

Experimentações no apoio a partir das apostas da Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS

Catia Paranhos Martins^(a)
Cristina Amélia Luzio^(b)

Martins CP, Luzio CA. Experimentation with support as proposed in the National Humanization Policy – “Humanize SUS”. *Interface* (Botucatu). 2014; 18 Supl 1:1099-106.

This paper seeks to narrate and reflect on some experimentation with institutional support, as proposed in the National Humanization Policy for Healthcare and Management – Humanize SUS of the Ministry of Health, Brazil. This support is taken as a method for questioning relationships, knowledge, practices and methods that have become naturalized within the daily-to-day activities of the Brazilian Health System. To this end, we present a brief contextualization of the Humanization Policy and then some situations of support are set as problems in order to indicate the challenges faced in the process of producing changes in healthcare and management within the Brazilian Health System.

Keywords: Humanization. Institutional support. National Humanization Policy. Brazilian Health System.

Este texto busca narrar e refletir sobre algumas experimentações de apoio institucional, tal como propõe a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão – HumanizaSUS do Ministério da Saúde, Brasil. O apoio é tomado como método para estranhar relações, saberes, práticas e modos já naturalizados de olhar para o cotidiano do Sistema Único de Saúde. Para tanto, apresenta-se uma contextualização breve sobre a Política Nacional de Humanização e depois algumas situações de apoio são problematizadas para indicar os desafios enfrentados no processo de produção de mudanças na atenção e gestão no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Humanização. Apoio Institucional. Política Nacional de Humanização. Sistema Único de Saúde.

^(a) Curso de Psicologia, Universidade Federal da Grande Dourados. Rodovia Dourados - Itahum, Km 12. Dourados, MS, Brasil. 79804-970. catiamartins@ufgd.edu.br

^(b) Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Ciências e Letras, Unesp – Univ Estadual Paulista, campus de Assis. Assis, SP, Brasil. caluzio@assis.unesp.br

Considerações iniciais

Desde as nossas primeiras vivências e tropeços no apoio matricial mediante o Aprimoramento em Saúde Mental da Unicamp em parceria com o Programa Paideia de Saúde da Família de Campinas, em 2003, até o apoio institucional na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão – HumanizaSUS (PNH) já se passou uma década. No início muitas eram as dúvidas: será que isso é apoio? Estamos no caminho certo? Isso muda algo na vida de alguém? Um apoiador tem que ter todas as respostas?

As questões sobre os modos de apoiar foram se modificando com o passar do tempo e com os encontros. Mais que definições e respostas, o artigo a seguir busca tecer considerações, sistematizar ideias e narrar algumas experimentações de apoio institucional e matricial^(c) ao reafirmá-lo enquanto potência para produção de outros modos de fazer saúde e ampliar o compromisso público com o Sistema Único de Saúde (SUS), tal como vem apostando a Política Nacional de Humanização. As experiências no SUS e, principalmente, o importante aprendizado na e com a PNH compõem esta reflexão.

Nosso percurso será iniciado com uma breve contextualização sobre a Política Nacional de Humanização. Depois, apresentamos considerações sobre o apoio no SUS como uma prática para estranhar os modos hegemônicos de gestão e atenção e ampliar a capacidade de análise dos sujeitos envolvidos, como almeja e propõe a referida Política. Ao longo do texto, os recortes do cotidiano serão utilizados para ilustrar os desafios e aprendizados nas experimentações de apoio. E, para finalizar, algumas ponderações sobre a PNH na luta pela saúde como direito de cidadania de qualquer um/uma.

Política HumanizaSUS: obra aberta e tarefa coletiva

A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão – HumanizaSUS (PNH) tem como uma de suas marcas o reconhecimento das experiências inovadoras na Rede SUS. Com o prêmio “David Capistrano: O SUS que dá certo”, em 2004, a Política reconheceu as experiências positivas construídas por sujeitos comuns implicados com o seu fazer cotidiano. Assim, a PNH consagrou o que de melhor tem no SUS e o que de melhor produziu seus atores; aproveitando as inovações do cotidiano de trabalho dos equipamentos de saúde, e alinhou tais experiências numa composição que está em consonância com os movimentos reformistas em saúde e com o campo da Saúde Coletiva.

Pelo direito a saúde de qualquer um/uma, a PNH tem acumulado experimentações, parceiros e produções ao longo dos anos. A Política tem produzido um movimento que não se limita ao Ministério da Saúde, tampouco ao seu grupo de consultores contratados para tal tarefa. A potência de contágio da PNH, ou o movimento no qual a PNH se inclui, pode ser sintetizada por meio da capacidade de mobilizar sujeitos com afinidades éticas, de produzir conexão e agenciamento em prol das necessárias mudanças no SUS. Tal força pode ser percebida na apropriação das demais esferas de governo pelo método, diretrizes e dispositivos da Política^{3,4} com os sujeitos que se apoderam da proposta após passarem pelas atividades de formação e rodas da PNH; e, ainda, na experiência coletiva e solidária por meio da Rede HumanizaSUS^(d).

Comemorando uma década, a PNH tem produzido e se conectado aos movimentos de mudança, contagiando atores e ampliando concepções e práticas no SUS. Esse efeito indica um “plano de coengendramento e de criação”⁵

^(c) De forma sintética, são modalidades da função apoio: o apoio matricial, tal como formulado por Campos¹, sendo experimentado no SUS com ênfase na dimensão clínica e na promoção de trocas entre as especialidades e a atenção básica, por exemplo. Apoio à gestão que busca democratizar os espaços e arranjos organizacionais. E o apoio institucional, a partir da análise institucional francesa e das contribuições da Saúde Coletiva brasileira, que compõe a estratégia metodológica da PNH. Maior detalhamento, vide a proposta de Oliveira².

^(d) Desde 2008 a Rede HumanizaSUS tem se produzido como um amplo espaço de debate sobre o que acontece no SUS e no contemporâneo. Vide www.redehumanizasus.net

(p. 690) que tem se mostrado um caminho para superar as dicotomias tão frequentes no campo da saúde e efetivar a PNH como uma política efetivamente pública, de produção de comum^{6,7}.

A Política ainda se mantém sem normativa, com o intuito de ser transversal, de estar presente no interior das demais políticas de saúde, e também enfatizando que os processos de mudança na atenção e gestão são determinados pelas características locais de cada realidade, não podendo ser generalizáveis. A PNH se afirma, portanto, como uma experimentação a partir de sujeitos concretos que passam a utilizar de forma singular as diretrizes, os dispositivos e o método como ferramentas para repensar a si mesmos, os processos de trabalho e o SUS^{3,4}.

Considerada uma “obra aberta”^{6,8}, a Política está construindo seu curso a partir da inclusão de diversas experiências e das inovações no campo da Saúde Coletiva e fazendo jus ao método como modo de caminhar. Busca um permanente processo de reinvenção dos sujeitos, das práticas em saúde e do mundo. Mais que seguidores, a PNH fomenta e alimenta-se de inventores que tomam como desafio superar os obstáculos enfrentados no processo de construção do SUS. Ao problematizar a gestão dos serviços e, ao mesmo tempo, as práticas do trabalhador, a PNH visa contrapor o discurso hegemônico na saúde, potencializando e criando espaços de trocas onde pessoas com valores, saberes, hábitos, desejos, interesses e necessidades diferentes encontrem, conjuntamente, saídas para os problemas do cotidiano.

Apoiar a produção de inflexões nos modos hegemônicos de cuidar e gerir em saúde

O apoio, como conceito-ferramenta, é objeto de reflexão de pensadores e militantes dos movimentos reformistas em saúde, que ganha espaço no campo da Saúde Coletiva, tais como: Righi⁹; Figueiredo e Onocko Campos¹⁰; Escóssia⁵; Mori e Oliveira¹¹; Pena¹²; Vasconcelos e Morschel¹³; Pasche e Passos¹⁴; Pasche et al.¹⁵; Oliveira²; Guedes et al.¹⁶ dentre outros. Somado à produção acadêmica, o SUS contempla e incentiva práticas de apoio em seus documentos oficiais como os Núcleos de Apoio a Saúde da Família¹⁷, Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais e Rede Cegonha¹⁸, experiência nacional em andamento do apoio integrado¹⁹ e a produção de cartilhas, cadernos e demais documentos da Política HumanizaSUS.

Não há intenção aqui de abordar a ampla discussão sobre a temática, apenas sinalizar os acúmulos teóricos e práticos produzidos que, em sua grande maioria, reconhecem as reflexões de Campos^{1,20,21} como balizadoras dessa proposta ético-política.

Campos²¹ atribui a Righi a capacidade de nomear uma nova prática que busca promover o deslocamento da supervisão institucional, bastante conhecida da gestão tradicional, para o apoio. Essa mudança não é meramente semântica, tem como premissa ser uma experimentação, uma função que visa disparar processos para transformar os modelos hegemônicos de atenção e gestão, de ser/estar trabalhador, gestor e usuário do SUS. O apoio promove certo deslocamento que acontece de forma concomitante nas dimensões subjetivas dos atores envolvidos, nos modos naturalizados de trabalhar em saúde, nas cristalizações institucionais e políticas, nas gestões autoritárias e corporativas, dentre outras dimensões.

Tomar o apoio como dispositivo e método, um modo de operar no cotidiano do SUS, implica reafirmá-lo como algo que não é dado por natureza, não é *a priori*, mas produzido na relação entre pessoas, instituições, saberes, poderes, práticas e demais elementos. Sendo assim, apoiar um grupo tem como meta operar *entre* os processos de trabalho que compõem o dia a dia do serviço, fazendo agenciamentos diversos, colocando em análise os modos verticais de fazer saúde para a criação coletiva de enfrentamentos^{4,11-13}.

Apoiador e grupo coemergem em ato no encontro² e vão construindo, a partir de uma dada realidade e dos desafios locais, espaços para compartilhamento visando à produção de inflexões nos modos hegemônicos de cuidar e gerir em saúde. Essa é uma aposta no exercício cotidiano da democracia, na criação de sujeitos e não de assujeitamento, de negociação permanente na construção da saúde como bem comum.

Para transformar saberes e práticas no SUS é imprescindível fomentar os espaços de diálogo, interação, trocas e negociações já que o trabalho em saúde, apesar dos avanços tecnológicos, teóricos e marcos normativos ocorridos nos últimos tempos, ainda traz forte dimensão corporativa, hierarquizada, individualista e fragmentada. Ao repensar os processos de trabalho, abre-se a possibilidade para produzir sentido para o que se faz, ampliando a capacidade de analisar e intervir no que causa sofrimento patogênico no cotidiano de trabalho¹⁶.

Essa aposta visa romper com a fragmentação do cuidado, do trabalho, e da rede que estão respaldados no discurso dominante. Trata-se de colocar em análise coletiva a racionalidade hegemônica que somente vê a doença e os processos de trabalho alienantes. Os problemas e as soluções, como propõe a Política, precisam ser vividos e construídos coletivamente e não mais em modos individuais, heroicos e adoecedores de trabalhar, como costuma propor a cultura da competição e do individualismo que marca a contemporaneidade.

Os desafios e aprendizados no apoio: recortes do cotidiano

No trabalho como apoiadora da PNH, experimentamos ricos momentos e alguns serão retomados aqui. Pinçamos situações vivenciadas por nós que ilustram os desafios e os aprendizados nas experimentações de apoio no SUS. Os recortes do cotidiano são curtas histórias colecionadas nos últimos anos que trazem o exercício na efetivação da PNH, uma política pública que visa superar a racionalidade hegemônica na atenção e na gestão produzindo interferências nos modos assépticos de fazer saúde.

Em uma das tarefas de apoio, participamos da montagem e do funcionamento de um colegiado gestor em um grande hospital geral. Com o passar do tempo e dos encontros, os participantes apostaram coletivamente no colegiado, exercitando-o como um espaço de democracia institucional. Em uma das reuniões, o grupo questionou a organização do hospital e, inclusive, os usos das salas do centro cirúrgico. Um dos membros se atreveu a perguntar: “por que as salas cirúrgicas têm donos?”. Na acalorada discussão, compreendemos que a manutenção das salas por especialidade interessava a um pequeno grupo a despeito da necessidade de toda a comunidade. A partir disso, foi possível problematizar os usos privados, relações de poder, supremacia de algumas especialidades dentro do hospital, submissão imposta ao usuário pelo saber biomédico, lugar do hospital na rede de saúde, dentre outros aspectos. A resolutividade e eficácia nos modos de cuidar das pessoas voltaram para roda de negociação e de disputa como meta daquele grupo e dos modos de organizar o serviço.

A experiência acima sinaliza que, na tarefa de apoiar, as tensões, os ruídos, os não ditos e os conflitos são ferramentas de trabalho e devem ser analisadas de forma coletiva. Apoiador e grupo vão, com a delicadeza necessária, estranhando o óbvio, questionando as regras, as burocratizações sem sentido e os privilégios ao tomar o cotidiano como permanente processo de produção de si, das práticas e das instituições. Buscávamos construir coletivamente outro modo de fazer, com a inclusão de sujeitos, coletivos, analisadores e produzir grupalidade^{3,4} para que outras redes de cuidado pudessem ser tecidas por nós¹².

Os modos autoritários e impessoais de cuidar, e o desrespeito à singularidade e fisiologia da mulher foram desnaturalizados numa outra experiência de apoio em um grupo aberto numa maternidade. Ao reunir semanalmente os interessados pela humanização do parto e nascimento, o grupo passou a problematizar os motivos que mantinham os quartos PPP^(e) (pré-parto, parto e pós-parto) fechados

^(e) Em conformidade com a Resolução nº 36/2008, os quartos ou suítes PPPs (pré-parto, parto e puerpério imediato) são espaços que possibilitam privacidade à parturiente e a família/rede social, compondo com outras práticas as estratégias pela humanização do parto e nascimento preconizadas e incentivadas pela Rede Cegonha¹⁸.

e o centro-obstétrico lotado. A pergunta disparadora foi “por que ainda não utilizamos os PPPs?”. Antes das reuniões era uma questão individual e solitária, mas ganhou força e abriu espaço para outras indagações, tais como: será mesmo a falta de equipamentos? Cadê o acompanhante? Por que a demora para a alta hospitalar do bebê? Como está o cartão da gestante? Usamos o partograma? As questões interrogavam as práticas rotineiras, reacenderam as discussões, evidenciando as muitas disputas, as relações de poder/saber e assim como alguns interesses dos profissionais em detrimento das usuárias e de suas famílias.

Em outra atividade de apoio, um certo modo de funcionamento de um grupo de trabalhadores, que capturava qualquer possibilidade de mudança, chamou nossa atenção. A partir desse estranhamento, fomos ouvindo-os sobre as dificuldades e os desafios para as mudanças nas práticas em saúde. Discutíamos os necessários enfrentados a serem feitos no cotidiano, a importância de juntar diversos sujeitos, incluir efetivamente o usuário, promover discussões cada vez mais coletivas e construir provisórias soluções.

Esse grupo foi com o passar do tempo, regularidade de encontros e construção de confiança, amadurecendo as discussões na compreensão de que a humanização das práticas não é uma tarefa exclusiva de algumas pessoas, tampouco mais atribuições para os trabalhadores acumularem em suas longas jornadas de trabalho e, ainda, não se efetiva como mais uma ordem a ser dada por quem ocupa um lugar na gestão. Em nossa experiência, são aprendizados que implicam tempo, espaço e investimento coletivo.

O último recorte do cotidiano a ser retomado neste texto foi um impasse vivido em um hospital geral referência para o atendimento de crianças de várias etnias indígenas. Certa vez, redes de balanço para descanso foram solicitadas na Pediatria pelos pacientes e acompanhantes. A higiene e a conservação dessas redes foram colocadas como impedimentos para atender tal solicitação, haja vista que a equipe considerava um risco permitir a entrada de redes trazidas de casa. A pergunta “quem garantiria as condições de higiene?” era feita a despeito das evidências científicas que apontam a flora hospitalar como problemática e não a flora comunitária. O hospital não tinha como adquiri-las e alegava que não havia justificativa para esse gasto em um serviço público. E ainda, se por ventura os aspectos acima pudessem ser resolvidos, a lavanderia não poderia lavar as redes já que as máquinas e os produtos químicos eram fortes demais e poderiam danificá-las. Sendo assim, as restrições estavam sintetizadas nos imperativos “não pode!”, “é perigoso!” já que o “hospital não deve se preocupar com essas coisas...”.

Apesar do empenho de vários apoiadores, as redes de descanso não foram concretizadas naquele momento, mas foi possível refletir sobre o que significavam para aquelas pessoas. Outros trabalhadores também passaram a discutir como avançar no respeito às especificidades das comunidades indígenas internadas ali.

Algum tempo depois, em uma visita ao mesmo hospital, encontramos, para nossa surpresa, bebês dormindo em redes nas incubadoras da Unidade de Terapia Intensiva. Essa experiência, dentre os muitos aprendizados, faz-nos indagar sobre os efeitos do apoio. O que antes parecia impossível, ganhou nova expressão e sinalizou que outros tipos de redes pudessem ser tecidas ali com o passar do tempo. Parece-nos que há uma dimensão fomentada pelo trabalho de apoio que mantém ativo o jogo de forças pelas mudanças das práticas em saúde.

Os recortes do cotidiano trazidos acima apontam que, apesar da proposta e do esforço, muitas vezes os trabalhadores estão capturados pela lógica hegemônica da racionalidade biomédica e da gestão tradicional e não conseguem romper com a produção de procedimentos, inclusive na produção de reuniões, atas e prescrições, sem a devida reflexão da necessidade do que estão produzindo. A lógica da eficiência predomina em espaços nos quais é preciso refletir na busca pela eficácia e resolutividade das ações. Além disso, com a mesma força da gestão e da clínica hegemônica, merece destaque a ousadia e a radicalidade da tarefa colocada pela PNH que convoca um reposicionamento diante das problemáticas do cotidiano. Esse reposicionamento ou deslocamento é, ao mesmo tempo, profissional, subjetivo, coletivo, ético e político, já que nos convida a colocar em análise o que se faz, como e para que fazer. Esse convite promove a desestabilização do lugar confortável até então ocupado por trabalhadores, gestores e também usuários do SUS.

Ao olhar para as nossas experiências com a PNH, verificamos que, apesar de diversos assuntos serem discutidos nas reuniões de grupos de trabalho, colegiados e demais arranjos para democratizar as relações, *a priori* não está garantido o exercício do modo de fazer compartilhado. É necessário manter uma questão no horizonte: “toda prática dita coletiva, no âmbito da Saúde Pública, têm tido a potência de ativar [...] o movimento de criação e transformação das formas?”⁵ (p. 691).

Em consonância com a PNH e com as considerações acima, não interessa o apoio como imposição, mas como dispositivo cuja potência interroga os modos verticais de fazer saúde, coloca em análise os espaços de controle e silenciamento que mantêm os não ditos fora da roda, fora do jogo de negociação. Um dos grandes desafios é fazer com que as apostas e propostas da PNH sejam apoiadas, no amplo sentido do termo, por movimentos cada vez mais coletivos, aumentando a potência de agir de todos os envolvidos. Apoiadores da PNH e do SUS têm reafirmado que pessoas juntas e organizadas possuem potência para mudar o estado de coisas.

Para finalizar

Este artigo buscou tecer considerações a partir de experimentações no apoio, como dispositivo e método para problematizar saberes, práticas, concepções e modos já naturalizados de olhar para o cotidiano, tal como propõe a Política Nacional de Humanização. Como estratégia para fomentar transformações nos modos de trabalhar, relacionar-se e viver nos sujeitos e nos serviços de saúde, o apoio evidencia que as mudanças no SUS, que a PNH almeja e fomenta, não são possíveis por decreto. É preciso construir relações e práticas mais solidárias e “avançar para uma nova ética: de fazer junto e de construir junto. Ética que move e sustenta a função do apoio institucional”¹⁵ (p. 117).

Tomar o apoio como experimentação implica estar atento para não considerá-lo como lugar de verdade, mas aceitar um convite que sinaliza um modo de fazer inclusivo no qual autonomia e corresponsabilidade, atenção e gestão, clínica e política, produção de saúde e de sujeitos são exercitados como inseparáveis. Eis uma aposta radical na possibilidade dos sujeitos “experimentarem o que está para quem e além de si, podendo, então, outrar-se, (re) inventar-se”²² (p. 23).

Enquanto obra aberta e tarefa coletiva, a PNH vem promovendo inflexões ao colocar em análise o modelo hegemônico, reafirmando que o caminho é a meta, numa aposta nas mudanças nos modos de subjetivação e no constante exercício de estranhar o que é dado como natural e imutável. A ousadia dessa experimentação só é possível por meio de estratégias coletivas, uma vez que no caminho se constroem as possibilidades de resistir.

Colaboradores

Catia Paranhos Martins e Cristina Amélia Luzio participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Campos GWS. Equipe de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Cien Saude Colet*. 1999; 4(2):393-403.
2. Oliveira GN. Devir apoiador: uma cartografia da função apoio [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2011.
3. Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS: formação e intervenção - Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília (DF): MS; 2010. v. 1.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília (DF): MS; 2009.
5. Escossia L. O coletivo como plano de criação na Saúde Pública. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13 Supl 1:689-94.
6. Pasche DF, Passos E. A importância da humanização a partir do SUS. *Rev Saude Publica Santa Catarina*. 2008; 1(1):92-100.
7. Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Cienc Saude Colet*. 2005; 10(3):561-71.
8. Heckert ALC, Passos E, Barros MEB. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13 Supl 1:493-502.
9. Righi L. A PNH, trabalho em rede e a gestão de equipes de saúde [Internet]. Brasília (DF): MS. (Produto 7/PNUD - Relatório de Consultoria). [acesso 2013 Fev 10]. Disponível em: http://www.cesnors.ufsm.br/professores/liane/produto_7.pdf
10. Figueiredo MD, Onocko Campos R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Cienc Saude Colet*. 2009; 14(1):129-38.
11. Mori ME, Oliveira OVM. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13 Supl 1:627-40.
12. Pena RS. Saúde mental atravessada: construindo espaços de interlocução entre a queixa invisível e outras dores já instituídas [dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2009.
13. Vasconcelos MFF, Morschel A. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13 Supl 1:729-38.
14. Pasche DF, Passos E. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde – aposta da política de humanização da saúde. *Saude Debate*. 2010; 34(86):423-32.
15. Pasche DF, Vilela MEA, Martins CP. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. *Rev Tempus Actas Saude Colet*. 2010; 4(4):105-17.
16. Guedes C, Roza M, Barros MEB. O apoio institucional na Política Nacional de Humanização: uma experiência de transformação das práticas de produção de saúde na rede de atenção básica. *Cad Saude Colet*. 2012; 20(1):93-101.
17. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº154, de 24 de janeiro de 2008 [Internet]. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. 2008 [acesso 2013 Out 8]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/poraria154_24_01_08.pdf
18. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório final plano de qualificação das maternidades e redes perinatais da Amazônia Legal e Nordeste/Rede Cegonha. Brasília (DF): MS; 2012 [acesso 2013 Mar 10]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/RELATORIOFINALPQMfinal.pdf>

19. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Caderno de referência para o processo de formação de profissionais do Apoio Institucional Integrado do Ministério da Saúde: QUALISUS-REDE/Ministério da Saúde. Brasília (DF): MS; 2011.
20. Campos GWS, organizador. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.
21. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia institucional: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.
22. Barros RB. Grupo: a afirmação de um simulacro. Porto Alegre: Sulina/UFRGS; 2007.

Martins CP, Luzio CA. Experimentos en el apoyo a partir de las apuestas de la Política Nacional de Humanización – HumanizaSUS. Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 1:1099-106.

Este texto busca narrar algunos experimentos de apoyo institucional y reflexionar sobre ellos, según lo propuesto por la Política Nacional de Humanización del Atención y Gestión – HumanizaSUS del Ministerio de la Salud, Brasil. El apoyo es tomado como método para promover el cuestionamiento de las relaciones, conocimientos, prácticas y modos considerados naturales en el cotidiano del Sistema Brasileño de Salud. Para esto, se presenta una breve puesta en contexto sobre la Política Nacional de Humanización y luego se problematizan algunas situaciones de apoyo para indicar los desafíos enfrentados en el proceso de producción de cambios en la atención y gestión dentro del Sistema Brasileño de Salud.

Palabras clave: Humanización. Apoyo institucional. Política Nacional de Humanización. Sistema Brasileño de Salud.

Recebido em 18/06/13. Aprovado em 20/09/14.