

## A PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA PERSPECTIVA DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO DO SUS - PNH

Ângela Maria Silva Hoepfner<sup>1</sup>

Desde 1976 que vêm sendo discutidas, internacionalmente, teorias que sustentem a ação e práticas eficazes de intervenção sobre os determinantes de saúde, compreendidos hoje como dependentes dos fatores biológicos, mas estreitamente relacionados com fatores ambientais (físicos, econômicos e sociais), comportamentais e aqueles próprios das políticas públicas de saúde. Neste processo, em 1986 realizou-se no Canadá a I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde que deu origem à *Carta de Otawa* que estabelece que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal de uma nação, assim como importante dimensão da qualidade de vida, sendo que fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. São apontados pela *Carta* requisitos e perspectivas tais como: ação coordenada entre todos os setores da sociedade, recursos habitacionais, educação, renda, alimentação, ecossistema estável, justiça e equidade social. A promoção da saúde preconiza a defesa da causa da saúde, capacitação individual e social para a saúde, mediação entre os diversos setores envolvidos, elaboração e implementação de políticas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais, reorientação dos sistemas e serviços de saúde. A gestão social integrada com as ações inter setoriais deve considerar como prioridade absoluta a inserção destas prioridades, como base para a implementação das ações e promoção da saúde. No Brasil durante os anos 80 a crise político-econômica internacional e nacional favoreceu o debate político na área da saúde culminando, através da atuação dos sanitaristas, na Constituição Federal em 1988. O artigo 4º da Lei Federal 8.080 define o

---

<sup>1</sup> Psicóloga clínica CRP 12/00940; mestranda do Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial – UFSC, mestre em Psicologia – UFSC; Contato: [angelahoepfner@hotmail.com](mailto:angelahoepfner@hotmail.com)

Sistema Único de Saúde (SUS) como o conjunto de ações e serviços de saúde prestados à população por órgãos e instituições públicas das três esferas de governo, baseado na promoção, proteção e recuperação da saúde. Nos anos 90 as *Normas Operacionais Básicas* passam a representar instrumentos fundamentais para a concretização da diretriz de descentralização estabelecida na constituição e na legislação do SUS, tratando dos aspectos de divisão de responsabilidades entre gestores, critérios de transferências de recursos federais para estados e municípios, e organização do sistema de saúde. Dentre as normas estabelecidas está o *Controle Social* realizado através dos *Conselhos Municipais de Saúde* e das *Conferências Municipais de Saúde*. É um sistema que tenta garantir transparência e participação pública na gestão da saúde.

Se podemos, por um lado, apontar avanços na descentralização e na regionalização da atenção e da gestão da saúde, com ampliação dos níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social, por outro, a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho esgarçam as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários; o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção, fica fragilizado (BRASIL, 2004).

A partir disto, surgem inúmeros debates sobre os modelos de gestão e de atenção, aliados aos modelos de formação dos profissionais de saúde e aos modos com que o controle social é exercido. Têm como propósito garantir o direito constitucional à saúde para todos, com profissionais comprometidos com a ética da saúde e com a defesa da vida. Baseada no modelo dos movimentos sociais surge então em meados de 2003 a *Política Nacional de Humanização – PNH*<sup>2</sup>, sendo que intencionalmente, não há uma portaria que a institui. Por um lado é uma “*política*” no sentido de i) ser uma orientação para as práticas de atenção e gestão do/no SUS e ii) dar diretrizes, respeitando as diversidades e especificidades de cada local; por outro é “*humanização*” porque i) se propõem a valorizar os diferentes sujeitos que se inserem no processo de produção de saúde, ii) porque aposta na autonomia, potência e saberes destes diferentes sujeitos para a transformação da realidade e iii) porque propõem a inclusão de todos nos processos de mudança. Assim, o sentido de humanização refere-se i) ao estabelecimento de grupalidades, de vínculos

---

<sup>2</sup>No decorrer do texto a Política Nacional de Humanização poderá ser apresentada ora pela sigla PNH, ora pela denominação HumanizaSUS.

solidários e aposta no trabalho coletivo e na formação em redes; ii) à mudança dos modelos de atenção e de gestão; iii) à aposta na relação existente entre a transformação das práticas e a transformação das relações estabelecidas entre sujeitos e grupos (mudança de atitudes/subjetividades).

Desta forma a *PNH* é caracterizada como uma estratégia de fortalecimento do sistema público de saúde, criada pelo Ministério da Saúde com o propósito de ser uma oferta de mudança, com potência de transformar o SUS e de aproximá-lo, enquanto prática social, a suas exigências discursivas. Não se trata mais de promover saúde ou prevenir doenças, a proposta passa a ser a de produzir saúde, conceito muito mais abrangente que abarca os outros dois. Sendo assim, o HumanizaSUS deve ser visto então como uma das dimensões fundamentais do SUS, não podendo ser entendido como um “programa” a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede de saúde.

A humanização da assistência abre, assim, questões fundamentais que podem orientar a construção das políticas em saúde. Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004).

O método utilizado pela *PNH* no seu processo de transformação das práticas de produção de saúde, dos diferentes agentes implicados é o da “*Tríplice Inclusão*”: trabalhadores, gestores e usuários são atravessados pelos analisadores sociais, isto é, os fenômenos provocados a partir da inclusão dos sujeitos e coletivos nas decisões sobre os processos de trabalho: tensionamentos, desconfortos e motivações. Estes são o foco de análise para a compreensão do processo e delimitação de caminhos a seguir. A valorização destes fenômenos tem como propósito a desestabilização dos modelos tradicionais de atenção e de gestão.

A *PNH* se orienta por diretrizes que apontam para jeitos de colocar os princípios em ação e possui dispositivos que são pautados em conceitos-experiência – são postos a funcionar nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão para reafirmar os princípios do SUS. Estes são um conjunto de forças que acionam mudanças nas relações de poder, saber e subjetivação.

A Atenção Psicossocial é um dos serviços oferecidos na rede de produção de saúde do SUS e a partir da década de 90, o Ministério da Saúde, consoante com diversas experiências de reforma da assistência psiquiátrica no mundo ocidental e as recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), contidas na Carta de Caracas (1990), define a Política de Saúde Mental. Esta tem como proposta o redirecionamento gradativo dos recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo, baseado em serviços que oferecem cuidados na comunidade e em articulação com os recursos que a própria comunidade oferece. Há o incentivo de criação de serviços em saúde mental públicos e territorializados, entendidos como o conjunto de pessoas, instituições, redes e cenários em uma dada área geográfica onde se dá a vida comunitária. Concomitantemente é também determinada a implantação de critérios mínimos de adequação e humanização das instituições hospitalares especializadas.

Nessa compreensão, baseamos a idéia de que urge estimular ativamente, nas políticas de expansão, formulação e avaliação da atenção básica, diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais graves de saúde mental. Assumir este compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção de saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo. As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Podemos sintetizar como princípios fundamentais desta articulação entre saúde mental e atenção básica: noção de território, organização da atenção à saúde mental em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade/interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários e construção da autonomia possível de usuários e familiares. (BRASIL, 2004)

A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) participa ativamente desse processo, contribuindo na formulação e na implementação da política pública de atenção à saúde no país visando o fortalecimento do SUS, desenvolvendo ações normativas e operacionais nas áreas da atenção básica e especializada, bem como empreendendo outras direcionadas a grupos populacionais estratégicos e em situações especiais de agravo. A Política Nacional de Saúde Mental é uma destas áreas que tem como prioridades:

- Expansão, consolidação e qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);
- Expansão e consolidação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT);
- Programa De Volta para Casa;
- Programa de Inclusão Social pelo Trabalho;
- Política Nacional de Álcool e Outras Drogas;
- Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica;
- Política de Saúde Mental para a infância e adolescência;
- Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria);
- Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH);
- Saúde Mental na Atenção Básica.

Na última década o campo de atenção à saúde mental tem passado por importantes transformações conceituais e operacionais, reorientando-se no modelo historicamente centrado na referência médico-hospitalar por um novo modelo de atenção descentralizado e de base comunitária. Neste sentido é de fundamental importância a troca de saberes.

A literatura especializada (MARTINS, 2008; GUARIDO e VOLTOLINE, 2009; DANTAS, 2009; IGNÁCIO E NARDI, 2007; CONRAD, 2007; LUZ, 1998, 1997; HERNAEZ, 2006; LE BLANC, 2007; PIGNARRE, 2006;) aponta que ao longo da história a psiquiatria tem se transformado e gradativamente se afastado das práticas de produção de saúde que valorizam o sujeito como criador e transformador de sua própria vida. Um fenômeno característico da contemporaneidade é a ampliação dos limites do que pode ser considerado uma patologia psiquiátrica, pois vários comportamentos que até pouco tempo atrás eram tidos como características da personalidade de uma pessoa atualmente ganham status de doença, passível de medicação.

Caponi (2009) localiza na segunda metade do século XIX o surgimento de uma “nova configuração epistemológica do saber psiquiátrico”, diretamente vinculada a Teoria da Degeneração de Morel, que ganhando contornos de

ciência influenciou toda a Europa, principalmente a França. Esforços de várias áreas foram desprendidos para a definição dos limites e da abrangência do termo *degeneração*, redefinindo os objetivos e as estratégias de intervenção da psiquiatria. Esta nova configuração outorga à psiquiatria a possibilidade de intervir nos espaços intra e extra-asilares tornando-se um instrumento biopolítico de poder e abrindo caminho para o atual panorama onde quase todas as condutas e sofrimentos humanos configuram-se como passíveis de serem redefinidas em termos médicos. Os procedimentos diagnósticos descritivos baseados nos sintomas configuram-se na prática hegemônica da psiquiatria, aliada a medicalização em grande escala como complemento perfeito desta forma de lidar com o sofrimento psíquico. Segundo Rodrigues (2003) “a época dos grandes pensadores na Psiquiatria termina...”, o que se solidifica nos dias atuais é o saber enquadrado numa ciência biologicista que subordina o sujeito à bioquímica cerebral, e que traz aos psiquiatras os status de “médicos de verdades”, ancorando o sofrimento que se propõem a tratar em “falhas” biológicas passíveis de diagnósticos objetivos. Para Martins (2008) a transformação das experiências essenciais da vida subjetiva numa série de intervenções que ameaçam a saúde do homem retira do sofrimento seu significado íntimo e pessoal e transforma a dor em um problema técnico. Isto é reiterado por Guarido (2007) quando diz que nesta lógica o próprio medicamento configura-se em componente participativo da construção diagnóstica, pois se as causas do transtorno e a história do sujeito já não são importantes, o que resta a não ser o componente bioquímico? Desta forma os efeitos da medicação validam ou rechaçam o diagnóstico, tendo caráter substitutivo da escuta, incluindo um caráter assustadoramente experimental na administração medicamentosa e a concomitante modificação do diagnóstico conforme a alteração dos sintomas.

Este processo de medicalização da vida e do sofrimento cotidiano altera a dimensão relacional entre o médico e o sujeito, pois ao priorizar o aspecto biológico e bioquímico, a subjetividade da situação se perde, abafando as interrogações e reflexões que permeiam o sofrimento humano, impedindo que este seja promotor de crescimento. Isto quer dizer que é provocado o silenciamento do sujeito que está inserido em seu contexto, compensado pela ampliação da importância dispensada ao aspecto bioquímico de seu

organismo. Neste processo a relação do médico com o sujeito se restringe à produção de um diagnóstico despidido de uma dimensão subjetiva e contextualizada.

Como servidora pública municipal na cidade de Joinville desenvolvo minhas atividades como psicóloga no Sistema Único de Saúde – SUS, na Atenção Básica e em 2009 conclui o curso de formação de apoiadores institucionais promovido pela PNH, através do Ministério da Saúde, experiência esta que mudou completamente minha forma de compreender a organização do SUS, me encorajando para apostar mais no investimento de novas formas de organizar os processos de trabalho. O que mais me instiga a apostar no SUS que dá certo (expressão muito usada pela PNH) é que esta tem tentado garantir e efetivar o SUS através da mudança dos modos de fazer, dos modelos de atenção e gestão da saúde com a valorização dos diferentes sujeitos implicada no processo de produção de saúde, intimamente relacionada com os diferentes modos de vida, de acordo com cada realidade social/comunidade/território. Para que esta proposta se concretize o Ministério da Saúde tem apostado na formação e produção de conhecimento em saúde, associados aos processos de intervenção nas práticas com a proposição da formação-pesquisa-intervenção. Esta tem como objetivo formar, em parceria interinstitucional, apoiadores institucionais, tendo como foco a experiência concreta dos trabalhadores de saúde como principal referencial, oportunizando a experiência simultânea do participar-conhecer-fazer a Política através da estratégia denominada de função apoio. Bastos (2009) a define dizendo que o apoiador se insere no contexto do trabalho das equipes, auxiliando na análise da gestão e da organização do seu processo de trabalho, na construção de espaços coletivos para além das equipes, ‘transversalizando’ outros coletivos da área da saúde e de outros setores, disseminando a capacidade de se construir coletivos sociais na comunidade. Seu objetivo é o de fortalecer os sujeitos e as coletividades para a construção de processos de co-gestão e democratização das relações, transformando e superando modelos de gestão hierarquizados. Tem como proposta organizar os processos de trabalho, as interações entre os sujeitos, as trocas de experiências, as tomadas de decisões, sempre que possível, consensuadas, a elaboração e execução de projetos de intervenção, e a atuação consciente e ativa dos atores envolvidos

nos processos. Nesta proposta, o método de trabalho é o da formação-intervenção, compreendida como a inserção, análise e co-gestão de coletivos, o que possibilita a apropriação de seu fazer cotidiano, com reflexões constantes sobre o seu processo de/no trabalho, sobre o seu modo de estar na vida, com tomada de consciência sobre seu nível de alienação. Este método fortalece os sujeitos singulares/coletivos, proporcionando transformações em suas realidades através de Projetos de Intervenção, passíveis de serem realizados dentro da governabilidade do grupo contemplando as necessidades dos coletivos.

Como apoiadora institucional passei a fomentar a proposta metodológica da PNH nos encontros de trabalho, com o objetivo de compor com meus colegas e gestores a organização da rede de atenção em saúde mental que há muito necessitava de mudanças. Concomitantemente, em meados de 2009, com a mudança de gestão, as Gerências de Atenção Básica e dos Serviços de Referência, através do Núcleo de Apoio Técnico (NAT) e a Coordenação dos Serviços de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville-SC decidiram criar estratégias para a Organização da Rede de Atenção Psicossocial nos serviços já devidamente instalados no município e com os processos de trabalho carecendo de alinhamento conceitual e metodológico. No final deste mesmo ano aconteceu a I Oficina com a participação de representantes dos serviços de referência e Atenção Básica em saúde mental juntamente com os gestores destes serviços. A partir disto foram disparados movimentos entre os trabalhadores, culminando na criação de um grupo de trabalho denominado “Grupo de Condução para a Organização da Rede de Atenção Psicossocial”, mais tarde denominado de Grupo “SUS-PIRE”. O grupo foi composto por um representante da equipe de saúde mental de cada Regional de Saúde<sup>3</sup>, e dos Serviços Substitutivos, com o objetivo de criar estratégias em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental, garantindo sua incorporação na rede diversificada de serviços. Neste processo foi elaborado e validado pelas gerências e Secretário da Saúde um Plano de Intervenção com a proposta metodológica da PNH, a ser implantado em dois

---

<sup>3</sup> Denominação dada para um conjunto de unidades de saúde de cada região da cidade.

anos, com início em janeiro de 2010<sup>4</sup> e término em dezembro de 2011, com os objetivos:

- Aprofundar a discussão acerca da dinâmica da produção do processo saúde-doença-atenção;
- Apropriar-se do conceito de Função Apoio e da metodologia de trabalho propostos pelo HumanizaSUS;
- Disparar movimentos de mudanças para a organização da rede de atenção psicossocial.

Deste então venho acompanhando o processo que tem evoluído, mas não com a ausência de tensionamentos: são muitas as conquistas, mas também são muitas as dificuldades encontradas ao longo do percurso. Sendo assim me dispus a investigar este processo com o propósito de colocar em análise os movimentos/processos disparados em cada ponto de atenção/território e seus efeitos entre os anos de 2009 e 2011, com a intensão de identificar se a proposta metodológica da PNH é passível de ser aplicada na rede de atenção psicossocial e se é possível formar apoiadores institucionais dentro dos serviços a partir da formação de um grupo de condução/intervenção.

A proposta da PNH é relativamente nova e ainda carece de pesquisas que possam contribuir para validar sua metodologia nos diferentes contextos das práticas de produção de saúde no SUS. Portanto colocar em análise referida proposta do Plano de Intervenção possibilitará refletir sobre as transformações no âmbito da produção dos serviços (mudanças nos processos, organização, resolubilidade e qualidade) e refletir sobre a produção de sujeitos (mobilização, crescimento, interação, protagonismo e autonomia dos trabalhadores e usuários) por meio da percepção e da participação dos atores envolvidos no processo de desenvolvimento das ações propostas pelo Plano de Intervenção.

A PNH é uma proposta metodológica e vem construindo desde 2003 uma agenda específica para a análise de suas ações, construindo gradativamente um marco referencial afinado aos seus princípios e diretrizes. O método da formação-intervenção tem como fundamento a função apoio, a partir do conceito de apoio Paidéia, conforme Campos (2001) que analisa a função de apoiador dizendo que ela

---

<sup>4</sup> O processo de criação do Grupo de Condução teve início em outubro de 2009 e o Plano de Intervenção em março de 2010.

reúne uma série de recursos voltados para lidar com estas relações entre sujeitos de um outro modo. Um modo interativo, um modo que reconhece a diferença de papéis, de poder e de conhecimento, mas que procura estabelecer relações construtivas entre os distintos atores sociais. Assim a supervisão e avaliação deveriam envolver os próprios avaliados tanto na construção dos diagnósticos como na elaboração de novas formas de agir; ou seja, formas democráticas para coordenar e planejar o trabalho. Formas que aproveitem e considerem a experiência, o desejo e o interesse de sujeitos que não exercem funções típicas de gestão. O Apoio Paidéia depende da instalação de alguma forma de co-gestão (CAMPOS, 2001).

Para ele o termo apoio se relaciona com uma pressão de fora, implica em trazer algo externo ao grupo, algo que opera nos processos de trabalho que sustenta e impulsiona o outro. Trata-se de um processo que é relacional, portanto, social. Nesta investigação, o método a ser utilizado será o qualitativo pelo fato de ele ser o mais estratégico para a compreensão da realidade investigada, isto é, “é um instrumento privilegiado para se interpretar o processo social a partir das pessoas envolvidas, na medida em que se consideram as experiências subjetivas como dados importantes que falam além e através delas.” (MINAYO, 2000, p. 127). De acordo com Denzin e Lincoln (2006), a palavra qualitativa implica uma ênfase sobre as qualidades das entidades, sobre os processos e os significados que não são examinados ou medidos experimentalmente em termos de quantidade, intensidade ou frequência. Eles ressaltam que a competência da pesquisa qualitativa é o mundo da experiência vivida, por isso, todo trabalho de pesquisa que se define como qualitativo deve levar em conta a complexidade histórica do campo e o contexto do objeto pesquisado. “Trata-se de um conjunto de práticas materiais e interpretativas que torna o mundo visível. Estas práticas transformam o mundo” (DENZIN & LINCOLN, 2006, p.3).

Assim, o desafio de acompanhar, pesquisar e analisar os encontros entre os diferentes sujeitos envolvidos com a formação em saúde necessita de um aporte que inclua suas demandas, valores, sentidos, desejos e conflitos. A subjetividade é, portanto, parte integrante do objeto da pesquisa, devendo este ser apreendido na sua dimensão processual. Neste sentido é possível afirmar que as vivências da pesquisadora fazem parte da pesquisa e como apoiadora institucional, tenho como foco a experiência concreta vivida dos trabalhadores de saúde como principal referencial, oportunizando a experiência simultânea do participar-conhecer-fazer que é o que propõe a PNH.

## REFERÊNCIAS

1. BARDIN, L. (1977). **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70.
2. BASTOS, Evelyne Nunes Ervedosa. **A prática cotidiana e a função apoiadora. Trocando experiências Aprimorando o SUS**. 2º SEMINÁRIO NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: Brasília/DF – 05 a 07/08/2009.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá**. Brasília, Ministério da saúde. 1996.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 01/96**. Brasil, Ministério da Saúde, 1997.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: leis, normas e portarias atuais**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2001.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **VER-SUS/Brasil: caderno de textos**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2004.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **O Vínculo e o Diálogo Necessários Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica**. Saúde Mental e Atenção Básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica, Coordenação Geral de Saúde Mental, Coordenação de Gestão da Atenção Básica, 2004 Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf> (acessado em 26/04/2010).
9. BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

10. BRASIL. Ministério da Saúde. **HUMANIZASUS: Documento Básico para Gestores e Trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. **O HumanizaSUS na Atenção Básica.** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Participativa e Cogestão**/ Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes de Produção de Saúde**/ Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada e Compartilhada** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
15. CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Apoio Paidéia.** 2001. Texto fornecido pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina por ocasião da Formação de Apoiadores Institucionais para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde no ano de 2009.
16. CAPONI, S. **Biopolítica e medicalização dos anormais** *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 19 [ 2 ]: 529-549. 2009.
17. CONRAD, Peter *The medicalization of society, 2007*  
[http://en.wikipedia.org/wiki/Peter\\_Conrad\\_%28sociologist%29](http://en.wikipedia.org/wiki/Peter_Conrad_%28sociologist%29)  
<http://www.brandeis.edu/facguide/person.html?emplid=d3060cd2234e319144e4f0ae71643456bd637918>
18. DANTAS, J. B. **Tecnificação da vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade.** *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 21 – n. 3, p. 563-580, Set./Dez. 2009.
19. GUARIDO, R. **A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação.** *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v.33, n.1, p. 151-161, jan./abr. 2007.

20. GUARIDO, R. & VOLTOLINI, R. **O que não tem remédio, remediado está?** Educação em Revista | Belo Horizonte | v. 25 | n. 01 | p. 239-263 | abr. 2009.
21. HERNÁEZ, Ángel Martínez **A medicalização dos estados de ânimo. O consumo de antidepressivos e as novas biopolíticas das aflições.** Espanha, v. 42, n. 3, 2006.
22. IGNÁCIO, V. T. G. & NARDI, H. C. **A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul.** Psicologia & Sociedade; 19 (3): 88-95, 2007.
23. LE BLANC, Guillaume. *Les maladies de l'homme normal*, 2007.  
<http://www.ciepfc.fr/spip.php?article89> google books.
24. MARTINS, A. L. B. **Biopsiquiatria e Bioidentidade: Política da Subjetividade Contemporânea.** Psicologia & Sociedade; 20 (3): 331-339, 2008.
25. MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** Rio de Janeiro: Abrasco. 7ª edição, 2000.
26. \_\_\_\_\_ . **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** Rio de Janeiro: Abrasco. 11ª edição, 2008.
27. PIGNARRE, Philippe. *Les malheurs des psys, psychotropes et médicalisation du social.*  
<http://www.pignarre.com/>  
[http://www.editionsladecouverte.fr/catalogue/index-Les\\_malheurs\\_des\\_psys-9782707149749.html](http://www.editionsladecouverte.fr/catalogue/index-Les_malheurs_des_psys-9782707149749.html)
28. RODRIGUES, Joelson Tavares. **A medicação como única resposta: Uma miragem do contemporâneo.** Maringá, v.8, n.1, 2003.