

POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE MENTAL: A VISÃO DOS RESIDENTES EM SAÚDE A PARTIR DOS CENÁRIOS DE ATUAÇÃO

PUBLIC POLICIES AND MENTAL HEALTH: THE VIEW OF RESIDENTS IN HEALTH FROM THE SCENE POSITION OF PRACTICE

Daniela Aparecida Araujo Fernandes

Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP)
Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA)
danimanduca@gmail.com

David Antonio da Silva Filho

Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP)
davidfilho31@gmail.com

Jonatha Rospide Nunes

FESP/Palmas-TO
jonatharospidenunes2015@gmail.com

Resumo: *O presente artigo trata-se de um relato de experiência que objetiva articular “o que se diz, o que se faz e o ideal” em saúde pelo método da cartografia e procedimentos metodológicos da pesquisa-ação. A partir de experiências na Residência Multiprofissional em Saúde, problematizadas na disciplina de Políticas Públicas e Saúde Mental, propomos uma breve análise de nossas práxis, entendendo que tal proposta já fomenta uma intervenção. As grandes temáticas abordadas se pautam na política de saúde, qual seja, políticas públicas e políticas públicas de saúde mental relacionadas com a Lei 8080/90, no capítulo III- Da organização, da direção e da gestão, articuladas com as vivências enquanto profissionais residentes nos diversos campos de prática da Residência Integrada em Saúde. Os cenários de práticas vigentes foram a Vigilância Epidemiológica- Vigilância em Saúde e a Estratégia de Saúde da Família (ESF)- Atenção Primária em Saúde.*

Palavras chave: *Políticas Públicas; Saúde Mental; Residência Multiprofissional em Saúde.*

Abstract: *This article is about an experience report that aims to articulate “what is said, what is done and what is ideal” in health by the method of cartography and methodological procedures of action research. From the experiences in the Multiprofessional Residency in Health, problematized in the discipline of Public Policies and Mental Health we propose a brief analysis of our praxis, believing that such a proposal already promotes intervention. To that end, the main themes are the politics, public policies and public policies of mental health related to Law 8080/90, in chapter III – Of the organization, of the direction and the management, articulated with the experiences as professionals residing in the diverse fields of Practice of the Integrated Residency in Health. The current practice scenarios were the Epidemiological Surveillance - Health Surveillance and the Family Health Strategy (ESF) - Primary Health Care.*

Keywords: *Public Policies; Mental Health; Multiprofessional Residency in Health.*

Introdução

Na sua constituição histórica, o papel do Estado na saúde, a partir da redemocratização e desenvolvimento dos ideais da reforma sanitária, é implantado o Sistema Único de Saúde (SUS) através da Constituição Federal de 1988. (BRASIL, 1988). É prevista no Art. 8º e Art. 9º da lei 8.080/90:

Art. 8º- As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente (BRASIL, 1990, p.4).

O Art. 9º “A direção do Sistema Único (SUS) é única de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo (...)”. (BRASIL, 1990, p.4). Assim as leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, permitem a implantação do SUS pautadas nos princípios de universalização, integralidade, descentralização e participação popular.

O Estado Moderno desenvolveu-se em torno da racionalidade do governar e, com efeito, houve a construção de um campo de conhecimento direcionado para o estudo do Estado e da política, a então chamada ciência política. Ou seja, com foco na ação dos governos, com objetivo de orientá-los em prol da justiça social e com o principal elemento de análise - as políticas públicas. Para Foucault (2005), o conceito de governamentalidade se refere à construção de uma “racionalidade política” na conjunção das técnicas de dominação das populações e de constituição de si. Desta forma, tal conceito abarca o chamado governo de si (constituição de uma ética), o governo dos outros (formas políticas de governo) e a relação entre o governo de si e o governo dos outros.

Para Benevides; Passos (2005), o Estado não tem mais a primazia de foco ou de centro do poder, mas permanece como um dos pontos de referência na constituição de governamentalidade, onde o governo político se faz na referência ao Estado em sua relação com a dimensão pública das políticas.

As políticas públicas são respostas dos governos às demandas, problemas e conflitos de um grupo social. É o resultado de negociações entre diversos interesses, mediados pela racionalidade técnica (BAPTISTA; MATTOS, 2011).

Baseado em Baptista; Mattos (2011) entendemos política para além do seu aspecto formal. Pois assim como observado nos campos de prática da residência, se caracteriza por embates e conflitos de interesse de posições e percepções do mundo. Sendo assim, produz acordos momentâneos e dinâmicos que estão relacionados com nossas formas de viver e (re)produzir a sociedade historicamente. É o resultado de uma disputa de poderes e saberes, em que há sempre um discurso dominante. É nesse jogo do cotidiano das instituições e das práticas que buscamos cartografar.

Para tal, propomos um pensamento político crítico, valorizando os processos e sujeitos, inclusive nós profissionais em formação como sujeitos envolvidos na construção da ação política em saúde, passíveis de produzir efeitos na sociedade, não se restringindo aos enunciados oficiais e instituições formais, mas dentro destes criamos linhas de fuga. Conforme Deleuze; Parnet (1998), a linha de fuga é uma desterritorialização. Fugir é ativo, é traçar linhas, uma cartografia. A linha de fuga é como trair, que sendo assim é difícil porque nela se cria, onde perde a identidade, o rosto, torna-se desconhecido. Fazer assim uma ruptura com as significações dominantes, saímos do buraco de nossa subjetividade e do nosso “Eu”. Os autores afirmam que sobre as linhas de fuga só há experimentação-vida. “(...) Pois é na prática cotidiana das instituições e das relações sociais que podemos reconhecer elementos do nosso modo de constituir as políticas de Estado” (BAPTISTA; MATTOS, 2011, p.65).

A vivência abaixo representa o Estado Moderno que envolve também a existência de uma burocracia. Burocracia é um conjunto de servidores públicos que trabalham em instituições governamentais que aplicam um conjunto de conhecimentos e técnicas com o objetivo de governar a população e suas produções. Assim o Sistema único de saúde em sua organização, conforme o Art. 8º prevê ações e serviços de saúde, organizado de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Max Weber (1969, *apud* BAPTISTA; MATTOS, 2011) elaborou o conceito de burocracia, referindo-se ao aparato técnico administrativo do Estado, composto por profissionais especializados, encarregados por diversas tarefas do sistema e responsáveis por várias áreas relacionadas aos interesses coletivos da sociedade. Estas definições cabem aqui, ao estarmos inseridos na burocracia e para refletirmos o que nos mobiliza, o que reproduzimos e inventamos.

Metodologia

Nossa análise versa sobre a experiência de residentes em saúde, um Cirurgião Dentista que atuou na Estratégia de Saúde da Família e uma Psicóloga que atuou na Vigilância Epidemiológica. Enquanto residentes cursamos a disciplina de Políticas Públicas e Saúde Mental, proposta pela Residência Multiprofissional da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas-TO, no período de

abril a junho de 2014. Nesta disciplina, construímos este artigo por meio da problematização, roda de conversa, análise de processos de trabalho, enfim, dito de outra forma, nossa experiência nos cenários de prática em articulação com a legislação do SUS e artigos indicados na disciplina e outros pesquisados por nós. Assim sendo, optamos por utilizar a primeira pessoa do plural em nosso discurso, na medida em que a construção do mesmo foi coletiva.

Neste artigo, o método não se refere a procedimentos rigorosos e específicos que buscam descobrir algo que sempre esteve lá esperando que alguém o descobrisse. Não existe um objeto definido *a priori* separado dos procedimentos que chegam até ele; não há controle de variáveis e – muito menos – neutralidade. As respostas não são separadas das questões e do campo do qual elas emergem enquanto problemas.

Desta forma, este escrito consiste em um relato de experiência engendrado por meio do método cartográfico, utilizando procedimentos (ou ferramentas) metodológicos da pesquisa-ação, pesquisa participante e da análise de implicações.

O método da cartografia, proposto por Deleuze e Guattari (1996), é bastante utilizado em pesquisas de campo para o estudo da subjetividade. A Psicologia atual e a contemporaneidade nos instigam a buscar outros modos de conhecer, sobretudo na tentativa de abarcar a complexidade e a processualidade de nossos objetos de estudo. Segundo Romagnoli (2009) ao lidar com a complexidade, a cartografia embasada em uma leitura esquizoanalítica da realidade, se sustenta na invenção e na implicação do pesquisador, com a possibilidade de conectar a pesquisa com a vida.

A cartografia se apresenta como valiosa ferramenta de investigação, exatamente para abarcar a complexidade, zona de indeterminação que acompanha, colocando problemas, investigando o coletivo de forças em cada situação, esforçando-se para não se curvar aos dogmas reducionistas. Contudo mais do que procedimentos metodológicos delimitados, a cartografia é um modo de conceber a pesquisa e o encontro do pesquisador com seu campo. Entendemos que a cartografia pode ser compreendida como método, como outra possibilidade de conhecer, não como sinônimo de disciplina intelectual, de defesa da racionalidade ou de rigor sistemático para se dizer o que é ou não ciência, como propaga o paradigma moderno (ROMAGNOLI, 2009, p.169).

Assim sendo, lançamos mão de três ferramentas (ou procedimentos) metodológicas. A primeira oriunda da Pesquisa-Ação, que se refere a propor uma intervenção – atuação como residente, e submetê-la a análise - registro, discussão e sistematização da experiência (LINS, 2015).

Pesquisa ação é um tipo de pesquisa com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 1986, p.14).

A segunda, se refere a Pesquisa Participante, uma vez que estamos imersos no cenário em que nos propomos a analisar, ou seja, participamos da intervenção e da paisagem social mais ampla na qual ela está inserida (SILVA; SOUZA, 2014). Na medida em que nos propomos a analisar o cenário que fazemos parte, se torna fundamental incluímos a terceira ferramenta metodológica, forjada no movimento Institucionalista, denominada análise de implicações, que nos impele a analisarmos o que nos move afetivamente, ideologicamente e profissionalmente, através das práticas que produzimos (MONCEAU, 2015).

Resultados e Discussão

A vigilância epidemiológica, um dos espaços de vivência da Residência, perante os níveis de complexidade, refere-se à gestão. A proposta da prática dos residentes é passar pelas diversas áreas da Vigilância em Saúde, sendo uma delas a Vigilância Epidemiológica. Na Vigilância Epidemiológica,

as áreas técnicas são divididas e responsáveis por agravos, seja das Doenças e Agravos Transmissíveis (DATs) como das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs). Neste espaço, houve uma reunião interna para tratar dos processos de trabalho e fluxo de rotina da área técnica DST/Aids, Hepatite e Meningite. Assim, durante a reunião foi discutida e reformulada as ações para melhor execução do trabalho, a partir da divisão dos profissionais da área nos campos: prevenção, vigilância e gestão. Até o momento (março de 2014), a área contava com dois profissionais técnicos, previsto para no mês de maio totalizar com quatro servidores, sendo que uma entraria de licença maternidade.

A primeira vivência a ser analisada se trata da definição pela gestão que haveria uma residente assumindo a área, no lugar da servidora que sairia de licença. Vale ressaltar que a proposta da residência nesse campo é a atuação nas áreas técnicas a partir de projetos de intervenção nos problemas identificados. Contudo, houve uma imposição transposta que nos direcionou a assumirmos responsabilidades de profissionais circunscritos, com funções “técnicas”. Este movimento, de residentes assumirem o papel de servidores, deve ser gerido com muito cuidado, para não irmos ao desencontro com a proposta pedagógica da residência, ou seja, é fundamental que os residentes tenham a vivência nos serviços do SUS, mas como profissionais em formação. Este acontecimento explicita as relações de poder na organização do serviço e na gestão, delimitando as possibilidades desenhadas pelo poder através de normativas, indicando um caminho a ser seguido. Sob a produção normativa, é evidente que a mesma se sustenta politicamente, juridicamente e teórico-conceitualmente. Por isso, a importância de estar atento às normativas, como são criadas, em que contexto, com que objetivo; pois com esta análise a apreendemos na sua dimensão de gestão das formas de ser e de viver.

Vale ressaltar que o Projeto Pedagógico no Programa de Residência Multiprofissional tem como objetivo formar profissionais através de metodologias ativas de aprendizagem, a partir das vivências de serviço para o desempenho de ações de cuidado no âmbito do SUS. Ou seja, potencializar a formação de profissionais comprometidos ético-politicamente com os princípios e diretrizes do SUS. Provocar reflexões acerca do papel dos trabalhadores de saúde e das Instituições de Ensino enquanto agentes transformadores da realidade social, entre outros.

Dessa forma, nas falas dos profissionais que prestam serviço para o município (servidores públicos e contratados) percebe-se uma dificuldade de consenso único quanto à atuação das residentes, ou até mesmo interesse (política), manuseando nossas atuações em prol das necessidades institucionais, como exemplo, ajustar o quadro de servidores. Nos discursos a respeito do papel dos residentes há uma certa ambiguidade, que pode ser constituída por conveniências. Quando são momentos de tomada de decisão o discurso é de que são residentes em formação, mas quando é para assumir responsabilidades da atenção em saúde são profissionais como qualquer outro. É nesse jogo de forças instituídas e instituintes que entendemos que devemos ser profissionais transformadores, identificarmos as questões das áreas técnicas e atuarmos através de projetos. Percebe-se que desconsideram o perfil dos profissionais (residentes); as visões ampliadas para além dos problemas que estão instituídos e vistos pelo serviço. A residência multiprofissional em saúde, prima pela participação na construção do conhecimento e conseqüentemente do cuidado em saúde, seja ele de forma direta ou indireta.

Nesse contexto, embasado no Movimento Institucionalista, que define uma série de teorias, práticas e experiências, objetivando impulsionar experiências coletivas criadoras de novos saberes (BAREMBLITT, 1992), buscamos olhar com estranhamento nosso cotidiano, e para a maneira como os processos de organização, direção e gestão são (re)produzidos. Visto que as práticas em saúde são uma construção, inseridas no contexto histórico-cultural em que vivemos. No exercício de articulação das práxis buscamos processos de autoanálise e auto-gestão, na busca de produzir rupturas nas relações estabelecidas.

Auto-gestão envolve processo e resultado da organização de coletivos para discutirem e resolverem os problemas de modo independente, já a autoanálise dos coletivos envolve produção/re-apropriação pelos saberes acerca de si mesmo que frequentemente são desqualificados, na qual é valorizado o saber dos “especialistas”. O conceito de instituição para maior parte das correntes teóricas do Movimento Institucionalista é pensado não apenas como um estabelecimento, mas como uma rede de relações no interior desses estabelecimentos (GUIZARD; LOPES; CUNHA, 2011). Extrapolando ainda mais o conceito de instituição, Rodrigues e Souza (1987 *apud* GUIZARD; LOPES;

CUNHA, 2011), explicam como algo problemático e não localizável, uma forma que produz e reproduz as relações sociais que se instrumenta em estabelecimentos, como exemplo as relações produzidas na Vigilância Epidemiológica.

O Movimento Institucionalista também lança mão do conceito de instituído e instituinte, pois a instituição e a sociedade (tecido de instituições) estão sempre em movimento. Ora com forças instituídas que são formas gerais de relações sociais que se apresentam como naturais e a-temporais, ora com forças instituintes que não são previsíveis, mas com potencial transformador (GUIZARD; LOPES; CUNHA, 2011).

Como tal, o Movimento Institucionalista critica o modo de ciência neutra e sugere "(...) que a intervenção social seja entendida como forma de produção de conhecimento, destacando o caráter político de toda investigação" (GUIZARD; LOPES; CUNHA, 2011, p.205). Parte-se de uma análise da implicação, sendo esta a relação que desenvolvemos com as instituições e os efeitos que a instituição produz em nós e vice versa. A análise de implicação "trata-se de compreender nossa modalidade de relação com a instituição porque essa implicação tem efeitos mesmo que nós não saibamos" (MONCEAU, 2008 *apud* GUIZARD; LOPES; CUNHA, 2011, p.206). Ou seja, é uma análise dos vínculos com as instituições, percebidas no presente trabalho e de forma mais generalizada com todo o sistema institucional.

A segunda vivência analisada se refere ao ideal exposto no Art. 10º, inciso 2: no nível municipal, o SUS poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Uma das principais características da Atenção Básica e das equipes de saúde bucal é o fato de ser a "porta de entrada preferencial" do usuário para o sistema de saúde, e que conta a integração dos sistemas de referência e contra referência para que se garanta o tratamento adequado e resolutivo desse paciente.

A fundamentação das ações e serviços do Programa de Saúde da Família se encontra na família, através do trabalho de uma equipe multiprofissional, buscando a interação entre a equipe e a população, baseado no processo de territorialização e adscrição da clientela e, sobretudo a integralidade. Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012). O Programa de Saúde da Família tem o objetivo de levar a saúde com integralidade ao usuário, que tem o direito de acesso e serviços de diferentes níveis de atenção.

A Lei 8080/90 no capítulo III Art.14A inciso II nos remete que as comissões Bipartite e Tripartites tem o objetivo de definir as diretrizes a respeito da organização das redes de ações e serviços e essas devem corresponder entre as unidades de atenção, o território e sua população, para que o usuário possa ter continuidade dos seus cuidados.

A referência é de grande importância no encaminhamento de um paciente, da atenção básica para um local de maior complexidade – atenção especializada. Este documento só é efetivo se constar nele algumas informações: identificação da unidade, do paciente, hipótese de diagnóstico, dados clínicos e um deles são os exames complementares.

Na Odontologia o exame complementar mais solicitado para se referenciar o paciente é a radiografia periapical, deve estar presente no encaminhamento. Mas este exame tem demorado muito para que o paciente venha realizar, e assim demora o retorno para que se possa encaminhar para atenção especializada. Toda essa espera pode prejudicar o usuário, ocasionando na piora de seu estado de saúde e evolução da doença.

A radiografia é um exame simples de se fazer, e não é caro quando se faz particular, porém a prefeitura justifica a demora destes exames devido à grande demanda. Mas para que haja a devida integração de uma rede, garantindo uma resolutividade de forma a possibilitar o acompanhamento do usuário, é necessário que se disponibilize de mais profissionais e locais de tratamento especializado para que não haja longa fila de espera, resultando no caso da saúde bucal, na perda de um dente.

Um dos fatores que mais acontecem na prática de clínica diária dos profissionais da atenção básica, principalmente em relação ao atendimento dos usuários sob tutela é, por saber que existe um serviço de atenção especializada para estes usuários, muitos não se preocupam em os atender jogando toda a responsabilidade para outro profissional. Furtado (2001) fala que mesmo que o

profissional não seja totalmente responsável pela execução do projeto terapêutico desses usuários, ele deve estar ciente e acompanhar ainda que à distância a evolução deste paciente.

Muitos desses profissionais da atenção básica não percebem que dessa forma há uma sobrecarga dos serviços da atenção especializada que às vezes não suporta a demanda, e que essa prática de só fazer encaminhamentos não fomenta a formação do vínculo entre o profissional-usuário, que é de extrema importância nos serviços de saúde.

A terceira vivência analisada emerge quando falamos de pacientes com transtornos mentais. Tal usuário necessita de acolhimento multiprofissional e inserção social na comunidade, porque esses pacientes, de uma maneira geral, além das dificuldades enfrentadas em virtude de uma condição incapacitante, sofrem na maioria das vezes discriminação pela sociedade, pelos profissionais de saúde e até mesmo, por seus familiares. Então, mais do que medicações e escuta é preciso lançar mão de recursos que visam o cuidado integral como: visitas domiciliares, reunião com a família ou núcleo que está inserido, escola, trabalho, entre outras, de forma de que ele também se ache responsável por sua saúde.

Segundo Kantorski *et al.* (2010), as formas de lidar com os doentes mentais, no Brasil nos últimos anos vem sofrendo mudanças, o que se tratava de um modelo manicomial onde o usuário ficaria excluído e isolado vem se transformando em um modelo assistencial onde este usuário é agente/autor de sua própria reabilitação e com isso se tem uma maior inclusão social e oportunidades de emprego e formação.

O processo de produção de saúde onde o sujeito, quando mobilizado, é capaz de transformar realidades transformando se a si próprio neste mesmo processo é o que se chama de humanização, visto como uma estratégia de interferência no processo de produção de saúde. Humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS é o meio mais viável de qualificação das práticas de saúde: acesso com acolhimento, atenção do cuidado integral e equânime com responsabilização e vínculo, valorização dos trabalhadores e usuários com avanços na democratização da gestão e no controle social participativo (Benevides; Passos, 2005).

A portaria GM/336 de 19 de fevereiro de 2002 normatiza os serviços de atenção psicossocial (CAPS) sendo responsáveis pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no SUS. Para Kantorski *et al.* (2010) em discussão ao projeto terapêutico dos usuários dos CAPS no Rio Grande do Sul, destacaram que nestes centros a integralidade do cuidado deve ser primordial a fim de garantir qualidade da atenção à saúde e, conseqüentemente, o avanço da qualidade de vida do usuário.

Sabe-se que o cuidado integral deve compreender ações preventivas, curativas e de promoção de saúde no âmbito individual e coletivo, e nos diferentes níveis de complexidades (KANTORSKI *et al.*, 2006).

Para que o reestabelecimento da saúde mental seja efetivo, é necessário que se tenha uma equipe multiprofissional que trabalha a reabilitação psicossocial de forma integral. No município de Palmas-TO os CAPS contam com uma equipe multiprofissional, porém na área de saúde bucal não tem nenhum Cirurgião dentista que compreenda esta equipe, e nem equipe de saúde bucal da atenção básica (PSF), que dão assistência a estes centros. Como é possível uma abordagem integral da saúde destes usuários? A assistência de forma integral está fundamentada na articulação de todas as formas da produção do cuidado.

A saúde bucal também facilita a inserção destes usuários à sociedade no qual se insere mercado de trabalho, formação profissional bem como evita complicações de enfermidades de origens sistêmicas, principalmente daqueles submetidos às relações de opressões, discriminação e dominação social.

Percebe-se que os sujeitos podem criar e forjar atuações no processo político, porque há um caráter dinâmico e mutável que é do ser humano e suas relações, que também se apresenta no discurso político. Ou seja, o instituinte só é possível porque há o instituído e nessa trama há o reconhecimento de outros sujeitos ativos e participantes que não necessariamente os representantes oficiais do processo político.

Outros conceitos importantes são o de macropolítica e micropolítica elencados por Deleuze; Guattari (1996) que assim como instituído e instituinte permitem evidenciar a presença transversal das relações de força e seus efeitos na produção de realidade. A macropolítica demanda o modelo

hegemônico de atenção à saúde, a partir das prioridades e estratégias traçadas por uma política pública, no cotidiano das relações nas unidades de saúde, na vigilância epidemiológica, ou seja, nos lócus de trabalho. Encontramos nestes espaços desqualificação dos saberes que não correspondem aos especialistas, ou a hierarquia do cargo; no desejo de recursos tecnológicos; nas metas de saúde a serem alcançadas que não necessariamente condiz com a realidade e necessidade de saúde dos usuários entre outros que nos deparamos.

Os movimentos micropolíticos atenuam novos modos de relação e de existência, a nível individual, coletivo ou institucional. O que importa são os efeitos que esses processos geram como manutenção ou transformação das relações sociais (Guizard; Lopes; Cunha, 2011).

Silva (2005) fala da importância da comunidade na formulação de políticas públicas e na supervisão e controle da oferta e distribuição dos serviços, destacando o controle social como uma estratégia de descentralização da gestão e assumindo também responsabilidades pela assistência principalmente daqueles que são considerados vulneráveis: loucos, crianças e índios, por exemplo. E destaca os princípios do SUS como a descentralização da gestão, a participação da comunidade e atenção integral.

O trabalho de desinstitucionalização não pode remeter apenas ao político, jurídico, teórico-conceitual e sócio-cultural. Não pode esquecer de dar visibilidade e conferir concretude ao técnico assistencial – atravessado pelas outras dimensões, o que implica diferentes modos de olhar para a organização dos dispositivos assistenciais, externamente e internamente (BORGES; BAPTISTA, 2008, p.466).

Assim, é importante pesar o grau de institucionalidade da política e o grau de hegemonia do pensamento que a sustenta. Sob essa perspectiva, deve-se articular uma rede com dispositivos assistenciais e não assistenciais ao tratarmos de um modelo assistencial complexo e integral.

É válido ressaltar, conforme Campos; Soares (2003) que a concepção do processo saúde-doença que pauta a política pública a partir da constituição do SUS no Brasil foi ampliada ao abarcar os condicionantes e determinantes do processo e assim o conceito da determinação social contribuiu para explicar o processo saúde-doença buscando operacionalizá-lo em práticas que respondam os problemas e necessidades de saúde.

Conclusão

Como tal, a formulação de políticas por um nível central não é um processo de mão única, ou não deveria ser, porque este é um processo que suscita ação questionadora e propositiva nos espaços onde se dá o cuidado (direta ou indiretamente). Para tal, a prestação do cuidado deve ser integrada com a ação de um órgão propositivo de políticas oficiais. Neste âmbito, fica evidente a necessidade intervenções em saúde que fomentem a participação de residentes, profissionais, gestores e comunidade nos espaços de controle social.

Portanto a análise das políticas públicas a partir da análise institucional permite uma noção imanente, ou seja, permite novos questionamentos das políticas e ressalta as relações e atravessamentos entre as estruturas e normativas jurídico-organizacionais das práticas dos sujeitos sociais (GUIZARD; LOPES; CUNHA, 2011). Esta análise nos permite identificar as condições de possibilidade das políticas de saúde instituídas, o solo fértil no qual esta política brotou e cresceu, evidenciando a genealogia de sua construção, que também é a chave para a sua desconstrução e abertura para novas possibilidades.

Dessa forma, questionamos nossa própria inserção como condição de análise das políticas públicas, pois somos todos atravessados e constituídos por formas de relações que são ao mesmo tempo instituídos e instituintes deste Estado, desta política, destes indivíduos.

Neste sentido, a residência multiprofissional, enquanto estratégia de ensino em serviço, possui um movimento de duplo sentido. Pode funcionar no sentido de arrastar para o instituído, intensificando a cristalização, endurecimento das políticas, das regras institucionais e das pessoas; contribuindo na construção de pessoas “economicamente úteis e politicamente dóceis” (FOUCAULT, 2004).

Por outro lado, a residência pode funcionar no sentido de desconstruir o que está instituído nas políticas, nos serviços e nas pessoas, por meio do questionamento constante dos efeitos das políticas, das regras dos serviços e das formas ou modos de ser e de viver das pessoas. Este sentido abre o caminho para construção de novos rumos para a saúde pública brasileira. Neste final é inevitável a pergunta: tendo em vista que estes sentidos coexistem, qual deles domina, é possível perceber práticas hegemônicas em nossos serviços enquanto profissionais de saúde?

Referências

BABTISTA, Tatiana de Faria; MATTOS, Ruben Araujo. Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In: MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, p.52-91, 2011. Disponível em: <www.ims.uerj.br/ccaps>. Acesso em: 25 abr. 2014.

BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1992.

BENEVIDES, R; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, 10(3):561-571, 2005.

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(2):456-468, fev, 2008.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: **Senado Federal**: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Lei nº.8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, Célia Maria Sivalli; SOARES, Cássia Baldini. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8(2):621-628, 2003.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. 1- Introdução: Rizoma. In: DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. São Paulo: Ed 34, 1996.v.1, p.10-36.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. 1933- Micropolítica e segmentaridade. In: DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. São Paulo: Ed 34, 1996.v.3, cap.9, p.83-115.

DELEUZE, Gilles; PARNET, Claire. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**. Rio de Janeiro, Petrópolis, Vozes, 2004.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FURTADO, J. P. Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos: da unidade de reabilitação de moradores ao CAPS Estação. In: HARARI, A.; VALENTINI, W. (Org.). **A Reforma Psiquiátrica no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 37-58.

GUIZARD, Francini Lupe; LOPES, Márcia Raposo; CUNHA, Maria Luiza. Contribuições do Movimento Institucionalista para o estudo de políticas públicas de saúde. In: MATTOS, R.A; BAPTISTA, T.W.F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011, p.200-2018. Disponível em: <www.ims.uerj.br/ccaps>. Acesso em: 20 mai. 2014.

KANTORSKI, L.P, *et al.* A concepção dos profissionais acerca do projeto terapêutico de centros de atenção psicossocial – CAPS. **Cogitare Enferm.** 2010 Out/Dez; 15(4):659-66.

KANTORSKI, L.P, Souza J, Willrich J.Q, Mielke F.B. O cuidado em saúde mental: um olhar a partir de documentos e da observação participante. **Rev Enferm UERJ.** 2006; 14(3):366-71.

LINS, Maria Judith Sucupira da Costa. Métodos de Pesquisa Ação com maior comprometimento. In. **Rev.Eletrônica Pesquiseduca**, Santos, v. 07, n. 13, p.52-74 , jan.-jun. 2015.

MONCEAU, Gilles. Técnicas Socioclínicas para análise institucional de práticas sociais. In. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 197-217 abr. 2015.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. A cartografia e a relação pesquisa e vida. **Psicologia e Sociedade**, Florianópolis, v. 21, n. 2, ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822009000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2014.

SILVA, Martinho Braga Batista. Atenção Psicossocial e Gestão de Populações: Sobre os Discursos e as Práticas em Torno da Responsabilidade no Campo da Saúde Mental. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(1):127-150, 2005.

SILVA, Aline Almeida; SOUZA, Kátia Reis. Educação, Pesquisa Participante e Saúde: as ideias de Carlos Rodrigues Brandão. In. rab. **Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 3, p. 519-539, set./dez. 2014.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1986.

Recebido em 7 de fevereiro de 2017.

Aprovado em 22 de março de 2017.