

POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE/RS: TRAJETÓRIA E CONSOLIDAÇÃO

Queremos um SUS humanizado. Entendemos que essa tarefa convoca-nos a todos: gestores, trabalhadores e usuários. (BRASIL, 2004, p. 1)

HEALTH CARE HUMANIZATION POLICY/RS: PATH AND CONSOLIDATION

Décio Ignácio Angnes

Especialista em Administração Hospitalar.

Docente da Escola de Saúde Pública (SES/RS).

Coordenador da Política de Humanização da Assistência a Saúde (PHAS) da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS).

Coordenador Administrativo da Rede de Observatório do Rio Grande do Sul (RS).

Maria Isabel Barros Bellini

Doutora em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PUCRS).

Docente da Faculdade de Serviço Social da (FSS/PUCRS).

Coordenadora do Departamento de Supervisão e Prática da (FSS/PUCRS).

Membro do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde e Trabalho (FSS/PUCRS).

Coordenadora de Ensino e Pesquisa da Escola de Saúde Pública (SES/RS).

Membro do Comitê Estadual de Humanização (RS).

RESUMO

O presente artigo apresenta a trajetória da Política de Humanização da Assistência a Saúde (PHAS) no Rio Grande do Sul. Implantada em 2003, desde então vem, passo a passo, consolidando suas raízes nesse estado que já passou por reformas na saúde, mas talvez nenhuma tenha encontrado tanta receptividade entre os gestores e trabalhadores da saúde e pelos usuários. O objetivo deste artigo é registrar como tem sido construída essa caminhada e como têm sido abordados seus enfrentamentos.

PALAVRAS-CHAVE

Humanização da assistência. Política de saúde. Assistência hospitalar.

ABSTRACT

This article presents the path of PHAS (health care humanization policy) in Rio Grande do Sul. Introduced in 2003, since then it has been consolidating its roots step by step in this State, which has already gone through some restructuring periods in its health system. However, probably none of them has found much receptivity among health managers and workers, or among users. This article aims to register how this path has been constructed, with its confrontations.

KEY WORDS

Health care humanization. Health policy. Hospital care.

INTRODUÇÃO

Considerado maior país da América do Sul em extensão e população, o Brasil apresenta na sua história um quadro de grandes contradições. Com um passado histórico trágico, vivido à sombra de uma cultura escravista “que comercializou carne humana”, foi colonizado por países europeus que trouxeram na bagagem tradições, valores, doenças, morte, vida e espelhos que seduziram os reais proprietários dessa terra. Embora tenha evoluído e seja um país considerado jovem, não conseguiu, apesar dos vários progressos, libertar-se de seus fantasmas. Contendo uma das maiores áreas de natureza, com riqueza natural invejável, apresenta um crescimento desenfreado da criminalidade, da violência, do desemprego, do empobrecimento generalizado e, atualmente, convive com a realidade brutal da corrupção em segmentos diversos, persistindo uma imagem que remete a um passado não muito distante.

Em muitas regiões, o passado colonial manteve-se como se estivesse vivo, especialmente no que se refere às relações de trabalho. Os índices de mortalidade infantil, insalubridade e analfabetismo

permanecem absurdos. (NOGUEIRA, 2004, p. 18)

O impacto do processo de pauperização provoca no cidadão brasileiro o sentimento de desesperança, reforçado pelo desfile de governantes que, um após o outro, nada mudam e, pior, reiteram a impossibilidade, o descaso e o uso inadequado da máquina pública. Esse processo de dismantelamento da esperança torna cada vez mais difícil acreditar em mudanças. Momento fértil para a colonização de soluções que não resolvem e que, ao contrário, podem estar gerando formas mais sofisticadas de violência. Essas “soluções” nada mais são do que simplificações ideológicas que clamam pela construção de mais cadeias, mais instituições de contenção, instituição da pena de morte, redução da idade de responsabilidade criminal, soluções que brotam da avassaladora constatação das experiências e evidências negativas.

No caminho contrário a tudo isso, apresentamos uma experiência que, nesse contexto de tensão, forja uma nova possibilidade de trabalhar a saúde em uma perspectiva humana ou mais humana: trata-se da Política de Humanização da Assistência à Saúde. A história da política de saúde ou do

trato da saúde no Brasil merece algumas linhas para que situemos o leitor da importância do surgimento dessa política. O conceito de saúde coletiva surgiu no Brasil na década de 1970 e passou a invocar como matéria-prima as relações da vida cotidiana entre os homens, os afetos, os medos, a incertezas, a sexualidade... Isso significa reconhecer o homem, potencialmente um ser social, em relação com os outros e com o meio, numa relação dialética, transformando e sendo transformado.

No passado, as práticas de saúde eram organizadas de modo indiscriminado, tendo no “sanitarismo campanhista” um exemplo disso. Nascido da reforma de Carlos Chagas, entre as décadas de 1920 e 1930, essa ação propunha o combate às doenças de massa. As decisões e toda a organização das ações eram concentradas, sendo que a população era “vítima” das ações de saúde, as quais eram realizadas de maneira repressiva e controladora, sem considerar as singularidades dos indivíduos e as peculiaridades das regiões atendidas.

O modelo de saúde evoluiu para um modelo de atenção individual, assistencialista, especializada. Ocorre a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o estímulo à medicina de grupo configurada em forma de convênios. O Estado passa a financiar as ações em saúde através da Previdência Social, caracterizando o modelo privatista, em que o setor privado nacional confirma-se como maior prestador de serviços de assistência médica e permite-se a entrada do setor privado internacional como o maior produtor de

insumos, como equipamentos e medicamentos.

A sangria financeira do sistema de saúde começa a ser questionada, e o Movimento de Reforma Sanitária gesta a ruptura com esse modelo privatista e com o modelo de política saúde centrado na doença, no sintoma, adotando o coletivo como categoria principal, assim como o corpo social em lugar do biológico. O conhecimento científico é privilegiado; as técnicas de investigação passam a ter lugar especial; as ações assumem uma dimensão preventiva e de promoção da saúde; medidas como o desenvolvimento de ações governamentais, a intervenção no processo saúde/doença e a identificação de grupos de risco ou de grupos que são candidatos potenciais ao desenvolvimento de algum dano passam a ser adotadas.

É importante destacar que, durante e após a década de 1960, houve um movimento extremamente fértil não apenas na política de saúde, o qual colocava em questão o papel do Estado, suas atribuições e competências. No Brasil, movimentos sociais passam a ser organizados com vistas a uma política de saúde que contemple as necessidades dos sujeitos, e importantes transformações são definidas, como, por exemplo, a reforma psiquiátrica. A necessidade da humanização na saúde vem-se desenhando no rastro dessas transformações, como afirmam Benevides e Passos (2005b, p. 564):

Ainda que timidamente, esse tema se anuncia desde a XI Conferência Nacional de Saúde (CNS, 2000), que tinha como

título "Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social", procurando interferir nas agendas das políticas públicas de saúde. De 2000 a 2002, o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) iniciou ações em hospitais com o intuito de criar comitês de humanização voltados para a melhoria na qualidade da atenção ao usuário e, mais tarde, ao trabalhador. Tais iniciativas encontravam um cenário ambíguo em que a humanização era reivindicada pelos usuários e alguns trabalhadores e, no mínimo, secundarizada (quando não banalizada) pela maioria dos gestores e dos profissionais. Os discursos apontavam para a urgência de se encontrar outras respostas à crise da saúde, identificada por muitos como falência do modelo SUS.

Na busca de respostas, o Ministério da Saúde implantou, no ano de 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que serviu de base para a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH). Por ser uma política de âmbito nacional, passa, então, a ser executada nos diferentes estados do país, acolhendo o clamor tanto de usuários quanto de profissionais, assim como daqueles que reivindicavam atenção às suas demandas de saúde, resolutividade e melhores condições de trabalho para e pelos profissionais.

Embora não houvesse unanimidade e vozes contrárias também soassem, questionando a efetividade das mudanças, a consolidação dessa política, em 2003, foi extremamente significativa, pois o Ministério da Saúde definiu a priorização do tema humanização, determinando a sua relevância na política de saúde. Isso impunha “a urgência de revisitar conceitos e práticas nomeadas como humanizadas” (BENEVIDES; PASSOS, 2005b, p. 562).

Também em 2003, no Rio Grande do Sul, foi implantada pela Secretaria Estadual da Saúde, através da Escola de Saúde Pública¹, a Política de Humanização do Atendimento à Saúde (PHAS), que sucedeu um programa de humanização da assistência hospitalar, passando a ter *status* de política para todo o sistema de saúde e impondo as seguintes questões:

- traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde;
- construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos;
- oferecer um eixo articulador das práticas em saúde destacando o aspecto subjetivo nelas presente;
- contagiar por atitudes e ações humanizadas a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários. (BRASIL, 2004, p. 12)

¹ Criada em 1962 pelo Decreto nº 13.812, de 11/07/1962. Desde a sua origem, é um órgão formador de recursos humanos em saúde.

O Ministério da Saúde, através do Documento Base, registra as condições para operacionalização da humanização do SUS:

- *construção de diferentes espaços de encontro entre sujeitos;*
- *troca e construção de saberes;*
- *trabalho em rede com equipes multiprofissionais, com atuação transdisciplinar;*
- *identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde;*
- *pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual, municipal), entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde (instâncias da gestão e da atenção), assim como entre gestores, trabalhadores e usuários dessa rede;*
- *resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde;*
- *construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS. (BRASIL, 2004, p. 14)*

A Escola de Saúde Pública é um segmento da Secretaria Estadual de Saúde responsável pela formação e pela qualificação dos recursos humanos da rede de saúde do RS, assim como pela implantação da PHAS. Legítima, assim, seu papel de órgão forma-

dor de práticas profissionais competentes e eficazes, pois a PHAS preocupa-se com a qualidade da prestação de serviço de saúde e, principalmente, com práticas profissionais que:

[...] norteadas pela dimensão ético-política devem enfatizar o conhecimento técnico-científico, as vivências cotidianas que incidem nas especificidades sociais e culturais de cada espaço, nas experiências dos sujeitos, suas crenças, seus estilos de vida e sua subjetividade. (BRASIL, 2004, p. 4)

A importância das ações dessa política pauta-se nas práticas profissionais de diferentes instâncias, ampliando seus inventários de conhecimentos e responsabilidades, valorizando a prática profissional, reconhecendo limitações, estabelecendo prioridades, criando novas relações entre o trabalhador-cuidador² e o sujeito-usuário³. Sua intervenção pretende ampliar a autonomia de ambos na responsabilidade e no cuidado com a ação profissional e com a saúde. A humanização tem a seguinte dimensão:

- *valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde;*
- *usuários, trabalhadores e gestores;*
- *fomento da autonomia e do protagonis-*

² Trabalhador-cuidador: utilizamos essa terminologia para nos referirmos aos trabalhadores da área da saúde. Entendemos que eles, ainda que em uma relação funcional, têm como tarefa cotidiana profissional o cuidado do outro.

³ Sujeito-usuário: utilizamos essa terminologia para nos referirmos ao usuário dos serviços de saúde. A expressão paciente traduz uma posição de passividade e submissão.

- mo desses sujeitos;*
- *aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;*
 - *estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;*
 - *identificação das dimensões de necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde;*
 - *mudança nos modelos de atenção e gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho;*
 - *compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento. (BRASIL, 2004, p. 13)*

A implantação e a implementação dessa política no RS obedeceram às diretrizes nacionais, porém respeitando as singularidades de sua terra e de sua gente. Acompanhando esse processo, foi constituído o Comitê Estadual da PHAS, que é formado pela Escola de Saúde Pública (ESP), pelo Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial (DAHA), pelo Conselho Estadual de Saúde (CES), pela Delegacia Regional de Saúde (DRS), pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Associação dos Secretários e Dirigentes de Saúde (ASSEDISA), sob a coordenação da ESP.

A Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul divide o estado em 19 coordenadorias de saúde, espalhadas em 7 regiões ou macrorregiões. Cada coordena-

doria tem um coordenador de saúde, o qual, juntamente com sua equipe, responsabiliza-se pelos serviços de saúde daquela região. Os coordenadores e suas equipes foram envolvidos na implantação que primeiramente mobilizou os hospitais.

Estruturaram-se também os 19 Comitês Estaduais de Humanização, buscando, com isso, descentralizar-se da Secretaria Estadual de Saúde e garantir as representações locais e regionais. Os comitês são formados por representantes da Secretaria Estadual de Saúde, da ASSEDISA, do hospital referencial e da coordenadoria de saúde.

Essa organização, cujo foco foi direcionado aos hospitais do RS, iniciou em 2003/2004, tendo sido constituídos 226 Grupos de Trabalho da Humanização (GTHs) em um total de 293. Esses GTHs são compostos por um representante da direção do hospital, um representante da chefia, um representante dos profissionais técnicos científicos, um representante do pessoal apoio e um representante da área médica.

Após a nucleação dos GTHs, a partir da inclusão dos hospitais, em 2005 a PHAS é implantada em toda a rede básica de saúde, constituindo os Comitês Municipais da PHAS. Esses comitês são compostos por um representante do gestor de saúde, um representante do hospital da cidade, um representante da rede básica (postos de saúde, unidades básicas) e um representante do conselho municipal de saúde, garantindo, assim, a representação do controle social. Até a presente data, foram constituídos 259 Comitês Municipais de

Humanização com essa formatação.

O movimento de mobilização dessa rede de saúde utilizou-se de várias metodologias, com o objetivo de sensibilizar os trabalhadores, como seminários, capacitações, apresentação de projetos bem-sucedidos, divulgação das experiências através de eventos, revista, etc. Podemos afirmar que a trajetória da implantação dessa política no RS já tem colhido resultados, alguns dos quais foram publicados no Boletim da Saúde/Humanização (v. 18, n. 2, 2004), especialmente dedicado às práticas dos profissionais vinculados à PHAS. A sua participação tem crescido de modo significativo: os dados apontam que 399 profissionais participaram em 2003, enquanto 2.335 participaram em 2004 e esse número passou para 2.653 em 2005.

Em 2005, foi criado o *site* da PHAS para garantir a articulação em rede, promover a troca de experiências, facilitar contatos, divulgar eventos e, finalmente, mostrar o SUS “que dá certo”. Para estimular e divulgar as experiências bem-sucedidas, é fornecida uma certificação aos hospitais que se destacam. O critério de avaliação é a pesquisa junto aos usuários pela satisfação do Programa Resolve.

Um dos grandes méritos da PHAS/SES é que, em todo o seu processo de existência (30 meses), os passos são construídos com a participação dos trabalhadores, o planejamento ou a agenda do ano é construída coletivamente (participação dos diferentes representantes) com os Comitês Regionais de Humanização (CRE) e o Comitê Estadual de Humanização (CEH).

Essas construções são consolidadas em um evento que acontece todos os anos, o Seminário Estadual de Humanização, encontro promovido entre os Comitês Regionais de Humanização (CRE), o Comitê Estadual de Humanização (CEH), os Grupos de Trabalho da Humanização (GTHs) e os Comitês Municipais de Humanização (CMS). Em 2004, o Seminário Estadual teve a participação de 399 trabalhadores e, em 2005, participaram 690. É importante destacar que o espaço reservado para o evento em 2005 comportava 500 pessoas, tendo que limitar a participação de interessados.

A publicação da Revista Boletim de Saúde, em edição exclusiva para a PHAS, intitulada *Humanização*, evidencia vários trabalhos que reiteram a preocupação de que o processo de construção da humanização não venha a compactuar:

[...] a tolerância frente aos abusos praticados na prestação de serviços de saúde ou a falta de condições adequadas para o desenvolvimento das atividades dos profissionais em nome de uma pretensa “humanização”, mas sim que essa política reitere que a humanização pressupõe que não podemos perder o poder da indignação frente a essas situações. (ANGNES, 2004, p. 13)

Por mais que possa ser pensada por alguns como uma política utópica, porque alicerçada contra a lógica do consumismo, do utilitarismo, do ter sobre o ser, a PHAS:

Evidencia o compromisso ético do traba-

lhador-cuidador com os sujeitos que dependem de sua ação profissional, na mesma medida em que também focaliza o olhar para o trabalhador-cuidador da saúde como sujeito envolvido e impactado por suas ações, pela realidade dos serviços de saúde, do qual também é usuário, e de suas condições de trabalho. (BELLINI; SILVA, 2004, p. 67)

Baseada em uma lógica na qual o usuário do serviço é percebido como sujeito-usuário, destacando-se o seu protagonismo, o direito e o dever da busca da garantia da humanização no serviço. A potencialização da dimensão cuidadora na prática dos profissionais e a participação ativa do sujeito-usuário são proposições da PHAS, assim como cotidianamente o:

(...) desenvolvimento atitudinal direcionado ao acolhimento e à criação e manutenção de vínculo entre os sujeitos dessa ação – trabalhador-cuidador e sujeito-usuário; uma “pré-ocupação” do trabalhador-cuidador com os resultados e impactos de suas práticas e, fundamentalmente, o conhecimento e reconhecimento por parte do trabalhador-cuidador dos aspectos sócio-econômico-culturais da vida do sujeito-usuário. (BELLINI; SILVA, 2004, p. 67)

Isso possibilita ultrapassar a lógica presente desde a formação dos profissionais, problematizada por Minayo (2004, p. 20), como uma formação marcada pela hegemonia do positivismo e das teorias

mecanicistas, teorias essas que tratam o doente como um corpo biológico e não social. Destacamos que, apesar de a PHAS ter sido criada em um país com uma cíclica história de políticas clientelistas, fragmentadas, oportunistas e assistencialistas, vem tentando romper com esse ciclo de descaso, alterando ou instaurando alterações nas realidades permeadas de descuido, pois, como afirma Boff (1999, p. 19), “Há um descuido e um descaso pela coisa pública”.

Sabe-se que os governos, um após o outro, propõem políticas pobres para os pobres, perpetuando disputas de poder nas quais o outro não é mais do que um instrumento para alcançar um posto de mando que trará benefícios apenas para os próprios interesses e para os aliados, com retorno algum para a sociedade como um todo. A política de saúde tem sido uma “moeda de troca”, por meio da qual se “conquistam” votos com falsas promessas de acesso à medicação, à hospitalização, etc.

Hoje, após 34 meses de implantação da PHAS/SES/RS, apresentamos o seguinte quadro do processo que vem sendo capitaneado pela Escola de Saúde Pública no Rio Grande do Sul:

INSTÂNCIAS	QUANT.
Comitê Estadual da PHAS	01
Comitês Regionais da PHAS	19
Comitês Municipais da PHAS	259

Quadro 1. Instâncias de Desenvolvimento da PHAS já construídas

INSTÂNCIA	QUANT.
Rede Hospitalar	226

Quadro 2. Grupos de Trabalho da PHAS já constituídos

Capacitação da Rede Hospitalar	2.335
Capacitações da Rede Básica	1.954
Participantes em Seminários (2004/2005)	1.098

Quadro 3. Número de participantes em oficinas e seminários realizados no processo de implantação e implementação da PHAS

A agenda 2006 de implementação da PHAS contou, em abril, com o Primeiro Seminário da Região Sul, do qual participaram Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, e a realização de oficinas regionais e macrorregionais, tal como em 2005. Houve ainda a realização de seminários nos municípios gaúchos de Santo Ângelo, Santa Cruz, Três Coroas e Pelotas. Em 7 e 8 de novembro, realizou-se o II Seminário Estadual da PHAS/RS e o III Encontro Estadual da PHAS, na PUCRS, em Porto Alegre, com a participação de gestores, profissionais e usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A humanização na política de saúde pressupõe o compromisso ético dos gestores e trabalhadores da saúde para com os usuários. Considera na mesma medida o trabalhador da saúde, que também é usuário, suas condições de trabalho e a realidade dos serviços de saúde. Conforme Santos-Filho (2006, p. 3), consultor do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Humanização:

[...] parte de conceitos e dispositivos que visam à organização dos processos de

trabalho em saúde, propondo centralmente transformações nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços; e transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população. Pelo lado da gestão, busca-se a implementação de instâncias colegiadas e horizontalização das “linhas de mando”, valorizando a participação dos atores, o trabalho em equipe, a chamada “comunicação lateral”, e democratizando os processos decisórios, com coresponsabilização de gestores, trabalhadores e usuários.

Durante o processo de implementação da PHAS/SES, os investimentos têm visado à humanização das práticas e relações de todos os atores envolvidos. Nessas relações, os sujeitos se constroem e são construídos, participando como protagonistas em momentos decisivos de suas vidas.

No contexto brasileiro de saúde no qual estamos inseridos, a PHAS/SES tem-se constituído em um movimento fundamental nesse momento em que cada vez mais é urgente o estabelecimento de outras formas de relação entre os seres humanos e destes com o seu entorno. Para além de denunciarmos e anunciarmos tragédias, devemos pensar em como enfrentá-las.

Sendo assim, a PHAS/SES atua para que os serviços de saúde sejam espaços de excelência no estabelecimento de relações de cuidado, respeito e competência, sendo esta uma responsabilidade de todos. Como preconiza a Cartilha da PHAS, a co-

responsabilidade é de “[...] todos os agentes que integram o Sistema Único de Saúde, com o intuito de construir cada vez mais um serviço público humanizado” (RIO GRANDE DO SUL, 2003, p. 6).

REFERÊNCIAS

ANGNES, D.I. HumanizaSaúde: diferencial do atendimento na saúde. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 9-15, jul./dez. 2004.

BELLINI, M.I.B.; SILVA, S.M. **Entrelaçamentos constituintes da rede em saúde**: serviço social, pesquisa e formação profissional no mundo contemporâneo. Porto Alegre: PUCRS, 2004. Artigo apresentado no Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, mar./ago. 2005a.

_____. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005b.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano: compaixão pela terra. 9.ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF, 2004.

MINAYO, M.C.S. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 11, p. 15-29, 2004.

NOGUEIRA, M.A. **Um estado para a sociedade civil**. São Paulo: Cortez, 2004.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **HumanizaSaúde**: Política de Humanização da Assistência à Saúde (PHAS). Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2003. 21 p.

SANTOS-FILHO, S.B. **Perspectiva de avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde**: aspectos conceituais e metodológicos. Material apresentado no I Seminário de Humanização da Região Sul, Florianópolis, abr. 2006.