

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Tiago Mendes Teixeira

**PRÁTICAS DA PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA:
Perspectivas de inovação no cotidiano dos serviços de saúde.**

Belo Horizonte

2014

Tiago Mendes Teixeira

**PRÁTICAS DA PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA:
perspectivas de inovação no cotidiano dos serviços de saúde.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de concentração: “Processos de Subjetivação”. Linha de pesquisa: “Intervenções clínicas e sociais”.

Orientador: Prof. Dr. João Leite Ferreira Neto

Belo Horizonte

2014

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

T266p Teixeira, Tiago Mendes
Práticas da psicologia na atenção básica: perspectivas de inovação no cotidiano dos serviços de saúde / Tiago Mendes Teixeira. Belo Horizonte, 2014.
113f.:il.

Orientador: João Leite Ferreira Neto
Dissertação (Mestrado)- Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

1. Atitudes em relação a saúde - Aspectos psicológicos. 2. Saúde pública. 3. Atenção primária à saúde. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil). 5. Inovações tecnológicas. I. Ferreira Neto, João Leite. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

Tiago Mendes Teixeira

**PRÁTICAS DA PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA:
perspectivas de inovação no cotidiano dos serviços de saúde.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de concentração: “Processos de Subjetivação”. Linha de pesquisa: “Intervenções clínicas e sociais”.

João Leite Ferreira Neto (Orientador - PUC MINAS)

Luciana Kind do Nascimento (PUC MINAS)

Walter Melo Júnior (UFSJ)

Belo Horizonte 14 de Agosto de 2014.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de deixar registrado o meu agradecimento especial a todos que, de forma direta ou indireta, contribuíram para possibilitar que este trabalho pudesse ser iniciado e concluído.

Às pessoas que estiveram ao meu lado desde o início, quando comecei a busca por uma especialização, com o desejo de continuar minha formação acadêmica.

Ao meu orientador João Leite, pela paciência e grande contribuição que a mim prestou, para que este trabalho fosse realizado. E ainda, por acreditar na minha capacidade e pelo apoio prestado nos momentos mais críticos e desafiantes na construção da minha pesquisa.

Aos leitores Luciana Kind e Walter Melo, pela contribuição na qualificação e pela disponibilidade em participar da defesa desse trabalho.

A todos os colegas do curso, do trabalho, amigos e parentes, pelo apoio constante.

E em especial, a todas as participantes, profissionais, que doando seu tempo e disponibilidade, contribuíram com uma riqueza imensa para o desenvolvimento desta pesquisa.

A todas estas pessoas, deixo aqui, minha eterna gratidão.

RESUMO

A Atenção Básica tornou-se um campo importante de atuação dos psicólogos e entra cada vez mais na agenda de discussão sobre a saúde pública no Brasil. Esta pesquisa está inserida nesse contexto e consistiu na investigação da construção das práticas em Psicologia na Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), identificando seus aspectos inovadores, que são desenvolvidas na Região Metropolitana de Belo Horizonte. Contou com a participação de seis psicólogas que atuavam em Unidades Básicas de Saúde dos municípios de Belo Horizonte, Betim e Nova Lima, o que caracterizou uma amostra em diferentes cidades de acordo com as especificidades de cada município em relação ao porte e população. Os dados foram construídos através de entrevistas semi-estruturadas que foram transcritas e convertidas, sendo utilizado o *software* Atlas.ti, para a organização dos mesmos. A pré-análise se deu a partir da construção de códigos temáticos e, posteriormente, com o processo de categorização sob a perspectiva da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977). Nos resultados, foram construídas categorias analíticas, a saber: “Forma de entrada e interesse pela área”; “Sobre a formação e a experiência na Atenção Básica”; “Mudança política e uma ação que se torna uma política”; “Relação com o território”; “Atividades com aspectos inovadores”; “Práticas tradicionais e as mudanças incrementais”; “Espaços institucionais, possibilidades e limites”. Com este trabalho, foi possível concluir que a prática da Psicologia na Atenção Básica ainda se encontra em processo em construção, revelando as dificuldades no estabelecimento de novas práticas relacionadas a inúmeros pontos de superação. Porém, as tentativas de mudança configuram-se como um aspecto de grande relevância, pois contribuem para a construção de um caminho novo, que possa levar a uma maior integralidade na atenção aos usuários dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Práticas da Psicologia; Atenção Básica em Saúde; Inovação; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Primary HealthCare has become an important working field for psychologists and a highly discussed topic concerning public health in Brazil. This research is in context and aims at investigating the practice-building in Psychology regarding Primary HealthCare at SUS (Sistema Único de Saúde), identifying its innovative aspects, which are developed in the metropolitan area of Belo Horizonte. It has involved six psychologists who have worked in public health services of Belo Horizonte, Betim and Nova Lima. This has generated data in different kinds of cities, and it has been collected through semi-structured interviews which have been transcribed and converted by using the *Atlas.ti* software in order to organize them. The pre-analysis was done through the building of thematic codes, and later the categorization process under the perspective of Content Analysis proposed by Bardin (1977). From the results, analytic categories could be built: way of entrance and interest in the area; about the formation and experience in Primary Health Care; political change and an action that becomes a policy; relation with the territory; activities with innovative aspects; institutional environments, possibilities and limits; traditional practices and incremental changes. In conclusion, the practice of Psychology in Primary Health Care is still under development, revealing the difficulties in establishing new practices related to uncountable overcoming points. Nevertheless, changing attempts are an important aspect for contributing to the construction of a way that reaches a greater completeness in the care of public health services users.

Key Words: Psychology Practices; Primary Health Care; Innovation; SUS (Sistema Único de Saúde).

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica
ABEP - Associação Brasileira de Ensino da Psicologia
ABS - Atenção Básica à Saúde
AM – Apoio Matricial
AP - Atenção Primária
APS - Atenção Primária à Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CFP - Conselho Federal de Psicologia
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CLT - Confederação das Leis Trabalhistas
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretarias de Saúde
CRAS – Centro de Referência em Assistência Social
CREPOP – Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas
CRP - Conselho Regional de Psicologia
ESF - Estratégia Saúde da Família
INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
MEC - Ministério da Educação
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização Não Governamental
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
Pró-Saúde - Programa Nacional de Reorientação Profissional em Saúde
PSF - Programa Saúde da Família
SESU - Secretaria de Educação Superior
SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. Síntese dos principais elementos do software ATLAS.ti. Fonte: Manual do software ATLAS.ti.....	59
QUADRO 2. Relação das entrevistadas, tempo de formação, tempo de atuação na Atenção Básica e cidade, de acordo com o porte.....	61

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.2 Objetivos	14
1.2.1 <i>Geral</i>	14
1.2.2 <i>Específicos</i>	14
2 INTERFACES ENTRE A ATENÇÃO BÁSICA E A PSICOLOGIA	15
2.1 A Atenção Básica no Brasil	15
2.2 A Política Nacional de Atenção Básica	21
2.3 Saúde Mental e Atenção Básica	24
2.4 O Psicólogo na Saúde Pública	29
2.4.1 <i>Construção da prática da Psicologia no Território</i>	33
3 INOVAÇÃO	37
3.1 Inovação: contornos conceituais e sua discussão no contexto atual	37
3.1.1 <i>Processos de inovação</i>	40
3.1.2 <i>Inovação Social</i>	42
3.2 Inovação e práticas em saúde	43
3.3 As "novas práticas": equipe multiprofissional, apoio matricial e intersetorialidade	46
3.3.1 <i>Equipe Multiprofissional</i>	47
3.3.2 <i>Apoio Matricial</i>	48
3.3.3 <i>Práticas Intersetoriais</i>	49
4 PERCURSO METODOLÓGICO	50
4.1 Construção do campo	51
4.2 Caracterização dos Municípios	53
4.2.1 <i>Belo Horizonte</i>	53
4.2.2 <i>Betim</i>	54
4.2.3 <i>Nova Lima</i>	55
4.3 Produção dos dados.....	56
4.4 Análise do material	57
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO	61
5.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa	61
5.2 Resultados da Análise Temática	63
5.2.1 <i>Forma de Entrada e Interesse pela Área</i>	65
5.2.2 <i>Sobre a formação e a experiência na Atenção Básica</i>	68
5.2.3 <i>Mudança política e uma Ação que se torna uma Política</i>	73
5.2.4 <i>Relação com o território</i>	77
5.2.5 <i>Atividades com aspectos inovadores</i>	81
5.2.6 <i>Práticas tradicionais e mudanças incrementais</i>	89
5.2.7 <i>Espaços institucionais, possibilidades e limites</i>	92

5.3 Discussão: no caminho das práticas95

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS97

REFERÊNCIAS

ANEXOS

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Básica, além de ser a porta de entrada dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), tornou-se um campo de atuação importante para os profissionais da Psicologia. Em sua atuação no contexto da saúde pública, o profissional se depara com vários desafios que precisam ser conhecidos e investigados. Para tanto, este estudo pretendeu conhecer a trajetória e as práticas na Atenção Básica à Saúde dos profissionais psicólogos.

Na atualidade, estudos acerca do campo da Atenção Básica tornaram-se uma prioridade na organização dos serviços de saúde no Brasil (GIL, 2006; FIGUEIREDO, 2006; CONIL, 2008; DIMENTEIN, 2009; FERREIRA NETO, 2010; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2010). Essa temática percorre entre as pesquisas e relatórios dos Conselhos profissionais ligados à atuação na Saúde Pública, nos quais se apontam mudanças no discurso que debatem as ações no SUS. Assim sendo, pretendeu-se investigar, em nosso estudo, como essas mudanças estão repercutindo na prática profissional e suas possíveis fragilidades.

O tema desta pesquisa se insere nesse contexto e pretende estudar a construção das práticas em psicologia na Atenção Básica no SUS, salientando seus aspectos inovadores. Considera, em especial, o trabalho das equipes multiprofissionais, o matriciamento, as práticas intersetoriais, entre outras, realizadas por profissionais da Região Metropolitana de Belo Horizonte, identificando aspectos inovadores de tais práticas.

Esta pesquisa buscou investigar a construção, a constituição e o desenvolvimento das práticas em psicologia na Atenção Básica. Abrange a historicidade de sua constituição e o contexto no qual se revela, a partir das narrativas dos profissionais que atuam na Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS) sobre sua trajetória acadêmica e profissional.

O interesse por essa temática surgiu a partir do 6º período do curso de Psicologia da PUC Minas, na ocasião do estágio Supervisionado IX, no qual tive a oportunidade de fazer um estágio voluntário no Pró-Saúde¹. O estágio se deu em parceria com a

¹ O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em parceria com a Secretaria de Educação Superior (SESU) e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), do Ministério da Educação (MEC), e com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), instituíram o Programa Nacional de

enfermagem de um centro de doença crônica, mais especificamente a diabetes. (TEIXEIRA; ROMAGNOLI, 2011). A partir dessa experiência de estágio, pude perceber as limitações da atuação do psicólogo na Saúde Pública, uma área de práticas e construções. Desde então, comecei a me interessar e questionar sobre a atuação do psicólogo nesse contexto. Alguns pontos chamaram minha atenção: a grande demanda de atendimento, as diferenças da atuação tradicional de clínica particular, o trabalho em equipe, a articulação do trabalho com a rede, a discrepância entre o discurso e a prática, as possibilidades e as limitações de sua atuação.

Segundo pesquisa do Conselho Federal de Psicologia (2010), os profissionais que atuam neste campo passam por diversos desafios, tais como: dificuldades relativas à organização local da saúde nos municípios, a falta de recursos e a infraestrutura para o trabalho, os baixos salários, a ausência de um plano de carreira e as diferenças salariais entre os profissionais que atuam na mesma unidade de saúde. Foram apontadas também outras dificuldades enfrentadas no cotidiano e que são atribuídas às deficiências nos cursos de graduação em Psicologia, que ainda não têm preparado, de forma adequada, aqueles profissionais que atuarão no contexto do SUS e das políticas públicas.

Não obstante, reconhece-se que o profissional contribui para o desenvolvimento de estratégias de atenção à saúde, porém, para isso, faz-se necessário uma problematização das formas tradicionais de intervenção relativos à saúde e sua produção. É de fundamental importância uma nova visão que permita uma melhor compreensão da realidade e dos processos de subjetivação em que os sujeitos estão inseridos. (TEIXEIRA, 2011).

Essa ampliação das práticas se depara com um problema sobre o qual levanto uma questão: o discurso estaria realmente reproduzindo os modos de atuação no serviço? Nesse sentido, até que ponto as propostas inovadoras encontram um ambiente favorável, ressaltando-se a possibilidade de manterem-se na reprodução? Com quais enfrentamentos, seja na equipe, na gestão ou na política pública, o profissional se depara?

Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). O objetivo do programa é a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, promovendo transformações na prestação de serviços à população. O Pró-Saúde é lançado em editais específicos; em 2005, Medicina, Odontologia e Enfermagem. Em 2008, Com o Pró-Saúde II, foram incluídos todos os cursos de saúde. Entre 2005 e 2008, o foco foi na Atenção Primária à Saúde. Em 2012, o foco foi para todas as redes de atenção. (PRÓ-SAÚDE, 2014).

Discute-se, porém, a respeito de novas práticas no contexto da saúde, que se baseiam na necessidade de uma revisão do fazer clínico tradicional (FERREIRA NETO, 2007; YAMAMOTO et al. 2001). Porém, (re) produzir um discurso que traz “novas” diretrizes para o trabalho em saúde, tal como o conceito de “clínica ampliada”, não garante, necessariamente, que a atuação acompanhe esse movimento.

Assistimos ao surgimento de tendências de mudança na formação profissional e de inovação nas práticas dos profissionais nos serviços da saúde pública, como o Pró-Saúde e o Programa de Educação para o trabalho em Saúde (PET-Saúde) e também nas práticas construídas no contexto da atuação, como o matriciamento, entre outras. Contudo, alguns desafios precisam ser superados para garantir uma contribuição mais satisfatória na construção da integralidade do trabalho do psicólogo.

O último relatório da pesquisa coordenada por Spink revela um número de 14.407 psicólogos trabalhando no Sistema Único de Saúde – SUS, o que corresponde a 10% dos psicólogos registrados no Sistema de Conselhos de Psicologia. Desse total, 29,92% dos profissionais atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Assim, neste momento de construção e consolidação do lugar do psicólogo nos serviços públicos de saúde, mais especificamente na Atenção Básica, torna-se relevante a produção de pesquisas para se repensar a atuação do psicólogo na área de assistência pública à saúde, bem como o conhecimento dos paradigmas que embasam suas práticas nessas instituições. (SPINK, 2007)

É verdade que presenciamos uma multiplicidade de teorias e práticas investigativas em torno dessa problematização, que foram fundamentais para as discussões levantadas. Assim, buscamos uma análise que possa contribuir com um olhar para essa questão. A pesquisa e os pontos em discussão passaram por transformações, diversos olhares e atravessamentos, fatores que contribuíram para a investigação, por terem passado por uma visão da experiência da graduação, revelando, assim, uma tentativa de contribuir com uma experiência de pesquisa na pós-graduação.

Durante toda a trajetória da pesquisa, algumas questões tiveram que ser objetivadas, como por exemplo: “Como refletir sobre as práticas atuais dos psicólogos em saúde pública? Como identificar o caráter inovador das práticas? Como o profissional da Psicologia, que atua na Atenção Básica, constrói sua prática diante das mudanças ocorridas dentro desse contexto, e como ele entende sua prática e propõe elementos inovadores, situando-o como agente implicado em seus saberes e intervenções?

Finalmente, esta pesquisa retrata toda a dificuldade e os percalços que um profissional/pesquisador/estudante enfrenta em sua trajetória. A vivência da pesquisa nos coloca em um enfrentamento constante. Do mesmo modo que o profissional se depara com atravessamentos que dificultam sua prática.

1.2 Objetivos

1.2.1 Geral:

Investigar a construção, constituição e desenvolvimento das práticas dos psicólogos na Atenção Básica no SUS, identificando seus aspectos de inovação.

1.2.2 Específicos:

- Conhecer as práticas que alguns profissionais estão exercendo na Atenção Básica, a partir de busca exploratória.
- Identificar, por meio das práticas na Atenção Básica, o fluxo dos discursos e fazeres, conhecendo os desafios e elementos de mudança.
- Discutir a presença de aspectos inovadores nas práticas desenvolvidas por psicólogos na Atenção Básica.

2. INTERFACES ENTRE A ATENÇÃO BÁSICA E A PSICOLOGIA

Nesse capítulo, apresentaremos o processo de implementação da Atenção Básica através de um breve percurso histórico. Enquanto uma política já consolidada faz-se necessário ir aos documentos da Política Nacional da Atenção Básica e conhecer seus conceitos principais.

A aproximação da saúde mental é um fato que debatemos a seguir, bem como a entrada do psicólogo na saúde e na Atenção Básica, trazendo debates importantes dentro dessa temática.

2.1 A Atenção Básica no Brasil

Nos anos 70, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) desempenharam um papel importante na difusão do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS). A I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, convocada pela OMS juntamente com o UNICEF, realizada em 1978 em Alma-Ata, é considerada um marco histórico na discussão da APS abrangente. Nessa conferência, a APS foi adotada como estratégia para alcançar a meta “Saúde para todos no ano 2000”, e apontada como componente fundamental de um sistema de saúde eficaz (CUETO, 2004; OMS-UNICEF, 1979). Nos anos 90, o Banco Mundial destacou-se na difusão de propostas de reformas dos sistemas de saúde, baseadas na focalização e na adoção de “cestas básicas” de serviços. (MATTOS, 2001).

Nos anos 1980, foi proposta uma reorganização do sistema de saúde pelo movimento sanitário brasileiro. Tal reorganização preconizava a participação popular, universalização do acesso e conformação de um sistema público, descentralizado e com mudanças no modelo assistencial, a partir de uma concepção ampliada de saúde e da afirmação do binômio saúde e democracia. (PAIM, 1997). Tal reorganização culminou no Sistema Único de Saúde (SUS).

Juntamente com o processo de redemocratização do país, o SUS está amparado por uma legislação que está fundada na Constituição Federal de 1988 e nas Leis de número 8080 e 8142, ambas de 1990. As portarias também contribuíram, fundamentalmente, pelo forte poder de indução que esse instrumento assumiu na definição da política setorial. (BOÏNG; CREPALDI, 2010).

As leis 8080 e 8142 propõem um conceito ampliado de saúde, incorporando fatores do meio ambiente, socioeconômico e cultural, e oportunidades de acesso aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Além da legitimação dos direitos de todos, sem qualquer discriminação, às ações de saúde, cabendo ao governo garantir esse direito. Estabelecem os princípios do SUS: universalidade; acessibilidade e coordenação do cuidado; vínculo e continuidade; integralidade da atenção; responsabilização; humanização; equidade e participação social. (BOÏNG; CREPALDI, 2010, p. 635).

A Atenção Básica no Brasil e sua política foram resultados de grandes lutas e transformações e da experiência de diversos atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores. Caracteriza-se por:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. (BRASIL, 2012, p.19).

Assim, pode-se dizer que além da entrada dos usuários, a Atenção Básica pretende garantir, integralmente, a atenção aos usuários do SUS, com ações básicas mais abrangentes no cuidado à saúde. As práticas desenvolvidas consideram o contexto no qual vive a população, acolhendo as demandas que se enquadram no quadro geral de necessidades básicas de saúde, como prevenção, promoção e proteção.

De acordo com Dimenstein (2009), "a Atenção Básica, no campo da saúde pública brasileira, constitui-se em um espaço privilegiado de intervenção mostrando-se como uma estratégia significativa para traçar ações focadas no eixo territorial". (p. 64).

A Atenção Básica corresponde ao primeiro nível de atenção e, ao considerar a saúde brasileira, este primeiro nível deve desenvolver ações integrais e tem a função de organizar todo o sistema de saúde. No entanto, são encontradas diferentes percepções e denominações no que se refere ao termo "Atenção Básica" e "Atenção Primária". Nesse sentido, Fausto, citado por Baptista e outros (2009), destaca pelo menos três sentidos sobre a compreensão da Atenção Primária (APS) devido ao problema terminológico: o primeiro a considera essencial dentro do sistema de saúde, sugerindo uma integração e

interdependência; pode remeter a um mínimo de atividades essenciais, com um sentido que também exclui atividades que são essenciais; um sentido de triagem, caracterizado como uma porta de entrada do usuário no sistema de saúde.

Durante muitos anos, a OMS e o Banco Mundial propuseram a APS apenas como um pacote reduzido de serviços e não uma atenção integral ampliada. Por isso, no Brasil, para evitar essa ideia, optou-se pela denominação de Atenção Básica. Vejamos como a OMS definia as ações básicas para o atendimento na saúde. Entendia-se como cuidados primários à saúde:

Cuidados essenciais básicos em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para indivíduos, suas famílias e comunidade [...]. Além de ser o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade como o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constitui também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde. (OMS/UNICEF, 1979, p. 2).

No Brasil, nos anos 90, optou-se pela utilização do termo Atenção Básica (AB) em referência ao conjunto de ações no primeiro nível de atenção. Alguns autores apresentam os dois termos como sinônimos. Segundo Fausto, citado por Castro e Machado (2012), essa opção ocorreu em virtude da associação do termo “Atenção Primária” ao enfoque restrito, então predominante, nas reformas latino-americanas, que era incompatível com as diretrizes abrangentes do Sistema Único de Saúde (SUS).

De modo semelhante, Heimann e Mendonça (2005) apontam que essa denominação teria sido adotada visando à defesa de um modelo de atenção que se diferenciava da proposição preventivista e se aproximasse da lógica da determinação social da doença.

Atualmente, a Política Nacional de Atenção Básica, considera os termos "Atenção Básica" e "Atenção Primária à Saúde" como equivalentes nas atuais concepções, associados aos princípios e diretrizes de tal política. (BRASIL, 2012 p.22).

A Atenção Básica, nesse sentido, se apresenta como sendo a via principal de acesso dos usuários do SUS. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as condições crônicas de saúde têm aumentado em ritmo acelerado em todo o mundo, problema que se agrava no Brasil devido a sua situação social desfavorável. Tal situação provocou uma mobilização de setores que defendiam a Reforma Sanitária Brasileira e uma mudança no modelo de atenção à saúde. Os esforços passam a ser dirigidos para a Promoção da Saúde, que tem a Atenção Básica como a principal porta de entrada para

os serviços de saúde pública, com foco em medidas de promoção, proteção e recuperação da saúde. (CFP, 2009).

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo. Sua criação e expansão reafirma a Estratégia Saúde da Família (ESF), iniciado em 1994 com o Programa Saúde da Família e atualmente é tomado como estratégia prioritária para a Atenção Básica no SUS, ao deslocar o debate sobre a flexibilização da porta de entrada para o âmbito do apoio matricial. Além de ser prioridade do Ministério da Saúde, a ESF vem se concretizando como um modelo substitutivo ao modelo biomédico, tradicional, indivíduo-centrado. (BRASIL, 2010).

Criados em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são compostos por diferentes profissionais de saúde com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica. A criação do NASF resultou de um debate que já vinha sendo feito no Ministério e nas reuniões da Confederação das Leis Trabalhistas (CLT) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS) desde 2004. A proposta original denominava-se Núcleo de Saúde Integral. Assim, o NASF se tornou uma importante inovação, pois fortaleceu a Estratégia Saúde da Família (ESF), abrindo espaço para a incorporação de outros profissionais dentro da lógica de apoio matricial, contou com grande adesão devido, principalmente, ao apoio financeiro oferecido mensalmente aos municípios que o implementaram. (CASTRO; MACHADO, 2012).

Mas como a questão da atenção básica entrou de fato na agenda de discussão no Brasil tornando uma política consolidada? As primeiras experiências em cuidados primários no Brasil iniciaram por volta dos anos 70, a partir de programas de assistência vinculados às escolas de medicina. Com o tempo, tais experiências foram ganhando mais foco. (FAUSTO, 2005).

De acordo com Baptista e outros (2009), o Brasil avançou no sentido da Reforma Sanitária, desde a década de 80, principalmente sob os princípios da universalização, da equidade no acesso e da integralidade das ações dos serviços de saúde, refletindo o processo de redemocratização do Estado. Assim, foram surgindo experiências inovadoras nos sistemas locais de saúde, ganhando maior visibilidade.

Com um grande destaque na agenda federal entre 2003 a 2010, Castro e Machado (2012) analisaram a política federal de atenção básica à saúde e trazem alguns aspectos que contribuem para isso. O primeiro aspecto que apontam é a presença do

tema nos principais documentos oficiais, no qual enfatizam a importância da Atenção Básica para a mudança do modelo de atenção e a efetivação do acesso universal e integral no SUS. (CASTRO; MACHADO, 2012). A valorização dessa política na agenda federal pode ser vista também a partir da publicação da Política Nacional de Atenção Básica e da inclusão da Atenção Básica como um dos eixos prioritários do Pacto pela Vida (BRASIL, 2006).

Em segundo lugar, o destaque dado à Atenção Básica se refere à ênfase da política, havendo uma unanimidade quanto à persistência dessa política na agenda de prioridades do Ministério da Saúde, no período. Em terceiro lugar, destaca-se a presença do tema nas reuniões da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde (CNS), instâncias fundamentais para a formulação da política de saúde. O quarto aspecto está relacionado ao financiamento de tal política, a correção do valor do Piso de Atenção Básica (PAB-fixo). Ainda segundo Castro e Machado (2012), houve inovações, associadas à agenda social do novo governo, de combate às desigualdades regionais e inclusão de populações especiais. Pela primeira vez, foram empregados indicadores de condições sociais como critério para diferenciar os repasses federais aos municípios para financiamento do SUS. E o quinto e último aspecto refere-se ao caráter transversal e inovações geradas por essa política, que se constituíram como objeto de vários setores. Visava à resolutividade, no âmbito da atenção básica, de questões referentes à saúde mental, reabilitação, atividades físicas e práticas complementares.

As autoras apontam que os esforços de construção da agenda reformista estavam concentrados na garantia de uma proposta ampla, que contemplava a mudança do modelo de atenção, mas não enfatizava a Atenção Básica, em parte devido ao contexto adverso das reformas internacionais. Apenas em 1994 é que a Atenção Básica passa a se destacar na agenda setorial, favorecida pelo avanço da descentralização e pela criação do Programa Saúde da Família (PSF). O caráter inovador desse programa com o seu foco na família fizeram dele um atrativo como marco de governo, o que contribuiu para sua priorização na agenda política na segunda metade dos anos 90, quando foram definidas as bases da política de Atenção Básica no SUS centradas no PSF.

A Norma Operacional Brasileira SUS 01/96 (BRASIL, 1996) marca a adoção do PSF como estratégia prioritária para o fortalecimento da Atenção Básica no país, o que foi sedimentado por regras posteriores. Logo após a definição de "programa" foi substituída por "estratégia, pois objetivava reverter o modelo assistencial

predominantemente biomédico, centrado na doença e no tratamento". (AMARANTE, 2007, p. 95).

Castro e Machado (2012) destacam, por último, os debates que sugerem mudanças no modelo de atenção entre 2003 e 2005, ressaltando a importância de discutir a ESF devido à diferença das ações propostas e de flexibilizar as diretrizes para se adequarem à realidade dos municípios brasileiros. Nesse debate, alguns pontos foram enfatizados: a ESF, como modelo único ou a possibilidade de indução de outros modelos de Atenção Básica; a flexibilização da ESF, no que diz respeito à composição da equipe e carga horária dos profissionais e o enfrentamento de limitações no modelo de atenção proposto.

Observa-se que desde a implantação da política da Atenção Básica, ocorreram mudanças significativas, o que coloca em debate o caráter inovador desse nível de atenção. São mudanças incrementais, como por exemplo, as iniciativas de fortalecimento da articulação intersetorial e inovações importantes, com destaque para a criação do NASF. No entanto, persistem problemas estruturais no âmbito da Atenção Básica, cuja superação é importante para viabilizar a efetiva mudança do modelo de atenção à saúde no país.

Castro e Machado (2012) observaram uma continuidade na condução da Política Nacional de Atenção Básica, bastante elevada, ocorrendo mudanças incrementais. Como também a ênfase na Estratégia Saúde da Família e o esforço de sua expansão nos grandes centros urbanos, bem como as iniciativas de ampliação dos profissionais atuantes na Atenção Básica, particularmente nas áreas de saúde bucal e nas contempladas pela proposta do NASF.

Nesse sentido, Rodrigues (2011) revela que a probabilidade de mudança institucional é afetada pelo contexto político, possibilitando aos defensores do *status quo* fortes ou fracas possibilidades de veto, e pelas características institucionais, que abrem ou constroem as oportunidades oferecidas aos atores para exercerem a discricionariedade na interpretação e na implementação de regras.

O contexto é entendido, portanto, como algo que influencia diretamente nesse processo. Um conceito interessante que caracteriza esse processo é o que Mahoney e Thelen citados por Castro e Machado (2012) caracterizam como *layering*, ou seja, a introdução de novas regras sobre as regras existentes, sem rompê-las ou ignorá-las. Isto significa que, em geral, elas procuraram dar respostas a limitações que vinham sendo

identificadas na implementação da política de Atenção Básica, sem colidir com suas bases institucionais prévias.

Assim, torna-se necessário apresentarmos a nova Política de Atenção Básica que, como todo processo, passou por mudanças derivadas de contextos políticos específicos.

2.2 A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

A Política Nacional de Atenção Básica foi aprovada em março de 2006, com uma revisão da legislação e foi atualizada em 2012. Nesse capítulo, será trabalhado a PNAB de 2012, procurando tratar dos objetivos e trazendo seu eixo básico.

O texto dessa política traz os princípios e diretrizes gerais da Atenção Básica, bem como as funções na rede de Atenção à Saúde e responsabilidades. Trata também da infraestrutura e do seu funcionamento, implantação das equipes e do financiamento. A portaria nº 978, de 16 de maio de 2012, dispõe sobre valores de financiamento do piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi um resultado da experiência dos "atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo". (BRASIL, 2012 p. 9). Em razão disso, procurei apresentar os principais conceitos desse texto que regula as ações em saúde na Atenção Básica.

Para tanto, tornou-se necessária uma análise prévia desse documento, pois seu consenso é resultado de lutas e negociações, por isso não deve ser tomado como um dado de realidade que não possa ser modificado. É importante levar em conta que sua implementação cria novas realidades, que mantém certa autonomia em relação ao documento, gerando, por vezes, futuras alterações. Um objetivo dessa análise seria identificar a entrada da Psicologia nessa regulamentação. Porém, a nova PNAB não contempla isso, mas dá o contexto maior da inserção da Psicologia.

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. A Estratégia de Saúde da Família foi o modelo escolhido, não sem controvérsias como vimos anteriormente, da

Atenção Básica no país. Está de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde considerada pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica. Além de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, propiciando uma importante relação custo-efetividade.

O eixo básico dessa política é uma Atenção Básica Fortalecida e Ordenadora das Redes de Atenção:

A nova PNAB atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das Redes de Atenção. Avançou na afirmação de uma AB acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção. Avançou, ainda, no reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil. Além dos diversos formatos de ESF, houve a inclusão de EAB para a população de rua (Consultórios na Rua), ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), simplificou e facilitou as condições para que sejam criadas UBS Fluviais e ESF para as Populações Ribeirinhas. Define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. (BRASIL, 2012 p. 11).

De acordo com uma análise dessa Política feita pela Fundação Osvaldo Cruz, os fundamentos da nova PNAB e suas diretrizes apontam (FIOCRUZ, 2012):

1. Território adstrito, ou seja, desenvolvendo ações dentro do território respeitando o conceito da equidade.
2. Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde.
3. Adescrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.
4. Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.
5. Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. (FIOCRUZ, 2012 p. 2).

Não obstante, algumas inovações no processo de trabalho são apontadas, tais como a implantação do Acolhimento com classificação de risco e 1º Atendimento às

Urgências na APS; Equipes de Atenção Domiciliar e Apoio Matricial Integradas à Atenção Básica e à Política de Urgências/Emergência e o desenvolvimento de Protocolos de Boas Práticas, Processos de Qualificação e Gestão do Cuidado e de Comunidades de Práticas. (BRASIL, 2012).

Além de atuar na renovação da rede física da APS com a norma da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (RDC50/2002) que define parâmetros mínimos para autorização de funcionamento de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Fomenta, também, a integração dos sistemas de informação e a nova política de regulação aponta para a ampliação da resolubilidade da Atenção Básica e para a continuidade do cuidado do usuário, que precisa da atenção especializada. Bem como a implantação do Cartão Nacional de Saúde e do Novo Sistema de Informação da Atenção Básica. (BRASIL, 2012).

Outra questão importante na nova PNAB é a consolidação do NASF, no qual o Município pode optar por qualquer médico das Especialidades Básicas e Profissionais de Saúde, abrindo o leque mais amplo de ações ligadas à qualificação do processo de trabalho e ampliação da resolutividade: as ações de Apoio Matricial, Atenção Referenciada à Saúde – Interconsulta e Tele-Consulta, Intervenção no Território, Apoio às Equipes e à Gestão (BRASIL, 2012).

Outra questão que se discute é que uma das razões da nova Política Nacional de Atenção Básica, em substituição à edição de 2006, além da manutenção de muitos elementos da política anterior, deveria consolidar mudanças como os NASF, as equipes de Saúde da Família Ribeirinhas, o Programa Saúde na Escola, e a recente flexibilização da carga horária médica.

De acordo com FIOCRUZ (2012), essa política ampliou e revisou o financiamento da Atenção Básica, um novo desenho do Piso de Atenção Básica (PAB) fixo, isso quer dizer que não se tem mais valor per capita para o Brasil inteiro, este valor varia conforme quatro estratos dentro do PAB fixo, mas ainda na lógica de equidade, de acordo com as modalidades distintas da Saúde da Família. A nova PNAB propõe, por fim, a repactuação tripartite do papel dos Estados na Atenção Básica (incluindo Apoio Institucional e Co-Financiamento além de Educação Permanente e Coordenação Estadual da Política), Prática de Contratualização em todos os Níveis e instituição de uma cultura que alimentará o Contrato Organizativo de Ação Pública.

Também encontramos na nova PNAB outros objetivos como:

A articulação da Atenção Básica com importantes iniciativas do SUS, tais como a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde, com a

universalização do Programa Saúde na Escola - e expansão dele às creches – acordo com as indústrias e escolas para uma alimentação mais saudável, implantação de mais de 4 mil polos da Academia da Saúde até 2014. UBS mais amplas, com melhores condições de atendimento e trabalho. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. UBS mais amplas, com melhores condições de atendimento e trabalho. (BRASIL, 2012 p.12).

Assim, o objetivo dessa nova edição revisada da PNAB preconiza que a Atenção Básica deverá ser o contato preferencial dos usuários do SUS, continuando a ser a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Está sob orientação dos princípios do Ministério da Saúde e da Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, estes são: princípio da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Nesse sentido, pode-se inferir que a Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. (BRASIL, 2012).

Destaca-se aqui, a possibilidade de entrada e a ampliação dos profissionais envolvidos e participantes das equipes que compõem o NASF, com isso a entrada da Psicologia tem seu espaço ampliado, visando garantir uma maior integralidade das ações em saúde.

2.3 Saúde Mental e Atenção Básica

Nessa trajetória, é importante acompanharmos a aproximação da saúde mental e atenção básica. Tal aproximação teve seu início no passo da Reforma Psiquiátrica, passando pelo processo de redemocratização do país, a implantação do SUS e da Atenção Básica, constituindo-se como elementos cruciais para que a Saúde Mental chegasse à Atenção Básica à Saúde.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira constituiu um grande avanço na reformulação da atenção em Saúde Mental, desconstruindo conceitos e práticas baseadas no isolamento e na exclusão social como formas de tratar a loucura, trazendo uma discussão sobre o louco e a loucura, extrapolando as ações institucionais e de assistência, possibilitando uma condição essencial para o sucesso das iniciativas de reabilitação psicossocial. (FIGUEIREDO, 2007). O termo psicossocial “vai ser transladado para o campo das práticas da Reforma Psiquiátrica, pela via de sua

passagem direta para a Psiquiatria Comunitária”, que influenciou fortemente as práticas em saúde mental no contexto brasileiro, a partir da década de 1970. (REINALDO, 2008 p. 115).

No final dos anos de 1950, surgiu uma nova tendência em relação aos tratamentos dos transtornos comportamentais: os programas de psiquiatria comunitária. Porém, uma questão ainda preocupava: os pacientes se beneficiariam com tais mudanças? Nesse período, vários países como Itália, Inglaterra, Canadá, França e EUA, passaram por uma Reforma Psiquiátrica, que foi realizada em âmbito político e social.

Segundo Reinaldo (2008), dois fatores foram fundamentais para o desenvolvimento da Psiquiatria Comunitária durante o período da Segunda Guerra Mundial. Um, está relacionado ao número de jovens que retornavam da guerra com sintomas psiquiátricos. A partir desse contexto, as autoridades de saúde dos Estados Unidos, constataram que a doença mental tornava-se um problema significativo de saúde. O outro fator foi a necessidade de devolver os jovens soldados aos campos de batalha o mais rápido possível, o que possibilitou o desenvolvimento da psicoterapia breve, provocando uma mudança na psicoterapia tradicional. Após a guerra, os hospitais gerais passaram a aceitar pacientes psiquiátricos, o que viabilizou a permanência dos doentes nas comunidades de origem.

Foi após a Segunda Guerra Mundial, com o surgimento do Estado de Bem-Estar Social, que se evidenciou uma maior preocupação com as políticas sociais. Nesse contexto, a instituição manicomial foi problematizada como um lugar de produção de doença mental. A partir de 1990, ocorreram mudanças em relação às políticas de saúde mental, caracterizadas pela reestruturação da assistência psiquiátrica, melhor aplicação dos recursos financeiros e desenvolvimento de serviços integrados à Atenção Básica. A ênfase era o desenvolvimento de dispositivos comunitários, visando ao tratamento precoce, contínuo e eficiente na reabilitação e reinserção do usuário da saúde mental. No entanto, mesmo após a transposição da psiquiatria comunitária para a atenção primária, algumas fragilidades foram identificadas, entre elas: a fragmentação dos programas com o tempo; a imprecisão dos limites da saúde mental na atenção básica; e a dificuldade da integração dos saberes dos profissionais envolvidos. (REINALDO, 2008).

No Brasil, a partir da década de 1970, houve a incorporação dessas mudanças ocorridas nos outros países aqui apresentados. Nesse momento, o termo

“biopsicossocial” passou a ser a característica das práticas da Saúde Mental Comunitária. (REINALDO, 2008).

Desde os anos 70 e acompanhando a trajetória da Reforma Sanitária, o processo da Reforma Psiquiátrica vem alterando conceitos e práticas na atenção aos transtornos mentais no país. O foco fundamental deste movimento é a desinstitucionalização, sendo sua luta principal a redução do número de leitos nos manicômios e a implementação de uma ampla rede comunitária de serviços substitutivos (BRASIL, 2007).

Esse movimento político e social, a partir das décadas de 80 e 90, aliados ao processo de redemocratização do país, possibilitou o surgimento de outras estratégias para lidar com a loucura e o sofrimento psíquico, no qual ocorreram grandes inovações no cenário das políticas públicas em saúde mental. Nesse sentido, com as Portarias 189/91 e 224/92 (BRASIL, 1991; 1992) e, conseqüentemente, com a criação de serviços extra-hospitalares substituindo os hospitais psiquiátricos, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) passaram a ser o principal investimento da política de saúde mental. No entanto, Tanaka e Ribeiro (2009) apontam que:

O direcionamento da reforma psiquiátrica para o cuidado dos pacientes com transtornos severos e persistentes e para a implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), deixou em segundo plano a assistência aos transtornos mentais menos graves e mais prevalentes. (TANAKA; RIBEIRO, 2009 p. 479).

Figueiredo (2007) nos chama a atenção para uma questão e afirma que:

Mesmo diante das iniciativas e avanços como o CAPS, as equipes estavam despreparadas, sem qualquer revisão do seu processo de formação e capacitação profissional, por falta de investimento público, o que trouxe desdobramentos importantes para a configuração do SUS. Não obstante, toda tentativa de "invenção de respostas clínico-políticas à questão do sofrimento mental e a necessidade de construção de uma assistência territorial e integralizada, ainda hoje, na rede básica, encontram raro eco." (FIGUEIREDO, 2007, p. 38).

A partir de 1990, com a Declaração de Caracas, houve uma reestruturação da atenção psiquiátrica vinculada à Atenção Básica à saúde e na constituição de redes de apoio social e serviços comunitários, que possibilitassem um suporte aos usuários em seus territórios. (BOÏNG; CREPALDI, 2010).

A saúde mental, por sua vez, foi inserida na atenção básica através da implementação de equipes mínimas de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), cujo trabalho estaria voltado para a prevenção e tratamento segundo o nível de complexidade. (FIGUEIREDO, 2007). No entanto, tal política de inserção da saúde mental na atenção básica não rompeu com as práticas psiquiátricas tradicionais.

Amarante (2007) comenta que a saúde mental na ESF é uma das áreas mais promissoras, considerada uma das formas de Atenção Primária à Saúde.

De acordo com Boing e Crepaldi (2010), a Estratégia da Saúde da Família (ESF) passou a se configurar como um campo de práticas e de produção de novos modos de cuidado em saúde mental, pois está alinhada aos princípios da integralidade, da interdisciplinaridade, da intersetorialidade e da territorialidade. Entretanto, a articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica, se constitui um desafio a ser enfrentado atualmente, pois a melhoria da assistência prestada e a ampliação do acesso da população aos serviços, com garantia de continuidade da atenção, dependem da efetivação dessa articulação.

Contudo, a rede de atenção à doença mental grave, mesmo inserida no campo das políticas públicas de saúde, alinhada aos princípios do SUS, foi se constituindo afastada da rede básica de saúde, resultando numa diferença entre as práticas de saúde mental e as práticas em saúde, em sua acepção mais ampla. A política de saúde mental, a partir dos anos 80, era um desdobramento da política de saúde geral, que já estabelecia a Atenção Primária em Saúde, como ponto inicial da organização da assistência. (FIGUEIREDO, 2007).

Figueiredo (2007) revela ainda que uma atenção integral só poderá ser alcançada através da troca de saberes e práticas e de profundas alterações nas estruturas de poder estabelecidas, instituindo-se a lógica do trabalho interdisciplinar por meio de uma rede interligada de serviços de saúde, revelando, ainda, um descompasso entre a rede básica e a rede de saúde mental, tornando-se um grande entrave para o entrelaçamento das ações.

Em sua pesquisa, Boing e Crepaldi (2010) debatem sobre de que forma as políticas públicas de saúde e de saúde mental contemplam a atuação do psicólogo na atenção básica à saúde no Brasil. As autoras apontam que, em primeiro lugar, há uma dicotomia na caracterização dessas políticas, pois a Política Nacional de Atenção Básica colocava a ESF como referência organizadora do sistema, enquanto os documentos específicos da legislação de saúde mental, colocavam os CAPS como referência da rede de serviço de saúde mental, como se não fizessem parte do sistema de saúde geral. Nesse sentido, elas sugerem que:

Tal dicotomia pode estar relacionada a um fator histórico, como reflexo dos movimentos sanitário (que implicou a mudança de modelo de atenção à saúde) e antimanicomial, uma vez que ambos se formaram na mesma época, mas

tiveram encaminhamentos paralelos, inclusive em termos de políticas públicas de saúde coletiva e de saúde mental. (BOÏNG; CREPALDI, 2010 p. 642).

Contudo, na questão específica da Saúde Mental na Atenção Básica, os documentos remetem ao modelo de Apoio Matricial. Ressalta-se que as ações de responsabilidade entre equipes matriciais e as equipes de saúde da família, pelas quais são responsáveis, constituem ações condizentes com o que se espera da atuação de um profissional na Atenção Básica (BOÏNG; CREPALDI, 2010).

Na busca da redução desta defasagem na assistência, a Coordenação Geral da Saúde Mental (CGSM) desenvolveu, a partir de 2001, uma série de documentos sobre a articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Básica. As principais diretrizes para esta articulação foram: Apoio Matricial de Saúde Mental às equipes de PSF; aumento da capacidade resolutiva das equipes; Priorização da Saúde Mental na formação das equipes da Atenção Básica; Ações de acompanhamento e avaliação das ações de Saúde Mental na Atenção Básica (BRASIL, 2003).

O Apoio Matricial foi incorporado a partir da constatação de que a reforma psiquiátrica não pode avançar se a atenção básica não for incorporada ao processo. Não é viável concentrar esforços somente na rede substitutiva, mas é preciso estender o cuidado em saúde mental para todos os níveis de assistência, em especial, à atenção primária (DIMENSTEIN, 2009 p. 66).

Essa articulação criou a possibilidade de aproximação dos princípios da clínica ampliada, cuja função, por excelência, seria acompanhar movimentos, metamorfoses subjetivas, paisagens que vão se processando cotidianamente na vida, proporcionando um meio criador para encontros e composições. Nas palavras de Gomes, citado por Dimenstein (2009):

Uma clínica como prática política que tem a ver com afeto e com a fabricação de modos de existência. Entretanto, muitas são as dificuldades para a efetivação dessa proposta. A lógica capitalista, o individualismo, a competitividade e a segregação tão evidentes nas sociedades atuais, contrapõem-se à lógica do trabalho em equipe, à corresponsabilização e à escuta qualificada, práticas essenciais para a execução da proposta do Apoio Matricial. (GOMES citado por DIMENSTEIN, 2009 p. 67).

Em 2001, a OMS reforça esta orientação quando publica dez recomendações para o enfrentamento dos problemas de saúde mental, sendo, a primeira delas, proporcionar tratamento na atenção primária. (REINALDO, 2008).

Algumas características foram atribuídas à prática da saúde mental na Atenção Básica, de acordo com Reinaldo (2008). Entre as quais estão: o fato de a saúde mental estar entre às demais ações da Atenção Básica, além de assegurar o bem-estar da

comunidade e do indivíduo, bem como privilegiar as ações preventivas, individuais e coletivas. A alocação dos programas de saúde mental em diferentes serviços, construindo uma rede de suporte e cuidados, ações diretas e indiretas, novas estratégias de abordagem e a governabilidade, também são consideradas, à prática da saúde mental. Além dos diferentes profissionais envolvidos com diferentes formações, numa construção coletiva e implicada em comunidade, considerando suas características. (REINALDO, 2008).

De acordo com Tanaka e Ribeiro (2009), é na Atenção Básica que se pode desenvolver duas das principais ações em saúde mental: detectar as queixas relativas ao sofrimento psíquico, provendo uma escuta deste tipo de problemática e oferecer, na Atenção Básica, várias formas de lidar com os problemas detectados, além da possibilidade de encaminhamentos para serviços especializados.

Reinaldo (2008) considera que ainda houve alguns avanços, tais como:

A inclusão de indicadores de saúde mental no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), entre eles o número de pessoas identificadas com transtornos psiquiátricos graves e o percentual de pessoas com transtorno mental egressas de internação psiquiátrica, acompanhadas pela rede básica por faixa etária e sexo, são avanços para a área. As diretrizes do Ministério da Saúde em relação aos recursos humanos em saúde mental especificam o termo equipe mínima, embora não conste em seus documentos o termo equipe multidisciplinar; este ficaria por parte das equipes e de sua constituição, como um requisito da proposta terapêutica e dos recursos financeiros dos municípios responsáveis pela implantação e continuidade do serviço. (REINALDO, 2008 p. 177).

Em relação à inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica, a compreensão de que elas são indissociáveis da Atenção Primária em Saúde, a capacitação das equipes de Saúde da Família para o manejo e tratamento dos transtornos comportamentais, e a inclusão e o acompanhamento das ações de saúde mental na rede básica, já eram realidade. (LANCETTI, 1991; OPAS/OMS , 1992).

2.4 O Psicólogo na Saúde Pública

Pode-se dizer que, atualmente, a saúde pública é o setor que mais emprega os profissionais da Psicologia nos serviços públicos no Brasil. Porém, sua entrada nesses serviços foi sendo introduzida paulatinamente, tendo havido vários percalços nessa trajetória. Mudanças políticas e culturais contribuíram para que seus serviços pudessem ser oferecidos à população.

Considera-se que somente a partir da década de 70 que a psicologia pôde adentrar nos serviços brasileiros de saúde. Corroborando com essa questão, todas as movimentações e transformações ocorridas no país, no âmbito político e social e, principalmente no campo da saúde. Com isso, o modelo privado de atendimento foi perdendo força, obrigando os profissionais a buscarem novas formas de atuação. No entanto, o que se viu foi uma adaptação desses moldes numa espécie de "ambulatorização" dos serviços e uma "multiprofissionalidade da atenção aos usuários"(DIMENSTEIN, 1998).

Alguns autores ressaltam que a entrada dos psicólogos só foi efetiva a partir da implementação do SUS, das mudanças sociais, culturais e econômicas e questionamentos quanto à função social do psicólogo e suas especificidades (SPINK, 2003). Porém, outros autores mencionam que entre os anos 70 e início dos anos 80, os psicólogos voltavam seus olhares para a saúde pública e começaram a expandir sua entrada nesses espaços (DIMENSTEIN, 1998; FERREIRA NETO, 2007).

Nesse sentido, ao se deparar com um novo contexto de atuação, o profissional viu-se com uma necessidade de adotar outras posturas ao enfrentar essa nova realidade, mesmo com uma formação profissional defasada para esse campo. A Psicologia, aos poucos, construiu o seu lugar no campo da saúde.

Segundo Spink (2003), a Psicologia além de chegar tardiamente nesse cenário, ainda vem tentando fazer definições, refletindo sobre o seu campo de atuação, buscando sua contribuição teórica efetivamente, procurando abandonar os enfoques centrados no indivíduo abstrato e a-histórico tão frequentes na clínica tradicional.

Vários autores buscaram refletir sobre a atuação dos psicólogos no contexto da saúde (BENEVIDES, 2005; CAMPOS, 2009; DIMENSTEIN, 1998, 2000, 2009; FERREIRA NETO, 2007, 2010; SPINK, 2003, 2007; TRAVERSO-YÉPES, 2001). Apesar da inserção do psicólogo ter se dado tanto em contextos hospitalares quanto ambulatoriais, o nível de atenção primária parece ter gerado um conjunto maior de dificuldades, embora que a Saúde Mental na Atenção Básica atualmente, já seja uma realidade em vários municípios.

Sobre a contribuição do psicólogo na Atenção Básica, Boing e Crepaldi (2010) apontam que:

Através do princípio da integralidade, o SUS abre portas para novos atores nas equipes de saúde. Para cuidar da saúde de forma integral, torna-se imprescindível que, no primeiro nível de atenção, haja equipes interdisciplinares que desenvolvam ações intersetoriais. O psicólogo, nesse contexto, oferece uma importante contribuição na

compreensão contextualizada e integral do indivíduo, das famílias e da comunidade (BOÍNG; CREPALDI, 2010, p. 636).

Não obstante, um dos maiores desafios da inserção da Psicologia nos contextos de saúde pública tem sido a formação em Psicologia, tradicionalmente marcada pela hegemonia da Psicologia Clínica, que privilegia o indivíduo, com objetivos curativos e assistencialistas. A saúde é pensada em termos de saúde mental, o que deixa em segundo plano as articulações com os outros campos da saúde. A manutenção de um único modelo de atuação clínica marcado por uma perspectiva "psicologizante", com reduzido poder de intervenção e transformação social, tem produzido nos psicólogos uma grande resistência a posturas mais interventivas na comunidade (GOYA; RASERA, 2012).

Dimenstein e outros (2009) observam que a incorporação das ações de saúde mental na atenção básica é uma prioridade no cenário atual. Porém, não é algo que se efetive sem o desenvolvimento de estratégias institucionais como capacitações, supervisões, financiamento, dentre outras ações.

Este cenário atual da atuação do psicólogo na saúde tem preocupado não apenas os pesquisadores da área, como também o Conselho Federal de Psicologia (CFP) que criou, em agosto de 2005, o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), elegendo o ano de 2006 como o Ano da Psicologia na Saúde. A Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP), em consonância com essas medidas adotadas pelo Conselho, também tem lançado políticas em busca do estreitamento entre perfil da formação e necessidades da população e os princípios e políticas do SUS.

Considerando as críticas já apresentadas, bem como as práticas profissionais em Psicologia, sensíveis à proposta do SUS, relatadas na literatura da área, é necessário ainda entender que outras atividades têm sido realizadas pelos psicólogos inseridos neste contexto. Nesse sentido, concordo com Goya e Rasera (2012) quando debatem sobre a relevância de compreendermos como o psicólogo tem promovido espaços de acolhimento da população e de coletivização na construção das soluções aos problemas trazidos por ela, em acordo com as características do contexto público e das políticas de saúde.

Ao longo das duas últimas décadas, acompanhando o processo de democratização do país, vem tomando corpo uma série de práticas no âmbito da Saúde Pública. Observa-se que a prática tem sido tratada, na grande maioria das vezes, apenas

como um campo de aplicação ou verificação de ideias, propostas ou modelos. Tal postura nega, de certa forma, a importância da prática nas transformações sociais, políticas ou econômicas. Observamos mudanças e transformações nas práticas em saúde, desde a Reforma Psiquiátrica que ainda se encontra em construção, porém, necessita-se de uma análise sobre tais práticas. As práticas aqui são entendidas como ações que exigem um conhecimento, uma construção, uma reprodução e, porque não dizer, uma inovação.

Pinheiro e Luz (2007) realizam uma análise sobre as práticas em saúde a partir da Sociologia e da Filosofia, usando como um marco conceitual a prática como ação. Nesse sentido, compreende-se a ação como um componente cultural que traduz certa forma de pensamento de uma cultura. Assistimos a novas demandas sociais com o advento da modernidade, assim, faz-se necessário o surgimento de novos modos de produção, ficando o individualismo sendo reproduzido pelas instituições e através das práticas em saúde.

Um conceito interessante seria a proposta Weberiana, que trata de uma análise mais abrangente da realidade. Porém, torna-se relevante ir além dos limites das análises sobre as práticas, colocando-as como fontes de conhecimento de sua própria construção. Assim, nessa proposta, Weber define a ação:

A ação, nesse sentido, é um elemento conceitual fundamental para compreender e apreender estruturas, significados e sentidos, nesta racionalidade ou em outras. Neste sentido, o conceito weberiano de ação social é muito pertinente, por permitir a discussão sobre a ação e a prática como veículo de transformação (WEBER citado por PINHEIRO; LUZ, 2007, s.p.).

Tal discussão se faz importante, pois a prática é transformadora e a construção da mesma na saúde passa por esse processo, modificando o paradigma existente. A prática, nesse sentido, torna-se uma ação social transformadora que vai sendo modificada e transformada no dia a dia. O cotidiano aqui é entendido como o lugar no qual as práticas são construídas.

As práticas, portanto, são moduladoras do próprio fazer e formuladoras de saberes, tanto que não podem ser compreendidas como um modo de pensar que substitui o modo do pensamento tradicional. A teoria e a prática estariam sendo representadas por uma dicotomia que reverbera na cultura, nos planos político, ético e institucional, como as instituições de saúde. No caso da saúde, observa-se uma demanda crescente de modelos alternativos de atenção, seja na prática clínica, seja na gestão dos

serviços de saúde. Nesse sentido, as práticas em saúde podem ser entendidas como: "uma ação social resultante da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde. O cotidiano pode ser analisado como um espaço de construção de práticas de novas formas de agir social" (PINHEIRO; LUZ, 2007, s.p.).

Entende-se, então, que os serviços de saúde atuam na construção de saberes e práticas de cuidado e atenção à saúde, bem como na própria avaliação dos efeitos das políticas públicas de saúde na comunidade. Por fim, Bozi, citado por Pinheiro e Luz (2007) destaca que:

Os processos históricos da formação e consolidação das equipes e do modelo de atendimento nos serviços de saúde não se reduzem uns aos outros de maneira mecânica. Em outras palavras, a formação dos profissionais de saúde e a formulação de modelos assistenciais adotados pelos serviços possuem dinâmicas distintas, ao mesmo tempo em que se constroem lógicas particulares de realização e condução de suas atividades (BOZI citado por PINHEIRO e LUZ, 2007, s.p.).

Ressaltamos aqui, a constante preocupação e problematização de técnicos, profissionais e pesquisadores em buscar alternativas inovadoras para atuação e gestão nos serviços de saúde, tanto na superação da discrepância entre a formação profissional e os modelos de atenção à saúde, como suas práticas que iremos discutir mais adiante. É importante reconhecer a transversalidade dos aspectos sociais, culturais, biológicos, entre outros, bem como o trabalho em conjunto entre profissional, usuário e serviço.

2.4.1 Construção da prática da psicologia no território

O caminho que percorremos até aqui nos leva a acompanhar a construção das práticas da Psicologia na saúde pública, mais especificamente na Atenção Básica. Uma construção que, ainda hoje, é questão de problematização entre pesquisadores e profissionais da área. Vimos que a prática e sua construção são resultado de uma ação voltada ao social, na qual a relação serviço de saúde, profissional e população é extremamente relevante nessa construção.

A psicologia entra nesse cenário, em primeiro lugar, enfrentando a questão da formação, contribuindo e buscando problematizar sua própria prática no campo da saúde. No campo da saúde pública, a prática da Psicologia foi sendo construída a partir do final da década de 70, na qual havia algumas experiências de profissionais que

iniciaram suas atividades no campo da saúde. No entanto, hoje, o número de profissionais que atuam nesses espaços é cada vez maior (DIMENSTEIN, 1998). Porém, atualmente, "a prática psicológica no contexto da Atenção Básica à Saúde no Brasil ainda se acha em construção, devido ao pouco tempo de inserção do psicólogo nesse espaço" (BOING; CREPALDI; MORÉ, 2009, p. 830).

A Atenção Básica à Saúde, além de estabelecer vínculos e corresponsabilização entre profissional-usuário, exerce uma relação do profissional com o território. Tal relação configura-se como um aspecto fundamental, pois o alvo da atenção à saúde da família é compreendido a partir do ambiente e do espaço em que vivem. Nesse sentido, a responsabilização por uma população adscrita e uma intervenção em saúde que vai além da estrutura das unidades de saúde, objetivando o enfrentamento dos problemas de saúde, é capaz de estabelecer e desenvolver ações integrais em saúde (BRASIL, 1998).

Percebe-se que uma ação integral por ser alcançada quando se atenta à relação com o território, configurando como algo fundamental na construção das práticas. Assim como afirma Ramos e Pio (2010), quando trabalham sobre esse conceito.

O conceito de Território, inserido na Estratégia Saúde da Família através das ações dos profissionais, torna-se um elemento importante para a organização da ABS e ajuda-nos a perceber como estão pautados os olhares sobre o território e, em consequência, as ações de cuidado dispensadas à comunidade pelas equipes das unidades de Saúde da Família (RAMOS; PIO, 2010 p. 214).

Torna-se relevante, portanto, operacionalizar esse conceito diante de tantos sentidos adquiridos e construídos atualmente. Assim, como aponta Ramos e Pio (2010),

caracterizar e reconhecer o território são elementos-instrumentos que nos auxiliam a prestar ações de prevenção, promoção, reabilitação e recuperação de agravos à saúde, bem como a avaliar e a reavaliar o impacto das unidades de saúde da família, perante os problemas concretos e complexos de saúde da população, ou seja, a forma como esse território será incorporado nas práticas de suas ações terapêuticas (RAMOS; PIO, 2010 p. 214).

De acordo com Franco (2013), o território é condição de construção de algo novo para a subjetividade dos portadores de transtornos mentais, mas também pode ser um limitador. Nesse sentido, a compreensão do conceito de território, que se apropriou da Biologia e da Geografia, ajuda a compreender processos de reconstrução da subjetividade.

Nesse sentido, Yasui (2006) afirma que a lógica territorial é considerada um conceito central, que norteia as ações a serem construídas pelo serviço. A própria ESF,

como uma estratégia de organização da rede de cuidados, está associada ao tempo e ao lugar em que esta se constitui. Ainda segundo ele, “o território também possui outras lógicas que produzem sujeição e dominação”. (YASUI, 2006, p. 117).

É no território que se exerce o controle das subjetividades. É nele que se instala o olho vigilante do poder disciplinar que se ramifica e adere às rotinas cotidianas, transmutando-as ao sabor das conveniências do mercado. E o que se vende com as mercadorias são modos de ser, novos mundos e novas formas coletivas de conceber a vida e a existência, subjetividades capturadas e ansiosas pelo consumo (YASUI, 2006, p. 119).

Já Ramos e Pio (2010) apontam que "é no espaço de um território, com todas as suas particularidades, que visualizamos as possíveis construções subjetivas, tanto no que se refere ao processo saúde-doença quanto às possibilidades e às ações terapêuticas" (RAMOS; PIO, 2010, p. 215).

O território é visto como elemento essencial na ação transformadora, isto é, na construção das práticas, ao mesmo tempo em que ele também se transforma. Na prática do psicólogo, entender essas dinâmicas é necessário para o desenvolvimento de ações que visam a melhoria do atendimento aos usuários.

Nesse sentido, o território pode ser pensado a partir de sua dinâmica de apropriação social, tal categoria de análise social torna-se uma ferramenta para o trabalho de análise do mesmo. Para pensarmos sobre as políticas públicas de saúde é fundamental o entendimento do conceito de território, pois tal conceito trata de uma dinâmica social e do uso das coletividades. Configurando-se como um agente transformador das ações concretas e, em contrapartida, é transformado por elas (BARROS; PIMENTEL, 2012).

Segundo Bezerra e Dimenstein (2008), a atenção em saúde mental deve incluir os recursos da própria comunidade. Pois, embora ela esteja inserida dentro de uma rede de serviços que se articulam, a construção de espaços inclusivos no lugar onde vivem é um fator relevante para o cuidado dos usuários.

Não obstante, a prática não deixa de ser atravessada no cotidiano dos serviços de saúde. Além das questões relativas ao território e a relação serviço-profissional-usuário, ainda tem muito a se discutir no que se refere à relação formação-teoria-prática.

Dimenstein (2001) aponta alguns problemas que encontrou em serviços de Psicologia na rede de Atenção Básica. Problemas relacionados com as representações sociais e o risco da "psicologização" das questões sociais. Nesse sentido, o maior desafio estaria na relação teoria e prática, pois tal construção necessita da articulação

com as questões políticas e sociais. No entanto, o enfrentamento dessas questões na prática da Psicologia, como apontam Pombo-de-Barros e Marsden (2008), favorece outra visão sobre a subjetividade distinta do conceito aplicado à formação e à própria prática profissional.

Por fim, a noção de território como espaço político retrata as condições e possibilidades que o contexto traz elementos diferentes que atravessam as ações. Como bem coloca Jimenez (2011).

O eixo do território, compreendido enquanto espaço político, heterogêneo e aglutinador de processos físicos e imateriais, redes, rugosidades, tempo, emoções, intencionalidades, disputas, paisagem e história em pulsante transformação, deve orientar o olhar das diferentes disciplinas para com os sujeitos em sofrimento mental e suas idiossincrasias. O saber psicológico acumulado sobre o funcionamento psíquico, os conhecimentos da psiquiatria, a administração de fármacos não podem ser ações dissociadas da vida cotidiana, da dimensão política, devendo convergir em direção às possibilidades de leitura realizadas a partir de um determinado território em um tempo datado, com toda a complexidade que esta operação sugere (JIMENEZ, 2011 p. 136).

No que se refere à prática da Psicologia, o trabalho em equipe e a noção de território constituem-se como ações necessárias para o ofício e a atenção em saúde mental na Atenção Básica, pois o usuário não está separado de seu contexto. Como já discutimos, tal consideração possibilita a construção de um saber, de uma prática em torno das demandas que surgem dentro de uma comunidade.

3. INOVAÇÃO

Percebe-se que a inovação tornou-se uma prioridade no mundo atual. Nessa seção trazemos os conceitos encontrados em torno da inovação. Sendo resultante da contribuição de várias áreas do conhecimento, este tema ganhou interesse da saúde.

Partiremos em nossa leitura, da abordagem do tema da inovação diante do contexto atual, bem como as discussões acerca do seu processo. Na pesquisa, um conceito mostrou-se frequente, a inovação social e, com essa aproximação, a Sociologia traz contribuições de reflexões sobre ele. Finalizaremos com a interlocução entre inovação e práticas em saúde, na qual a discussão se aproximará do objetivo da nossa pesquisa.

3.1 Inovação: contornos conceituais e sua discussão no contexto atual

As discussões acerca da inovação vêm cada vez mais tomando corpo. É um termo que contém vários sentidos, sendo extremamente polissêmico. Este tema, antes discutido no âmbito da Economia, torna-se um debate de interesse tanto por parte das Ciências Sociais quanto da Saúde. Este capítulo propõe discutir a construção deste tema dentro de tais referências, de modo conceitual, evidenciando elementos para a análise das práticas do Psicólogo na área da saúde, mais especificamente na Atenção Básica.

O tema da inovação tem se mantido estreitamente ligado às preocupações de ordem econômica. Ainda é um desafio incluir variáveis socioculturais nas avaliações e nos estudos sobre a implementação da inovação em contextos locais e nacionais. Porém, essa temática está incluída na agenda pública brasileira e ainda é cedo para avaliar os impactos dessas políticas no país (ANDRADE, 2005).

Atualmente, observa-se uma aceleração das transformações nos mercados, sendo a capacidade de gerar e absorver inovações bastante consideradas, bem como os elementos do conhecimento que estão enraizados em pessoas, organizações e locais específicos. Contudo, observam-se esforços para que os novos conhecimentos sejam apropriáveis para estimular a interação entre os diferentes agentes econômicos e sociais para a sua difusão e geração de inovações (ANDRÉ; ABREU, 2005).

Bruno Latour, diretor do centro de Sociologia da Inovação da Escola de Minas em Paris, trabalha o conceito de contexto, ou seja, os agentes inovadores, em suas práticas, e, ao mesmo tempo, constroem e se submetem aos seus respectivos contextos de inovação. Isto quer dizer que toda inovação necessita de um contexto que lhe seja favorável, no qual o agente inovador, caso não consiga implementar mudanças, ficará incapacitado para impor novas regras de articulação entre as tecnologias e o comportamento social (ANDRADE, 2005).

O ordenamento legal brasileiro, na Lei 10 973 de 2004, entende por inovação a introdução de novidade ou aperfeiçoamento no ambiente produtivo ou social que resulte em novos produtos, processos ou serviços (BRASIL, 2004). Nesse sentido, o termo inovação é mais usado no contexto de ideias e invenções para fins econômicos, ou seja, a inovação seria uma invenção que chega ao mercado.

Derivado do latim *innovatio*, este termo significa novidade ou renovação. Atualmente, é mais aplicado em contexto de ideias e invenções que chegam ao mercado e, nesse caso, quando amplia a competitividade pode ser considerado um fator fundamental no crescimento e desenvolvimento de uma sociedade (FERREIRA DE DEUS; BINSFIELD, 2011).

Na Economia, um marco importante foi a contribuição de *Joseph Schumpeter*, sobre o desenvolvimento econômico, que faz uma análise sobre o tema da inovação. Para Schumpeter, de acordo com Moricochi e Gonçalves (1994), "inovação" significa "fazer as coisas diferentemente no reino da vida econômica". Nesse sentido, as inovações podem ocorrer de várias formas, tais como introdução de um novo bem ou de uma nova qualidade, um novo método de produção que pode ser derivado de uma descoberta científica, abertura de novos mercados, descoberta de uma nova matéria prima e uma reorganização industrial ou ruptura de uma posição.

Assim, veremos como esse tema aparece e os conceitos mais usados. De maneira geral, considera-se que existem dois tipos de inovação: a radical e a incremental.

Pode-se entender a inovação num sentido ampliado como o desenvolvimento e introdução de um novo produto, processo ou forma de organização da produção inteiramente nova. Esse tipo de inovação pode representar uma ruptura estrutural com o padrão tecnológico anterior, originando novas indústrias, setores e mercados. Também significa redução de custos e aumento de qualidade em produtos já existentes. As inovações podem ser ainda de caráter incremental, referindo-se à introdução de qualquer

tipo de melhoria em um produto, processo ou organização da produção dentro de uma empresa, sem alteração na estrutura industrial (LEMOS, 1999).

Os avanços na pesquisa científica e as necessidades do mercado levam a inovações de produtos ou processos, podendo ser tanto incrementais quanto radicais. Como já vimos, elas não obedecem a uma linearidade, configurando um grau de incerteza. Porém, ela tem um caráter cumulativo, pois as mudanças do passado influenciam as estratégias tomadas futuramente. Assim, esse processo flexibiliza a abrangência e a definição da natureza e das fontes de inovação, ampliando o leque de atividades consideradas inovadoras.

De acordo com Conde e Araújo-Jorge (2003), vemos hoje que os conceitos de inovação trabalham com as concepções de processo e de interatividade e incluem novos atores. Nesse sentido, o termo inovação passa por uma mudança, sendo considerado como "processos de inovação ou atividades de inovação" (p.732). A concepção de redes também está relacionada aos processos de inovação, pois elas refletem a interatividade e a variedade de conexões possíveis entre atores e instituições.

Podemos dizer que hoje se admite uma estrutura complexa de interação do ambiente econômico e as direções das mudanças tecnológicas. Nesse sentido, não se compreende o processo de inovação como um processo que evolui da ciência para o mercado, ou o contrário. Os diferentes aspectos da inovação configuram-se num processo complexo, interativo e não linear (LEMOS, 1999).

A temática da inovação também está relacionada com a produção de conhecimento. As pesquisas e as exigências do mundo atual contribuem para um ambiente fecundo às inovações. Entendemos que o contexto favorável e as relações de interação proporcionam uma mudança mais efetiva.

Lemos (1999) traz uma discussão sobre uma relação fundamental entre a codificação crescente do conhecimento e às velozes mudanças na geração desse conhecimento e de inovações. Ou seja, o arranjo das várias fontes de ideias, informações e conhecimentos passou a ser considerada uma importante maneira de capacitação para geração de inovações e enfrentar mudanças. As mudanças imprimem uma nova dinâmica nas formas de geração e aquisição de conhecimento e mudanças nas relações entre conhecimento tácito e codificado.

Cabe aqui dizer que o conhecimento codificado refere-se ao conhecimento que pode ser transformado em uma mensagem, podendo ser manipulado como uma informação. Já o conhecimento tácito não pode ser explicitado formalmente ou

transferido, pois são conhecimentos implícitos a um agente social ou econômico, "como as habilidades acumuladas por um indivíduo, organização ou um conjunto delas, que compartilham atividades e linguagem comum", requer uma interação social (LEMOS, 1999).

O conhecimento tácito é fundamental no processo de inovação, pois ele é compartilhado a partir da interação entre os atores sociais e instituições, tornando a inovação localizada e no contexto dos agentes envolvidos (LEMOS, 1999).

Vimos que a discussão acerca da inovação percorre caminhos dentro do campo da Economia, mas fatores de ordem econômica não são os únicos a lidar com processos de inovação. Dentre várias noções utilizadas para conceituar o termo inovação, percebemos uma variação e uma mudança para processo ou atividades de inovação. Então, os processos inovadores não passam por uma linearidade, são complexos e dependem de interação entre os atores envolvidos. As mudanças podem ser tanto radicais como incrementais, mas necessitam de um ambiente favorável para que ocorram. Discutiremos a seguir os processos de inovação que ampliarão a abordagem sobre esse assunto.

3.1.1 Processos de Inovação

Conforme salientado, o processo de inovação é atualmente entendido como interativo e dependente das diferentes características de cada agente e de sua capacidade de aprender a gerar e absorver conhecimentos, da articulação de diferentes agentes e fontes de inovação, bem como dos ambientes onde estes estão localizados e do nível de conhecimento existente nesses ambientes.

Lemos (1999) nos diz que a compreensão dos processos de inovação está influenciada pelo contexto histórico e econômico específico e dominante. Pensamentos lineares sobre tal processo não entram mais em discussão. Nesse sentido, as demandas que vêm do mercado não devem ser tomadas como o único elemento determinante do processo de inovação.

Segundo Ferreira de Deus e Binsfield (2011), não adianta ter estratégias inovadoras e buscar o desenvolvimento, se o ambiente não for favorável à inovação. Vários fatores contribuem ou não para a capacidade de inovar, como as políticas públicas e as instituições, por exemplo. Tal ambiente, também definido como "sistema

nacional de inovação”, precisa estar de acordo com a capacidade do país em responder às iniciativas inovadoras.

Neste contexto, o conceito de “sistemas nacionais de inovação”, desenvolvido por Lundvall (1992) e Freeman (1995), considera os atores sociais e econômicos e suas relações determinando a capacidade de inovação e adaptação às mudanças. Nesse sentido, o desempenho inovador é derivado da relação entre o social e o institucional e do contexto histórico-cultural. No entanto, observam-se discussões a esse respeito em níveis locais e regionais (LASTRES et al. 1999). Enfatiza-se aqui, portanto, que a compreensão do processo inovador e o conhecimento são localizados, pois, a interação criada entre agentes econômicos ou sociais em um mesmo local contribui para o desenvolvimento de atividades ou práticas inovadoras.

Outro conceito importante segundo Andrade (2005) é o de “ambientes de inovação”, que consiste em um espaço institucional e de relações de forças que um grupo disponibiliza para programar práticas que sejam inovadoras. A socióloga Maria Lúcia Maciel defende a utilização do conceito de ambientes de inovação em estudos sociais sobre produção tecnológica e apresenta a seguinte definição:

Procura dar conta do conjunto de condições – limites, obstáculos, possibilidades, estímulos – da inovação em uma determinada formação social. Ambiente de inovação refere-se, portanto, ao conjunto de fatores políticos, econômicos, sociais e culturais que estimulam ou dificultam a inovação [...] (MACIEL, 1997, p. 109).

Contudo, cabe aqui uma comparação feita por Andrade (2005) em que ele menciona que os ambientes de inovação são mais inclusivos e abrangentes. Já nos sistemas locais de inovação, os componentes que são herdados culturalmente e que dizem respeito a uma criatividade particular de um determinado grupo social, não se estabelecem como elementos inovadores, diferentemente do que acontecem nos ambientes de inovação.

Não obstante, é importante reconhecer que a formulação de políticas deve ser tratada como um processo de aprendizado, pois é necessário que se compreenda e se adapte as políticas a tais mudanças, para estabelecer diretrizes consonantes com os contextos específicos (LEMOS, 1999).

Latour(1992) utiliza a perspectiva da tradução, que constitui para ele o dispositivo teórico mais fecundo para analisar os processos de inovação. Os agentes sociais que compartilham o mesmo contexto de inovação dispõem de interesses e

motivações diferentes, mas traduzem uns aos outros suas disposições continuamente em uma rede. Nesse processo de tradução, concepções endurecidas sobre funções ou sistemas não entram em debate, pois a "interpenetração dos agentes no trabalho de inovação prescinde de esquemas preestabelecidos". (p.149). Assim, "a tradução efetua-se mediante a conciliação dos contrários, que misturam seus posicionamentos e argumentações de forma anárquica e imprevisível, sem papéis e disposições fixas" (ANDRADE, 2005 p. 149).

3.1.2 Inovação social

A dimensão sociológica é de suma importância no processo de inovação, pois é um processo que é formado pela contribuição de vários agentes sociais. Nesse sentido, abordaremos um pouco sobre a inovação social. Uma questão importante de ser apresentada é como se produz a inovação social, um tema que coloca em pauta, nos dias de hoje, a questão da inovação.

Os conceitos de contexto tecnológico e de ambientes de inovação representam novas possibilidades de incorporar teórica e empiricamente as práticas de inovação em uma dimensão sociológica. (ANDRADE, 2005).

Segundo André e Abreu (2006), as condições que favorecem a inovação social tratam, de um lado, dos recursos que são necessários ao processo de inovação e de outro, das dinâmicas que estão associadas ao processo, consolidado e difundindo a capacidade de inovação. Pode-se dizer que a inovação social passa pelo mesmo processo da inovação tecnológica, pois o conhecimento também é fundamental, bem como existem a presença de agentes envolvidos no processo, pois as dinâmicas para sua produção vão além dos recursos. Na realidade, são usualmente as discussões acerca da sustentabilidade que entram em debate nos casos de inovação social, um tema que fica fora da lógica do mercado e onde, dificilmente, a inovação se sustentará.

Já nos casos em que as discussões sobre o produto ou processo referem-se ao combate à exclusão e são aceitas pelas instituições, passam a serem práticas usuais, sendo rapidamente absorvidas. Entretanto, as inovações sociais que trazem um impacto nas relações de poder dificilmente são incorporadas. Assim, a ideia é abandonada, rejeitada e corre o risco de gerar outra inovação, mas, raramente a inovação origina uma revolução (ANDRÉ; ABREU, 2006).

Assim, entendemos a inovação social como uma resposta nova e socialmente reconhecida que visa e gera mudança social, ligando simultaneamente três atributos: (i) satisfação de necessidades humanas não satisfeitas por via do mercado; (ii) promoção da inclusão social; e (iii) capacitação de agentes ou actores – sujeitos - , potencial ou efectivamente, a processos de exclusão/marginalização social, desencadeando, por essa via, uma mudança, mais ou menos intensa, das relações de poder (ANDRÉ; ABREU, 2006 p.126).

Pretendemos, com a breve apresentação desse conceito, acrescentar a discussão do processo inovador na dimensão social. Vimos que tal processo se assemelha ao discutido mais acima, porém, no âmbito social, encontram-se embates de relações de poder e interesses no que diz respeito à inovação. A ideia de transformação social enfrenta essas questões, mas como se trata de um processo, ela ganha mais força, pois aumenta a capacidade inovadora com a introdução dos agentes sociais envolvidos.

3.2 Inovação e práticas em saúde

Neste trabalho foram particularmente consideradas como inovadoras as práticas que não são abordadas em profundidade nos cursos de graduação, mas que foram criadas no contexto dos próprios serviços de saúde, tais como Matriciamento, o trabalho em Equipe Multiprofissional e as Práticas Intersetoriais, constituindo, assim, um carácter diferencial. Discorreu-se assim, de arranjos do processo de trabalho em saúde, que foram promovidos pelo movimento sanitário, e com os quais os psicólogos tiveram que se haver após sua entrada nos serviços. Contudo, reconhece-se que esses temas têm sido, paulatinamente, mais incorporados aos cursos de graduação em Psicologia. Procurei realizar aqui uma breve discussão sobre a problemática da inovação e suas possíveis articulações com as práticas em saúde, utilizando o referencial das ciências sociais e das análises atuais sobre o processo de inovação.

As grandes mudanças sociais ocorridas no Brasil e a implementação das políticas do SUS acabaram por gerar um sistema algumas vezes falho, marcado por grandes demandas de atendimento e insatisfação dos profissionais e usuários. Acredita-se que se necessita “fazer mais do mesmo”, porém os serviços de saúde carecem de mudanças mais significativas em seus instrumentos de gestão, com soluções alternativas e introdução de novas práticas, novos modos de realizar a atenção à saúde, com mais integração, eficiência e equidade. (TASCA, 2011). Nesse sentido, as práticas inovadoras não podem ser encontradas em manuais, pois o processo de aprendizagem e de mudança requer, necessariamente, experiência.

Segundo Latour, citado por Andrade (2005), toda inovação deve se construir a partir daquilo que ele denomina ação estratégica dos inovadores. Nessa ação estratégica, o inovador precisa, ao mesmo tempo, controlar o contexto social em que se desenrola a prática inovadora e se adaptar a ele. Entende-se, aqui, a importância do contexto social tanto para as práticas dos profissionais e as possibilidades de atuação, quanto para a possibilidade de mudanças proporcionando um ambiente favorável à ação inovadora.

Atualmente, a inovação é reconhecida como o elemento fundamental e incentivador do desenvolvimento sustentável em todos os setores econômicos e sociais. No entanto, na Saúde, a inovação funciona como fonte de refinamento tecnológico no sentido de melhoria de insumos, serviços e qualificação do atendimento aos usuários, além de buscar a melhoria das condições de trabalho dos profissionais. (FERREIRA DE DEUS; BINSFIELD, 2011).

Uma definição destaca o “valor social” da inovação, pois o que interessa aqui seriam os benefícios trazidos para indivíduos ou coletividades, e não apenas o sentido do novo ou sofisticado tecnologicamente. Dessa forma, o valor social seria:

“[...] a intencional introdução e aplicação num grupo ou organização de ideias, processos, produtos ou procedimentos novos para a unidade que os adota, destinada a produzir benefícios significativos para indivíduos, grupos ou à comunidade em geral.” (OMACHONU citado por TASCA, 2011 p.3.).

São atributos da inovação: a ideia, o processo, ou produto “novo”, bem como a aplicação prática e a geração de benefícios. Quando se fala em inovação em saúde entende-se, também, que seja algo relativo à gestão, que deve ser criativa e buscar novas soluções. Tasca (2011) revela que uma mudança, para ser chamada de inovadora, deve produzir benefícios e mostrar a sua eficácia. Trata-se, portanto, da importância e necessidade que o gerenciamento de um processo de mudança seja baseado na introdução da inovação na gestão.

Então, para falarmos em inovação na área da saúde deve-se considerar a ideia, processo ou produto novo, bem como uma “nova prática”, instrumento, metodologia etc. A sua aplicação prática deve ser implantada e seus efeitos avaliados. Considerando, principalmente, a geração de benefícios com evidências de impacto positivo para os usuários.

Nesse sentido, a definição de inovação na área da saúde proposta por Omachonu parece relevante:

“A introdução de novos conceitos, ideias, serviços, processos ou produtos, visando aprimorar tratamento, diagnóstico, treinamento, cobertura, prevenção e pesquisa, com objetivos de longo prazo, para melhorar qualidade, segurança, impacto e eficiência do sistema de saúde” (OMACHONU apud TASCA, 2011, p.14).

Cabe salientar a recente pesquisa sobre práticas profissionais da Psicologia na Atenção Básica à Saúde, realizada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) com o intuito de contribuir para a qualificação e para a organização da atuação profissional, e desenvolvida pelo Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP). Nessa pesquisa, a análise focalizou os modos de atuação, os desafios e os limites, os dilemas e os conflitos vividos no cotidiano, as práticas apontadas pelos participantes como sendo inovadoras, as sugestões e as demandas dos participantes. "Em uma perspectiva, de mudanças e implementações, o apoio matricial foi apontado pelos profissionais do CRP 04 como uma metodologia inovadora" (CFP, 2010, p.16):

(...) Compreendida como uma metodologia inovadora, o apoio matricial foi apontado como orientador de práticas, inclusive do recém-criado NASF, a fim de se evitar a ambulatorização da saúde mental na atenção básica, o que seria um retrocesso no modelo assistencial [RE CRP 04] (CFP, 2010, p.16).

Foi baseada nas entrevistas com os profissionais nessa pesquisa do CFP, que foi possível ressaltar que as ações consideradas inovadoras pelos profissionais da Psicologia variam muito nas diversas regiões e de um psicólogo para outro, e o que é entendido como inovador em um lugar não parece inovador em outro.

Em algumas discussões, o apoio matricial, por exemplo, foi referido como prática inovadora; em outras, foram relacionados diversos trabalhos vinculados a teorias da Psicologia. Alguns afirmaram não conhecer nem desenvolver nada inovador neste campo, devido ao pouco tempo de trabalho nele e/ ou devido à sobrecarga de trabalho. Porém, a maioria dos respondentes indicou algum tipo de atividade que desenvolve no dia a dia que considera inovadora. Alguns justificaram que, mesmo que a atividade não possa ser considerada inovadora para a Psicologia, no contexto local onde é desenvolvida, representa um avanço e uma inovação (CFP, 2010, p. 47).

Também são consideradas atividades inovadoras "ações envolvendo a equipe e outros profissionais, políticas locais de saúde e a organização da rede de Atenção Básica à Saúde". (CFP, 2010, p.48).

Além disso, cabe ressaltar que a pesquisa em questão revelou a compreensão dos participantes no que se refere à definição do que seria uma prática inovadora. As respostas variavam entre atividade criativa, atendimento em saúde mental fora dos locais especializados, atividades intersetoriais, trabalho em equipe multiprofissional,

atuação em rede, dentre outros. Além de teorias inovadoras e relação serviço-universidade (CFP, 2010). Portanto, a pesquisa do CFP identificou como inovação temas similares aos escolhidos por este trabalho.

A inserção de profissionais da Psicologia adquire os contornos da gestão local da Atenção Básica à Saúde, ações consideradas inovadoras vão sendo desenvolvidas de acordo com as demandas locais e com o modo de atuar de cada profissional. Na nossa pesquisa é reforçada a ideia da construção da prática nos espaços onde elas se desenvolvem, no qual os aspectos inovadores surgem na dimensão do território no qual são construídas.

De acordo com Yamamoto e outros (2001), a novidade das práticas se dá não apenas nas atividades, mas nos locais onde são desenvolvidos. O que possibilita a introdução de inovações seria o confronto com situações novas, não reiterando as práticas consagradas nos locais ditos tradicionais. No entanto, Campos, citado por Yamamoto e outros (2001), reflete sobre as insuficiências dos moldes teóricos tradicionais da Psicologia em dar conta das novas realidades, promovendo o desenvolvimento de práticas inovadoras, mas uma reiteração, eventualmente sem a necessária consideração das circunstâncias e das questões envolvidas, de práticas tradicionais nesses novos contextos de atuação.

Tais reflexões apontam para um questionamento importante, que diz respeito ao significado das inovações na Psicologia. "Reiteramos que o 'novo' em si não configura, necessariamente, nem um avanço do ponto de vista teórico-metodológico, nem uma prática socialmente mais consequente" (YAMAMOTO et al. 2001, p. 71). Assim, ao focalizar o tema da inovação, este trabalho não visa colocá-la como valor essencial. Pelo contrário, reconhece que a busca do novo pelo novo pode cair em certo vazio destituído de efetividade concreta. Essa ponderação sinaliza que a inovação deve ser avaliada em sua efetividade e benefícios reais. (TASCA, 2011).

3.3 As "novas práticas": equipe multiprofissional, apoio matricial e intersetorialidade.

As práticas consideradas nesse trabalho foram escolhidas por serem consideradas práticas exitosas e que tinham a característica de terem sido criadas no cotidiano da atuação profissional e que não eram abordadas em profundidade na formação do profissional.

3.3.1 Equipe multiprofissional

O trabalho em equipe é tema de muitas discussões dentro das mais variadas disciplinas. Diante das mudanças e exigências do mundo atual e com a preocupação da melhoria do atendimento e qualidade de vida do usuário, o compartilhamento das ações se torna uma atitude cada vez mais frequente.

Segundo Cid Veloso, ex-diretor da Faculdade de Medicina da UFMG, citado por Clemente e outros (2008), o trabalho em equipe se tornou cada vez mais eficiente devido ao crescente desenvolvimento científico e tecnológico, bem como as necessidades e demandas da saúde. Nesse sentido, aponta para a necessidade do trabalho em equipe multiprofissional para a melhoria do atendimento e da promoção da saúde. Revela ainda que, a capacitação, a interface do trabalho e a autonomia são fundamentais para o desempenho em equipe multiprofissional.

Para o trabalho em equipe multiprofissional em saúde, outras questões importantes se apresentam. Peduzzi (1998) traz uma discussão apontando que esta é uma forma de compensar a "ultra especialização". Configuram-se em uma assistência integral as ações parciais que nem sempre solucionam as necessidades de saúde em seu todo. Refere ainda que:

A noção de equipe está etimologicamente associada à realização de tarefas, de trabalhos compartilhados entre indivíduos, que de seu conjunto de coletivo extraem o sucesso para a realização pretendida. Esta noção, quando está deslocada de condições particulares e concretas, pode transformar-se em "símbolo mítico do ideal de prática em saúde ou em solução mágica e apaziguadora dos conflitos entre as diferentes áreas profissionais". A estas condições concretas estão "a divisão do trabalho, a desigualdade no trabalho, dos diferentes graus de autonomia profissional, a diversa legitimidade técnica e social dos vários saberes implicados e a racionalidade presente nas práticas profissionais" (PEDUZZI, 1998 p.5).

Os profissionais que compõem as Equipes Multiprofissionais são das mais diversas áreas. Eles dependem da demanda local e possuem configurações distintas, dependendo de cada instituição. "A psicologia foi incluída em vários deles, em especialidades como: saúde pública e saúde da família" (CLEMENTE et al. 2008, p. 176).

3.3.2 Apoio Matricial

O Apoio Matricial, em especial na nossa pesquisa, foi escolhido por ter uma característica de ter sido criado no contexto brasileiro. Considerado uma inovação

importante que partiu de uma prática em particular, realizada em Campinas (SP), através da coordenação do Gastão Wagner de Souza Campos. Essa prática de matriciamento tornou-se uma política consolidada e ampliada para a maioria dos municípios brasileiros.

Assim, o Ministério da Saúde, com a ida de Gastão Campos para a Secretaria Executiva do Ministério em 2003, propôs a estratégia do Apoio Matricial (AM) para facilitar o direcionamento dos fluxos na rede, promovendo uma articulação entre os equipamentos de saúde mental e as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Segundo a coordenação de Saúde Mental, no documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, o Apoio Matricial se constitui em:

Um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. Nesse arranjo, a equipe de saúde mental compartilha alguns casos com as equipes de Atenção Básica. Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que podem se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos, e também na forma de supervisão e capacitação (BRASIL, 2004, p. 34).

Não obstante, trata-se de uma metodologia, de acordo com Campos e Domitti (2007), que garante uma supervisão especializada tanto com a assistência aos usuários quanto no apoio técnico-pedagógico, propondo uma construção compartilhada com a equipe.

Discute-se muito sobre essa prática, como anterior à criação do NASF. O apoio matricial se configura como uma prática inovadora, pois foram a partir de ações que se possibilitou a criação da política do NASF. A proposta da clínica ampliada surgiu nos mesmos moldes, no sentido de ampliar as ações na atenção básica à saúde.

Assim, com o Apoio Matricial, chegaríamos perto de alcançar, como refletem Dimenstein e outros (2009):

...a tão almejada clínica ampliada poderia ser efetivada, pois a sua função seria acompanhar movimentos, metamorfoses subjetivas, paisagens que vão se processando cotidianamente na vida, proporcionando um meio criador para encontros e composições. Uma clínica como prática política que tem a ver com afeto e com a fabricação de modos de existência (DIMENSTEIN et. al, 2009 p.67).

3.3.3 Práticas intersetoriais

Entende-se aqui como "práticas intersetoriais" as práticas que entram em contato e comunicação com outros campos, instituições e políticas. Os órgãos públicos em seu campo de intervenção, tais como a saúde, educação, habitação, meio ambiente, cultura, possuem uma rede de instituições e de serviços sociais que articulam suas ações com outros setores. Como a Assistência Social que atua em conjunto com as demais políticas e atendem os mesmos usuários muitas das vezes (BOURGUIGNON, 2001).

Tal atuação visa à união de forças para o enfrentamento de problemas garantindo o desenvolvimento. Nesse sentido, Junqueira (1998) revela que a intersetorialidade articula os saberes e experiências para superar problemas complexos, com elaboração de políticas garantindo a participação popular, indo além das ações governamentais fragmentadas, permitindo a promoção do desenvolvimento social. Isto é, “uma lógica para a gestão da cidade, buscando superar a fragmentação das políticas e considerar o cidadão em sua totalidade, em suas necessidades individuais e coletivas” (JUNQUEIRA, 1998, p. 15).

Inojosa (2001) aponta que tal lógica altera a forma como se problematiza a solução dos problemas sociais e implica numa mudança de paradigmas, mobilizando políticos, acadêmicos e técnicos, integrando os saberes entre si e a população, a fim de compreender a diversidade. Nesse sentido, a mudança de paradigma se torna fundamental para atuar na perspectiva da intersetorialidade. É preciso uma “reforma de pensamento para criar um paradigma com foco na complexidade, na compreensão da diversidade e, com certeza, na questão da comunicação” (INOJOSA, 2001, p.106).

No entanto, para a identificação de políticas mais eficazes que possibilitem uma gestão compartilhada, Junqueira (2000) chama a atenção que no desenho da política deve haver uma integração das políticas sociais, considerando as peculiaridades de cada lugar.

Assim, na perspectiva da intersetorialidade, vão ao sentido de construir das redes entre setores, órgãos públicos, outros campos de intervenção, revelando-se como uma estratégia na política pública para responder às demandas sociais, bem como as práticas em saúde mental.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa buscou investigar a construção, a constituição e o desenvolvimento das práticas em psicologia na atenção básica. Abrange a historicidade de sua constituição e o contexto no qual se revela, a partir das narrativas dos profissionais que atuam na Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS) sobre sua trajetória acadêmica e profissional. Dentro de tantas modalidades de atuação destacamos as práticas intersetoriais, o matriciamento, o trabalho em equipe multidisciplinar, entre outros, identificando aspectos inovadores de tais práticas e buscando uma interface entre essas práticas e o discurso elaborado sobre as mesmas, construindo elementos iniciais de avaliação.

Nessa busca, a pesquisa se insere na vertente qualitativa. Assim, a ideia da pesquisa, consoante com os seus objetivos, é compreender e promover diálogos que favoreçam a ampliação do conhecimento, contribuindo com reflexões teórico-críticas acerca da situação atual das práticas em psicologia na Atenção Básica, compreendendo o processo de construção das mesmas e evidenciando seus aspectos inovadores. Nesse sentido, interessa também a possibilidade de sistematizar conhecimentos que possam ser úteis para a atuação em saúde.

A pesquisa qualitativa é uma atividade científica que visa a investigação da realidade em que as ciências sociais se preocupam, em um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com o universo de crenças, valores, significados e outros construtos das relações que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. A postura do pesquisador é muito importante, pois não se considera e nem se propõe uma neutralidade dele, tendo visto que ele está inserido na realidade (MINAYO, 2008). Nesse sentido, o método qualitativo:

É o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2008, p. 57).

Coerente ao contexto, a pesquisa utiliza dessa estratégia como uma forma de percorrer o caminho da construção das práticas, tratando das definições, opiniões, valores, experiências e relações, bem como os desafios e percalços deparados durante a trajetória, entre outras questões que perpassam na prática em saúde. Para acompanhar a

trajetória e o desenvolvimento das práticas, surgiu a necessidade de focalizar nos registros narrativos dos atores envolvidos na pesquisa, bem como nos registros teóricos pertinentes à investigação. Nessa investigação, destacamos as entrevistas semi-estruturadas nas quais foram utilizadas um roteiro de questões geradoras a serem inseridas durante a narrativa dos atores da pesquisa. Contudo, os documentos e políticas entram como um discurso sobre as práticas e também foram importantes fontes de pesquisa. Estes recursos se mostraram pertinentes no sentido de acompanhar e compreender a construção, desenvolvimentos e desafios das práticas dos profissionais na Atenção Básica.

Para percorrer este caminho e traçar um desenho inicial, buscamos uma exploração antes de chegar ao campo. A fase exploratória pretende dar as direções para o delineamento do objeto, a busca de definições e a escolha dos atores. Contudo, a pesquisa bibliográfica é pertinente a todas as pesquisas, pois se configura uma base para uma revisão sobre o assunto.

4.1 Construção do campo

A aproximação com o campo e a busca pelos atores se deu inicialmente na ocasião da II Mostra Mineira de Prática em Psicologia, que foi realizado no dia 29 de agosto de 2012 em Belo Horizonte, na qual foram apresentados trabalhos e práticas em psicologia em Minas Gerais. O objetivo dessa busca foi observar como as práticas foram apresentadas, como os aspectos inovadores aparecem e onde aparecem.

A construção do campo usou critérios de escolha de profissionais a serem entrevistados, definidos a partir dos diferentes tipos de população e tamanho de cidades que se localizam na RMBH. Escolhemos três cidades classificadas como de grande, médio e pequeno porte, Belo Horizonte, Betim e Nova Lima, respectivamente. Foram escolhidos, dois profissionais que atuam na atenção básica no SUS, um com maior tempo de atuação/formação e outro com menor tempo de atuação/formação, totalizando 6 profissionais. A escolha dos profissionais se deu por conveniência a partir dos contatos feitos pelo pesquisador.

O IBGE estabelece critérios demográficos para a definição do porte das cidades sendo que, pequeno diz respeito àquelas com até 100 mil, médio as com população entre 100 e 500 mil e grande aquelas com mais de 500 mil habitantes. Segundo o último Censo Demográfico 2010 do IBGE, Belo Horizonte possui cerca de 2 375 151 de

habitantes, Betim possui 378 089 de habitantes, e, por último, Nova Lima que conta com 80 998 habitantes.

A amostra da pesquisa propõe uma escolha e uma seleção. Os critérios se baseiam em tempo de atuação, no trabalho em Unidades Básicas de Saúde (na Atenção Básica) e, por fim, no profissional que trabalha nas cidades acima destacadas. Segundo Pires (2010), "o objetivo da amostra numa pesquisa consiste em dar base a um conhecimento ou um questionamento, que ultrapasse os limites das unidades, e mesmo um universo de análise, servindo para produzi-lo" (PIRES, 2010, p. 163). Nesse sentido, a amostra produziu dados qualitativos e contará com uma amostragem por casos múltiplos a partir de entrevistas realizadas com vários indivíduos. Assim, a pesquisa utiliza de uma amostra do tipo contraste-saturação, que se refere mais às pesquisas baseadas em entrevistas, podendo acumular vários casos. Geralmente a entrevista é oral, gravada e transcrita literalmente, curta e tópica, ou seja, não se reporta à vida completa do entrevistado (PIRES, 2010).

A aproximação com os atores da pesquisa partiu da identificação dos locais no qual possuem profissionais psicólogos atuantes na Atenção Básica, como as Unidades Básicas de Saúde, através das secretarias de saúde das cidades escolhidas, buscando um contato inicial com os profissionais e com os locais onde eles atuam. Posteriormente, foi feito um contato com as secretarias e os locais para esclarecimentos dos procedimentos necessários para informar sobre a pesquisa. Nesse momento, indicações foram feitas durante essa busca dos psicólogos que aceitaram contribuir com a pesquisa. A partir do contato com as instituições e os profissionais, foi feita a proposta da entrevista e o agendamento, verificando a disponibilidade e confirmando a viabilidade de realização da mesma. No contato, a explicação do termo de consentimento é livre e esclarecido que, no caso de ser aceita, terá a assinatura do profissional.

No contato com os atores da pesquisa pretendeu-se, através de suas narrativas, acompanhar sua trajetória buscando delinear seu percurso histórico, sua formação, entrada no campo e construção de sua prática.

4.2 Caracterização dos Municípios

4.2.1 Belo Horizonte

A cidade de Belo Horizonte se encaixa como uma cidade de grande porte com mais de 2 375 151 de habitantes, de acordo com o IBGE. Possui uma rede ampla que se divide em: Atenção Básica, Atenção Especializada, Urgência e Emergência, Regulação da Atenção Hospitalar, Regulação da Alta Complexidade e Vigilância à Saúde. Totalizando mais de 180 unidades distribuídas por toda a cidade (PBH, 2014).

Mais especificamente, a Atenção Básica à Saúde nesse município conta com 147 centros de saúde, distribuídos entre os nove Distritos Sanitários: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. Essas Unidades Básicas de Saúde são responsáveis pelas ações voltadas para a população da sua área de abrangência, e representam a principal porta que deve ser procurada no caso de alguma necessidade de tratamento, informação ou cuidado básico de saúde (PBH, 2014).

As UBS são a porta de entrada para o sistema base das Equipes de Saúde da Família (BH Vida). No total são 523 equipes, formadas por um médico de família, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e uma equipe de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Dos 146 centros da capital, 58 também possuem equipes de Saúde Mental e 141 oferecem atendimento odontológico. Há também, em algumas unidades, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, médicos homeopatas e acupunturistas. Já as equipes de zoonoses dos centros de saúde são responsáveis por controlar as doenças transmitidas por mosquitos e outros animais. Nas unidades, o usuário pode se consultar e, com encaminhamento médico, agendar consultas especializadas, realizar o pré-natal, fazer o acompanhamento de doenças crônicas, vacinar-se, retirar medicamentos com receita médica, receber consultas odontológicas e orientações sobre saúde em geral, além de outros serviços (PBH, 2014).

A rede de saúde mental em Belo Horizonte passou por muitas mudanças e lutas durante seu processo de desospitalização e de luta antimanicomial. Após a III Conferência Municipal em Saúde Mental em 2010, foram inseridos psicólogos em todas as UBS. Atualmente, a rede conta com cerca de 400 leitos e 2 hospitais Rede de Saúde Mental em Belo Horizonte; 58 Equipes de Saúde Mental nos Centros de Saúde; 09 Equipes Complementares à Criança e ao Adolescente; 07 Cersam's; SUP – Serviço de Urgência Psiquiátrica; 01 Cersami; 09 Centros de Convivência; 22 Serviços

Residenciais Terapêuticos; 01 Incubadora de Empreendimentos Solidários; 01 Cersamad; 09 Núcleos do Projeto Arte da Saúde; 513 Equipes de Saúde da Família.

4.2.2 *Betim*

Betim é um município brasileiro do estado de Minas Gerais e faz parte da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Possui 388 873 habitantes (IBGE/2012). É a 5ª maior cidade do estado e uma das 50 maiores cidades do Brasil. A Secretaria Municipal de Saúde de Betim é responsável para implantar e implementar a Política Municipal de Saúde por meio das unidades e serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares que integram a rede do SUS-Betim. O modelo assistencial é adotado de acordo com a opção política, que se traduz na organização dos serviços de saúde, segundo componentes tecnológicos e assistenciais, que se relacionam em diversos arranjos complexos, cujo objetivo é responder às demandas e necessidades de saúde da população.

Sua rede assistencial é estruturada de forma integrada e hierarquizada. Compõe-se de unidades de atenção básica, especializada, de urgência e emergência e hospitalares, além de unidades de apoio diagnóstico e terapêutico. Além de coordenar a assistência, a equipe responsável pelo planejamento das ações vem desenvolvendo uma proposta de matriciamento por meio das referências técnicas, que buscam desenvolver linhas de cuidado conforme os ciclos de vida e projetos prioritários, observando sempre as características e necessidades de cada Região Administrativa. A Atenção à Saúde é composta por ações de promoção da saúde, atenção básica, atenção especializada, urgência e emergência, apoio ao diagnóstico, assistência farmacêutica e hospitalar.

A Secretaria Municipal de Saúde de Betim oferece atendimento e acompanhamento para pessoas que vivem com sofrimento mental. Os três Centros de Referência em Saúde Mental (Cersams) e o Centro de Referência em Saúde Mental Infantil (Cersami) contam com profissionais, entre psicólogos, psiquiatras, terapeutas, assistentes sociais e enfermeiros que atendem de forma humanizada e integrativa para que os usuários estejam inseridos na sociedade (PREFEITURA MUNICIPAL DE BETIM, 2014).

Os serviços de saúde mental oferecidos no município visam à substituição do modelo manicomial, ou seja, em Betim, o paciente não fica internado por tempo indeterminado. Ele frequenta o Centro de Convivência Estação dos Sonhos e grupos nos

centros de referência, onde participa de terapias e oficinas de geração de emprego e renda.

Betim conta com uma rede com 52 equipes de Saúde da Família, cada uma delas responsável por acompanhar a rotina de até 3,6 mil pessoas. Essas equipes, compostas por um médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e o agente comunitário de saúde, estão vinculadas às UBS do Município. No entanto, apoiando suas ações e oferecendo atividades complementares, estão seis NASFs, integrados por equipes multidisciplinares – fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista – distribuídos regionalmente para um conjunto de unidades de saúde (CONASSEMS-MG, 2014).

4.2.3 Nova Lima

Nova Lima é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, localizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte. Sua população em 2013 era de aproximadamente 87 391 habitantes (IBGE/2013).

O município de Nova Lima possui 16 Unidades Básicas de Saúde, onde são realizados atendimentos nas especialidades de clínica geral, pediatria e ginecologia. Além dos serviços prestados nesses postos, a Policlínica Municipal oferece atendimento médico em 13 especialidades: mastologia, cardiologia, urologia, nefrologia, angiologia, ortopedia, oftalmologia, infectologia, pneumologia, psiquiatria, otorrinolaringologia, cirurgia geral e endocrinologia. Para combater pragas urbanas e outras, o Departamento de Vigilância Sanitária e Saúde mantém serviços de prevenção.

Na área da Saúde, Nova Lima oferece centros de atenção e o Programa Saúde da Família, entre outras ações que contribuem para o tratamento e controle de doenças no município. Na cidade, a Policlínica Municipal oferece atendimento ininterrupto: 24 horas; a Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Cruzeiro teve os serviços ampliados e o bairro Jardim Canadá já conta com nova UBS.

O Centro de Atenção Psicossocial (Caps) e para tratamento de casos portadores de transtornos mentais. A criação do Centro de Atenção Psicossocial (Caps) é uma ação no município para garantir melhor qualidade da saúde a que todos têm direito. O Caps também propicia a integração dos pacientes à sociedade. Cerca de 1 900 pessoas já foram atendidas pelo programa. Elas participam de atividades culturais, de recreação e inclusão, de grupos psicoterapêuticos e oficinas de terapia ocupacional. Os pacientes

recebem acompanhamento psiquiátrico, atenção medicamentosa, atendimento familiar ou individual. O tratamento é acompanhado por assistente social, enfermeiras, médicos psiquiatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais (PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA LIMA, 2014).

4.3 Produção dos dados

No contato com o campo, os dados da pesquisa foram produzidos a partir das entrevistas semi-estruturadas, que seguiu um roteiro composto por temas a fim de dar um norte apenas, para que o trabalho tivesse um caráter de conversação. O roteiro da entrevista é entendido, como propõe Minayo (2008), como guia de uma conversa com um objetivo a ser atingido, por meio de uma lista de temas a fim de compreender o ponto de vista dos atores sociais, de modo que facilite o surgimento de outras temáticas durante a conversação. Com isso, o objetivo foi conduzir conversas a partir dos temas: percurso histórico, formação, entrada no campo, trajetória, atividades desenvolvidas e aspectos inovadores das práticas de trabalho.

A entrevista, no sentido restrito, trata-se de um instrumento de colheita de informações e muito usada no trabalho de campo (MINAYO, 2008). A busca de informações pertinentes à pesquisa contou com a contribuição dos atores envolvidos. As entrevistas foram gravadas e transcritas literalmente, visando uma posterior análise. Os dados obtidos na conversação serão arquivados e guardados com o pesquisador por um período de cinco anos; após esse período elas serão destruídas.

Os documentos também serviram de fonte de dados para a pesquisa. "O documento permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social", revela Cellard (2008, p.295). Com os documentos da Política de Saúde Mental, da Política Nacional de Atenção Básica, Portarias, Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil, as resoluções e publicações do CFP e do CREPOP, entre outros, podemos ter uma compreensão que permite a observação de processos e a construção das práticas enquanto um discurso e as transformações ocorridas nos últimos anos.

4.4 Análise do material

A análise do material passou por um tratamento dos dados produzidos no campo. Neste estudo, optou-se por abordar os dados através da Análise Temática de Conteúdo. Segundo Bardin (1977), a análise de conteúdo consiste em utilizar técnicas de análise de comunicação com o intuito de obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Assim, a análise de conteúdo procura trazer um concreto e operacional método de investigação.

Trata-se, porém, de um aparato instrumental metodológico aplicado a discursos diferentes, baseados na inferência, na dedução. A análise de conteúdo transita entre a objetividade e a subjetividade (BARDIN, 1977). Nesse sentido, a opção por utilizar esse tipo de análise percorre entre dois polos, o desejo de rigor e a necessidade de descoberta.

Uma das técnicas para atingir os significados na Análise de Conteúdo é a Análise Temática, que busca descobrir os núcleos de sentido compostos em uma comunicação, assim, a frequência ou presença de certos conteúdos trazem alguma significação pertinente ao objetivo da análise. Nessa fase, buscou-se configurar unidades de registro, códigos e categorizações que nortearam a análise final. Realizamos recortes de expressões, situações e frases que melhor representem as unidades analíticas que serão trabalhadas com a devida profundidade (MINAYO, 2008).

Na análise, os temas abordados e produzidos foram organizados e codificados configurando-se em categorias de análise, o que produz elementos heterogêneos. Assim, após a organização dos resultados a partir do material produzido nas entrevistas, conseguimos fazer inferências e análises pertinentes à investigação.

A análise temática se divide em três etapas: a pré-análise, que constitui numa primeira apropriação dos dados entrando em contato com o documento através da leitura flutuante, a constituição do corpus organizando o material e a formulação de hipóteses e objetivos a partir da exploração do conteúdo; a outra etapa da análise é a exploração do material, codificando-o, buscando uma melhor compreensão do documento. E, por último, o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação (MINAYO, 2008).

Na pré-análise foram agrupadas as entrevistas depois de transcritas literalmente e convertidas em Formato Rich Text (RTF) e foram submetidas ao tratamento dos dados através do *software* Atlas.ti 7 na versão *freetrial*.

O software Atlas.ti foi idealizado para a análise de dados qualitativos em grande quantidade. Desde então, passou a ser utilizado em diferentes áreas do conhecimento, primeiramente por adeptos da *Grounded Theory* ou teorização enraizada. Recentemente, vem sendo empregado por pesquisadores que se valem da análise de conteúdo (KLÜBER, 2014).

O Atlas.ti permite a análise de documentos em diversos arquivos como doc, pdf, rtf, imagens e até mesmo o áudio. Depois, é possível fazer a codificação do texto, relacionar os códigos, estabelecer ancoragens através de *hiperlinks* e associar diversos documentos a seus respectivos códigos. O *software* produz teias interessantes que permitem a visualização das relações entre os códigos e seus documentos. No entanto, é uma ferramenta que exige o domínio da metodologia utilizada, por meio de quem o está operando.

Torna-se relevante apresentar uma síntese dos principais elementos do software, de acordo com o manual do software².

² Disponível em : http://www.atlasti.com/uploads/media/atlasti_v7_manual_201312.pdf . Acesso: 20/05/2014.

Unidade Hermenêutica (<i>Hermeneuticunit</i>)	A unidade hermenêutica permite reunir e gerenciar todos os dados de um projeto de pesquisa, gerenciando os elementos subsequentes.
Documentos primários (<i>Primarydocuments</i>)	São os dados primários coletados. Em geral, são transcrições de entrevistas e notas de campo, mas suportam figuras e áudio.
Citações (<i>Quotes/quotation</i>)	São segmentos de dados, como trechos relevantes das entrevistas que indicam a ocorrência de código. A referência da citação é formada pelo número do documento primário onde está localizada, seguido do seu número de ordem dentro do documento.
Códigos (<i>Codes/coding</i>)	Essa ferramenta permite a criação de conceitos gerados pelas interpretações do pesquisador a priori ou a posteriori. Podem estar associados (links) a uma citação ou a outros códigos para formar uma teoria ou ordenação conceitual. Sua referência é formada por dois números: o primeiro refere-se ao número de citações ligadas ao código; e o segundo, ao número de códigos associados. Os dois números representam, respectivamente, seu grau de fundamentação (<i>groundedness</i>) e de densidade teórica (<i>density</i>).
Notas de análise (<i>Memos</i>)	Essa ferramenta permite a descrição do histórico da pesquisa e o registro das interpretações do pesquisador, seus insights ou dúvidas e novos questionamentos, ao longo do processo de análise.
Esquemas gráficos (<i>Network view</i>)	Essa ferramenta auxilia a visualização do desenvolvimento da teoria e atenua o problema de gerenciamento da complexidade do processo de análise. Os esquemas gráficos são representações gráficas das associações (links) entre códigos. A natureza dessas relações é representada por símbolos ou por algum tipo de operador lógico pré-definido ou escolhido pelo pesquisador.
Comentários (<i>Comment</i>)	Podem estar presentes em todos os elementos constitutivos. Devem ser utilizados pelos pesquisadores para registrar informações sobre seus significados, bem como para registrar o histórico da importância do elemento para a teoria em desenvolvimento.

QUADRO 1: Síntese dos principais elementos do software ATLAS.ti. Fonte: Manual do software ATLAS.ti.

Na interpretação dos dados e das categorias, utilizamos as várias leituras pertinentes quanto às práticas dos psicólogos na Atenção Básica a Saúde, bem como estudos e a literatura nessa área, buscando a compreensão das temáticas estudadas a partir de nossas problematizações.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO

Como vimos anteriormente, as entrevistas foram convertidas em formato Rich Text e, após isso, foram organizadas de acordo com o porte da cidade e o tempo de atuação dos participantes. A ordem das entrevistas ficou em cidade de maior porte para a cidade de menor porte, além de maior tempo de atuação para menor tempo de atuação (ver Quadro 2).

Entrevistado	Tempo de formação	Tempo de atuação	Cidade/ Porte
E1	31 anos	25 anos	Belo Horizonte/ Grande
E2	3 anos	2 anos	Belo Horizonte/ Grande
E3	13 anos	5 anos	Betim/ Médio
E4	28 anos	3anos	Betim/ Médio
E5	26 anos	5 anos	Nova Lima/ Pequeno
E6	11 anos	1 ano e meio	Nova Lima/ Pequeno

QUADRO 2: Relação das entrevistadas, tempo de formação, tempo de atuação na Atenção Básica e cidade, de acordo com o porte.

As entrevistas foram submetidas à análise com o auxílio da ferramenta do software Atlas.ti. Em primeiro lugar, foram organizados os documentos na parte do *primarydocs*. Ou seja, foi utilizado um total de seis documentos primários. A leitura constante dos documentos organizados em uma única unidade hermenêutica facilitou o trabalho da análise, pois a ferramenta de criar códigos e famílias de códigos permite uma maior visualização dos dados. No entanto, cabe ressaltar que o uso do *Software* serviu apenas para a organização do material. Cada entrevista se transformou em um documento primário. Com a ferramenta de codificação pode-se organizar as citações e passagens do texto mais relevantes à pesquisa. Depois das criações dos códigos foram instituídas famílias; e isso pode ser considerado como uma categoria.

5.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Todas as entrevistadas são psicólogas, com tempo de formação que varia entre 3 a 31 anos, contemplando à nossa pesquisa experiências profissionais em diversas épocas. Lembramos que nossa legislação e regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) já passam de 26 anos e alguns entrevistados acompanharam de perto grandes

mudanças ocorridas no país no período da redemocratização do Brasil. Como já discutido anteriormente, tal processo possibilitou a entrada de outros profissionais de saúde, a partir da ampliação da compreensão do processo saúde-doença. Outro dado interessante é que todas as profissionais entraram no serviço público através de concurso.

E.1- Formou-se em 1983 e entrou no serviço de saúde em 1987. É nossa entrevistada com mais experiência em Unidade Básica de Saúde (UBS) na Atenção Básica. Já participou do processo de implementação do Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) na região leste de Belo Horizonte. Atualmente, realiza atendimentos, participa de reuniões de matriciamento em saúde mental em uma equipe do Programa Saúde da Família (PSF). Coordena o Projeto Arte na Saúde³ na regional Leste com uma interlocução entre educação, arte e saúde.

E.2 - Formou-se em 2011 e no início de 2012 iniciou sua atuação em Residência Multiprofissional na Atenção Básica em Belo Horizonte. Sempre estudou e atuou com estágios na área social e da saúde. Trabalha com reuniões de apoio matricial, além de realizar atendimentos e projetos com outras áreas como o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS).

E.3 - Formada em 2001/2002, entrando no serviço de saúde em 2006 participando de um processo de implantação de um CAPS I⁴ numa cidade de pequeno porte. Atualmente, atua numa UBS na cidade de Betim, desenvolvendo um trabalho de implantação da lógica do matriciamento iniciado pela E4. Apesar de ter menos tempo de formação, possui mais tempo de atuação na Atenção Básica.

³ Projeto da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte que busca o fortalecimento e resgate da capacidade expressiva de crianças e adolescentes, utilizando a arte como instrumento de formação e transformação. Fonte: PBH (Prefeitura Municipal de Belo Horizonte).

⁴ CAPS I: Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20 000 e 70 000 habitantes. A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por: 01 médico com formação em saúde mental; 01 enfermeiro; 03 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. **Portaria MS nº 336-02** - Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS I e CAPS ad II.

E.4 - Formou-se em 1986 e em 1999 entrou na Assistência Social em Betim, porém somente em 2008 passou a trabalhar na área da Saúde. Assim, apesar de possuir mais tempo de formação, ela se encaixa no perfil de um profissional com menos experiência na Atenção Básica. Entre 2008 e 2011, desenvolveu um trabalho interessante de implantação da lógica do matriciamento nas unidades de saúde em que era responsável.

E.5 - Formada em 1988, iniciou sua experiência no campo da saúde em 1996 com o trabalho no campo da Deficiência Mental em Nova Lima. Após esse período, em 2000, começa a atuar no âmbito das Políticas Públicas, mas só em 2009 começou a atuar na UBS. Atualmente, compõe uma equipe de saúde mental que referencia uma equipe do PSF.

E.6 - Formou-se em 2003 e em 2011 foi trabalhar com atendimento ambulatorial em saúde mental na Cidade de Nova Lima. Há pouco mais de um ano, após mudanças políticas em sua cidade, foi transferida para atuar dentro de uma UBS. Hoje atende dentro de uma equipe de saúde mental que dá suporte a uma equipe do PSF.

5.2 Resultados da Análise Temática

Retomando os objetivos da pesquisa e com intuito de buscar indicadores para realizar a análise final, investigamos a construção das práticas dos psicólogos na Atenção Básica no SUS, conhecendo sua trajetória profissional através de suas narrativas. O material foi produzido através de entrevistas semiestruturadas que tinham como norte em suas questões geradoras, temas como: trajetória profissional; relação com o serviço-usuário; aspectos e práticas relevantes; considerações sobre as políticas públicas do seu Município.

São inúmeras as práticas exercidas na Atenção Básica, entre as seis entrevistadas na pesquisa todas relataram exercer duas ou mais atividades descritas no item 3.3 desse trabalho, tais como: o trabalho em Equipe Multiprofissional, o Apoio Matricial e as Práticas Intersetoriais, com diferentes formas de narrar suas trajetórias profissionais, como veremos mais adiante na descrição do item 5.2.5 deste trabalho.

As práticas, por sua vez, são construídas desde a formação, no qual o profissional se lança em um desafio, atuando, na maioria das vezes, por escolha. Tal

escolha implica numa dedicação e construção cotidiana de enfrentamento de atravessamentos que nossa análise pretende se debruçar mais adiante.

Nas entrevistas, foi possível às profissionais construir uma narrativa através de questões geradoras pertinentes à sua reflexão sobre sua trajetória profissional, bem como a construção de suas práticas na Atenção Básica acompanhando sua forma de entrada e sua relação com o serviço, apontando sua problematização sobre as mesmas.

Em uma prévia análise, alguns elementos iniciais e temáticos foram registrados e codificados. Questões relativas às suas práticas, experiências, vivências, limitações e possibilidades, questões políticas e sua relação com o território. Os elementos iniciais, que favorecem ou não a inovação, foram identificados quando apareceram temas relativos aos ambientes favoráveis e os ambientes não-favoráveis.

Nessa primeira análise, criamos códigos identificando temas que se relacionam com os objetivos da pesquisa, com a revisão bibliográfica e temas que surgiram nas narrativas que são representativos de uma maneira descritiva no primeiro momento. Em um segundo momento, os códigos mais apontados pelas entrevistadas foram agrupados formando categorias que se relacionam entre si. As categorias construídas foram: forma de entrada e interesse pela área; mudança política e ação que se torna uma política; sobre a formação e a experiência na Atenção Básica; relação com o território; atividades com aspectos inovadores; práticas tradicionais e mudanças incrementais; espaços institucionais, possibilidades e limites.

Cabe ressaltar que a ordem em que os temas aparecem não é aleatória, respeitando uma frequência de aparição nos documentos. Além disso, foram organizadas em uma sequência mais conceitual, relevante e consoante com os objetivos da pesquisa. Posteriormente, aplicaremos uma comparação entre perfis de profissionais, tempo de atuação e porte da cidade em que cada uma delas atua.

Como já ressaltamos, formamos categorias através de dois ou mais códigos. Aqui usaremos o termo categoria, pois é um processo deliberado e refletido de categorização do conteúdo do texto, que foram agrupadas por se tratarem de experiências que podem ter uma melhor interlocução entre si (GIBBS, 2009). Cabe ressaltar que as categorias não se opõem, não reduzindo puramente a uma análise, apenas restringindo ou dicotomizando aspectos para uma descrição dos dados, mas problematizando-os para uma melhor compreensão da complexidade que tais elementos apresentam.

5.2.1 Forma de Entrada e Interesse pela Área

Na trajetória do profissional aparecem, em suas narrativas, como estas iniciaram sua carreira na Saúde e na Atenção Básica partindo sempre de uma justificativa de interesse e pela escolha de atuar nesse campo. Uma primeira discussão importante inicia-se com a escolha e o desejo pela área de atuação, visto a frequência em que aparecem. Diante de todos os interesses e justificativas, vimos que o campo ou a prática acaba por escolher o profissional. Uma participante menciona que não só o profissional escolhe sua área de atuação.

"Antes, eu falo que a saúde mental eu não escolhi, eu fui meio escolhida pela saúde mental. Eu falo assim, a gente escolhe alguns campos, mas saúde mental nunca foi meu campo de escolha na graduação. A "Pós" eu fiz porque eu passei no concurso, no entanto que agora eu tenho que investir em clínica, mas eu fui meio que "escolhida". Mas, agora, do jeito que o trabalho está, eu acho que é um fazer possível. Na assistência social tinha muito tipo de complicação política, político-partidária, lá tem muita coisa difícil de lidar" (E.3).

Relacionado a essa categoria, quando a opção está associada à forma de entrada que depende de uma aprovação em um concurso, implica em uma busca e uma procura. Assim, a referência ao concurso público como forma de acesso ao trabalho se destaca:

"[...] eu fiz, em 1996, um concurso aqui em Nova Lima, passei nesse concurso, no qual permaneci durante uns 11 anos"(E.5).

"E depois eu passei no concurso em Betim. Eu morava em Contagem, mas mudei para Betim. Então, eu já estou na prefeitura há 10 anos. Na Saúde Mental e na Atenção Básica - especificamente aqui em Betim - eu estou há mais de cinco anos. Até então eu estava no NASF que acaba por ser uma questão da Atenção Básica e da Psicologia. Só que o NASF em Betim ainda está em implantação, em um processo complicado. E aí eu optei por ir para a Atenção Básica. Para estar fazendo esse trabalho na Atenção Básica" (E.3).

Outras participantes tiveram experiências anteriores no trabalho em saúde antes de começarem o trabalho na atenção básica, o que funcionou como um direcionamento de carreira.

"Aí depois que eu formei, eu queria fazer, eu já queria saúde pública mesmo, o PET e a monografia confirmaram isso, e aí surgiu a oportunidade de fazer a residência multiprofissional, que foi ótimo porque eu queria muito a saúde pública" (E.2).

"Então eu trabalhei oito anos no serviço de urgência, achei que foi um tempo bom, eu estava cansada e achei melhor ficar só no centro de saúde" (E.1).

Na influência da escolha ou da chegada do profissional no campo da saúde várias mudanças políticas aparecem nas narrativas dos profissionais. Vimos que algumas trajetórias passaram por mudanças tanto devido a mudanças ocorridas nas políticas do seu município, quanto às dificuldades enfrentadas em sua profissão.

A participante com mais experiência, afirma que durante sua trajetória participou de mudanças ocorridas no país e em seu município. Quando entrou no concurso começou sua carreira no Estado, porém, depois de certas mudanças, a gestão da saúde ficou a cargo dos municípios.

"Entreí no serviço em 1987, através do concurso do Estado. Mas como a gente ficou municipalizado, poderíamos escolher ir para o centro de saúde e eu escolhi; porque eu gosto da parte clínica... , Mas é escolha. eu escolhi trabalhar com a clínica e eu queria vir pra cá" (E.1).

"Depois eu fiz o concurso para [município do interior], eu pedi transferência para cá e comecei numa diretoria que chamava Diretoria Metropolitana de Saúde - que não existe mais - .Hoje, existe a Secretaria Estadual de Saúde" (E.1).

A dificuldade com a profissão é apontada como uma mudança que influenciou na escolha e no interesse de algumas das entrevistadas.

"Na época, o campo de atuação do psicólogo era muito restrito e a minha opção foi fazer a clínica e enfim, fiquei muitos anos sem poder trabalhar na minha área até que em 1999 eu resolvi, como eu já tinha tempo para uma aposentadoria proporcional, eu me aposentei, voltei a estudar, fiz concurso público e passei porque a minha ideia era trabalhar na minha área que era a psicologia e eu não trabalhava nessa área" (E.4).

"Eu já tinha feito concurso para a prefeitura de Nova Lima, e enquanto eu estava em Lagoa Santa, em 2011, eu fui chamada pra Nova Lima pelo concurso, fiquei inicialmente um ano e sete meses no ambulatório de saúde mental e depois, mediante uma mudança, eu precisei vir para a Unidade Básica de Saúde (UBS)"(E.6).

"Então, depois de oito anos lá e de muito investimento, eu comecei a ver que já tinha dado o que tinha que dar... Que meu prazo tinha vencido e não era mais legal ficar... E foi aí que eu tentei fazer a transferência para a saúde. Eu tive a sorte que [outra Psicóloga] já estava na saúde, então foi ela quem intermediou isso junto à referência técnica de saúde mental" (E.4).

Uma entrevistada apontou a influência exercida pela família. O interesse pelo SUS perpassa uma geração, na qual podem perceber os desafios e prazeres envolvidos nessa prática. Vimos que a entrevistada em questão é a única que revela ter se

aproximado e problematizado com as questões da saúde pública desde a sua formação, algo que não se revelou entre as outras.

"Então, durante a graduação...(...) Na verdade, eu sempre gostei dessa área da saúde, porque minha família toda trabalha nessa área, eu tenho um pai médico e uma assistente social que trabalharam no SUS a vida toda... Passaram por cargos de gestão, ficou muito tempo na ponta. Então, até a minha escolha pela Psicologia por um profissional da saúde tem um pouco da história familiar mesmo. Assim, porque era um tema muito recorrente na minha formação humana" (E.2).

"E aí foi engraçado, que quando eu estava fazendo a monografia - aí você fica olhando esse material que a gente guarda de texto e tudo - e lá, nos primeiros períodos quando você tem que fazer pesquisa de alguma coisa, de metodologia científica, eu já "estava" na saúde. Assim, eu fiz sobre o SUS, fiz do psicólogo no SUS. Então foi assim, foi construindo pra isso" (E.2).

Mesmo quando a entrada, seja através de concurso, escolha ou procura com o desejo de mudanças, o processo de construção não se esgota aí. Entrar em algum campo, diante do desconhecido, revela que a construção das práticas passa por processos de descoberta.

"Então quando eu fui escolher - até pela carga horária - lá eram 6 horas e aqui são 4. Eu tive que fazer isso aqui, era o meu desejo; porque até então era uma área pra mim totalmente fora... Então, eu fui construindo, ... eu preciso fazer alguma coisa pra tornar esse trabalho bom pra mim, então hoje realmente é um trabalho que eu gosto" (E.3).

"Foi o início da construção do meu vínculo com a saúde... Isso foi em 2000. Quando eu voltei, eu voltei com essa possibilidade de escolha, entre atuar na urgência e atuar na atenção primária... E aí, pra mim, a atenção primária foi uma escolha. Eu quis vir pra atenção primária porque eu achei interessante a proposta de atuação e da possibilidade ampla de trabalho que a atenção primária permite, isso que me fez opinar" (E.5).

"E quando eu entrei é que eu soube para qual secretaria eu estava indo. Algumas pessoas do mesmo concurso que entraram junto comigo e que estavam melhor classificadas, não queriam saúde e já se manifestaram em não querer trabalhar nessa secretaria, conseguindo ir para outras. Mas, eu estava aberta, depois que eu fui saber quais eram as possibilidades de trabalho e todas me agradavam, mas a que estava mais próxima do que eu entendia e já sabia - por trabalhar com consultório- era na saúde, especificamente na saúde mental... Então deu muito certo pra mim! A saúde mental aqui de Nova Lima é muito ampla" (E.6).

Podemos observar na narrativa apontada acima, que um tema que é muito frequente é o do trabalho em Saúde Mental, apesar de todas atuarem nessa área e que possa ser comum o aparecimento dessa palavra em seus discursos, dizendo de sua prática. Após a criação do campo da saúde mental, o que aconteceu com a Reforma

Psiquiátrica é que se pode observar um aumento da atuação dos psicólogos na Saúde Pública (FERREIRA NETO, 2010). Nesse sentido, podemos refletir sobre o aparecimento dessa temática, apesar dos vínculos dos profissionais serem com a unidade básica, observa-se a influência desse campo em suas experiências. O próprio Ministério da Saúde classifica a inserção dos psicólogos na Política de Saúde Mental, seja qual for o local onde estes trabalhem, como a Atenção Básica, CAPS ou NASF (BRASIL, 2008).

A discussão dessa temática permitiu refletir sobre o jogo de interesse e a relação com a entrada no serviço de saúde, marcados pela escolha profissional. Em se tratando da trajetória profissional, torna-se relevante conhecer esse aspecto que marca o início de uma busca e de uma construção da sua prática. Vimos que as mudanças ocorridas nos serviços e na própria política, que marcou e influenciou a criação de um campo, colaboram nesse vínculo, mesmo quando se deparam com o desconhecido desses espaços no campo da Atenção Básica.

5.2.2 Sobre a formação e a experiência na Atenção Básica

Nesse item optamos por explicar sobre as questões que perpassam sua formação. Foram identificadas críticas à sua formação, enfatizando a sua contribuição ou ausência da mesma para a atuação nas políticas públicas. Bem como as questões relativas à própria prática na Atenção Básica, que fazem uma interlocução com o cotidiano do trabalho.

Nos relatos das participantes, a maioria não passou por experiências em sua formação na graduação específica para atuar no setor público de saúde; apenas a experiência com a prática clínica convencional. Parte disso pode ser justificada pelo tempo que a maioria das entrevistadas tinha de formadas, numa época onde a discussão sobre saúde na Psicologia era inexistente ou apenas incipiente. Atualmente, a discussão em saúde pública tem maior presença nos cursos. Dentre as discussões sobre a atuação em saúde pública, observamos que a questão da formação está sempre presente nas problematizações. No entanto, algumas ações como o Pró-Saúde e Pet-Saúde⁵, que são iniciativas recentes, contribuíram para que fortalecesse esse contato com a Saúde

⁵O Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde) é um programa governamental lançado em agosto de 2008, para viabilizar o aperfeiçoamento e a especialização em serviço dos profissionais da saúde, iniciação ao trabalho, assim como estágios e vivências, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde. Fonte: <http://www.portalprosaudebh.ufmg.br/>

Pública, assim como apontado a seguir, no qual apenas uma entrevistada, formada mais recentemente, revela ter recebido essa formação.

Percebem-se avanços na formação, como relatamos acima. A experiência do pesquisador e de uma profissional entrevistada apontou para dois programas que contribuíram para uma visão crítica da atuação em saúde pública. Essa discussão foi intensificada com a aprovação, em 2004, das Novas Diretrizes Curriculares para o Ensino de Psicologia e ações do CFP definindo o ano de 2006 como o ano da Psicologia e da Saúde Pública, em parceria com a Associação Brasileira de Ensino em Psicologia (ABEP), bem como ações governamentais como o Humaniza SUS⁶ e a partir da Residência Profissional, possibilitando uma melhor qualificação na atenção e gestão na área da saúde, implicando todos os profissionais envolvidos e desenvolvendo práticas interdisciplinares (ANDRADE; SIMON, 2009). Outra questão refere-se à importância dos cursos e da Universidade.

"No PET já foi uma forma de problematizar as coisas... O estudo mesmo do SUS, dessa constituição, como que é o trabalho, quais são as atividades do trabalho... Eu me realizei no PET assim, e aí foi que eu me empolguei mais e levei "a saúde" pra minha monografia e tal..." (E.2).

"Aí, junta a formação de profissional também, tem coisa que é mais difícil de saber, a multidisciplinar ela é boa, mas tem que avançar muito ainda. Eu acho ótimo, acho que ajuda demais, isso influencia a nossa prática, o nosso cotidiano; muda a forma como você trabalha, como você vai atender um paciente que é seu, que é destinado para a psicologia, mas ela também tem segregado muito na prática" (E.2).

Em alguns relatos, a experiência está respaldada na questão da saúde mental, o que ressalta a importância de uma maior interlocução com a saúde pública, não apenas com uma visão fragmentada. Nesse sentido, Ferreira Neto (2008) discute sobre a formação dos psicólogos e ressalta importância dessa discussão, enfatizando a necessidade de uma formação que contemple a complexidade da atuação nos serviços de saúde.

"Eu falo assim que a Atenção Básica está desde a minha formação. Eu passei num concurso numa cidade do interior, eu passei em [um Município do interior], onde eu fui e cheguei lá e

⁶ O Ministério da Saúde tem reafirmado o Humaniza SUS como política que atravessa as diferentes ações e instâncias do Sistema Único de Saúde, englobando os diferentes níveis e dimensões da atenção e da gestão. A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade (BRASIL, 2010, p. 4).

não tinha nenhum serviço de saúde mental e a proposta era que a gente implantasse um CAPS I (Centro de Atenção Psicossocial) numa cidade menor de 25 mil habitantes. Então, nessa época eu comecei uma especialização na PUC em saúde mental, foi o que me norteou e me ajudou a desenvolver esse trabalho, então, desde o início, já foi um trabalho todo voltado por uma articulação com o social, com a rede de serviços, uma articulação muito forte com a atenção básica e junto com a minha formação” (E.3).

Uma participante reflete sobre a formação de outros profissionais e sobre a importância de suas funções, porém destaca-se aqui a insuficiência do conhecimento de outros campos, em relação à saúde mental.

“É curioso que na área médica, quando você vai ao clínico geral que está no PSF é diferente porque passa a ser um generalista. Um generalista quando ele sai da sua formação e ele vai atuar na unidade básica... O generalista é alguém que recebe "de tudo um tanto" e acaba entendendo um pouco de "gastro", de pneumologia, de ginecologia, tanto o médico como, por exemplo, o enfermeiro que é a equipe de enfermagem, que é a "mola mestre" dentro de qualquer unidade de saúde... Essa formação deles é ampla no que diz respeito ao corpo, mas quando você fala de saúde mental parece que é uma entidade de outro planeta, é um extraterrestre e isso é de um estranhamento pra esses profissionais, que eu fiquei muito impressionada, assim, como que é isso?” (E.5).

Porém, as entrevistadas apontaram para uma dificuldade e uma fragilidade na formação, mesmo que não específica para atuar na saúde pública, mas com a atuação com grupos e coletivos. A questão da clínica particular tornou-se um atravessamento, principalmente para aquelas profissionais que não tiveram muito contato na sua formação. Percebe-se que as formações mais recentes apontam para uma problematização dessas questões, mas os profissionais com mais tempo de formação tiveram que buscar um conhecimento *a posteriori*. Para Oliveira e outros (2004), ainda é predominante na formação a referência à clínica, o que reflete na compreensão dos profissionais sobre a sua atuação psicológica. Essa realidade só começou a ser alterada a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais aprovadas em 2004, que convocou os cursos a fazerem reformas de currículo equilibrando as diversas subáreas na formação (FERREIRA NETO, 2011).

“Na realidade, na minha observação, o psicólogo sai da faculdade sem estar preparado para lidar com coletivos. Ele sai para fazer a clínica isolada, aquele setting... E acaba transferindo isso para a política pública...que não cabe...” (E.4).

“Aí, eles davam conta de tomar aquele caso e de dar sequência a ele. E isso precisa de uma habilidade para lidar com o grupo que você não aprende na faculdade. Se você não tiver disposição para buscar o seu caminho depois, aí, você vai ter muito medo de lidar com o grupo. Porque você vai lidar com vários grupos, e não é só com o grupo de pacientes não” (E.4).

"... Então, meu percurso tem muito a ver com isso, de uma experiência de trabalho entre a educação e a clínica, uma clínica que por muito tempo eu atuei... Na clínica da infância e da adolescência... E quando eu venho atuar na Atenção Primária, eu passo a atuar também na clínica de adultos, que eu já tinha essa experiência, porque também ela implica a escuta do adulto, mas amplia a experiência um pouco mais" (E.5).

Sobre essa questão, muito discutida na atualidade, podemos identificar em nossa pesquisa, a revelação de uma falha na construção da prática na formação. Assim, reforça a ideia da construção das práticas a partir de uma entrada no campo de trabalho.

"Eu não me aprofundi em serviço público. E eu posso te dar essa impressão mesmo. Eu sinto falta de ter tido esse preparo na faculdade para trabalhar no serviço público. Eu tive que buscar sozinha e aprendi muita coisa quando estudava para concurso. Na PUC, por exemplo, a gente estuda muita psicanálise, comportamental e clínica. Agora que eu tive notícia que está mais miscigenado" (E.6).

Foram identificadas, em algumas falas, as práticas no contexto da Atenção Básica, tanto na formação (graduação ou especialização) quanto na entrada no serviço, as possibilidades de ação, bem como suas vivências e as dificuldades encontradas. Algumas temáticas foram privilegiadas pelas profissionais, como o atendimento, o acolhimento, as dificuldades e desafios e as conquistas. Aqui, foram consideradas quando mencionadas, as experiências relacionadas com a Atenção Básica:

"Aí depois desse estágio, aliás, foi esse estágio que me proporcionou participar de uma pesquisa do PET, que era de violência contra a mulher, na atenção primária. Que aí foi outra imersão, mas já com esse olhar não só da prática, mas de você problematizar mesmo, como que é a questão da violência, no caso... E era atendida dentro da Atenção Primária mais na questão de problematizar o serviço" (E.2).

"Na Saúde Mental e na Atenção Básica, especificamente, aqui em Betim, eu estou há mais de cinco anos. Até então eu estava no NASF que acaba por ser uma questão da Atenção Básica e da Psicologia. Só que o NASF em Betim ainda está em implantação, um processo complicado. E aí eu optei pra ir pra Atenção Básica. Pra estar fazendo esse trabalho na Atenção Básica" (E.3).

"É uma instância onde existe um lugar físico que era o ambulatório de saúde mental no Centro de Nova Lima, que eu atendia. Seria uma atenção secundária, que, em teoria, atendia os casos graves estabilizados em psicoterapia, um acompanhamento mais programado que difere da UBS, porque aqui é acolhimento...Na UBS não acontece isso, pois é acolhimento em saúde mental onde a pessoa passa pelo acolhimento geral do posto, sendo que ela pode vir por demanda espontânea dizendo geralmente que quer ir ao psicólogo, mas aqui em Nova Lima a gente tenta ensinar que o termo é "eu quero ir na saúde mental" porque é um psicólogo e um TO (terapeuta Ocupacional) que fazem a mesma função desde 2007, quando foi inaugurado o

serviço de saúde mental em Nova Lima e eu não estava aqui...Então no SUS tem essa peculiaridade, a gente ajuda a pessoa entender no acolhimento de saúde mental o que está se passando com ela pra ela tentar identificar” (E.6).

”Por exemplo, então eu pegava, eu atendia em torno de 20 unidades básicas de saúde, a gente não tinha contato com ninguém, sabe, a gente sempre tentando uma articulação com o CERSAM, tentando uma articulação com o centro de convivência, a gente não sabia quem eram os nossos usuários, então a gente funcionava enquanto um ambulatório e uma equipe especializada, ‘marca psicólogo, marca psiquiatra, o clínico mandava, o enfermeiro mandava e se chorasse na recepção, mandava’ ” (E.3).

”Só que como teve aquele problema e quando começa a dar problema, o que eu faço? Eu “volto pra mim lá” porque agora eu volto pra unidade, eu estou dentro da unidade que eu atendo. Eu que me desloco, não são os pacientes que vem até aqui... E a construção era muito precária, muito ambulatorial. Uma lgica manicomial, pouco afetiva. Hoje pelo menos é um trabalho de articulação, é um trabalho interdisciplinar, não é um trabalho isolado da Psicologia e da Psiquiatria” (E.3).

”Não tenho nada contra o atendimento, mas, somente o atendimento em política pública, principalmente, quando você pensa que existe toda uma proposta do SUS de uma clínica ampliada e a gente vê somente as pessoas do seu 'consultoriozinho' sem investir nos espaços coletivos, trabalhar realmente de forma interdisciplinar e intersetorial” (E.4).

Ampliando olhares, ainda percebemos que a paixão pelo que faz é um elemento que cria condições para superar defasagens teóricas, deficiência na formação e a pouca experiência. E nesse envolvimento vai se continuando a formação e se inventando novas práticas, ou seja, uma busca e uma construção de uma trajetória que possa ampliar e descobrir, na prática, soluções e mudanças no seu cotidiano. Encontramos algumas falas relativas a essa interpretação:

”EU ADORO TRABALHAR NO PSF. Eu já tive várias propostas pra sair do PSF, pra atuar na urgência, ir atuar no CRIA, pela minha experiência com essa clínica... Mas depois que eu vim pro PSF... Eu acho o trabalho muito rico, sabe Tiago... em todos os sentidos, assim, porque é uma clínica ampliada, ela te permite uma interlocução com outros profissionais para além da área 'psi' e isso eu acho muito 'bacana' “ (E.5).

”A proposta de matriciamento nasce dentro do SUS para a equipe do NASF, que é aquela equipe que vai dar o apoio para as unidades básicas para fazer aquele elo das especialidades básicas. [...] Eu, se não fosse o fato hoje, da exigência de quarenta horas para uma psicóloga, eu queria estar no NASF. Eu sou apaixonada com a proposta de matriciamento. E foi isso que me deu um “gás” para continuar, para fazer o meu trabalho, na realidade, na equipe de saúde mental” (E.4).

Como vimos, as questões relativas à formação e à experiência não cessam. Veremos que ainda predominam limitações no interesse de alguns profissionais em buscar o conhecimento, tão importante no processo de mudança. Algumas das inovações desenvolvidas no SUS são um componente desencadeador do entusiasmo demonstrado por algumas entrevistadas em sua atuação. Porém, ações que visam uma melhor atuação nesses espaços são de extrema importância. Os atravessamentos, como apontamos acima, devem ser enfrentados para que as dificuldades se tornem ações voltadas à integralidade do serviço e que mudanças ocorram de forma mais efetiva.

A esse respeito, Bonfim e outros (2013) destacam movimentos de mudanças para enfrentar os limites da prática em saúde mental, como a ESF que organiza a Atenção Básica, a Política de Saúde Mental na superação do modelo centrado no hospital psiquiátrico criando os modelos substitutivos, a Política Nacional de Humanização e a Política de Educação Permanente.

Veremos como as mudanças influenciam a prática, discutindo a possibilidade e a capacidade de implementação com as ações que visam a superação das limitações.

5.2.3 Mudança Política e Ação que se torna uma Política

Algumas profissionais, em sua trajetória, participaram ou acompanharam as mudanças políticas enfrentadas no país, principalmente no que se refere à saúde e à saúde mental, como a Reforma Sanitária, Luta Antimanicomial, a implantação do Programa Saúde da Família e da proposta do Matriciamento. Não obstante, observa-se no percurso da construção das práticas, o planejamento ou envolvimento em ações que se tornaram uma política consolidada no município.

Esse processo, marcado por diversas transformações, introduziu mudanças na saúde pública, trazendo uma nova compreensão do processo saúde-doença, na qual seus determinantes foram ampliados e considerados, como o contexto social, cultural, ambiental entre outros. Assim, possibilitou a entrada de outros profissionais como os psicólogos (ANDRADE; SIMON, 2009).

No entanto, segundo Yamamoto e Oliveira (2010), o profissional da Psicologia ainda busca uma representatividade política e social diante das mudanças políticas ocorridas no país mesmo após mais de 50 anos de regulamentação da profissão. Do mesmo modo, Boing e Crepaldi (2010) afirmam que no âmbito das políticas públicas, a Psicologia ainda requer uma maior atenção, visto sua grande contribuição, sendo pouco referenciado nos documentos relativos à Atenção Básica.

Nas entrevistas foram identificadas experiências diversas e em épocas diferentes, mas a maioria relata em suas práticas as situações de mudanças. Esse dado, nos remete a uma necessidade de adaptação às mudanças, na criação de novos equipamentos e estratégias que auxiliem na atenção ao usuário, na implementação de políticas consolidadas que entrem na agenda do profissional, na criação de dispositivos para a melhoria da qualidade do atendimento, na falta de estrutura, buscando uma maior flexibilização do trabalho, entre outras ações que destacamos:

"Na época não tinha o Programa Saúde da Família, então a gente recebia as demandas todas. E pouco tempo depois, começou um trabalho da desospitalização, que é a Luta Antimanicomial, a Reforma Psiquiátrica. Então a gente trabalha por esse viés, com os serviços substitutivos" (E.1).

"Agora já mais próximo, um tempo atrás quando entrou esse último prefeito, por uma Conferência Municipal de Saúde Mental que a gente vai tirando as propostas, pra como que vai seguir os trabalhos. Passou na Conferência [Municipal de Saúde de 2010] que teria que ter um Psicólogo, uma equipe de saúde mental em todo os centros de saúde, ele coloca um psicólogo em cada centro de saúde. Aí eu tive que ficar aqui 4 horas e 4 horas [em outro bairro]." (E.1)

"Mas, eu percebia que era muito complicado. Porque não era, na realidade, um desejo que eu percebia, por mais que a referência municipal de saúde mental colocasse isso como a pauta do dia, na prática, havia muita dificuldade dos profissionais para irem nessa direção. E mesmo lá no [outro Centro de saúde], embora tivesse profissionais que ajudaram e que aderiram, como a [psicóloga] – que foi trabalhar comigo, e isso foi muito bacana, porque ela fez, realmente, uma dupla comigo – a [E.3] ficou meio que sozinha, depois que houve a descentralização" (E.4).

"E nessa época aqui em Nova Lima não existia PSF, era um tempo em que as Unidades Básicas de Saúde trabalhavam naquele esquema bem tradicional, onde o vínculo com a população era muito "raso"... Os pacientes procuravam o posto para suas consultas, mas não havia um "laço maior" com a comunidade, com a população, que o PSF hoje permitiu e possibilitou" (E.5).

"Então, eu não fui trabalhar com a Saúde Mental, eu fui trabalhar com a Política de Humanização de Atendimento à gestante e o bebê, Política de saúde da mulher. Foi no início da construção dessas políticas no Brasil e aqui em Nova Lima também. .. (risos)" (E.5).

Como lemos acima, o PSF funcionou como um divisor de águas não somente na reorientação do arcabouço do SUS, como também na atuação em saúde mental na Atenção Básica, o que foi mencionado por várias entrevistadas. Em decorrência disso, novas tecnologias sociais emergiram, tais como o apoio matricial.

Dentre os desafios enfrentados entre o discurso da política e a possibilidade de aplicação da mesma, encontramos também críticas de um trabalho que vai se tornando engessado. Destacam-se dois relatos:

"A política, que vem pra gente da saúde, por mais que fale que você tem uma autonomia pra desenvolver as ações de acordo com a realidade de cada território, ela vem prontinha da secretaria, ela vem prontinha do distrito" (E.2).

"Como é que eu chego na atenção básica? Eu chego na atenção básica e qual que é o modelo de funcionamento? Eu chego e, embora Betim por toda história que teve em relação à saúde mental, de ser referência, ele é referência em relação ao serviço do CERSAM, a atenção básica sempre muito desestruturada, muito desarticulada e aí eu chego num grande ambulatório" (E.3).

Há, pois, uma constante tensão entre o aumento da normatização e de protocolos e a demanda por inovação. Porém, ao enfrentar as mudanças, observa-se uma ação que se esforça no sentido de ampliar e desenvolver as políticas ainda não implantadas em seu município.

"E eu peguei pra valer, mesmo. Então, quando eu estava no Alcides Brás, o matriciamento eu já comecei a desenvolver, antes mesmo da descentralização. Fiz os contatos, comecei sozinho mesmo, porque era algo em que eu acreditava muito. E comecei a fazer reuniões com as equipes" (E.4).

Vemos, portanto, que as mudanças nas políticas impactam diretamente o cotidiano do trabalho dos psicólogos na Atenção Básica, revelando assim a necessidade de uma formação que não se reduza à técnica, mas que discuta a política e a organização dos serviços. As mudanças são importantes, porém uma entrevistada trouxe o seu relato de como foi sua experiência diante das mudanças em seu município e na sua prática, fazendo uma analogia entre os processos políticos ocorridos no país. Assim, identifica-se como a construção de políticas, relevantes para a entrada dos psicólogos no campo da saúde, revelam a evolução de tais políticas.

"Ao mesmo tempo em que eu estava ligada a essa prática, o trabalho nessa ONG, que era um trabalho muito diferente das outras APAES... Pelo viés da inclusão, dessa efervescência na época do que estava construindo, assim nessa direção, do que é uma política de inclusão para pessoas com deficiência, do que é isso? O que a gente pretende? Quais as mudanças necessárias nesse tempo de transformação? E era uma escola especial. Foi um período em que eu julgo... Essa associação, essa analogia do que foi a luta antimanicomial. E a luta da inclusão de pessoas com deficiência também foi um movimento e há até hoje, no sentido de "derrubar muros". A escola especial ocupou um pouco o lugar dos hospitais psiquiátricos na vida das pessoas com deficiência" (E.5).

"Em 2009 eu retorno... mas foram três anos extremamente importantes, onde iniciaram essas mudanças- tanto na saúde mental quanto no município - que ela era na época incipiente, a única coisa que existia na Saúde Mental era um ambulatório de SM com uma fila imensa de pacientes para atender, a equipe não conseguia atender a demanda... Coincide com meu retorno, essa efervescência também do início da construção dos PSFs. Então, os programas que eu trabalhava deixaram de existir, porque houve uma descentralização dos serviços na saúde, Planejamento familiar, Saúde da mulher, passou algo a ser incorporado por cada uma das unidades básicas de saúde" (E.5).

"Nova Lima passava por uma efervescência na ampliação dos serviços, isso é um movimento que vem até hoje aqui... O que durante anos teve uma morosidade, uma precariedade na assistência... Porque no município inteiro havia apenas um ambulatório de saúde mental. De 2005 pra cá foi criado a urgência no serviço de saúde mental: o CAPS II. Em seguida, passamos a ter o ambulatório e o CAPS II. Em 2007, a SM passou a incorporar o trabalho junto aos PSFs. Passamos a ter essa dupla de profissionais de SM em cada uma das equipes do PSF, (psicólogo e TO)" (E.5).

Em geral, o profissional exerce seu trabalho de modo indissociado dos processos políticos e administrativos da saúde pública. Dimenstein (2001) traz em suas reflexões essa questão, na qual aponta a necessidade de transformação da atuação profissional em que os profissionais, comprometidos política e socialmente, possam protagonizar as mudanças diante de seus contextos e suas práticas.

"A extensão da SM nas UB que não eram ainda PSF, que agora começam a se tornar PSF, porque ainda existem algumas que são PACS ... Agora estão vivendo essa transformação do PACS, mas que agora já contam com a presença de um técnico de referência de SM. .. Hoje em Nova Lima todas as UBS tem uma ou duas referências técnicas em SM. [...] Eu acompanhei uma boa parte dessa história e acompanhei um tempo de muito marasmo, de distanciamento dos próprios profissionais no entendimento do que é política pública na área da saúde" (E.5).

"De 2005 pra cá, a gente teve mudança política importante, que apesar de todo o caos que a gente viveu até hoje, foi um marco importante, porque deu abertura pra ampliação dos serviços, mas que pra além dessa vontade política, teve um entendimento maior da importância da política pública, pra população e também pros profissionais, porque, independente da vontade política, a gente vai percebendo que as mudanças vem também da capilaridade do sistema. Isso que parece "bobo", o momento que a gente distancia do posto e vai lá na comunidade, é também um exercício de política, é um exercício em que a população amplia seu entendimento" (E.5).

" É um projeto novo que diz que a partir de 2014 uma mudança que teve em termos de gestão, que haverá uma referência técnica psiquiatra em toda UBS" (E.6).

Identificamos uma participação através de uma ação se tornou uma política consolidada na cidade de Belo Horizonte. Uma profissional, com mais tempo de formação entre nossas participantes, contribuiu para a construção do Projeto Arte na Saúde, uma ação bastante consolidada no município de Belo Horizonte e que foi

implantado posteriormente em todos os Distritos da cidade. Em seu relato, percebe-se a importância desse projeto em seu cotidiano de trabalho, o que configura uma mudança significativa em sua trajetória e na construção de sua prática.

"[...] Aí o "Arte da Saúde" foi um projeto piloto aqui, depois ele virou uma política pública e hoje tem em todas as regionais de Belo Horizonte" (E.1).

"... Aí eu pedi pra sair porque eu tive uma oportunidade de trabalhar com o programa que chama Arte na Saúde. Atualmente eu estou 4 hs aqui e 4 hs no programa Arte da saúde. Eu vou te explicar como ele funciona: quando ele foi criado aqui na "leste" [região Leste], por uma Psicóloga que chama Rosalina Martins Teixeira - e isso já tem muitos anos, já tem mais ou menos uns 20 anos, começou em 1993 - o projeto piloto foi aqui na "leste", porque como teve essa desospitalização e a Reforma psiquiátrica, então o CS foi criado no começo um esquema de equipes pra acolher o portador de sofrimento mental, os casos mais graves, só que tinha uma grande procura das escolas pra fazer laudo, pra encaminhar pras escolas especiais... Naquela época ainda tinha escolas especiais, hoje já se trabalha com a inclusão" (E.1).

Destaca-se aqui a importância da implicação política e de enfrentamento das relações de interesses que as mudanças políticas podem apresentar. A ação citada acima foi premiada pelo CRP como um trabalho inovador dentro das políticas públicas, pois configura-se uma ação importante que está para além da atuação predominantemente clínica "como estratégia de não 'psicologizar' as dificuldades infantis, utilizando espaços comunitários com monitores da própria comunidade e desenvolvendo atividades com crianças" (FERREIRA NETO, 2010, p. 398).

Como refletem Macedo e Dimenstein (2013), o cotidiano das práticas profissionais requer não só o desenvolvimento de atividades técnico-teóricas, mas planejamento e, principalmente, um posicionamento diante das relações de interesse e de poder, isto significa que seria necessário uma postura ético-política e uma implicação no processo de mudança.

Refletimos sobre alguns avanços no âmbito das políticas e das mudanças. Os dados apontam por um lado uma potencial sinergia entre as mudanças político-administrativas e os movimentos de inovações, e por outro, certo engessamento do trabalho provocado pelo excesso de normas e protocolos que vem sendo implantados. Sobre essa problematização, um tema que foi abordado em nosso trabalho e que foi um apontamento importante nas narrativas das participantes da pesquisa, foi a reflexão sobre a relação com o território.

5.2.4 Relação com o Território

Como discutido anteriormente, nesse trabalho, a relação com o território se apresenta como crucial contribuição para o alcance de uma maior integralidade das ações. Nas narrativas apresentadas, todas as entrevistadas relatam alguma experiência sobre essa relação, destacando sua importância. Sempre apresentam sua prática enfatizando o trabalho, a atuação em conjunto com a equipe, principalmente os ACS, entre a população, comunidade e o território.

Jimenez (2011) analisa sobre as práticas da Psicologia na Atenção Básica e aponta que estas devem estar para além do cuidado aos usuários, pois a história territorial se revela um fator que contribui na produção de subjetividade e as relações que estabelecidas interferem no processo saúde-doença. Nesse sentido, a territorialização não pode acontecer apenas como um processo de reprodução do trabalho no consultório para outros espaços fora do serviço de saúde, mas em uma construção que considere a complexidade de fatores que compõe a ampliação das ações da Psicologia.

Temos um exemplo de uma profissional que mora no território no qual trabalha e expressa sua impressão sobre essa relação:

"Às vezes eu fico questionando, porque eu estou há muito tempo aqui, você sabe que as pessoas fazem escolhas, seus analistas, psicoterapeutas... Eu fico pensando que eu fico tanto tempo aqui e aquele que não tem empatia comigo, como é que ele vai se ajeitar né... Essa é uma questão. Mas pra esses que eu acompanho que já tem muitos anos que ficaram até hoje, eu consigo ver o início o meio e até agora. Daqui um tempo eu vou me aposentar, não é? E aí, eu vou ter que dividir com outra pessoa, passar os casos... Essa questão do território tem gente que acha isso ruim, mas eu consigo lidar com isso muito bem" (E.1).

Na maioria dos relatos, identificamos passagens nas quais as participantes falam da importância do trabalho em equipe e de conhecer o território, sair do espaço do centro de saúde, buscando outras formas de atuar. Essa ação que privilegia o território auxilia o trabalho para uma atuação mais ampliada e menos individual, desafoga o sistema e colabora com o trabalho da equipe. A valorização dessa relação é discutida por Bonfim e outros (2013), no qual chama a atenção para a abertura de um espaço de reflexão sobre as práticas, a partir da relação com o território e da realidade da comunidade, exigindo uma dimensão relacional, na qual poderá ser construído um conhecimento em comum. Aliás, essa construção coletiva perpassa e costura todo o trabalho do psicólogo, de acordo com nossos relatos:

"A saúde mental passa a ter uma ação ampliada, onde o nosso trabalho vai além daquele momento da consulta dentro do consultório, ele vai além do momento da escuta do paciente e passa a ocupar um pouco esse lugar de construção desses laços, dentro da equipe, junto com a comunidade, junto com o paciente, junto com a rede de serviços... eu acho valioso" (E.5).

"Então, assim, é um exercício de você pensar e ver o que é que tem dentro do território, o que é que tem pra além do centro de saúde que pode ser tão terapêutico pra aquela pessoa quanto você é. Isso é uma forma de você tentar fazer essa promoção da saúde e de não ficar tão dependente. Porque a dificuldade do profissional não é só da gente que teve essa formação ambulatorial" (E.2).

"Em cada unidade que você vai, você se depara com uma realidade distinta. No mesmo município, em cada [território], populações completamente diferentes, realidades diversas, com recursos diversos também, alguns com maior fragilidade, outros com maior possibilidade de fazer uso desses recursos" (E.5).

"E é uma comunidade que vem de anos de exclusão que não tem seus direitos básicos garantidos, que não tem acesso à cidade, que não tem acesso a um tanto de outras coisas. Então, ela vem pedindo e cobrando de você isso, é uma forma de você buscar no território, de você buscar outras coisas para além desse contato com o centro de saúde pra você também, é uma forma de você emponderar essa comunidade e aos pouquinhos acho também que é uma forma de conseguir colocar em prática tudo que está na portaria que é pra Atenção Básica fazer porque ela ainda é muito curativista" (E.2).

Em alguns casos, a responsabilização pelo trabalho e o papel do profissional, coloca a relação com o território como uma pauta importante:

"Então eu me sinto responsável, não é porque é de outra psicóloga que vai vir aqui e vai voltar, eu sou da saúde mental daquele território, se eu sou daquele território eu tenho que responder por ele" (E.3).

"Tipo assim, hoje eu consigo te falar quem são os usuários da minha área, onde eles moram, como é que eles moram, quais são os problemas, eu consigo ter a voz da ACS, da agente comunitária falando sobre esse usuário, eu consigo fazer o manejo agora" (E.3).

"Eu acho que aqui o pessoal é bem servido até porque a gente tem muitas possibilidades de oferecer o serviço fluindo pra população. A gente tenta deixar o mais claro possível qual nosso papel aqui tanto pra equipe quanto pra comunidade e população, pra que as pessoas entendam. Então, em termos de política pública aqui, não só pensando na saúde mental, tem um amparo interessante" (E.6).

Porém, essa relação tem seus desafios e limites, como a questão do atendimento individual e da resistência profissional, pois o fato de sair do ambiente seguro do consultório, ou de uma prática tradicional, ainda é um fator limitante. Destaca-se, também a questão de demanda:

"A gente pode fazer visita domiciliar também, mas com a ajuda do ACS muitas vezes diminui as visitas pra gente, porque eles já conhecem aquela família, eles contribuem na construção do caso, nos matriciamentos, aí vem o enfermeiro, junta tudo. É muito importante mesmo..." (E.1).

"Precisa ter uma relação com o território... Tipo assim, hoje eu consigo te falar quem são os usuários da minha área, onde eles moram, como é que eles moram, quais são os problemas, eu consigo ter a voz da ACS, da agente comunitária falando sobre esse usuário, eu consigo fazer o manejo agora. Olha! Porque agora, porque a psiquiatra esvaziou essa agenda. Por quê? Porque agora ela não fica com caso muito leve, quando estabiliza, ela manda..." (E.3).

"E aí acaba que os profissionais têm uma quantidade muito maior de atendimento individual, por exemplo, que impede de você fazer o que realmente veio pra fazer, essa articulação com o território e tudo" (E.2).

"O centro de saúde também, embora ele esteja dentro da comunidade, dentro do território ele está só dentro da estrutura física do centro de saúde. Muita gente não conhece o território" (E.2).

Uma entrevistada atribui um aspecto inovador dentro dessa relação e relaciona sua prática de referência em saúde mental para equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), referindo, às vezes, sua fala sobre o PSF como sinônimo da Unidade Básica.

"A proximidade com a comunidade, de você conhecer mais de perto, como que é essa realidade que as pessoas vivem, para além do discurso que elas trazem... essa possibilidade de você "adentrar a vida das pessoas". E pra isso o PSF se reinventa" (E.5).

Nas questões relacionadas ao território, vimos a importância dessa articulação no capítulo 2, na qual a Estratégia da Saúde Família, que atua junto a uma população territorialmente adscrita, exerce um papel fundamental nesse processo. Nesse sentido, Camargo-Borges e Cardoso (2005) analisam tal articulação e ressaltam que o fato de estar inserida no território, com o foco na família, a relação com a equipe, contexto e o cotidiano da população, faz com que o profissional se depare com situações que demandem uma relação que é imprevisível, contribuindo para uma atuação diferente em cada intervenção.

Assim, percebe-se que ainda tem muito a se discutir sobre as ações e relações que o profissional se depara em sua prática. A proximidade com a realidade da comunidade é corroborada nos relatos apresentados. Diante da necessidade de se atuar e se reinventar, visto a imprevisibilidade da relação e em quais caminhos as práticas podem tomar, apresentaremos as atividades que foram discutidas em nossa revisão. Como já falamos, foram escolhidas devido à sua relevância.

5.2.5 Atividades com aspectos inovadores

Nos relatos, identificamos as ações descritas em nossa pesquisa como atividades com aspectos inovadores, corroborando sua importância. Assim, dentre as ações das entrevistadas, as que foram mais descritas foram: o trabalho e a relação com a equipe, citando desafios e potencialidades; o apoio e a referência dada aos outros profissionais da equipe com o matriciamento; e suas práticas articuladas com a rede de serviço e ações intersetoriais.

Inicialmente, construímos três códigos a fim de contemplar as práticas descritas no Capítulo 3 deste trabalho que foram: Trabalho em Equipe, Apoio Matricial e Práticas Intersetoriais. Posteriormente, dadas às circunstâncias em que os dados foram apresentados, percebemos a necessidade da criação de uma categoria que contemplasse tais atividades, mas que não as separassem uma da outra. Como podemos observar, nos relatos das participantes, as práticas quase nunca vêm distintas ou separadas radicalmente. Isso constitui mais um passo na análise, visto que já mencionamos sobre o risco da fragmentação, reduzindo a qualidade da análise.

A articulação de tais práticas com outros saberes, instituições, setores e atores revela-se como fundamental no trabalho em políticas públicas. Nesse sentido, Bonfim e outros (2013) ressaltam que embora se encontre em construção, essa articulação é de suma importância, pois certas ações como o apoio matricial, requerem uma mudança radical do profissional em sua atuação, estabelecendo uma relação mais dialógica. Revela ainda que se configura uma "estratégia inovadora" para as ações em saúde mental (BONFIM et al. 2013, p.288).

Primeiramente, apresentaremos algumas reflexões sobre o trabalho e sobre a realização de tais atividades. Todas as participantes da pesquisa relatam exercer tais atividades que consideramos que possuam aspectos inovadores.

"As equipes de cada centro de saúde funcionam como um apoio para o programa Saúde da Família. Claro que a gente também atende, mas a gente trabalha junto com as equipes da saúde da família" (E.1).

"Na residência que eu faço, que é em Saúde da Família mesmo, meu campo principal é o Centro de Saúde. Eu fico 2 anos lá, mas eu tenho possibilidade de conhecer outros pontos da rede por menos tempo. Então, eu fico 1 mês no CREAB, que é referência de reabilitação, 2

meses no CERSAM. Então, assim, você conhece muito bem a rede municipal. E ela tem uma vantagem muito grande porque você ainda está em formação porque a residência é uma especialização” (E.2).

“Como modifica um pouco porque começa o PSF, Programa Saúde da Família, então o PSF que acolhe as necessidades da saúde mental também, aí a gente faz o matriciamento. Você sabe o que é o matriciamento, não é? As equipes de cada Centro de Saúde funcionam como apoio para o programa Saúde da Família. Claro que a gente também atende, mas a gente trabalha junto com as equipes da saúde da família” (E.1).

Encontramos relatos que revelam os pontos positivos do trabalho, enfocando as atividades descritas nele, segundo as participantes da pesquisa:

“Então, assim, o NASF tem uma outra proposta, você estuda, você sabe, ele é uma equipe matricial. A lógica dele não é de atendimento individual, mas de trabalhar a promoção, de trabalhar a prevenção, de emponderar as equipes da Saúde da Família nos saberes dessas outras especialidades” (E.2).

“De início, a equipe achou que não era problema nosso, e aí a gente foi problematizando e a acabamos fazendo um trabalho muito “massa”. Compartilhando psicologia com o serviço social” (E.2).

“Essa troca grande com profissionais de áreas distintas desde a pediatria, ginecologia, fonoaudiologia, esse leque maior que existe no PSF. Pra mim eu acho que esse é um ponto rico no PSF” (E.5).

“Como eu te falo, eu estou em duas unidades, eu fico um dia pra atendimento e uma vez por mês, com cada equipe, porque tem uma unidade básica. Mas ela tem mais de uma equipe de Saúde da Família. Eu me reúno com os profissionais pra gente discutir os casos, então isso qualificou o trabalho, ‘em cinco anos eu posso perceber que o trabalho...assim... mudou de uma forma estrondosa’” (E.3).

Porém, observa-se que existe certa ambiguidade, revelando os limites e as possibilidades no trabalho. Nesse sentido, Jimenez (2011) observa as atuações na Atenção Básica e conclui que os desafios enfrentados pelos psicólogos estão em construir sua prática e buscar mudanças em suas ações, bem como as questões relacionadas a interdisciplinaridade, ou seja, o trabalho em equipe, as práticas intersetoriais e a relação com o território. Abaixo seguem os relatos que são pertinentes a essa reflexão:

“Algumas já estão caminhando mais à frente e outras começando a “pegar o jeito”... Varia muito em cada... Tem dificuldade mas, a gente vê grandes êxitos também. No CS, as equipes

assumindo os casos, atendendo, fazendo um trabalho "bacana"... outros já não estão muito interessados ainda não, mas também tem uma questão que vai mudando muito as equipes, então a gente faz um trabalho meio que de formiguinha... Então, num momento de trabalho de equipe, o Pediatra acolhe, encaminha, pede outras avaliações e pede a minha avaliação, isso foi bacana" (E.1).

Aí, a gente tenta fazer essa articulação, por exemplo, na medida em que a residência vai aumentando, você também ganha autonomia pra você conseguir sair um pouco dessa cola do preceptor, conseguir inserir mais no serviço. [...] Aí tem esse lado que você tenta discutir um pouco com a equipe que tem hora que é 'super' bem vindo e tem hora que é entendido como crítica do trabalho mesmo, e o que você consegue fazer dentro da sua autonomia pra você construir sua prática" (E.2).

"Aí é assim, ser residente é bom e é ruim, não é? A parte ruim é que nem tudo que você tem a dizer sobre o trabalho interessa àqueles profissionais. Então a gente questionava muitas coisas, a gente tem espaço de questionar nas reuniões de equipe e de propor outra modalidade de grupo, outra forma de ação, mas nem sempre isso é bem recebido pela equipe" (E.2).

Um dado que aparece muito é o risco de o trabalho compartilhado se tornar um escoamento de demandas. O encaminhamento a outros profissionais pode ser tornar a ação mais utilizada pelos profissionais, sem a resolução mais direta da demanda. Este dado revela certo comodismo que pode prejudicar a atenção à saúde, que não garante uma resposta às necessidades da comunidade e que se afasta dos conceitos que embasam as atividades descritas acima, corroborando a ideia de uma transferência do compromisso. Sobre essa transferência de responsabilidades encontramos falas que ilustram tal afirmação:

"E se eu fico assim: não é meu, é seu, o que eu reforço no imaginário da Unidade Básica é que quando a gente vai com a proposta de matriciamento, inclusive de eles assumirem os pacientes que estavam conosco e que não eram para estar, o que alimenta no imaginário deles é que vários deles disseram: vocês não estão é dando conta e querem trazer pra gente, é mais serviço pra gente, a gente não dá conta mais. Quero dizer, se você não toma cuidado para mostrar que você é parceiro de verdade – e parceiro faz junto, parceiro não vai passando para o outro" (E.4).

"Mas, dentro dessas agendas "malucas", vira uma forma de escoamento de demandas. Por exemplo, se eu tenho um nutricionista, porque eu vou orientar sobre alimentação saudável? Manda pra ele que ele orienta. Então, você vê que essas outras categorias profissionais vieram com intuito de melhorar as ações da atenção básica, de capacitar essas equipes, de tentar alcançar essa integralidade, mas a gente continua fragmentando, a gente não consegue trabalhar junto" (E.2).

“Só que, assim, a lógica da prática que eu vejo é do NASF ambulatorial, as reuniões de matriciamento muitas vezes não funcionam. Fica o “passa passa” de caso mesmo, e não discutem os casos e tal, é apenas ‘passação de caso’. E aí acaba que os profissionais tem uma quantidade muito maior de atendimento individual, por exemplo, que impede de você fazer o que realmente veio pra fazer, essa articulação com o território e tudo” (E.2).

“Eu vejo isso, assim, a gente é muito bem acolhido e recebido pela equipe e se a gente entra nesse engodo de achar que a gente tem resposta pra tudo, a gente cai numa cilada, porque a alegria da nossa recepção é também aquele momento em que eles imaginam que se a gente chegou eles estão livres daquilo que pra eles é um problema” (E.5).

Nas próximas citações, podemos observar os desafios do trabalho em equipe, no qual a adesão e a corresponsabilização tornam-se fatores limitantes. Esse fato nos convoca a refletir sobre a necessidade de uma posição do profissional de adaptar-se ao contexto do cotidiano de suas práticas. Vejamos alguns exemplos:

“E um dia por semana, a gente conseguiu manter, o que é muito cara pra gente, uma reunião de equipe semanal... Então, uma vez por semana, toda quinta-feira de manhã, eu estou aqui em reunião e, por exemplo hoje essa psicóloga que me dá um suporte nessa região não veio, E aí eu tenho [a entrevista]. Então assim, eu me sinto responsável e ela me dá um suporte, mas a região é minha. Aí se aparece um problema sério, eu que resolvo. Por isso que embolou hoje... Mas a gente trabalha em equipe, embora eu responda por duas unidades, eu sou da regional Centro e a gente tem isso bem... nessas reuniões semanais... Você teria que entrevistar outras pessoas da equipe, porque eu fico falando só das coisas boas (risos). As pessoas me escutam falando parece que está tudo ótimo” (E.3).

“Então, hoje, por exemplo, eu e outra residente tivemos que coordenar uma reunião de matriciamento, porque o resto da equipe não podia fazer isso, então a gente foi e deu o nosso tom, sabe? A gente não ficou só aceitando caso, os casos da psicologia que vem sempre muito equivocados... A gente discutiu mais, perguntamos qual que era a expectativa dessa equipe em relação a isso, que as vezes que está toda equipe nem sempre você tem esse espaço. Porque tem uma pressão muito grande em cima do profissional” (E.2).

“Então, é todo um cuidado que a gente tem que estar atento, assim, no envolvimento da equipe com esses casos, no entendimento de um caso que ele é da equipe, que se há uma resposta possível é uma resposta que a equipe tem que se debruçar, que tem que construir essas respostas e... que a saúde mental, ela vem, principalmente nesse lugar, de construir esse laço, desse paciente que historicamente, esteve “fora”, pra ser considerado alguém que é da equipe, que pode se colocar do lado de dentro e de não ser algo de tão estranho, por mais que ele cause a cada um de nós o estranhamento, de não ter essa resposta pronta, que está no remédio, na pílula, nos benzodiazepínicos e muitos outros” (E.5).

“Hoje eu não atendo mais aqui, é um dia que a gente vem pra reunião, é o dia que dá problema, é o dia em que a gente reúne. Aí a gente começou a dividir, a falar o seguinte: ‘Eu vou ficar com uma região só, eu e um psiquiatra. Nós vamos ficar como referência, eu vou atender paciente só daquela região, eu vou começar a ir nesses lugares, conhecer os clínicos, as enfermeiras, a assistente social, as ACS’” (E.3).

Nesse sentido, observa-se que dentre os limites se impõem as resistências. Observa-se que as resistências vêm de onde menos se espera o que nos leva a refletir sobre a necessidade de enfrentar os atravessamentos que perpassam a prática. Alguns relatos apontam que vem da própria categoria profissional e, quase sempre, de toda a equipe que deveria exercer um trabalho compartilhado e apresentam dificuldades na construção e na atenção aos usuários. Essa resistência de se sair de modelos cristalizados de atuação encontra também ressonâncias com o tema da formação abordado anteriormente, como aparece diretamente na fala de E3 e indiretamente nas falas das demais:

"De forma alguma, hoje a gente tem muita resistência, tem assistentes sociais que não aceitam, tem a própria Psicologia que está querendo só esse atendimento... isso requer uma formação do profissional mais ampla. Você tem que dar conta de manejar grupos ... eu fico pensando assim: é difícil, pra mim também foi um desafio mas meu desafio foi do lado contrário, então eu fui investindo... Eu tive que começar a investir mais na Clínica, meu forte era outro. Então, os psicólogos mais clínicos não estão a fim de conduzir grupos, no entanto em reunião de matriciamento eu estava fazendo trabalho de grupo. É uma outra escuta, é uma outra dinâmica... entendeu? É um lugar em que você se expõe..." (E.3).

"Mas, enfim, o que eu percebi nesse meu fazer, é que a maior resistência, você não tenha dúvida, pra mim, é da própria equipe. Porque, na realidade, ela não quer romper com esse modelo que protege o seu fazer, você não está exposto. Você, no matriciamento, é questionado, porque você se expõe, você põe sua cara a tapa" (E.4).

[...] E aí, para você trabalhar na lógica do matriciamento, você não pode chegar só com a garganta não, você tem que realmente acreditar na horizontalidade. Então, uma das coisas que eu vi que deu muito certo onde eu trabalhei é que eu chegava dizendo para as pessoas assim: eu também não sei como trabalha. Eu falava isso claramente para os profissionais com os quais eu fazia contato na unidade básica. É uma proposta que eu também não sei como que trabalha muito bem com ela não, na prática. Eu estou cheia das teorias, na prática nós vamos construir juntos. E era juntos mesmo!" (E.4).

"Eu sentia que é como uma equipe que está na unidade de saúde, mas não está. Até porque a ligação da equipe é com a saúde mental, então, a referência está fora. Mas, ela está ali...a equipe é locada ali...porque se você for olhar o vínculo do profissional é na unidade básica de saúde. Mas, ela participa pouco do contexto daquela unidade...fica meio que 'aleijada'. [...]Mas, eu acho que o desafio maior é romper com as resistências da própria equipe da saúde mental, que, na realidade – eu vi isso claramente – uma coisa é você dizer o discurso, outra coisa é você acreditar e, realmente, viabilizar" (E.4).

"É a sua equipe que você vai ter que aprender a trabalhar de forma interdisciplinar, respeitar não só a formação que o outro traz, mas a bagagem que ele traz; valorizar isso e fazer isso "conversar" com o que você traz. E isso precisa de uma habilidade, senão a coisa 'não

rola' [...] Do mesmo jeito, você precisa ter habilidade com a equipe da unidade básica, com os profissionais que estão lá, de enfermagem, mais os médicos, mais a gerência, mais os ACS. Você precisa ir fazendo essa "costura". E disso, o psicólogo – acredite - tem medo. Não era para ter, isso, para mim, é um paradoxo" (E.4).

Vimos, porém, que o trabalho compartilhado é uma prática já incorporada nas ações dos psicólogos na Atenção Básica. Nesse sentido, destacam-se, aqui, as dificuldades enfrentadas de compartilhar trabalho com equipe, voltando à questão do cuidado no qual se predominam a dependência e a fragmentação. Os relatos abaixo apontam para a necessidade de se romper com o modelo profissional convencional de atuação do psicólogo para poder se envolver com outras ações e criar novas estratégias:

"Se você trabalhar com interação com a comunidade, o emponderamento dessa comunidade, fortalecendo a rede, por exemplo, nesse espaço do "BH CIDADANIA" pra conhecer outras instituições, você não está sendo menos psicólogo. Eu acho que tem uma coisa assim que é de identidade profissional, muitas das profissões que estão na atenção básica não têm essa percepção de que você é um profissional da saúde, a psicologia é uma delas é o profissional da saúde mental." (E.2).

"A gente chega com o discurso da saúde mental a gente se depara com diversas situações. então, muitas vezes a gente é visto como 'o salvador da pátria'... 'Nossa, que bom que vocês estão aqui, que bom que tem alguém da saúde mental' e a gente é muito [convocado], muito requisitado e isso tem um lado muito bacana e tem também um lado que a gente tem que estar atento e ter seus cuidados porque a gente não é nenhum salvador da pátria, a gente não tem essa resposta mágica pra tudo" (E.5).

"Eu percebo que a equipe se acostuma com os profissionais e quando esse profissional sai, eles assustam. Aqui na UBS, bem como em todas de Nova Lima, a saúde mental acontece com funcionamento de uma referência técnica psicóloga e um terapeuta ocupacional. Então, todo posto que você for em Nova Lima as referências técnicas em saúde mental são psicólogo e terapeuta. [...] Eu entrei então no lugar do Lucas que foi pro serviço do AD e eu tive que 'vender meu peixe', me incluir na equipe sabendo que cada unidade tem suas peculiaridades em relação á equipe" (E.6).

"Eu acho que o problema é chato até de você falar que não acontece a intersetorialidade, que não acontece o matriciamento, assim, não acontece, mas ele tem uma série de atravessamentos que impedem que ele aconteça mesmo. Tem uma pressão muito grande na atenção básica, tem uma pressão da população, você tem uma pressão grande da gestão, uma pressão grande de indicadores" (E.2).

Porque, vamos combinar, Tiago, tem muito psicólogo que não quer sair da salinha dele porque aquele espaço é protegido, é zona de conforto, 'meu filho, ninguém sabe o que eu estou fazendo com o meu paciente lá não'" (E.4).

Não destacamos aqui, mesmo com os desafios a serem enfrentados, a importância e a contribuição da Psicologia dentro de um trabalho em equipe. O que se pretende é apresentar os elementos que podem contribuir sobre a reflexão da percepção das participantes sobre a atuação compartilhada.

Outros relatos apontam mudanças no trabalho e na política e de que forma isso interfere no trabalho. A percepção do lugar do especialista está explícita no relato abaixo, mas admite que houve mudanças. Isso evidencia a necessidade de ampliar as possibilidades de ação. Podemos refletir sobre o risco da generalização das práticas.

"O que norteia o meu trabalho é a proposta de matriciamento, que é o matriciamento em saúde mental, com toda a questão... a gente tem o manual do governo federal sobre matriciamento. É Psicologia Social, que pra mim é algo muito tranquilo. O que eu entendo pela prática de matriciamento, é o seguinte: na verdade a gente acaba sendo um especialista na equipe de Atenção Básica, o Médico, Enfermeiro, o ACS e Assistente Social. Mas não é mais a lógica do 'encaminho' como era ...lista de espera. 'Eu encaminho e fico buscando uma contra-referência que quase não existe'. Mas, mesmo se existisse, tirando as falhas, não é mais a lógica do 'encaminhamento' e da 'referência e contra-referência'. Agora, a lógica é 'nós vamos compartilhar os casos de saúde mental'. O paciente da saúde mental não é da saúde mental, qualquer paciente do território, a porta de entrada é a atenção básica. O enfermeiro tem que saber, o médico tem que saber, o ACS tem que saber. Ele é um paciente da Unidade e eu estou lá pra ajudá-los a fazer o manejo, uma identificação dos casos, a atender individualmente esses usuários. 'Então, eu estou lá pra me co-responsabilizar por aqueles pacientes' (E.3).

"Outro problema sério que nós temos aqui: quando a gente pensa na proposta do matriciamento, o matriciamento é pra dar apoio às Equipes de Saúde da Família. Até então, Betim ainda não tem 100% de cobertura, então a gente funciona no modelo misto. Então, a gente tem Equipes de Saúde da Família e PACs que é um outro modelo, não tem essa questão das equipes, do território, é outra lógica" (E.3).

Algumas considerações sobre o trabalho intersetorial e redes consolidadas foram identificadas nos relatos de algumas profissionais. Porém, algumas redes ainda se encontram em processos de adaptação. Vemos nos relatos de participantes com mais tempo de formação e atuação, pois traduz a visão da experiência e do trabalho construído em sua prática.

"Na rede temos, como a gente já comentou, o CERSAM, mas tem o centro de convivência pro adulto, que a gente também encaminha e acompanha. Uma coisa que é importante, do cuidado aqui no CS, é quando a gente recebe uma criança ou um adolescente com dificuldade... Principalmente as crianças que a gente faz um contato com as escolas, então a gente faz o trabalho com as escolas, além desse fórum que acontece mensalmente, a gente tem disponibilidade, pelo combinado com a gerente, de ir às escolas discutir os casos. É intersetorial, ou então deles virem aqui também" (E.1).

“Aqui a gente não tem CRAS. Você sabe o que é o Cras? Não é área CRAS, mas a gente “meio que monta”, que tem a criança envolvida com a assistência social, com educação e a saúde, que a gente percebe que precisa de uma reunião pra discutir o caso, a gente monta essa reunião ou aqui ou na escola, ou lá no distrito, distrito que eu falo é a sub-prefeitura, que são as regionais. A gente consegue conversar” (E.1).

“Caso que às vezes tem algum envolvimento com justiça, de adulto. A gente entra em contato com o ‘Pai PJ’. Já ouviu falar do Pai PJ também não é? Então, nesse período foi criado o Arte da Saúde por essa psicóloga Rosalina e também os Fóruns de intersetoriais. Na época não era intersetorial, a gente falava Fórum pra discutir os casos das crianças e adolescentes, a gente fazia muita reunião com a educação, era saúde e educação, agora hoje não, a Assistência Social participa, a Educação, a Saúde, Ongs” (E.1).

“Essa aproximação do discurso da SM com outras áreas da saúde e com outros pontos da rede para além da Saúde. Você acaba tendo que trocar com pontos mais diversos desde a defensoria pública, conselho tutelar, da educação, proteção ao idoso, das mulheres” (E.5).

No relato seguinte, vemos claramente como essa articulação acontece, na qual a E.2 relata que, em seu processo de trabalho, há uma comunicação entre outros setores da rede, como o trabalho coordenado pela E.1:

“Aí eu posso encaminhar ele pra um grupo do NASF, por exemplo, que a gente tem ou eu posso encaminhar ele pra um programa da prefeitura que é o “Arte na Saúde”, que tem oficinas de música que ele vai ter que ter disciplina pra aprender o instrumento, ele vai ter que respeitar as regras daquele determinado local, não vai ter instrumento pra todo mundo, então ele vai ter que dividir com as outras pessoas” (E.2).

Alguns atravessamentos podem ser complicadores no processo de construção das práticas, pois limitam ou possibilitam o trabalho interdisciplinar e intersetorial. Existem considerações das participantes com menos tempo de formação sobre essa questão:

“E aí a gente foi fazendo várias articulações, a gente fez articulação com a rede especializada de atendimento à mulher, a gente fez com o CRAS e tudo. [...] Então, a gente não dá conta de acolher ela sozinho... É um problema que sai pra todo mundo. Esse caso eu acho emblemático porque a gente tende a ficar muito ‘preso’ no centro de saúde de achar que o centro é sobrecarregado, que recebe todas as demandas, e etc., mas muitas das demandas que chegam pra gente estão chegando a todos os lugares e não é só a gente que tem que resolver’ (E.2).

“Não tenho nada contra o atendimento, mas, somente o atendimento em política pública, principalmente, quando você pensa que existe toda uma proposta do SUS de uma clínica ampliada e a gente vê somente as pessoas do seu consultóriozinho sem investir nos espaços coletivos, trabalhar realmente de forma interdisciplinar e intersetorial” (E.4).

"Muitas vezes, em caso de álcool e droga é a família que vem e pergunta sobre internação compulsória, como são as comunidades terapêuticas, que são serviços que o SUS não contempla, a não ser as parcerias, mas nesse momento não há parceria com comunidades aqui em Nova Lima, pois esses serviços são particulares. A gente não faz esse tipo de encaminhamento e oferece o que a rede pode sustentar" (E.6).

Os dados construídos em nossa pesquisa nos levam a refletir sobre a construção da prática nesses contextos. Nota-se que algumas das atividades consideradas por seus aspectos de inovação, ainda passam por processos ainda pouco consolidados. Porém, não podemos desconsiderar seu valor produtivo. As ações na Atenção Básica ainda necessitam de uma ampliação, como apontam Andrade e Simon (2009), quando analisam as práticas dos psicólogos e defendem o trabalho intersetorial como algo fundamental para uma prática mais efetiva. Porém, chamam a atenção para uma dificuldade de sistematização de sua atuação e de uma percepção de uma prática diferenciada.

Finalmente, o que se pretende salientar no próximo tópico, não são apenas as atividades exercidas pelos profissionais que aparecem em seus discursos, mas a possibilidade de ação diferenciada a partir de suas experiências.

5.2.6 Práticas Tradicionais e mudanças incrementais

Relacionamos essas duas categorias em uma tentativa de discutir, embasado nas experiências das profissionais, sobre as práticas que são corriqueiras e que são consideradas práticas tradicionais, como, por exemplo, o atendimento individual e ambulatorial, contrastando com ações em que são convocados e a atuar de forma diferente do habitual.

Observa-se que ainda prevalecem práticas mais conservadoras, como já dissemos, pois a Psicologia chega tarde a esse cenário e as práticas ainda se encontram em construção e transformação. Uma das justificativas apontadas por Yamamoto e Oliveira (2010) é que os conhecimentos psicológicos muitas vezes foram utilizados para o controle e a segmentação. Porém, com as diferentes construções e práticas acompanhadas no decorrer da pesquisa, observa-se que houve mudanças, tanto radicais quanto incrementais, como a implantação do SUS e as atividades consideradas inovadoras, respectivamente.

No entanto, a falta de conhecimento mais próximo da realidade brasileira é um fator limitante, como já discutimos anteriormente. Portanto, a geração do conhecimento

e de um conjunto de saberes compartilhados configura-se como um elemento fundamental na construção de um processo inovador. Juntamente com isso, uma postura de construir caminhos mesmo sem possuir um saber a priori se mostra essencial para se produzir avanços e inovações. Abaixo estão os relatos que corroboram com essa afirmativa:

"Eu acho que a saúde está presa nela mesma", ela tem dificuldade de conhecimento. Por exemplo, no caso da violência mesmo, muito do receio dos profissionais era que eles não conheciam, não sabiam prestar o serviço, não sabiam como encaminhar, em que situação que poderia ser encaminhado, que aquela instituição poderia ser um parceiro. Então acho que tem, a saúde fica "muito nela mesma", por mais que tenha toda essa questão da intersectorialidade, por mais que você esteja dentro das políticas e tudo, a saúde ainda está naqueles indicadores da saúde biológica mesmo, da saúde do corpo. E aí tem uma dificuldade mesmo de acolher, de entender outras questões inclusive como demanda de saúde mesmo. E aí se você acha que o problema não é seu, você não procura conhecer outras coisas, você não procura outros parceiros" (E.2).

"Aqui então quando eu te mostrei rapidamente, têm nessa unidade básica recursos que eu não encontro em outros... eu trabalho nessa unidade e trabalho em outro PSF também. Eu acho que isso tudo vai fazendo a gente reinventar e [se reinventar] também, 'a coisa não é pronta, não vem nada pronto'. Pra você atuar, você tem que primeiro, se permitir conhecer..." (E.5).

Vejamos agora os trechos dos relatos em que configuram como práticas tradicionais dentre as narrativas que priorizaram tal questionamento:

"Eu acho que a coisa não pode ser a Vanda, a Daniela, não pode ser "a pessoa". Tem que ser uma Política de Saúde Mental do Município que quando você entrar: é esse o trabalho que você tem que fazer. Agora eles estão começando a fazer esse movimento". (E.3).

"...Foi o que aconteceu na Regional Norte, um profissional sai, pode ficar doente, sei lá.. pode sair de férias, pode mudar pra ficar rico, não é?... (risos), pode fazer milhões de coisas... O serviço não pode depender de uma pessoa. A diretriz de funcionamento, a política de funcionamento daquele serviço tem que ser maior do que as pessoas. Então, isso é um problema, é muito a gente, a gente sustenta o problema, meio que sustente esse tipo de trabalho" (E.3).

"Por exemplo, então eu pegava, eu atendia em torno de 20 unidades básicas de saúde, a gente não tinha contato com ninguém, sabe, a gente sempre tentando uma articulação com o CERSAM, tentando uma articulação com o centro de convivência, a gente não sabia quem eram os nossos usuários, então a gente funcionava enquanto um ambulatório e uma equipe especializada, "marca Psicólogo, marca Psiquiatra, o Clínico mandava, o Enfermeiro mandava e se chorasse na recepção, mandava" (E.3).

"Na época, não tinha o Programa Saúde da Família, então a gente recebia as demandas todas. Quando eu estava fazendo minhas 8 horas aqui, eu dava referências para os três bairros: Nova Vista, Boa Vista e Santa Inês" (E.1).

"Mas aí o Psicólogo no Centro de Saúde era muito procurado pra fazer esses relatórios, para os meninos conseguirem vaga na escola especial. Aqueles meninos que tinham dificuldade de aprendizagem e problema de comportamento... Vinha uma demanda muito grande, às vezes a gente recebia uma lista de 40 meninos de cada escola" (E.1).

A maioria das participantes apontam aspectos em que o profissional é convocado a sair do planejado e atuar modificando suas práticas e (re)construindo um caminho com ações para a melhoria do serviço e do atendimento. Observa-se nas falas, elementos que traduzem esse processo:

"Mas, eu falei: eu não dou conta disso não...de ficar nesse 'atendimentozinho' aqui...o que se faz? [...] Mas, eu me lembro que eu falava assim: gente, meu Deus do Céu, isso aqui é muito doido... Eu atendo paciente que está aqui há vinte anos praticamente, e a impressão que eu tenho quando ele chega diante de mim é que ele está diante de um psicólogo pela primeira vez. Ele está na psiquiatria há "trezentos anos" e eu pergunto: você sabe o que você tem?" (E.4).

"Aí nós fizemos uma ficha de acolhimento na Atenção Básica. Agora, o Estado está fazendo um teste em vários municípios, inclusive em Betim, propondo uma ficha de acolhimento em Atenção Básica voltada pra saúde mental" (E.3).

"E é muito interessante e produtivo sair da UBS e promover uma ação da saúde em outro espaço" (E.6).

"E fomos fazendo esse trabalho no miudinho, que era de convencimento, que era realmente de fazer com que a nossa demanda passasse a ser demanda também das unidades básicas, nesse sentido. Fomos fazendo um manejo terapêutico desses pacientes que não deveriam estar conosco, para as unidades. Fomos devagar, depois de todo o processo com os profissionais, havia um formulário próprio de manejo terapêutico compartilhado – que a gente chamava - em que a gente passava os dados do paciente para daí para frente ele ser acompanhado pelo clínico daquela unidade básica que era o território dele" (E.4).

"Aqui então quando eu te mostrei rapidamente, têm nessa unidade básica recursos que eu não encontro em outros... eu trabalho nessa unidade e trabalho em outro PSF também. Eu acho que isso tudo vai fazendo a gente Reinventar e [se reinventar] também, 'a coisa não é pronta, não vem nada pronto'. Pra você atuar, você tem que, primeiro, se permitir conhecer..." (E.5).

"Nessa direção, desse exemplo a gente tem feito um trabalho aqui, que eu tenho achado muito bacana que não é uma invenção da saúde mental, é algo que foi inventado pela equipe que chama "Café com Prosa", é um momento de encontro da equipe do PSF, uma estratégia que a gente teve, frente a muitas dificuldades de relacionamentos da equipe com a comunidade" (E.5).

"As impressões que eu tenho são essas, que a gente tem que correr atrás um pouco e têm as peculiaridades práticas aqui da equipe, cada um buscando desenvolver sua função, mas, às vezes, a gente se depara com algumas falhas, obstáculos, equívocos de informação, mas tentamos contornar pra coisa fluir" (E.6).

Obviamente, a superação de tantos atravessamentos passa por seus desafios e limitações, como afirmam as psicólogas que atuam no município de Betim:

"Eu entrei aqui num momento... tinha a assistente social que a gente já tinha um contato, a gente já tinha trabalhado junto. Essa parceria com a [E.4] foi fundamental pra gente reestruturar modelo... eu estava com uma equipe aqui que eu começava a falar sozinha, o povo "muito clínico", 'queriam ir pro consultório mesmo e ficar lá atendendo e achava ótimo faltar um tanto de paciente" (E.3).

"E ali, o que você vê, a exemplo do que eu vi quando eu cheguei na saúde mental, você diz: o que é isso? – até porque eu cheguei num momento e acabei ficando praticamente sozinha... [Uma psicóloga] falou: "Você é corajosa demais porque eu não dava conta não..." Quando eu cheguei ao [Centro de Saúde], a [E.3] tinha saído de licença maternidade e a única psicóloga que tinha lá para fazer par comigo e me ajudar a reconhecer o território, saiu de licença médica com dois meses que eu estava lá" (E.4)

Até aqui, pode-se conhecer as práticas de alguns profissionais que estão atuando na Atenção Básica, através das categorias analíticas que foram construídas a partir dos objetivos, da revisão e da construção dos dados. Os eixos norteadores da análise entre as práticas e as mudanças, configuraram numa tentativa de localizar elementos inovadores a partir de mudanças incrementais em contextos locais. As mudanças ainda são tímidas, porém não revela sua impossibilidade e nem sua eficácia. Uma série de fatores colabora e se relacionam na efetivação de um processo realmente inovador. Vários atravessamentos foram observados e um ponto que merece nossa atenção é a questão das relações institucionais, das relações de poder, existentes no contexto da atuação nos serviços de saúde, que abordaremos a seguir.

5.2.7 Espaços institucionais, possibilidades e limites

Inicialmente, foram construídos dois códigos: Ambientes Favoráveis e Desfavoráveis à Inovação. No entanto, após uma segunda análise e apesar de parecerem divergentes, formam uma categoria em que as relações entre as possibilidades e limitações não dependem apenas de uma atuação unilateral, pelo contrário, dependem de uma complexidade de elementos que colaboram com as práticas e ampliam a possibilidade de mudança.

Em nossa discussão sobre inovação, expusemos a relação entre a mudança e os ambientes de inovação. Sendo assim, procuramos identificar elementos iniciais que apontassem a contribuição dos ambientes, ou melhor, da possibilidade ou não dos

profissionais encontrarem um espaço em que pudesse exercer propostas de mudanças incrementais.

Questionando a análise sobre inovação que enfatizava uma visão mercadológica, atualmente se discute sobre conceito a partir das circunstâncias em que atividade inovadora acontece. Nesse sentido, questão do contexto torna-se relevante, bem como os ambientes. Se o profissional se depara com um contexto que o incapacita de exercer suas ideias e se o mesmo, em suas práticas, ao mesmo tempo em que as constrói não se implica em seus contextos, a prática inovadora se torna obsoleta.

O que ocorre seria um jogo de interesses e motivações. As regras (ou as políticas) que já são pré-estabelecidas não desempenham um papel importante nesse processo. O conceito de tradução, discutido anteriormente e proposto por Bruno Latour se insere nesse contexto, pois seria uma conciliação de diferentes formas de pensamento entre os atores sociais, ou seja, uma interpretação dada aos seus interesses e aos das pessoas ao redor. Segundo Freire (2006), "as cadeias de tradução referem-se ao trabalho pelo qual os atores modificam, deslocam e transladam os seus vários e contraditórios interesses" (p. 51).

Na perspectiva da construção das práticas, o conceito de ambientes de inovação entra em nossa discussão dada sua relevância acerca das possibilidades de construção da prática, enquanto inovadora. De acordo com Andrade (2005), este conceito trata-se de "um espaço institucional e de realização de forças intangíveis que um grupo disponibiliza para implementar práticas que sejam inovadoras" (p. 150). Os ambientes também dependem da criatividade do profissional desenvolvendo uma capacidade inovadora.

Identificamos, nas narrativas, indicações de que o espaço institucional favorece uma atuação diferenciada e que possibilita a mudança no trabalho, como ilustrado nos relatos abaixo:

"Agora, nós tivemos uma coisa muito interessante que nos ajudou muito, tanto a mim quanto a [E.3], e depois o resto da equipe (as outras psicólogas também aderiram ao matriciamento) é que a gente tinha um gerente muito bom, um cara muito implicado[...]Essa implicação dele foi muito bacana. Então, a gente começou a fazer esse processo com as unidades. E era um processo difícil porque Betim veio construindo um percurso equivocado em saúde mental. " (E.4).

De outro modo, a falta de ambientes favoráveis à inovação e a falta de tradução dos atores envolvidos foram identificados, tanto na resistência e pouca implicação da

equipe quanto na contradição de interesses e acúmulo de trabalho. Abaixo estão transcritas as falas relativas a essa questão:

"Bem eu acho que, no caso do projeto ele não foi pra frente, nem foi por causa de resistência de outras instituições, teve essa troca de profissional gigante, mudou muita gente e teve uma resistência até maior do centro de saúde do que das outras instituições"(E.2).

"É difícil você inovar uma prática enquanto todo o serviço te cobra uma função específica, essa relação com o serviço e com outros profissionais é muito delicada. Porque em alguma medida a gente tem que responder a demanda que eles fazem a nós, pra gente responder do lugar que a gente ocupa até pra você ter certa legitimidade" (E.2).

"É interessante porque o que eu percebo, no desenho de saúde mental de Betim, o psicólogo é tipo um estrangeiro na unidade de saúde. Em algumas, menos, em outras, mais. [...] Na realidade, o que me fez sair da equipe de saúde mental e passar para o CEREST(...)Eu me identifiquei na saúde mental – e foi a minha sorte – foi com a possibilidade do trabalho pela metodologia de matriciamento. Mas, eu percebia que era muito complicado. Porque não era, na realidade, um desejo que eu percebia, por mais que a referência municipal de saúde mental colocasse isso como a pauta do dia, na prática, havia muita dificuldade dos profissionais para ir nessa direção" (E.4).

"Era uma questão pra gente? Era, mas a nossa demanda, o pedido da população, era numa outra direção, e aí a gente teve que abandonar essa direção por causa de uma determinação da secretaria. Tem essa dificuldade que é muito sobrecarregada, a secretaria manda vários indicadores que a equipe tem que dar conta e que não é fácil mesmo, que você fazer o controle desses indicadores é muito difícil, mas acaba que você tem pouco espaço pra você trabalhar outras coisas. Você não consegue sair pra conhecer o território, você tem que responder a esses indicadores. Então se não acontece, se tem resistência, é porque tem uma agenda muito apertada também. É que, na verdade, fala que você tem liberdade pra fazer outras ações e, na verdade, não é bem assim. Porque os indicadores da saúde são muitos e não necessariamente são de mais urgentes no seu território" (E.2).

A questão do poder do médico foi um dado apontado nas entrevistas que corrobora a utilização dos conceitos apresentados, a perspectiva da tradução com seus conflitos de interesses entre outras classes e o ambiente necessário com um apoio institucional para que as mudanças ocorram. Vejamos alguns exemplos:

"Onde que a gente esbarra? A gente esbarra na questão do poder médico, porque pra eles saúde mental é de Psiquiatra, eles não conseguem ver que o paciente pode ter pressão alta, pode ter diabetes, tem muitas complicações, tem que ter uma visão mais global. Eles sempre falam que eles não são obrigados a receitar medicação psiquiátrica, eles fazem frente, não vão às reuniões. São uma categoria... O poder médico... Não aceitam encaminhamento de psicólogo, não querem discutir caso com o psicólogo, eu estou falando no âmbito mais geral" (E.2).

"A gente tem essa questão dos médicos que querem excluir mesmo a saúde mental da Atenção Básica, como se atenção básica não fosse um lugar... Eu acho que o fato de a gente ir fisicamente aos lugares, isso muda..." (E.3).

Vimos que alguns fatores favorecem ou não a prática inovadora, como as questões sociais, econômicas, políticas, institucionais e da gestão. Bem como outros fatores que podem atravessar a prática do profissional tais como estímulos, obstáculos, limites, e, por que não dizer, pessoais. Destaca-se aqui uma fala interessante de uma participante da pesquisa em que lança mão de um ditado popular, mas que resume sua vivência sobre sua prática. Esse trecho torna-se emblemático, pois convoca o pensamento sobre o nosso lugar e como construímos nossa prática. No trecho destacado, está implícita a ideia de que o profissional que estaria preparado devido sua experiência e conhecimento que beneficiam o próximo e que, em algum momento, não aplica suas competências e conhecimentos para resolver situações em próprio benefício ou do seu trabalho.

"Em casa de ferreiro, o espeto é de pau". Eu acho muito interessante que quando a gente começou o matriciamento, qual era a lógica? Ele acontecer primeiro exatamente na unidade onde estava a equipe. E não foi o que ocorreu, ele foi acontecer fora" (E.4).

Podemos perceber que fatores locais influenciam a prática, esse relato retrata uma ação que não pode ser concretizada no mesmo espaço da atuação profissional. Configura de um lado a impossibilidade do exercício dentro de seu espaço institucional e de outro a implicação da equipe em implementar a mudança. Em uma pesquisa do CREPOP (CFP, 2010), concluiu-se que as ações consideradas inovadoras variam e dependem de contextos e demandas locais e que as estratégias inovadoras são fundamentais na superação dos atravessamentos e demandas, ampliando a atuação no cumprimento das diretrizes das políticas de saúde.

Conceitualmente, perspectivas da tradução e dos ambientes de inovação contribuíram para a compreensão da análise sobre as possibilidades de ação dos agentes que compõem o processo inovador nos serviços de saúde.

5.3 Discussão: no caminho das práticas

Consoante com nossos objetivos, ao percorrer o caminho que cada profissional trilhou em suas práticas, através das narrativas de suas trajetórias, possibilitou perceber não só as peculiaridades do trabalho, mas o enfrentamento que os profissionais assumem em sua caminhada. Assim, torna-se necessário enfrentar os desafios e propor mudanças, pois essas fazem parte do cotidiano do profissional. Observam-se mudanças na política, na gestão e no próprio caminho nas práticas, porém ainda há muito por caminhar para que encontremos um cenário mais positivo dentro do panorama atual das práticas na Atenção Básica. Como concluiu Andrade e Simon (2009), quando ressaltam que as mudanças que foram propostas na legislação ainda não refletiram nas práticas em saúde, devido a inúmeros fatores, como a identificação com a prática clínica. A resistência profissional, da equipe, da instituição são fatores em que constatamos isso a partir de nossos dados, da nossa pesquisa.

Nos relatos das práticas e formas de ação e a relação com cada cidade e cada local de trabalho, podemos observar ações aparentemente insignificantes, mas que contribuem para a construção da prática de cada profissional, ao entendermos que há uma idiossincrasia em cada uma, considerando fatores locais, contextuais e heterogêneos, observando que existe uma rede de atores e que esses as constroem. Nesse sentido, dois elementos debatidos nesse estudo apontam para essa reflexão: a perspectiva da tradução e os ambientes de inovação. Ficou evidente na construção dessa categoria e nos relatos tal problematização, pois os espaços institucionais e o jogo de interesses configuram-se como elementos analisadores dos aspectos de inovação.

A construção de fatos na prática cotidiana do trabalho é um processo coletivo em que o objeto é transmitido de um ator para outro, com a diferença de que na prática científica a afirmação vai se constituindo e se transformando, possibilitando seguir as diferenças (FREIRE, 2006). Assim, entende-se que a possibilidade de mudanças efetivas ou incrementais é influenciada por essa relação, tanto no trabalho em equipe e em outras práticas que são consideradas diferenciais para a atuação em saúde, quanto a consideração do contexto e do território com o objetivo de ampliar as ações e construir uma prática mais integralizada.

Um apontamento importante esbarra não apenas na questão da formação, pois as limitações envolvidas nesse processo vão além deste contexto. Para a ampliação das práticas e, conseqüentemente, a efetiva implementação de mudanças, seria necessário,

em primeiro lugar, o que podemos chamar de uma (re) construção dessas práticas. Como vimos, alguns elementos contribuem para essa construção, como: o processo de formação profissional; o enfrentamento de demandas, não optando pelo escoamento; o trabalho em equipe seja matricial ou com outros setores; os espaços institucionais e as resistências profissionais e as relações de poder e jogos de interesse.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da proposta desse estudo, considerando os objetivos, a metodologia e análise, fica evidenciado que uma discussão que envolve aspectos inovadores não se esgota.

Porém, a ideia de investigar, através da trajetória profissional, a construção das práticas da Psicologia na Atenção Básica, possibilitou apresentar um panorama dos elementos envolvidos nesse processo. Ao identificarmos nas ações suas limitações e possibilidades que, apesar das mudanças e propostas refletem na atuação dos serviços de Saúde, pôde-se discutir a partir das narrativas, pontos que foram transformados em categorias e que contribuíram para uma análise.

No que se refere à forma de entrada das profissionais participantes da pesquisa e o seu interesse pela Atenção Básica, identificou-se que sua entrada passou, em primeiro lugar, por aprovação em concurso, como uma condição inicial. Em seguida, a questão da escolha passa por caminhos diversos, entretanto, destaca-se que o campo acaba por escolher o profissional, devido sua atração e o desejo por uma área em que as experiências explicam essa relação. As mudanças, sempre presentes nos relatos, influenciam na escolha, tanto as mudanças políticas quanto as dificuldades enfrentadas. Nesse processo de descoberta, as profissionais construíram o início de sua jornada em um campo que, para muitas, não passavam de um conhecimento atrelado apenas à questão da saúde mental.

Assim, a questão do conhecimento e da formação e a experiência nas políticas públicas, principalmente na Atenção Básica, são problematizadas na próxima categoria. Constatou-se que, em sua grande maioria, as participantes careceram de vivências em sua formação na graduação para atuar no setor público, ressaltando apenas uma prática clínica convencional, sendo respaldada na questão da saúde mental. Do mesmo modo, a questão da interdisciplinaridade e a falta de conhecimentos dos outros campos em relação à saúde mental também são dados relevantes apontados por uma profissional, bem como a fragilidade aparente de uma habilidade de atuação com coletivos, o que caracteriza em uma falha na construção da prática na formação. No entanto, um caso parece se destacar dos demais no sentido de uma experiência positiva na formação, na qual iniciativas recentes de reorientação para o trabalho em saúde contribuíram para uma atuação mais crítica. Contudo, entende-se que se deve investir mais no aprimoramento e na relação do ensino-serviço.

Em relação às mudanças políticas e às ações consolidadas, foi abordada a influência exercida na prática profissional. Nos relatos, as participantes trouxeram suas considerações sobre a adaptação e a criação de equipamentos e dispositivos em sua área. Mudanças incrementais e radicais, tais como o PSF e o apoio matricial, contribuíram para a melhoria do trabalho e da qualidade do atendimento, impactando o cotidiano.

A formulação de políticas torna-se um dado importante na construção das práticas da Psicologia nos serviços de saúde, porém necessita de um comprometimento ético-político dos profissionais. No entanto, o enfrentamento das relações político-institucionais e os movimentos de ação para a mudança devem ser incentivados, evitando, assim, o risco de um engessamento.

A superação de limites e desafios enfrentados no cotidiano do trabalho em saúde e o alcance de uma maior integralidade das ações, discutidas em uma categoria sobre a relação com o território, tornou-se fator relevante nessa pesquisa. Vimos a importância de sair do ambiente do consultório e buscar no território, equipamentos que colaboram para a ampliação do trabalho, sendo que a relação com a comunidade aliada à responsabilização do papel do profissional em sua prática, segue um caminho positivo na construção coletiva do trabalho em saúde. Porém, a resistência profissional aparece como um aspecto limitante nesse processo.

Na categoria em que as atividades consideradas por seus aspectos inovadores revelaram que a articulação das práticas com outros campos é fundamental dentro desse contexto, o que torna um elemento importante na construção da estratégia inovadora, vimos uma ambiguidade, pois constitui um desafio construir sua prática e buscar mudanças nas ações, revelando alguns avanços e em outros casos, nem tanto.

Outro ponto localizado foi o risco do trabalho compartilhado se tornar um escoamento de demandas, revelando um comodismo a partir da transferência de responsabilidades, configurando um desafio no que se refere à corresponsabilização e adesão dos profissionais. As resistências dos profissionais apresentam como preocupante na construção das práticas e na atenção aos usuários. Contudo, a análise apontou para a superação da atuação convencional, o enfrentamento de mudanças políticas e no trabalho e o risco de generalização, possibilitando a ampliação das ações. Isso revela que as atividades ainda passam por processos pouco consolidados.

Em outro tópico foram relacionadas as práticas que são corriqueiras, aqui colocadas como práticas tradicionais, e as ações que convocam os profissionais a atuarem de forma diferenciada, configurando-se em mudanças incrementais. Um dado

relevante é a capacidade de geração de conhecimento de forma a construir caminhos e produzir avanços relacionados à prática profissional. Tais aspectos, que colaboram na ampliação das ações, constitui-se como elementos para uma (re) construção das práticas em seu contexto.

Finalmente, uma constatação importante na análise está na possibilidade do encontro com espaços institucionais que possibilitam ou engessam as mudanças incrementais através de suas ações. As circunstâncias em que as ações são realizadas e o jogo de interesse dos atores envolvidos no processo do trabalho, interferem na possibilidade de uma atuação diferenciada, possibilitando as mudanças. Porém, todas essas questões são esbarradas pelas resistências, pouca de implicação, contradição de interesses e acúmulo de trabalho. Tais obstáculos encontraram ressonância na vivência profissional convocando-nos a pensar sobre o nosso lugar e como construímos nossa prática, como vimos a impossibilidade de exercer, dentro do próprio espaço, a implementação de mudanças que dependem de fatores locais.

Na pesquisa, iniciou-se uma reflexão ao analisar os aspectos inovadores nas práticas em Psicologia. O referido debate poderá ser explorado novamente mais adiante, pois essa discussão é muito fecunda. Os conceitos apresentados, como os que se referem às mudanças radicais e incrementais, às políticas e às práticas, ou sobre os espaços institucionais e os ambientes de inovação, colaboraram de forma importante na análise sobre as práticas e os processos envolvidos na construção das mesmas.

A relação entre ensino e serviços de saúde tornou-se relevante para a construção de saberes que são imprescindíveis para uma atuação mais integrada e efetiva na superação de limites. Estudos mais aprofundados são importantes para analisar e buscar alternativas inovadoras no processo de formação profissional, bem como a ampliação de políticas como o Pró-Saúde e o Pet-Saúde.

Concluiu-se que, no que se refere à prática da Psicologia na Atenção Básica, ela ainda se encontra em um processo de construção. Vimos dificuldades de estabelecer novas práticas relacionadas a inúmeros fatores, mas que são pontos de superação. Porém, tentativas de mudanças também se configuram como um aspecto importante, contribuindo na busca da construção de um caminho que alcance uma maior integralidade na atenção aos usuários dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 123p.
- ANDRADE, Tales de. Inovação e ciências sociais: em busca de novos referenciais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, v. 20, n. 58, p. 145-156, jun./2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v20n58/25632.pdf> Acesso em: 06/05/2014.
- ANDRADE, Juliane Fernandes Simões de Mattos; SIMON, Cristiane Paulin. Psicologia na Atenção Primária à Saúde: reflexões e implicações práticas. **Paideia**. Ribeirão Preto – SP. vol. 19, n. 43, p. 167-175, maio-ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v19n43/04.pdf> Acesso em: 06/05/2014.
- ANDRÉ, Isabel e ABREU, Alexandre. DIMENSÕES E ESPAÇOS DA INOVAÇÃO SOCIAL. **Finisterra**. Lisboa, vol. XLI, n. 81, p. 121-141, 2006. Disponível em: http://www.ceg.ul.pt/finisterra/numeros/2006-81/81_06.pdf Acesso em 06/05/2014.
- BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; CUNHA, Marcela Silva da. Análise da produção bibliográfica sobre Atenção Primária no Brasil em quatro periódicos selecionados. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, vol. 19, n. 4, p. 1007- 1028, 2009.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARROS, Maria Elizabeth Barros de; PIMENTEL, Ellen Horato do Carmo. Políticas públicas e a construção do comum: interrogando práticas. **PSI. PolisePsique** , Vol. 2, n. 2, 2012.
- BENEVIDES, Regina. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces? **Psicologia & Sociedade**. Vol. 17 n. 2, p.21-25, mai/ago.2005.
- BEZERRA, Edilaine; DIMENSTEIN, Magda. Os CAPS e o Trabalho em Rede: Tecendo o Apoio Matricial na Atenção Básica. **PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO**, Brasília, vol. 28, n. 3, p. 632-645, 2008.
- BÖING, Elisangela; CREPALDI, Maria Aparecida; MORÉ, Carmen L. O. O. A epistemologia sistêmica como substrato à atuação do psicólogo na atenção básica. **Psicologia ciência e profissão**. Brasília, vol. 29, n.4, dez. 2009.
- BOÏNG, Elizângela; CREPALDI, Maria Aparecida. O psicólogo na Atenção Básica: uma incursão pelas Políticas Públicas de Saúde Brasileiras. **PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO**, Brasília, vol. 30, n. 3, p. 634-649, 2010.
- BONFIM, Iris et al. Apoio matricial em saúde mental na Atenção Primária a Saúde: uma análise da produção científica e documental. **Interface**, Botucatu, vol. 17, n. 45, p. 287- 300, 2013.
- BOURGUIGNON, Jussara Ayres. **Concepção de rede intersetorial**. 2001. Disponível em: <<http://www.uepg.br/nupes/intersector.htm>>. Acesso em: 15/08/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.** (2a ed.). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários.** Brasília: 2003. Recuperado em 18 de outubro de 2007, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf> Acesso em: 09/08/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2004a). **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Recuperado em 18 de outubro de 2007, de http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impresos/folheto/04_1165_FL.pdf

BRASIL. Presidência da República. **Lei 10.973, de 2 de dezembro de 2004.** Dispõe sobre incentivos à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/Lei/L10.973.htm>. Acesso em: 20/03/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Brasília, DF: OPAS, 2005. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf Acesso em: 09/08/2012

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo da atenção.** Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica.** 4. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2007b. 68p. (Série E. Legislação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v.4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154. De 24 de janeiro de 2008. **Diário Oficial da União:** Brasília, DF, seção 1, 47-50.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Humaniza SUS: clínica ampliada e compartilhada.** Brasília, DF, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Inovação em temas estratégicos de saúde pública /** Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 1 v.: il. - (Série B. Textos Básicos de Saúde)

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

CAMARGO-BORGES, Celiane; CARDOSO, Cármen Lúcia. A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia e Sociedade**. Porto Alegre, vol. 17, n. 2, p. 26-32, ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822005000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30/05/2014.

CAMPOS, Gastão Vagner de Sousa; [et al.]. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009 871p.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf> Acesso em: 12/08/2012.

CASTRO, Ana Luisa Barros de; MACHADO, Cristiani Vieira. A política federal de atenção básica: à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 22, n. 2, p.477-506,2012.

CASTRO, Ana Luísa Barros de; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. A política de Atenção Primária à Saúde. In: MACHADO, Cristiani Vieira. (Org) **Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação Permanente em Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIMVENÂNCIO (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2006a.p. 107-112.

CELLARD, André. A análise documental. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, Vozes, 2008.

CLEMENTE, Anselmo et al. Residência Multiprofissional em Saúde da Família e a Formação de Psicólogos para a Atuação na Atenção Básica. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, vol.17, n.1, p.176-184, 2008.

CONDE, Mariza Velloso Fernandez; ARAÚJO-JORGE, Tania Cremonini de. Modelos e concepções de inovação: a transição de paradigmas, a reforma da C&T brasileira e as concepções de gestores de uma instituição pública de pesquisa em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 8, n. 3, p. 727-741, 2003.

CONASEMMG. **Oficinas transformam a vida dos usuários nas UBS de Betim**. Disponível em: <http://www.cosemsg.com.br/index.php/noticias-regionais/32-belohorizonte/154-oficinas-transformam-a-vida-dos-usuarios-nas-ubs-de-betim> Acesso em: 20/07/2014.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Atribuições Profissionais do Psicólogo no Brasil.** Contribuição do Conselho Federal de Psicologia ao Ministério do Trabalho para integrar o Catálogo Brasileiro de Ocupações. Enviado 17 de outubro de 1992.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família.** Conselho Federal de Psicologia. – Brasília : CFP, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Práticas profissionais de psicólogos e psicólogas a atenção básica à saúde.** Conselho Federal de Psicologia (CFP) e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (Crepop) (orgs.). Brasília 2010 76 p.

COSEMSSP. **A Política de Saúde Mental de Belo Horizonte por uma sociedade sem manicômios.** Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/downloads/Cursos/Construindo-a-Rede1-06-03.pdf> Acesso em: 26/06/2014.

CUETO, Marcos. The origins of primary health care and selective primary health care. **American Journal of Public Health**, Washington, Vol. 94, n.11, p. 1864-1874, 2004. Disponível em: <<http://www.ajph.org/cgi/reprint/94/11/1864>> Acesso em: 07/02/2014

DIMENSTEIN, Magda Bezerra Diniz. **O psicólogo no contexto do Sistema Único de Saúde:** perfil profissional e perspectivas de atuação nas Unidades Básicas de Saúde. 1998. Tese (Doutorado), Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

DIMENSTEIN, Magda Bezerra Diniz et al. O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Revista Saúde e Sociedade.** São Paulo, vol.18, n.1, p.63-74, 2009.

DIMENSTEIN, Magda. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. **Estudos de Psicologia**, Campinas, vol. 5, n. 1, p. 95-121, 2000.

DIMENSTEIN, Magda. O PSICÓLOGO E O COMPROMISSO SOCIAL NO CONTEXTO DA SAÚDE COLETIVA. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, jul./dez. 2001

FAUSTO, Maria Cristina Rodrigues. **Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde:** uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira. 2005. 261 p. tese (Doutorado em saúde Coletiva) - Instituto de Medicina social, universidade do estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

FERREIRA DE DEUS, Carlos Roberto e BINSFIELD. **MARCO LEGAL DE INOVAÇÃO: ESTRATÉGIA AO DESENVOLVIMENTO DO COMPLEXO INDUSTRIAL DA SAÚDE.** IN: Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Inovação em temas estratégicos de saúde pública / Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 1 v.: il. - (Série B. Textos Básicos de Saúde)

FERREIRA NETO, João Leite. INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL EM SAÚDE E FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, vol. 20, n.1, p. 62-69, 2008.

FERREIRA NETO, João Leite. A atuação do psicólogo no SUS: Análise de alguns impasses. **Psicologia ciência e profissão**, Brasília, vol.30, n.2, p.390-403, 2010.

FERREIRA NETO, João Leite. Práticas Transversalizadas da Clínica em Saúde Mental. **Psicologia: Psicologia Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, 21(1), 110-118. 2007.
Disponível em: disponível em www.scielo.br/prc acesso em 18/08/2011

FERREIRA NETO, João Leite. **Psicologia, Políticas Públicas e o SUS**. São Paulo: Editora Escuta; Belo Horizonte: Editora Fapemig, 2011.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. **Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas**. Campinas, SP. 2006 Dissertação (mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

FIOCRUZ. **Linhas gerais e desafios da Política Nacional da Atenção Básica Portaria 2488**. Setembro de 2012. Disponível em:
http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_797291880.pdf Acesso em 14/06/2014.

FRANCO, Renato Ferreira. **Território e subjetividade: uma (re) territorialização da loucura**. In: LOBOSQUE, Ana Marta e SILVA, Celso Renato. Orgs. **SAÚDE MENTAL: Marcos conceituais e campos de prática**. Belo Horizonte : CRP 04, 2013.

FREIRE, Letícia de Luna. Seguindo Bruno Latour: notas para uma antropologia simétrica. **Revista Comum**, Rio de Janeiro, vol.11, nº 26, p. 46-65, jan./jun. 2006.

Disponível em:
<http://www.ifcs.ufrj.br/~lemetro/pesquisadores/Leticia%20de%20Luna%20Freire/latour.pdf> Acesso em: 17/08/14.

GAMA, Carlos Alberto Pegoloda. Relato de experiência no SUS. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família**. Conselho Federal de Psicologia. – Brasília : CFP, 2009 págs 103-110.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, vol. 22, n. 6, p. 1171 - 1181, jun./2006.

GOYA, Ana Carolina Abdala e RASERA, Emerson Fernando. **A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UBERLÂNDIA**, MG. Disponível em:
<http://xa.yimg.com/kq/groups/28164645/1290728309/name/psicologo+em+Uberl%C3%A2ndia.pdf> Acesso em 14/08/2012

HEINMANN, L. S.; MENDONÇA, M.H. A trajetória da atenção Básica em saúde e do Programa de saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, n.t. (org.).

Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 481-502. IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2007. 228p. ISBN 85-89737-33-3.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse do Censo Demográfico 2010.** População residente, total, urbana total e urbana na sede municipal, em números absolutos e relativos, com indicação da área total e densidade demográfica, segundo as Unidades da Federação e os municípios – 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=31&dados=1> Acesso em: 13/09/2012

INOJOSA, Rose Marie. Intersetorialidade e a construção de um novo paradigma organizacional. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, vol. 32, n. 2, p. 35-48, mar./abr., 1998.

JIMENEZ, Luciene. Psicologia na Atenção Básica à Saúde: demanda, território e integralidade. **Psicologia e Sociedade**, Florianópolis, v. 23, n. spe, 2011 . Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000400016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17/07/2014.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, vol. 32, n. 2, p. 11-22, mar/abr. 1998.

KLÜBER, Tiago Emanuel. ATLAS.ti COMO INSTRUMENTO DE ANÁLISE EM PESQUISA QUALITATIVA DE ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA. **ETD – Educação temática digital**, Campinas, SP, vol.16, n.1, p.5-23 jan./abr.2014. ISSN 1676-2592.

LANCETTI, A, et al. **Saúde loucura.** 2ª ed. São Paulo (SP):Hucitec; 1991.

LASTRES, Helena M. M.; ALBAGLI, Sarita (organizadoras). **Informação e globalização na era do conhecimento.** Rio de Janeiro: Editora Campus Ltda, 1999.

LEMOS, Cristina. Inovação na era do conhecimento. In: LASTRES, Helena M. M.; ALBAGLI, Sarita (organizadoras). **Informação e globalização na era do conhecimento.** Rio de Janeiro: Editora Campus Ltda, 1999.

MACEDO, João Paulo; DIMENSTEIN, Magda. Ação política-profissional dos psicólogos e a Reforma Psiquiátrica. **Estudos de Psicologia**, Campinas, vol. 18, n. 2, p. 297-304, Abr./jun.2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26128209015> Acesso em; 14/07/2014.

MACIEL, Maria Lúcia. **Transformações sociais, conhecimento e descentralização.** Trabalho apresentado no VIII Congresso da Sociedade Brasileira de Sociologia - SBS. Brasília: UnB, 1997.

MACIEL, Maria Lúcia. Hélices, sistemas, ambientes e modelos: os desafios à Sociologia da Inovação. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 3, nº 6, p. 18-29, jul/dez 2001.

MAHONEY, J & THELLEN, K.A **Theory of gradual Institutional change.** In Explaining Institutional Change: ambiguity, agency and power. Cambridge: CUP. 2010

Disponível em: <http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=PACmgwrYeRMC&oi=fnd&pg=PA1&dq=layering+mahoney+thelen&ots=Nj-H1TjbxQ&sig=Z2-pZ6oMrVISr4U099cfq-qoC-M#v=onepage&q=layering%20mahoney%20thelen&f=false> Acesso em: 20.04.14

MATTOS, Ruben Araújo de. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de ideias. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 377-389, 2001.

MENDONÇA, ClaunaraSchilling. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM SISTEMA DE SAÚDE ORIENTADO PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA. In: Organização Pan-Americana da Saúde, **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde : resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras**. OPAS; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília : OPAS, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, SG; SOUZA, ER. (Organizadora.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Construção de Indicadores Qualitativos para avaliação de mudanças. **Revista Brasileira de Educação Médica**. No. 33 (1Supl.) : 83-91, 2009

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. 11ª. ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

MORICOCCHI, Luís; GONÇALVES, José Sidnei. **TEORIA DO DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO DE SCHUMPETER: UMA REVISÃO CRÍTICA**. Informações Econômicas, SP, v.24, n.8, ago. 1994.

NEPOMUCENO, Léo Barbosa. **Relato de experiência no SUS**. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família. Conselho Federal de Psicologia. – Brasília : CFP, 2009.

OBERG, Lurdes Perz; VILHENA, Junia de. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A CLÍNICA AMPLIADA. PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITÁRIA E O RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA NA COMUNIDADE DE MUZEMA, NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 1 n. 1, p. 9-32, jan./jun. 2010.

OLIVEIRA, Izabel Fernandes et. al. O psicólogo nas unidades básicas de saúde: formação acadêmica e prática profissional. **Interações**, vol. 9, n. 17, p. 71-89, 2004.

OLIVEIRA, Izabel Fernandes et. al. A Psicologia, o Sistema Único de Saúde e o Sistema de Informações Ambulatoriais: inovações, propostas e desvirtuamentos. **Interação em Psicologia**, vol. 9, n. 2, p. 273-283, 2005.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília, DF, 2003. Disponível em: http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/Manual_final.pdf Acesso em: 09/08/2012

OMS-UNICEF,1979. **Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários da saúde.** Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de setembro de 1978.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde : resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras.** / Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 137 p.: il. (NAVEGADORSUS, 3).

Organização Panamericana de Saúde-OPS/Organização Mundial de Saúde-OMS. **Declaração de Caracas.** Conferência Regional sobre reestruturação da atenção psiquiátrica no contexto dos sistemas locais de saúde; 1992. p. 5.

PAIM, J.S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: Fleury, S. M. t. (org.). **Saúde e democracia:** a luta do CeBes. São Paulo: lemos editorial, 1997. p.11-24.

PASCHE, Dário Frederico; HENNINGTON, Élide Azevedo. O Sistema único de Saúde e a promoção da saúde. In: CASTRO, Adriana; MALO, Miguel (Orgs.). **SUS:** Ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006/ 222p. (Saúde em debate v. 175)

PBH. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Estrutura da Secretaria Municipal de Saúde.** Disponível em:
http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&IdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=7481&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0 Acesso em: 26/06/2014. Site da internet

PEDUZZI, Marina. **Equipe multidisciplinar em saúde:** a interface entre o trabalho e a interação. Tese (Doutorado). Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; 1998.

PINHEIRO, Roseni e LUZ, Madel Therezinha. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de.(organizadores). **Construção da integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

PIRES, Álvaro P. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa:** enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008.

POMBO-DE-BARROS, Carolina Fernandes; MARSDEN, Melissa. Reflexões sobre a prática do psicólogo nos serviços de saúde pública. **Arquivos Brasileiros de Psicologia.** Rio de Janeiro, vol. 60, n. 1, p. 112-123 2008. Disponível em:
<http://www.redalyc.org/pdf/2290/229017544010.pdf> Acesso em: 14/08/2012.

POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa:** enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 2008.

PRÓ-SAÚDE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional**

em Saúde. Disponível em: <http://prosaude.org/not/prosaude-maio2009/proSaude.pdf>
Acesso em: 20/07/2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA LIMA. **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.** Disponível em:
http://www.pmnovalima.com.br/novo_site/index.php?exibir=secoes&ID=81 Acesso em: 20/07/2014.

RAMOS, Priscila Freitas; PIO, Danielle Abdel Massih. Construção de um Projeto de Cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica. **PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO**, Brasília, vol. 30, n. 1, p. 212-223,2010.

REINALDO, Amanda Márcia dos Santos. SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA COMO PROCESSO v HISTÓRICO DE EVOLUÇÃO DA PSIQUIATRIA COMUNITÁRIA. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, vol. 12, n. 1, p. 173 - 198, mar./2008.

RODRIGUES, Marco Antônio da Silva. **Conversão institucional na reforma da segurança pública do Brasil.** Dissertação de Mestrado. Faculdade de Filosofia, letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo 2011.

SPINK, Mary Jane P. Psicologia da Saúde: A estruturação de um novo campo de saber. In: SPINK, Mary Jane P. **Psicologia Social e Saúde: práticas, saberes e sentidos.** p. 29-39, Petrópolis: Vozes, 2003

SPINK, Mary Jane Paris (coordenadora). **A Psicologia em diálogo com o SUS: Prática Profissional e Produção Acadêmica.** São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.

SUNDFELD, Ana Cristina. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **PHYSIS Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 20, n. 4, p. 1079-1097, 2010.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, Apr. 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18/08/2014.

TASCA, Renato. Inovação na gestão dos sistemas de saúde. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde** :resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. OPAS; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília : OPAS, 2011.

TEIXEIRA, Tiago Mendes. **A clínica ampliada em psicologia na atenção básica.** 2011. 43f. Monografia (Conclusão de curso). Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Faculdade de Psicologia. Belo Horizonte.

TEIXEIRA, Tiago Mendes; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. A experiência no atendimento a doentes crônicos no Pró-Saúde: uma abordagem familiar.**Carta de Estágio**, ano XIII, no. 17, Dez./2011.

TRAVERSO-YÉPEZ, Martha. A interface da psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 49-56, jul./dez. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v6n2/v6n2a07.pdf> Acesso em: 14/08/2012.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. Págs. 531-562. In: CAMPOS, Gastão Vagner de Sousa; et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009 871p.

VELLOSO, Cid. **Equipe Multiprofissional de saúde**. CONFEEF – Colóquio de epistemologia em Educação Física. Disponível em: http://www.confef.org.br/revistasWeb/n17/09_EQUIPE_MULTIPROFISSIONAL_DE_SAUDE.pdf Acesso em: 06/06/2012.

WIEZZER, Karlla Beatriz. Acerca da inclusão da psicologia em equipes de saúde. **Dynamis Revista Tecno-Científica**, Blumenau – Santa Catarina, vol. 10 nº 41, out/dez 2002.

YAMAMOTO, Oswaldo H. et al . Espaços, práticas: o que há de novo na psicologia no Rio Grande do Norte? **Psicologia em estudo**. Maringá, v. 6, n. 2, p. 65-72, jul./dez. 2001.

YAMAMOTO, Oswaldo Hajime; OLIVEIRA, Izabel Fernandes de. Política Social e Psicologia: Uma Trajetória de 25 Anos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Vol. 26 n. especial, p. 9-24, 2010.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. 2006. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

N.º Registro CEP: CAAE 09426712.7.0000.5137

Título do Projeto: **PRÁTICAS EM PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA: caminhos para a inovação.**

Prezado Sr(a), _____.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que estudará **a construção, constituição e desenvolvimento das práticas dos psicólogos na Atenção Básica no SUS, identificando seus aspectos de inovação.**

Você foi selecionado (a) porque é Psicólogo (a) que trabalha e atua na Atenção Básica no SUS, em uma das cidades da Região Metropolitana de Belo Horizonte (Belo Horizonte, Betim e Nova Lima).

A sua participação nesse estudo consiste em fornecer, ao pesquisador, informações referentes à sua formação e trajetória profissional através de uma entrevista que poderá ser realizada no seu local de trabalho ou em outro local combinado entre ambos. O conteúdo das entrevistas será gravado e transcrito literalmente e estará em posse do pesquisador em um prazo de 5 anos para a análise dos dados. Logo após esse período as entrevistas serão destruídas. A identificação será mantida em sigilo.

Sua participação é muito importante e voluntária. Você não terá nenhum gasto e também não receberá nenhum pagamento por participar desse estudo. As informações obtidas nesse estudo serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação, quando da apresentação dos resultados em publicação científica ou educativa, uma vez que os resultados serão sempre apresentados como retrato de um grupo e não de uma pessoa. Você poderá se recusar a participar ou a responder algumas das questões a qualquer momento, não havendo nenhum prejuízo pessoal se esta for a sua decisão.

Os resultados dessa pesquisa servirão para contribuir com um estudo sobre a construção das práticas na Atenção Básica, sendo que, ao final do estudo será feita uma dissertação como parte integrante na obtenção do Título de Mestre e Psicologia. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisador responsável: TIAGO MENDES TEIXEIRA. E-mail: tyago_mt@hotmail.com. Tel.: (31) 9150-5997.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, coordenado pela Prof.^a Cristiana Leite Carvalho, que poderá

ser contatado em caso de questões éticas, pelo telefone 3319-4517 ou emailcep.proppg@pucminas.br.

Belo Horizonte, ____ de _____ 2013.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

Assinatura do participante ou representante legal

Nome (em letra de forma) e assinatura do pesquisador

ANEXO 2

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS

- **TRAJETÓRIA PROFISSIONAL (FORMAÇÃO)**

Pergunta geradora: fale um pouco sobre sua trajetória acadêmica e profissional.

- **SERVIÇOS DE SAÚDE**

Pergunta geradora: fale sobre sua relação com o serviço de saúde.

- **RELAÇÃO ENTRE O PROFISSIONAL E O SERVIÇO DE SAÚDE (VIVÊNCIA)**

Pergunta geradora: descreva uma cena de atendimento, reunião com equipe ou uma prática que lhe parecer relevante.

- **POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE**

Pergunta geradora: comente sobre as políticas públicas de saúde do seu município.