

---

**A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO COMO NOVO PARADIGMA DE GESTÃO NOS PROCESSOS DE SAÚDE****THE HUMANIZATION NATIONAL POLICY AS A NEW PARADIGM IN HEALTH MANAGEMENT PROCESSES**

Robson STIGAR<sup>1</sup>  
Roseli Deolinda HAUER<sup>2</sup>  
Sergio Herrero MORAES<sup>3</sup>  
Mariana da Rocha PIEMONTE<sup>4</sup>  
Silvia Jaqueline Pereira de SOUZA<sup>5</sup>  
Vanessa Roberta RUTHES<sup>6</sup>

---

**RESUMO**

O presente artigo tem por objetivo apresentar a Política Nacional de Humanização como uma nova alternativa de gestão nos processos de saúde tanto para o profissional como para o paciente, uma vez que a mesma política procura resgatar o tratamento respeitoso e humanizado que deve ser ofertado a pessoa humana, propiciando qualidade de vida tanto para aos pacientes como para os profissionais que atuam nesta área, resgatando assim a sua dignidade. Pretende ainda apresentar como se dá o processo de humanização sistemático e orgânico na gestão dos processos de saúde em consonância com a Política Nacional de Humanização em vigor estabelecido pelo Ministério da Saúde.

---

**PALAVRAS CHAVE:** Gestão, Humanização, Processos, Saúde.

---

**ABSTRACT**

This article aims to present how the National Humanization Policy as a new alternative management in health processes for both the professional and the patient , since the same policy seeks to rescue the respectful and humane treatment that should be provided to human person , providing quality of life for patients and professionals working in this area , thus salvaging their dignity . It also aims to present as the process of systematic and organic humanization in management of healthcare processes in line with the National Policy of Humanization into force established by the Ministry of Health.

---

**KEY WORDS:** Management, Humanization, Process, Health.

---

<sup>1</sup> Doutorando em Ciências da Religião – PUCSP – robsonstigar@hotmail.com

<sup>2</sup> Mestra em Psicologia (Infância e Adolescência) – UFPR - psicologia@herrero.edu.br

<sup>3</sup> Doutor em Odontologia (Endodontia) – UNESP – herrero@herrero.com.br

<sup>4</sup> Doutora em Ciências (Bioquímica) – UFPR - marianapiemonte@gmail.com

<sup>5</sup> Mestra em Enfermagem – UFPR - enfermagem@herrero.com.br

<sup>6</sup> Doutoranda em Teologia – PUCPR – PUCPR – vanessa\_ruthes@yahoo.com.br

## 1. INTRODUÇÃO

O termo humanização é sem dúvida um dos mais difundidos atualmente em vários segmentos da sociedade: no ambiente educacional, no mundo corporativo, no universo filosófico e religioso, bem como na área da saúde, no entanto, este conceito necessita ser aprofundado em sua estrutura epistemológica, bem como na própria ação prática.

O processo de humanização em saúde é mais do que uma resposta a todo o clamor do pensamento humanístico pelo resgate da dignidade humana é, bem na verdade no Sistema de Saúde Brasileiro, uma necessidade. Isto tendo em vista que, desde sua constituição, o chamado Sistema Único de Saúde (SUS) vem encontrando uma série de dificuldades em várias áreas.

Não temos aqui a intenção de esgotar o assunto da respectiva demanda da Política Nacional de Humanização, mas sim apresentar um ensaio com algumas pistas de ação, definições curtas e breves, algumas diretrizes, dispositivos e parâmetros no que tange o processo de Gestão e de Humanização na área da Saúde.

Buscaremos num primeiro momento apresentar uma breve definição de Humanização, na sequência apresentar algumas diretrizes, dispositivos e parâmetros que achamos oportunos para o amadurecimento da Humanização na área da Saúde e na sua gestão respectivamente.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 1. Algumas definições

O termo humanização é sem dúvida um dos mais difundidos atualmente, estando presente em vários segmentos da sociedade: no ambiente educacional, no mundo corporativo, no universo filosófico e religioso, como também e principalmente na área da saúde.

Tal utilização denota sua importância em nosso tempo histórico, em que vários movimentos humanistas têm se dedicado a resgatar a dignidade de nascer, viver e morrer, sendo que na área da saúde estes se intensificaram a partir da década de 90 do Século XX.

Contudo, quando há a necessidade de definir o conceito de humanização, nos deparamos com uma dificuldade semântica, pois sua demasiada utilização pelas diferentes formas de linguagem citadas, acaba por gerar um processo de deterioração do significado do conceito (VAZ,1999).

A humanização surgiu como uma resposta a todo o “stress” da saúde, a tensão, a insatisfação e o sofrimento tanto dos profissionais quanto dos pacientes, diante de fatos sociais e fenômenos que configuram o que chamamos de violência institucional na Saúde e da Saúde.

Somando-se a esta dificuldade, encontramos outras que são inerentes ao próprio conceito e que são de caráter teórico e que acabam por não produzir uma objetividade e assertividade conceitual dificultando um consenso, bem como uma definição epistemológica.

O núcleo do conceito de humanização funda-se no valor intrínseco e incomparável da vida humana e de sua inviolabilidade, ou seja, no conceito de dignidade e respeito total a esta. Para tanto, acredita-se que duas são as condições necessárias para a operacionalização de um processo de humanização, objetivando uma nova relação entre os profissionais de saúde e os usuários/clientes e uma nova gestão dos serviços de saúde.

Há outras interpretações sobre o conceito de Humanização, tais como: Princípio de conduta de base humanista e ética; Movimento contra a violência institucional na área da Saúde; Política pública para a atenção e gestão no SUS; Metodologia auxiliar para a gestão participativa; Tecnologia do cuidado na assistência à saúde.

Porem a mais aceita e Clássica é de que a Humanização se fundamenta no respeito e valorização da pessoa humana, da qual constitui um processo que visa à transformação da cultura institucional, por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à Saúde e de gestão dos serviços.

O aspecto da gestão, por sua vez, vem contribuir na organização dos processos de atendimento, na garantia de que estes sejam feitos a partir de padrões de qualidade assistencial e na promoção de uma gestão participativa, garantindo que os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde possam exercer o protagonismo referente à suas funções.

A partir desta perspectiva, podemos então definir humanização como a globalidade de processos que tem como finalidade tornar digna a assistência à saúde. Esta fundamentada em uma nova relação entre os profissionais de saúde e entre estes e os clientes/usuários, bem como em uma nova forma de gestão dos processos de saúde.

## **2. Algumas Diretrizes**

Entendemos a necessidade de estabelecer algumas diretrizes, que possam orientar e indicar as diferentes áreas de atuação que a Política Nacional de Humanização pretende abranger. Em especial, tendo em vista o Política Nacional de Humanização: Clínica Ampliada, Co-gestão, Acolhimento, Valorização do trabalho e do trabalhador, Defesa dos Direitos do Usuário, Fomento das grupalidades, coletivos e redes, Construção da memória do SUS que dá certo.

Tendo em vista a polissemia de algumas destas diretrizes, optamos por expressar a definição que damos a quatro delas que entendemos como mais relevantes para o processo de gestão na área de saúde face a humanização:

O acolhimento é uma atitude que em sua essência gera a inclusão do outro. Pode ser entendida em três dimensões: ética (no que se refere ao seu compromisso com o outro), estética (pois contribui para a construção de nossa própria subjetividade) e política (quando implica o compromisso coletivo de estar com).

A Clínica Ampliada é um tipo de metodologia de abordagem clínica multiprofissional que visa uma análise das várias faces do processo saúde-doença. Engloba em si três eixos: a compreensão ampliada deste processo, a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas e a transformação dos processos ou instrumentos de trabalho.

Na Co-Gestão entendemos o processo de coordenação, articulação e interação de recursos e trabalho humano que incluem os diferentes sujeitos que os compõem, para a obtenção de objetivos específicos.

Na Valorização do trabalho e do trabalhador entendemos por Valorização o conjunto de processos de ações que proporcionem ao profissional de saúde a promoção de sua dignidade pessoal e social e a sua realização profissional, cuidando das ações voltadas ao desenvolvimento e promoção da qualidade de vida, como também de relações saudáveis no ambiente de trabalho.

## **3. Alguns Dispositivos**

Entendemos que são necessários estabelecer alguns dispositivos, que nada mais são que um conjunto de ações planejadas e coordenadas que visam à atualização das diretrizes desta Política Nacional de Humanização. Com vistas a facilitar a compreensão eles estarão distribuídos conforme a diretriz a que pertencem:

No acolhimento geramos aprimoramento do processo de Acolhimento do novo colaborador na Área da Saúde; Aprimoramento dos processos de atendimento inicial aos usuários/clientes; Qualificação dos profissionais dos Internamentos e das recepções das

Unidades Hospitalares e Ambulatórios para atendimento dos usuários/clientes; Qualificação dos profissionais de saúde das Emergências para o acolhimento com classificação de risco; Treinamento das equipes multiprofissionais de referência em diferentes linguagens para a acolhida de usuários/clientes com necessidades especiais e deficiências.

Na Clínica Ampliada temos o acompanhamento multiprofissional a todos os usuários/clientes de alta complexidade; Ampliação dos espaços de aproximação familiar com o processo terapêutico individual; Atendimento de equipes multiprofissionais de referência, segundo protocolos específicos, a todos os pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva; Treinamento em bioética clínica para as equipes multiprofissionais de referência; Criação de equipes multiprofissionais de referência nas Unidades da Área da Saúde; Criação de Fóruns permanentes de discussão sobre a questão da Clínica Ampliada; Estruturação de Comitês de Bioética Hospitalares; Estruturação de Programa Familiar Participante; Interação com a Rede Básica de Saúde do Município para continuidade do tratamento, pós-alta hospitalar; Treinamento para todos os profissionais de saúde sobre a clínica ampliada.

Na Co-Gestão temos a criação de espaços e diálogos entre os diversos níveis hierárquicos com a Direção das Unidades da Área da Saúde, por meio de encontros presenciais e virtuais; Criação de Fóruns permanentes em gestão participativa, compostos por colaboradores e membros da sociedade civil (usuários/clientes e voluntários); Formação continuada de gestores para a articulação dos processos em gestão participativa; Estruturação e desenvolvimento de reuniões periódicas em gestão participativa, com colaboradores de diferentes níveis hierárquicos, fomentadas a partir de cada gerência administrativa; Criação e reestruturação das Ouvidorias para que sejam um canal de diálogo entre os usuários/clientes e a Área da Saúde; Criação de um canal de diálogo entre os setores da Área da Saúde para o registro de: elogios, sugestões e não conformidades.

Na Valorização do trabalho e do trabalhador temos a estruturação e implantação de Programa de Qualidade de Vida para colaboradores da Área da Saúde; Estruturação de Programa de Acompanhamento para colaboradores em situação de vulnerabilidade social; Formação continuada dos gestores para uma gestão de pessoas baseada em valores; Estruturação de espaços de convivência para profissionais de saúde.

#### **4. Alguns Parâmetros**

Com vistas a orientar a implementação dos dispositivos de humanização, apresentamos alguns parâmetros auxiliares para a implementação da Política Nacional de Humanização, bem como o atendimento humanizado junto ao paciente que é o objetivo maior.

No Acolhimento passamos a ter a garantia de um processo humanizado do colaborador na Unidade que contemple a remodelação do projeto acolher realizado nas Unidades e a (re)organização do programa anfitrião; Viabilização de mecanismos de comunicação com o usuário cliente/familiares para o internamento, garantindo todas as informações pertinentes ao período de internação nas Unidades da Área da Saúde; Viabilização de processos de internamento e atendimento nas emergências das unidades da Área da Saúde, tornando-os mais resolutivos e menos morosos; Garantia da acolhida e do atendimento do usuário/cliente de acordo com os protocolos de classificação de risco nas Unidades da Área da Saúde; Estruturação de um programa de Educação Continuada para profissionais das recepções e de telemarketing da Área da Saúde que contemple qualidade no atendimento ao cliente/usuário, ética profissional e postura profissional; Garantia de treinamento para todos os profissionais de saúde das emergências da Área da Saúde no que tange aos protocolos de atendimento de acolhimento com classificação de risco; Garantia de treinamento para as equipes

multiprofissionais de referência da Área da Saúde no que tange aos cursos de diferentes linguagens para usuários/clientes com deficiência.

Na Clínica Ampliada passamos a ter a garantia de visita multiprofissional a usuários/clientes, com periodicidade diária. Com a discussão de casos críticos a partir de reuniões técnicas semanais, com ata e plano de ação de atendimento para estes; Organização de Comitê de Bioética Hospitalar de caráter consultivo e deliberativo acerca de casos clínicos; Garantia de visita ampliada com horários flexibilizados para sua rede social, como também de acompanhante, com estrutura mínima de acolhimento para este; Implantação de mecanismos de inserção do familiar no processo tratamento do usuário/cliente, por meio de orientações, palestras e inserção em associações específicas conforme necessidade; Criação de equipes multiprofissionais de referência, capacitadas em clínica ampliada e bioética clínica; Organização de um processo de Educação Continuada em Clínica Ampliada para todos os profissionais de saúde, que incluam treinamentos específicos e Fóruns permanentes de discussão; Definição de protocolos multiprofissionais, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as particularidades do sujeito; Estabelecimento de sinergia com a Rede Básica de Saúde do Regional Estadual para encaminhamentos pós-alta hospitalar; Criação de indicadores quali-quantitativos multiprofissionais de atendimento.

Na Co-Gestão passamos a ter a viabilização de uma ferramenta de trabalho que garanta os espaços virtuais de discussão e diálogo no que tange à Gestão Participativa da Área da Saúde; Garantia de realização de encontros presenciais sistemáticos com os profissionais para fomento das discussões acerca de temas geradores; Implantação de encontros presenciais com a sociedade civil como espaços de discussão dos serviços prestados pela Área da Saúde; Implantação de um Processo de Educação Continuada dos gestores para o desenvolvimento de multiplicadores dos processos em gestão participativa; Garantia da criação e/ou reestruturação das Ouvidorias para usuários/clientes nas Unidades da Área da Saúde; Organização de meios de comunicação intersetoriais que garantam um canal de diálogo entre os setores da Área da Saúde; Definição de protocolos para uniformização de atendimento nas Ouvidorias.

Na Valorização do trabalho e do trabalhador passamos a ter a garantia de ações permanentes de promoção de qualidade de vida no trabalho, por meio de projetos específicos segundo as necessidades das diferentes funções dos profissionais de saúde; Organização de palestras formativas, com periodicidade mensal, sobre temas de desenvolvimento global do ser humano; Implementação de um acompanhamento para colaboradores em situação de vulnerabilidade social por meio de inclusão do mesmo em redes de assistência ou encaminhamento para atendimento de profissionais específicos, conforme o caso. Desenvolvimento de um processo de Educação Continuada para todos os gestores em gestão de pessoas baseada em valores humanos; Implementação de um processo de gestão de pessoas baseada em valores humanos; Organização de espaços coletivos de convivência que possibilitem a integração, o desenvolvimento de atividades particulares, o descanso e o lazer para os colaboradores em horário de intervalo.

## **5. A Humanização como novo Paradigma**

A palavra paradigma pode ser entendida como uma concepção de mundo: Paradigma pretende sugerir que "certos exemplos da prática científica atual - tanto na teoria quanto na aplicação - estão ligados a modelos conceituais de mundo dos quais surgem certas tradições de pesquisa" (KHUN, 1996). Em outras palavras, uma visão de realidade atrelada a uma estrutura teórica a priori, aceita, estabelece uma forma de compreender e interpretar intelectualmente o mundo segundo os princípios constantes do paradigma em vigor.

Entendemos que necessitamos neste momento de novos paradigmas para a área da saúde, um desses paradigmas é a Humanização. Paradigma pode ser entendido por um exemplo, um modelo, uma referência, uma diretriz, um parâmetro, um rumo, uma estrutura, ou até mesmo um ideal.

A Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde propõe a transição para novos modelos de gestão e assistência em saúde. Ela preconiza a gestão participativa, o envolvimento dos diversos atores e principalmente a relação entre estes atores: usuários, profissionais de saúde e gestores.

No que tange ao processo assistencial existem alguns valores que são defendidos, como a autonomia, o protagonismo e a corresponsabilidade. Este modelo proposto, principalmente no processo de relacionamento entre o médico e o paciente ainda necessita de alguns avanços, principalmente no que tange a abordagem positivista e paternalista que ainda impera no Brasil.

Um destes avanços está ligado diretamente ao desenvolvimento ou aperfeiçoamento de uma competência valorativa por parte do profissional, que possibilitaria a este não atuar somente como um técnico, mas também promovendo uma assistência compartilhada e respeitosa com o usuário, promovendo desta forma uma dignidade como pessoa humana.

A Humanização na Área da Saúde é entendida hoje no Brasil não somente como um conceito, mas como um movimento desde segmento que visa, em linhas gerais, tornar digna a assistência a saúde a todos os cidadãos. Ela inicia a partir do processo dialético de compreensão de que os equipamentos públicos e privados de saúde não supriam as necessidades de atendimento.

Podemos constatar que a ação pretendida pela Política Nacional de Humanização, tem como objetivo um processo de transformação social que na estrutura política que temos no Brasil atual vem ao encontro da noção de homem capaz, um agente de transformação que por meio da semântica e da participação coletiva engendra novos processos nas diferentes Instituições.

No que tange a medicina iniciou-se uma profunda reflexão se a função desta ciência era apenas estabelecer o catálogo dos fatos que se relacionam com a saúde e a doença, manipulando-os adequadamente. Em outras palavras, se a abordagem do profissional médico estava ligada apenas a intervenções técnicas, transformando as sensações subjetivas do paciente – os sintomas – em signos físicos, objetivos e confiáveis.

Como afirmamos anteriormente, o modelo que hoje responde a realidade social, o deliberativo, vai muito além de uma simples abordagem técnica e requer do profissional muito mais que habilidades voltadas a esta dimensão, necessitando assim de uma formação integral.

Assim sendo, entendemos como necessário o desenvolvimento de uma competência valorativa, que introduzam no processo terapêutico características consideradas fundamentais para que o mesmo seja considerado humanizado: reconhecimento da dignidade e autonomia, terapêutica baseada na deliberação dos diagnósticos junto ao usuário, entre outras.

Como afirma Gracia:

Os valores podem e devem desempenhar um importantíssimo papel na medicina, que devem, portanto ser levados em conta pelo profissional, já que em caso contrário sua medicina poderá ser tecnicamente muito correta, mas não merecerá o adjetivo de humana. Humanizar a medicina é nela introduzir o mundo dos valores, leva-los em conta; é,

em última instância, superar afinal o velho preconceito positivista (GRACIA, 2010).

Neste ponto poderíamos questionar: como podemos realizar esta transição de modelo assistencial paternalista para o deliberativo que é preconizado como um modelo mais humanizador? Como já afirmamos é necessário ao profissional médico, na atualidade, o desenvolvimento de uma competência valorativa que, segundo Ortega y Gasset (2002) emerge a partir de uma formação metódica.

Assim sendo, necessitamos de um profissional sistêmico, Rego (2008) corrobora com esta tese afirmando a “necessidade de reorganizar o saber-fazer em saúde, considerando a integralidade, a interdisciplinaridade e a recuperação da dimensão ética cuidadora” (REGO, 2008).

Todavia, tais reflexões e necessidades de um processo de formação valorativa esbarram na realidade do profissional médico no Brasil. Segundo dados do Conselho Federal de Medicina o número de profissionais registrados era de aproximadamente quatrocentos mil em outubro de 2012, totalizando dois profissionais por mil habitantes (SCHEFFER, 2013). Além desta dimensão que gera uma carga horária de trabalho considerável, alia-se a preconização de uma contínua atualização técnica, por meio de Congressos, Especializações ou Programas de Educação Médica Continuada.

Neste ponto podemos nos questionar de forma veemente: como possibilitar a promoção de uma competência valorativa neste contexto? Muitas poderiam ser as respostas, pois sabemos que as competências podem ser desenvolvidas a partir de vários estímulos e de várias maneiras, mas defendemos que uma das possibilidades de promoção desta é por meio da Educação Formal ou Continuada dos Médicos. É necessário aborda-la em diferentes perspectivas e também torná-la um tema transversal à formação formal técnica.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vivemos em um tempo histórico em que a criticidade do pensamento assistencial e a defesa da vulnerabilidade do usuário devem ser o centro de todo e qualquer ação. Assim sendo, entendemos como necessário o desenvolvimento de uma competência valorativa, que introduzam no processo terapêutico características consideradas fundamentais para que o mesmo seja considerado humanizado: reconhecimento da dignidade e autonomia, terapêutica baseada na deliberação dos diagnósticos junto ao usuário, entre outras.

O presente artigo procurou apresentar brevemente como a Política Nacional de Humanização pode ser uma nova alternativa de gestão dos processos de saúde tanto para o profissional como para o paciente, resgatando o tratamento respeitoso que deve ser ofertado a pessoa humana, propiciando qualidade de vida aos pacientes e aos profissionais que atuam nesta área.

É importante, para assegurar que a implementação desta política ocorra com um processo constante de avaliação institucional, ampliar e promover pesquisas que avaliem as condições da informação, da comunicação de massa, as questões éticas implicadas na garantia dos direitos dos pacientes, as condições de oferta dos serviços, no dimensionamento e a qualificação dos trabalhadores em face do quantitativo da clientela e da complexidade da assistência.

Não houve a intenção de esgotar o assunto da respectiva demanda, mas sim apresentar um ensaio com algumas pistas de ação no que tange o processo de Gestão e de Humanização na área da Saúde, com o objetivo principal de bem Estar Social e Emocional do Paciente.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, J.R. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, p. 43-62, 2007.

BENEVIDES, R. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 03 n. 10, p. 561-571, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAMPOS, R. O. Reflexões sobre o conceito de humanização em saúde. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v.27, n. 64, p. 123-130, maio/ago. 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **RESOLUÇÃO Nº 1.805/2006** APUD. [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805\\_2006.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm).

DESLANDES, S. F. **Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica**. APUD. DESLANDES, Suely Ferreira. Humanização dos cuidados em saúde – conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

FALK, M. L. R, et al. Contextualizando a Política Nacional de Humanização: A Experiência de um Hospital Universitário. **Boletim da Saúde de Porto Alegre**, v. 20, n. 2, Jul/Dez 2006.

GRACIA, D. **Pensar a Bioética – metas e desafios**. Trad. Carlos Alberto Bárbaro. São Paulo: Loyola, 2010.

KOLINSKI, J. M.. **Manual de tanatologia**. Curitiba: Unificado, 2007.

KHUN, T. **A Estrutura da revolução científica**, São Paulo: Perspectiva, 1996.

LEITE, M. T. M. Educação Médica continuada online: potencial e desafios no cenário brasileiro. In: **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 34, n. 1, p. 141-149. 2010.

LEONE, S. **Dicionário de Bioética**. Aparecida: Santuário, 2002.

MEZZOMO, A. **Fundamentos da Humanização Hospitalar – uma visão Multiprofissional**. São Paulo: São Camilo, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados Paliativos – Guias para el manejo clínico**. 2002.

ORTEGA Y GASSET, J. **Revolta das Massas**. Iberoamericano: São Paulo, 2002.

REGO, S., Bioética e Humanização como temas transversais na Formação Médica. In: **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 32, n.4, p. 482-491, 2008.

RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.30, p. 120-128, 2008.

---

STIGAR, R. et al. A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO COMO NOVO PARADIGMA DE GESTÃO NOS PROCESSOS DE SAÚDE. **Revista Gestão & Saúde**, v. 14, n. 1, p. 22 – 30,. 2016.



---

SCHEFFER, M.. **Demografia Médica no Brasil**. Vol. 2. São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013.

VAZ, H. L.. **Escritos de Filosofia IV: Introdução à Ética Filosófica 1**. São Paulo: Loyola, 1999.