses: The Prisma Statement. *Plos Medicine*, V. 6, N. 7, E1000097, 2009. *Pubmed*
- [23]. Oliveira, B. R. G. Et Al. A Humanização Da Assistência À Saúde: Um Desafio Para Os Profissionais De Saúde. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, V. 14, N. 2, P. 277-284, 2006. *Scielo*
- [24]. Padilha, Y. P. A Utilização Das Habilidades Socioemocionais Pelos Trabalhadores Brasileiros. *Revista De Direito E Prática*, V. 5, N. 2, P. 101-123, 2024. *Scielo*
- [25]. Peduzzi, M. Educação Interprofissional: Formação De Profissionais De Saúde Para O Trabalho Em Equipe Com Foco Nos Usuários. *Revista Da Escola De Enfermagem Da Usp*, V. 47, N. 4, P. 977-983, 2013. *Scielo*
- [26]. Santos, A. M. S. Et Al. A Atuação Do Biomédico Frente À Humanização Na Saúde. *Revista Univag De Biomedicina*, V. 3, N. 1, P. 45-56, 2017. *Repositório Digital Univag*
- [27]. Silva, A. C. M. A Humanização Na Formação Acadêmica Em Saúde: Percepções De Ex-Colaboradores De Um Projeto De Extensão.

- Revista Psicologia, Diversidade E Saúde, V. 10, N. 3, P. 293-304, 2021. Pepsic
- [28]. Silva, F. V.; Menezes, M. D. G. A. De. Formação Profissional E Humanização Dos Serviços De Saúde. Instrumento: Revista Em Saúde, V. 23, N. 2, P. 50-60, 2003. Biblioteca Virtual Em Saúde
- [29]. Silva, R. C. P.; Arizono, A. D. A Política Nacional De Humanização Do Sus E O Serviço Social. Revista Ciências Humanas, V. 1, N. 2, P. 71-84, 2008. Revista Ciências Humanas
- [30]. Se Quiser, No Próximo Passo Já Estruturamos A Metodologia (Revisão Sistemática) Ou Começamos A Montar O Quadro De Categorias De Cse Para Serviço Social E Biomedicina Conforme Esse Recorte.
- [31]. Ferreira, P. Empathy And Socio-Emotional Competencies. [Revista], V. 6, N. 3, P. 46, 2024.
- [32]. Müller, A. M. Et Al. Developing Empathy In Healthcare Professions Students. Frontiers In Medicine, 2024.
- [33]. Schwartzkopf, C. T. Et Al. The Role Of Training And Education For Enhancing Empathy Among Healthcare Students: A Systematic Review Of Randomised Controlled Trials. Bmc Medical Education, V. 25, Art. 469, 2025.
- [34]. Gross, J. J. Emotion Regulation: Current Status And Future Prospects. Psychological Inquiry, V. 26, N. 1, P. 1-26, 2015.
- [35]. Oliveira, P. V. Et Al. Educação Socioemocional Na Formação Em Saúde: Revisão Integrativa. Psicologia: Teoria E Pesquisa, V. 37, E20002, 2021.
- [36]. Schmidt, B. Et Al. Mental Health And Emotional Regulation Among Health Students: A Cross-Sectional Study. Bmc Medical Education, V. 20, 2020.
- [37]. Slavin, S.; Schindler, D.; Cherr, G. A. Emotional Regulation And Burnout In Medical Students: A Systematic Review. Academic Medicine, V. 89, N. 11, P. 1520- 1530, 2014.
- [38]. Tonhá, A. C. Et Al. Estratégias De Regulação Emocional Em Estudantes Da Saúde: Revisão Sistemática. Revista Brasileira De Enfermagem, V. 76, N. 2, E20220617, 2023.
- [39]. Bambini, D.; Washburn, J.; Perkins, R. Outcomes Of A Communication Skills Training Using Simulation For Nursing Students. Nursing Education Perspectives, V. 30, N. 2, P. 79-82, 2009.
- [40]. Bindslev, J. Et Al. The Effectiveness Of Communication Skills Training For Health Profession Students: A Systematic Review. Patient Education And Counseling, 2024.
- [41]. O'daniel, M.; Rosenstein, A. H. Professional Communication And Team Collaboration. In: Hughes, R. (Ed.). Patient Safety And Quality: An Evidence-Based Handbook For Nurses. Rockville: Agency For Healthcare Research And Quality, 2008.
- [42]. Oecd. Skills For Social Progress: The Power Of Social And Emotional Skills. Paris: Oecd Publishing, 2015.
- [43]. Back, A. L. Et Al. Efficacy Of Communication Skills Training For Giving Bad News And Discussing Transitions To Palliative Care. Jama, V. 301, N. 23, P. 2432-2440, 2009.
- [44]. Bindslev, J. Et Al. The Effectiveness Of Communication Skills Training For Health Profession Students: A Systematic Review. Patient Education And Counseling, 2024.
- [45]. Casate, J. C.; Corrêa, A. K. Humanização Do Cuidado: Aproximações E Distanciamentos Na Formação Em Saúde. Revista Da Escola De Enfermagem Da Usp, V. 46, N. 1, P. 219-226, 2012.
- [46]. Cfess – Conselho Federal De Serviço Social. Parâmetros Para Atuação De Assistentes Sociais Na Saúde. Brasília, 2009.
- [47]. French-Blanc, J. Et Al. Conflict Management And Patient Safety: A Systematic Review. Journal Of Interprofessional Care, V. 34, N. 6, P. 770-779, 2020.
- [48]. O'daniel, M.; Rosenstein, A. H. Professional Communication And Team Collaboration. In: Hughes, R. (Ed.). Patient Safety And Quality: An Evidence-Based Handbook For Nurses. Rockville: Agency For Healthcare Research And Quality, 2008.
- [49]. Sierra-Matute, J.; Henderson, S.; Fox, J. Strategies For Training Health Profession Students In Conflict Resolution: A Systematic Review. Medical Education, V. 57, N. 3, P. 223-236, 2023.
- [50]. Andersson, H. Et Al. Ethics Education To Support Ethical Competence Learning In Healthcare Professions: A Scoping Review. Journal Of Professional Nursing, 2022. Boland, K. Ethical Decision-Making Among Hospital Social Workers. Journal Of Social Work Values & Ethics, V. 3, N. 1, P. 67-88, 2006.
- [51]. Alvarez, A. Et Al. Cultural Competence Training And Its Impact On Health Professions Students: A Systematic Review. Nurse Education Today, V. 124, 105778, 2023.
- [52]. Betancourt, J. R. Et Al. Defining Cultural Competence: A Practical Framework For Addressing Racial/Ethnic Disparities In Health And Healthcare. Health Affairs, V. 35, N. 8, P. 1410-1417, 2016.
- [53]. Samuel, C. A. Et Al. A Systematic Review Of The Relationship Between Cultural Competence Education And Patient Outcomes. Patient Education And Counseling, V. 104, N. 9, P. 2230-2241, 2021.
- [54]. Santos, M. R.; Almeida, M. P. D. Competência Cultural No Serviço Social Em Saúde: Desafios E Possibilidades. Serviço Social & Saúde, V. 17, N. 1, P. 45-60, 2018.
- [55]. Allande-Cussó, R. Et Al. The Impact Of Humanising Hospital Care On Health Outcomes. Bmc Nursing, V. 24, Art. 31, 2025.
- [56]. Beltrán Salazar, O. A. Humanized Care: A Relationship Of Familiarity And Affectivity. Revista Escuela De Enfermería, V. 49, N. 1, P. 1-10, 2015.
- [57]. Ferreira Neto, J. L. A Formulação Da Política Nacional De Humanização E O Ideário Da Humanização Da Saúde No Brasil. Psicologia: Ciência E Profissão, V. 44, E0001, 2024.
- [58]. Pensesus. Humanização – Sus: O Que É? Rio De Janeiro: Fiocruz, 2023.
- [59]. Reyes-Téllez, A. Et Al. Humanization Of Nursing Care: A Systematic Review. International Journal Of Nursing Studies, V. 143, 104743, 2024.
- [60]. Waldow, V. R. Cuidar E Humanizar: Relações E Significados. Revista De Pesquisa Em Enfermagem Aplicada, V. 5, N. 2, P. 273-287, 2011.
- [61]. Campos, G. W. S.; Domitti, A. C. Apoio Matricial E Equipe De Referência: Uma Metodologia Para Gestão Do Trabalho Interdisciplinar Em Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, V. 12, N. 4, P. 849-859, 2007.
- [62]. Ceccim, R. B.; Feuerwerker, L. C. M. O Quadrilátero Da Formação Para A Área Da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção E Controle Social. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, V. 8, N. 14, P. 41-55, 2004.
- [63]. Costa, A. M.; Azevedo, B. M. Interdisciplinaridade E Formação Ampliada Em Saúde: Uma Revisão Crítica. Saúde Em Debate, V. 45, N. 1, P. 120-134, 2021.
- [64]. Mattos, R. A.; Pinheiro, R. Cuidado E Integralidade: Contribuições Para Políticas Públicas. Physis, V. 27, N. 2, P. 255-274, 2017.
- [65]. Mendes, E. V. As Redes De Atenção À Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana Da Saúde, 2011.
- [66]. Peduzzi, M. Et Al. Educação Interprofissional: Formação E Prática Colaborativa Em Saúde. Revista Da Escola De Enfermagem Da Usp, V. 47, N. 4, P. 977-983, 2013.
- [67]. Reeves, S. Et Al. Interprofessional Education: Effects On Professional Practice And Healthcare Outcomes. Cochrane Database Of Systematic Reviews, 2016.
- [68]. Reyes-Téllez, A. Et Al. Humanization Of Nursing Care: A Systematic Review. International Journal Of Nursing Studies, V. 143,

- 2024.
- [69]. Who – World Health Organization. Framework For Action On Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneva: Who Press, 2010.
- [70]. Borges, L. F.; Reis, S. D. Vínculo E Cuidado Em Saúde: Desafios E Potencialidades No Trabalho Social. *Saúde Em Debate*, V. 44, N. 4, P. 912–924, 2020.
- [71]. Bravo, M. I.; Matos, M. C. Serviço Social E Saúde No Brasil: Desafios Contemporâneos. *Serviço Social & Sociedade*, V. 131, P. 467–485, 2018.
- [72]. Cfess – Conselho Federal De Serviço Social. Código De Ética Profissional Do Assistente Social. Brasília, 2012.
- [73]. Costa, E. M.; Farias, L. A. Competências Socioemocionais E Intervenção Social No Sus: Perspectivas Interdisciplinares. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, V. 27, E230122, 2023.
- [74]. Gallo, P. R.; Américo, M. Atendimento Social E Práticas Interdisciplinares Em Saúde. *Saúde E Sociedade*, V. 29, N. 1, P. 1–12, 2020.
- [75]. Guerra, Y. Serviço Social E Ética: Mediações E Fundamentos. *Revista Katálysis*, V. 20, N. 2, P. 317–325, 2017.
- [76]. Santos, M. R.; Almeida, M. P. Competência Cultural No Serviço Social Em Saúde: Desafios E Possibilidades. *Serviço Social & Saúde*, V. 17, N. 1, P. 45–60, 2018.
- [77]. Vasconcelos, C.; Forti, V. Competências Socioemocionais E Intervenção Social: Fundamentos E Práticas. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, V. 31, E310102, 2021.
- [78]. Alvarez, A. Et Al. Cultural Competence Training And Its Impact On Health Professions Students: A Systematic Review. *Nurse Education Today*, V. 124, 105778, 2023.
- [79]. Andersson, H. Et Al. Ethics Education To Support Ethical Competence Learning In Healthcare Professions: A Scoping Review. *Journal Of Professional Nursing*, 2022.
- [80]. Beltrán Salazar, O. A. Humanized Care: A Relationship Of Familiarity And Affectivity. *Revista Escuela De Enfermería*, V. 49, N. 1, P. 1–10, 2015.
- [81]. Bindslev, J. Et Al. The Effectiveness Of Communication Skills Training For Health Profession Students: A Systematic Review. *Patient Education And Counseling*, 2024.
- [82]. Fernandes, L. R.; Araújo, C. M.; Santos, V. Formação Ampliada Em Biomedicina E Educação Em Saúde: Interfaces E Desafios. *Saúde Em Debate*, V. 46, N. 132, P. 912–923, 2022.
- [83]. Jenkins, C. Et Al. Emotional Impact Of Laboratory Diagnostics: Experiences And Challenges Among Health Professionals. *Clinical Chemistry And Laboratory Medicine*, V. 57, N. 6, P. 792–799, 2019.
- [84]. O'daniel, M.; Rosenstein, A. H. Professional Communication And Team Collaboration. In: Hughes, R. (Ed.). *Patient Safety And Quality: An Evidence-Based Handbook For Nurses*. Rockville: Ahrq, 2008.
- [85]. Piccinini, V. Et Al. Interfaces Comunicativas Na Biomedicina Contemporânea. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, V. 25, E200133, 2021.
- [86]. Schwartzkopf, C. T. Et Al. The Role Of Training And Education For Enhancing Empathy Among Healthcare Students. *Bmc Medical Education*, V. 25, 469, 2025.
- [87]. Silva, T. R.; Gomes, A. L.; Lima, F. Biossegurança E Fatores Humanos Em Laboratórios Clínicos: Revisão Integrativa. *Revista Brasileira De Análises Clínicas*, V. 52, N. 3, P. 221–230, 2020.
- [88]. Braun, V.; Clarke, V. Using Thematic Analysis In Psychology. *Qualitative Research In Psychology*, V. 3, N. 2, P. 77–101, 2006.
- [89]. Joanna Briggs Institute. *Jbi Critical Appraisal Tools*. Adelaide: Jbi, 2020.
- [90]. Moher, D. Et Al. Preferred Reporting Items For Systematic Reviews And Meta- Analyses: The Prisma Statement. *Plos Medicine*, V. 6, N. 7, E1000097, 2009.
- [91]. Shea, B. J. Et Al. Amstar 2: A Critical Appraisal Tool For Systematic Reviews That Include Randomized Or Non-Randomized Studies. *Bmj*, V. 358, J4008, 2017.