

# A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO A PARTIR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Dário Frederico Pasche<sup>1</sup>  
Eduardo Passos<sup>2</sup>

## RESUMO

Este artigo visa apresentar a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde que completa cinco anos desde sua formulação inicial. A aposta ético-política da PNH é discutida a partir dos desafios colocados no campo da saúde coletiva pelo Sistema Único de Saúde. A definição dos princípios, método, diretrizes e dispositivos da PNH é a ocasião para a problematização da saúde como direito e como processo de produção coletiva.

**Palavras-chave:** Humanização de serviços; Cuidados de saúde; Políticas públicas de saúde; Saúde Coletiva.

## 1 INTRODUÇÃO

Não resta dúvida: o Sistema único de Saúde (SUS) é uma conquista nascida das lutas pela democracia no país que em 1988 ganhou estatuto constitucional. Passados 20 anos inúmeros outros desafios ainda nos convocam para a manutenção da militância no campo da saúde.

No início de 2003, o Ministério da Saúde (MS) decidiu fazer uma aposta na humanização como re-encantamento do SUS. Ainda que timidamente, este tema já se anunciava desde a 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, que tinha como título “Acesso, qualidade e humanização da atenção à saúde com controle social”. De 2000 a 2002, o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) – no compasso de outras iniciativas como a Humanização do Parto e da Saúde da Criança - iniciou ações em hospitais com o intuito de criar comitês de humanização voltados para a melhoria na qualidade da atenção e, mais tarde, com foco também no trabalhador.

Em 2003, com a Política Nacional de Humanização (PNH), se intensifica esta aposta na humanização das práticas de gestão e de atenção (nos modos de gerir e nos modos de cuidar). A PNH emerge, então, no cenário da reforma sanitária brasileira, que se constitui *pari passu* à construção do campo da saúde coletiva e das experiências de humanização em curso no SUS, às quais propõem mudanças em seu sentido e forma de organização.

Assim, é importante analisar o SUS como política pública – haja vista que a PNH é uma política do SUS, apresentando suas inspirações, conquistas e desafios. Nesta discussão é que se apresenta a PNH, tomando por referência sua construção discursiva e metodológica, bem como seus desafios para a qualificação da produção de saúde.

---

<sup>1</sup> Enfermeiro, sanitarista, mestre e doutor em Saúde Coletiva. Coordenador Nacional da Política de Humanização/Ministério da Saúde. Professor Adjunto no DCSa/UNIJUI  
E-mails: [dario.pasche@saude.gov.br](mailto:dario.pasche@saude.gov.br), [dario.pasche@ig.com.br](mailto:dario.pasche@ig.com.br)

<sup>2</sup> Psicólogo, mestre, doutor em Psicologia. Professor do Departamento de Psicologia da UFF. Consultor da Política Nacional de Humanização do SUS. E-mail: [e.passos@superig.com.br](mailto:e.passos@superig.com.br)

## 2 O CAMPO DA SAÚDE COLETIVA COMO MATRIZ DO SUS: A PRODUÇÃO DO COMUM NA DIFERENÇA

A história nos ensina que movimentos de crítica e recomposição no campo da saúde, que redefinem conceitos e modos de organizar o setor, são incessantes e ininterruptos. Especificamente no caso brasileiro, as transformações mais importantes no sistema público de saúde, impetradas desde meados dos anos de 1980, decorreram da emergência e da produção teórico-metodológica da saúde coletiva.

O campo da saúde coletiva resulta e é expressão de movimentos de tensionamento e de reconstrução de certos modos de conceber a ciência e de se agir em saúde (PASCHE, 2005). Área interdisciplinar, multiprofissional e contra-hegemônica aos modos de produção e legitimação dos saberes na área da saúde, a saúde coletiva se apresenta ao mesmo tempo como movimento teórico, prático e político (NUNES, 1994), contestando, em alguma medida, a produção de saberes sob os ditames estanques da ciência positivista e cartesiana, partindo do pressuposto de que não há ciência neutra, senão interessada.

E qual o interesse da saúde coletiva? Transformar a produção científica e tecnológica do campo sanitário em instrumento e ferramenta de qualificação da vida, colocando-a sob a égide da justiça social. Além disto, a saúde coletiva é uma produção genuinamente brasileira (CANESQUI, 1995), cuja contribuição tem sido importantíssima para a própria revisão e transformação da saúde pública (CARVALHO, 1996), até então uma “versão para o coletivo” da biomedicina. Nesta medida, a saúde coletiva reclama por outras e novas formas de produção científica, pautadas por uma ética que coloca o coletivo como espaço da produção de políticas afirmativas do bom viver, da vida digna.

A comunidade científica que tem se construído a partir do campo da saúde coletiva, constituída por uma profusão de sujeitos oriundos das ciências - em suas mais variadas matrizes e matizes -, de movimentos sociais, trabalhadores e gestores da saúde entre outros, desde muito cedo se demonstrou uma comunidade epistêmica heterogênea, com interesses não totalmente coincidentes.

Nesta medida, a uniformização da produção de conhecimento científico neste campo não tem sido tarefa simples, talvez, em alguma medida, nem necessária. Contudo, se a tentativa de padronização permite certa homogeneidade, sem a qual não há reconhecimento nem pertença, ao mesmo tempo, o processo de construção de um plano comum deve permitir lidar com diferenciações e distinções. Ou seja, deve-se partir da construção de um “plano comum” para, justamente, a partir dele, diferir, evitando-se homogeneizar posições dos membros da comunidade.

A saúde coletiva tem tido o mérito de reconhecer diferenças teóricas e metodológicas, evidenciando que não há produção de conhecimento desprendida da ação prática de seus sujeitos, quer estejam na academia, quer estejam na ação sanitária direta. Assim, não haveria propriamente uma distinção clara e inequívoca entre ação técnico-política e ação científica, cuja unidade se estabeleceria a partir de uma ética em direção ao bem comum, requisito básico da ação científica.

Reconhecer diferenças implica em acatá-la em suas especificidades. Reconhecer especificidades é deslocar-se de centralidades, para uma multiplicidade de centros, que conformam redes, cujos nós disformes/não uniformes são justamente o que as potencializam: diferenças e diversidades reconhecidas como potência.

Eis a aposta: reconhecimento da diferença; diferença que fortalece, mas não uma diferença que não difere. Uma diferença que combina, sendo ao mesmo tempo a norma e o desvio dela. Hibridismo, marca contemporânea que reconhece a complexidade dos fenômenos sociais e, portanto, a deficiência e insuficiência de modelos lineares de pensamento, reflexão e intervenção.

Distinguir especificidades significa, sobretudo, reconhecer o sentido e a direção da ação de grupos, de tribos em seus territórios existenciais e subjetivos. A atuação no território transforma-o em efeito da ação político-institucional, que é também submetida e determinada pelos efeitos que produz. É neste encontro e embate que saberes e tecnologias tomam novos sentidos éticos, políticos e estéticos. A ação do grupo, todavia, deve ser marcada por agir ético-estético-político que combina ação no território e reconhecimento da ação protagonista de seus agentes.

A saúde coletiva, em síntese, emerge de um movimento plural, que resulta em um processo que articula um novo fazer sanitário: a produção de atenção à saúde determinada e condicionada pela complexidade do seu objeto, assim como a gestão dos processos de trabalho no campo da saúde. O desafio é o de enfrentar o adoecimento e o risco de adoecer em sujeitos histórico-sociais, eles próprios entendidos como singularidades e efeito de múltiplas determinações. Dar ênfase aos sujeitos implicados no processo de produção de saúde, tomá-los como protagonistas e co-responsáveis neste processo obriga-nos a valorizar a dimensão humana intrínseca a toda práticas de saúde. Eis o tema da humanização da atenção e da gestão das práticas de saúde.

Dessa forma, a saúde coletiva e suas produções passam a ser uma importante abertura e inspiração para a reconstrução do sistema público de saúde. Saúde coletiva, saúde pública: o coletivo aqui diz respeito à ação de um sujeito plural que compõe a paisagem existencial da cidade e que se organiza como dimensão pública do cuidado e da gestão dos processos de trabalho em saúde. É nesta tradição e desta origem que a Política de Humanização emerge e se constitui como política pública de saúde.

### **3 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO COMO MODO DE FAZER MUDANÇAS NA SAÚDE QUE APOSTA NA PRODUÇÃO DO COMUM**

A Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção (PNH) é uma estratégia de fortalecimento do Sistema Público de Saúde, em curso no Brasil desde meados de 2003. Seu propósito é o de contribuir para a melhoria da qualidade da atenção e da gestão da saúde no Brasil, por meio do fortalecimento da Humanização como política transversal na rede e afirmando a indissociabilidade do modelo de atenção e de gestão (BRASIL, 2008a)

Nesse sentido, as principais prioridades nas quais a PNH tem investido são:

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc);
- Buscar contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com as idéias e as diretrizes da humanização e fortalecimento das iniciativas existentes;
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;

- Construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS, co-responsabilizando esses sujeitos nos processos de gestão e de atenção;
- Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
- Produzir conhecimento e desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de cuidado e de gestão em saúde;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente;
- Aprimorar e ofertar/divulgar estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis nos modelos de atenção e de gestão em saúde;
- Implementar processos de acompanhamento e avaliação na/da PNH, na perspectiva de produção de conhecimento, incluindo metodologias e informações para aprimoramento da gestão, ressaltando análises e saberes gerados no próprio processo de construção de redes. Aponta-se, com isso, para a valorização dos processos coletivos e experiências exitosas, a serem colocadas em situação de análise (fazendo e aprendendo a partir da análise de experiências).

A PNH se propõe a um processo de criação que a um só tempo envolve dimensões éticas, estéticas e política. “Ética porque implica mudança de atitudes dos usuários, dos gestores e trabalhadores de saúde, de forma a comprometê-los como co-responsáveis pela qualidade das ações e serviços gerados; estética por se tratar do processo de produção/criação da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política, porque diz respeito à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS” (BRASIL, 2006). Dessa forma, a PNH, entre outros, se impõe como força de resistência ao atual projeto hegemônico de sociedade que menospreza a capacidade inventiva e autônoma dos sujeitos.

A normatização rígida dos processos de organização dos serviços de saúde, que definem as modalidades de acesso; modos de cuidar centrados na doença, na queixa, nos especialismos; modos de trabalhar que destituem a capacidade de decidir e possibilidades de participar de trabalhadores e usuários, tudo isso deve ser enfrentado por uma política compromissada com a produção de vida, demarcando sua especificidade de se voltar para os processos e para os sujeitos que produzem saúde.

Nesta perspectiva, a PNH aposta no reposicionamento dos sujeitos, ou seja, no seu protagonismo, na potência do coletivo, na importância da construção de redes de cuidados compartilhados: uma aposta política. Destaca os “direitos das pessoas” usuários e trabalhadores de saúde, com a potencialização da capacidade de criação que constitui o humano, valorizando sua autonomia em uma configuração coletiva dos processos de atenção e gestão.

Nesta medida, são apostas fundamentais da política de humanização o direito à saúde, garantido pelo acesso com responsabilização e vínculo; continuidade do cuidado em rede; garantia dos direitos aos usuários; aumento de eficácia das intervenções e dispositivos; e o trabalho criativo e valorizado, através da construção de valorização e do cuidado aos trabalhadores da saúde.

Qualificação do sistema público de saúde, dos seus efeitos como política de saúde (inclusão, acolhimento e enfrentamento de necessidades de saúde), e como espaço de criação, valorização e realização profissional, são dois aspectos indissociáveis e que se influenciam mutuamente. Assim, ampliar a capacidade do sistema de saúde de produzir saúde e de se apresentar como espaço de realização profissional são tarefas inseparáveis, centrais nas agendas da PNH.

A PNH apresenta-se, então, como um dispositivo de potencialização da política pública de saúde, uma aposta radical em sua implementação e qualificação. Por definição, a PNH assenta-se em três princípios:

- **Transversalidade** - entendida como ampliação e aumento da capacidade de comunicação, de um lado, entre políticas, programas e projetos e, de outro lado, entre sujeitos e coletivos. Uma política que aposta na afecção e na ampliação da capacidade de troca e interação entre sujeitos;
- **Indissociabilidade entre práticas de gestão e práticas de atenção à saúde** - entre a política e a clínica, entendidas como elementos inseparáveis, dimensões sempre presentes nas práticas de saúde. Dessa maneira, não se toma o campo das chamadas ciências da saúde - que informam as práticas e conformam o campo das tecnicalidades - como separado daquele referente à gestão, à forma de condução das organizações e definidor dos processos de trabalho. Quando se atua em um destes campos, imediatamente, se mexe no outro; e
- **Protagonismo dos sujeitos e dos coletivos** - aposta na ação transformadora dos sujeitos no mundo, que o produzem criando a si próprios.

Desta concepção primeira abre-se um conjunto de definições referentes a diretrizes, métodos, dispositivos e instrumentos da PNH, os quais produzem um modo singular de intervenção sobre as práticas, os saberes, as organizações e processos de trabalho.

O método de intervenção da PNH é feito como um modo de fazer que não se fixa apenas nos caminhos para a obtenção de resultados, mas na construção de modos de “ir caminhando”: metas indicando formas de caminhar, que informam e definem pontos de chegada. Esta questão é central para a PNH, na medida em que se aposta em determinados modos de fazer como sua produção mais genuína, sua potência de realização: aquilo que faz pode ser desfeito, embora sempre reste o como se fez.

E qual seria, então, o método da PNH? A inclusão, aliás, uma tríplice inclusão. Um método inclusivo. Inclusão dos sujeitos em sua diferença; inclusão dos coletivos (dos movimentos sociais e do modo de afecção proposto pelos coletivos); e inclusão dos analisadores sociais, derivados dos efeitos da inclusão de sujeitos e coletivos nos processos de trabalho, elementos de tensionamento e de perturbação do instituído.

Analisadores são, então, os elementos de força motriz para transformação, por sua capacidade de perturbação, de impor à regra, aos modos de funcionamento dos grupos e organizações, interrogações sobre sua natureza e efeitos de sua ação.

Transversalização das práticas; inseparabilidade entre a gestão e a atenção; e inclusão de sujeitos, coletivos e analisadores são os elementos centrais que conformam o modo como a PNH compreende a ação transformadora da política pública de saúde. A partir disto, quais seriam as diretrizes da PNH? A política de humanização aponta para um conjunto de diretrizes, as quais orientam, guiam, ofertam direção à ação transformadora. São elas: Acolhimento; Clínica Ampliada; Co-gestão; Valorização do Trabalho e do Trabalhador; Defesa dos Direitos do Usuário, Ambiência e Construção da Memória do SUS que dá certo (BRASIL, 2008a; 2008b; 2008c; 2008d; 2008e; 2008f; 2008g; 2008h). A partir destas diretrizes são definidos dispositivos com os quais se opera na prática, em contextos políticos, sociais e institucionais.

Dispositivos são arranjos materiais (ex. uma reforma arquitetônica, um manual de instruções), e/ou imateriais (ex. conceitos, valores, atitudes) mediante o qual se faz funcionar, se catalisa ou se potencializa um processo. Na PNH, foram desenvolvidos vários dispositivos que são acionados nas práticas de produção de saúde, envolvendo

coletivos e visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão. Abaixo estão relacionados alguns dos principais dispositivos da PNH:

- Acolhimento com classificação de risco: recepção do usuário, desde sua chegada no serviço de saúde, com responsabilização integral por ele, priorizando-se a atenção de acordo com o grau de sofrimento e não pela ordem de chegada nos serviços de saúde;
- Colegiados gestores: construção de espaços coletivos em que é feita a análise dos contextos, problemas e situações e a tomada das decisões tanto no que se refere à condução da organização, quanto do cuidado. Sistemas colegiados de gestão, que incluem: Grupos de Trabalho de Humanização (GTH); Câmaras Técnicas de Humanização (CTH); Contratos de Gestão; sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde (gerência de “porta aberta”, ouvidorias, pesquisas de satisfação, etc);
- Programa de Formação em Saúde e Trabalho – Comunidade Ampliada de Pesquisa; Programas de Qualidade de Vida e Saúde para os Trabalhadores da Saúde;
- Equipes de Referência e de Apoio Matricial; Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva: trabalho clínico que visa o sujeito e a doença, a família e o contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade, a partir da co-responsabilização e de uma ação sempre singular;
- Projetos de ambiência: envolve os ambientes físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva, humanizada e para a melhoria das condições de trabalho e de atendimento;
- Direito de Acompanhante e Visita Aberta;
- Construção de processos coletivos de Monitoramento e avaliação das atividades de humanização.

Os dispositivos da PNH, é necessário reafirmar, derivam de princípios, método e diretrizes da Política de Humanização, constituindo-se em um todo coerente. Nesta medida, sua implantação e consolidação impõem crítica constante, devendo-se interrogar sobre os modos de operar e os efeitos dos instrumentos, que por si só não garantem ação transformadora. Riscos de institucionalização e de captura pela lógica instituída impõem a ativação de processos de vigilância pelos coletivos sobre a implementação dos dispositivos e exercício crítico do método da PNH e de seus princípios.

A discussão da PNH nos vários espaços do SUS tem revelado sua força, traduzida em diferentes dimensões: de reposicionamento dos sujeitos na perspectiva de seu protagonismo, da potência do coletivo, da importância da construção de redes de cuidados compartilhados, em contraste com o mundo contemporâneo caracterizado pelo individualismo e pela competição geradora de disputas.

A PNH faz uma aposta política, buscando que seus princípios e diretrizes sejam efetivados. Trata-se de dar destaque, fazer referência explícita, aos direitos dos usuários e trabalhadores de saúde, com a potencialização da capacidade de criação que constitui o humano, valorizando sua autonomia numa configuração coletiva dos processos de atenção e gestão. Esta radicalidade afirma-se, mais ainda, na proposição da PNH ganhar a dimensão de política pública porque é transversal às demais ações e programas de saúde e porque atenta ao que, como movimento social, dialoga e tenciona com suas proposições (BENEVIDES; PASSOS, 2005a, 2005b).

Completamos em 2008 cinco anos de construção da Política Nacional de Humanização do SUS, o HumanizaSUS. Nascida dentro da máquina do Estado, nascida como uma política de governo, a PNH, no entanto, sempre se quis como uma política pública, uma política do coletivo. Fomentar o coletivo da PNH foi a direção que tomamos nestes cinco anos, buscando capilarizar os princípios, diretrizes e dispositivos da política. Éramos poucos e hoje somos muitos, mas ainda insuficientes frente ao tamanho dos desafios do SUS. Construir o HumanizaSUS como uma política pública é encarnar um modo de fazer, uma atitude de co-responsabilidade, de protagonismo e de autonomia na realidade concreta dos trabalhadores e usuários de saúde.

Cinco anos ainda é pouco, embora não queiramos envelhecer. O SUS exige o esforço de renovar, de nos renovar. Melhor do que envelhecer é o HumanizaSUS poder se dissolver enquanto política de Estado e de governo para se tornar um modo de fazer corporificado nos trabalhadores e usuários.

#### 4 CONCLUSÃO

A implementação do Sistema Único de Saúde, o processo de sua afirmação, é luta, é disputa. Sua condição de política pública que afirma direitos desde uma concepção solidária, inclusiva e universal impõe a superação de desafios e contradições decorrentes dos distintos interesses que o atravessam, o que implica no fortalecimento de processos de gestão participativa.

Constituir processos de gestão democrática, todavia, não implica, de um lado, no arrefecimento dos princípios que norteiam a política pública sob o argumento de que, embora o SUS seja uma realidade concreta, muitos são os setores que o querem como uma política focal e residual, e que deveriam, então encontrar espaços para o exercício de seus interesses. Há uma produção genuinamente democrática que é o SUS como efeito de um processo político-social registrado na Carta Constitucional Brasileira, o qual não está em jogo, ou seja, sua base discursiva e doutrinária não está em discussão: a produção de políticas de saúde decorre deste plano, destas regras.

De outro lado, em contraposição a certa argumentação “legalista”, não é possível reconhecer nenhuma posição ou reivindicação como ilegítima, sob o risco de se atacar a base da ação pública moderna que é a participação cidadã, o que implica na inapelável argumentação de que são os processos de concertação, de diálogo e capacidade de contratação de compromissos os elementos capazes de fazer a política pública avançar.

Todavia, os conflitos e contradições que perpassam o sistema público de saúde, na perspectiva irremovível de sua qualificação, devem ser resolvidos em espaços públicos constituídos por ele próprio, mas não desprezando outros como aqueles emergentes pela ação de movimentos sociais. O SUS, para sua qualificação, necessita implementar com força uma agenda política que deve conter, *pari passu*, elementos macro-políticos – que definem as “regras do jogo” e responsabilidades sanitárias entre gestores e serviços, com ação micropolítica, de qualificação dos serviços e das práticas de saúde. A PNH é uma oferta para a qualificação do SUS nesta dupla dimensão.

#### THE IMPORTANCE OF HUMANIZATION AND THE UNIFIED HEALTH SYSTEM

#### ABSTRACTS

This article aims at to present the National Politics of Humanização of the Health department that complete five years since its initial formularization. The appositive ethical-politics of the

PNH is argued from the challenges placed in the field of the collective health for the Only System of Health. The definition of the principles, method, lines of direction and devices of the PNH is the occasion to argue the health as right and as process of collective production.

**Key words:** Humanization of services; Care in health; Public politics of health; Collective health.

## REFERÊNCIA

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Ro de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005a.

\_\_\_\_\_. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 9, n.17, p. 389-394, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cartilha da PNH**: acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cartilha da PNH: clínica ampliada**. Brasília, 2008c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cartilha da PNH**: gestão participativa e co-gestão. Brasília, 2008d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cartilha da PNH**: grupo de trabalho de humanização. Brasília, 2008e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cartilha da PNH**: visita aberta e direito à acompanhante. Brasília, 2008f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cartilha da PNH: Trabalho e redes de saúde**: valorização dos trabalhadores de saúde. Brasília, 2008g.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cartilha da PNH: Ambiência**, 2008h

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde. **Projeto do curso de formação de apoiadores para a PNH**. Brasília, 2006.

CANESQUI, A. M. Ciências sociais, a saúde e a saúde coletiva. In: \_\_\_\_\_. **Dilemas e desafios das ciências sociais da saúde coletiva**. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1995.

CARVALHO, A. I. Da saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, 1996.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.

PASCHE, D. F. A saúde coletiva: novo campo de reflexão crítica da saúde. In: PASCHE, D.;



CRUZ, I. **A saúde coletiva: diálogos contemporâneos.** Ijuí: Ed. Unijuí, 2005. (Coleção Saúde Coletiva).