

Universidade Católica de Brasília
Curso de Psicologia
Trabalho de Conclusão de Curso II

Melina Guimarães de Assis

SUBJETIVIDADE E SAÚDE PÚBLICA

Brasília
2012

Melina Guimarães de Assis

SUBJETIVIDADE E SAÚDE PÚBLICA

Projeto apresentado ao curso de graduação em Psicologia da Universidade Católica de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do título de psicólogo.

Orientador: Msc. Enrique Bessoni.

Brasília

2012

AGRADECIMENTOS

É com um imenso carinho que agradeço ao meu orientador Enrique Bessoni pela paciência, compreensão e dedicação ao longo da produção deste trabalho.

À querida Mestra Lilian Borges por aceitar participar da avaliação deste.

Aos meus queridos professores que contribuíram com o seu saber e ensinamentos.

Agradeço a minha família pelo apoio incondicional durante toda a minha trajetória acadêmica.

Aos meus amigos pelo apoio e importantes momentos juntos.

Às minhas filhas por me impulsionarem a cada dia a buscar novas conquistas.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	04
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	06
2.1 SAÚDE PÚBLICA.....	06
2.2 SUBJETIVIDADE.....	13
2.3 SUBJETIVIDADE E SAÚDE PÚBLICA.....	14
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18

1. INTRODUÇÃO

A crise da Saúde Pública no Brasil vem de longa data e está evidenciada principalmente nas longas filas que permeiam os hospitais e postos de saúde, bem como na falta de equipamentos, materiais e leitos disponíveis. Entretanto, a atenção à saúde de âmbito público passa constantemente por desafios e processos de organização.

Durantes séculos muitas mudanças ocorreram nas configurações da Saúde Pública, contudo, o caráter assistencialista esteve fortemente presente. O que provavelmente está relacionado ao contexto das Políticas Públicas atuais. Pois, como veremos, antes da Constituição Federal de 1988, a Saúde Pública só era fornecida aqueles que contribuíam a previdência. Atendendo assim, cerca de trinta milhões de brasileiros.

Segundo dados do Ministério da Saúde, a partir da Constituição, a Saúde Pública estendeu o seu atendimento a cerca de setenta milhões de brasileiros, contribuintes ou não da Previdência.

Diante da certeza de inúmeras vertentes que contribuíram para a construção da história da atenção à saúde, o presente trabalho propõe percorrermos o caminho do movimento de formatação e configuração da Saúde Pública no nosso país, relacionando esse contexto histórico aos seus aspectos atuais, bem como a subjetividade dos usuários.

Deste modo, considera-se de suma importância abordar neste trabalho a história da Saúde Pública, torneando os seus grandes aspectos e interesses políticos, assim como a relação da psicologia com esse contexto. Pretendo assim, investigar as condições de produções de subjetividades dos usuários da rede pública de saúde e a relação dessas produções com os aspectos sócio-político-culturais dessa rede.

Segundo os autores Guimarães e Meneghel (2003):

a subjetividade é produto das redes da história, descentrada do indivíduo, coletiva e nunca individual. (...) a subjetividade é produzida nos registros coletivos da sociedade e da cultura.

Sendo assim, fica claro que a Saúde Pública, tal como a vimos hoje corresponde a um processo de construção sócio-político e cultural responsável por relevantes produções de subjetividades em usuários desse contexto.

Durante pesquisas acadêmicas anteriores, tive mais contato com a realidade privada da saúde e muito me instigaram os pensamentos e curiosidades em torno da Saúde Pública. Além disso, as minhas experiências pessoais, muitas vezes relacionadas ao discurso social, atribuíam a Saúde Pública um caráter desqualificado.

Sendo assim, o interesse em compreender as subjetividades dos usuários inseridos nesse contexto, norteará todo esse trabalho, visando assim, através de uma importante revisão de literatura, obter respostas que justifiquem principalmente o contexto histórico em que a Saúde Pública foi formatada e configurada até os dias atuais. Considerando inclusive, a importância do programa Saúde da Família, na produção de subjetividades, bem como num novo olhar em torno desta saúde.

|

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SAÚDE PÚBLICA

É sabido que a Saúde Pública já passou por muitas configurações e reformulações.

Nas configurações do século XVIII, segundo Birman (2005), a Saúde Pública “marca o investimento político da medicina e a dimensão social das enfermidades” (p. 11). Isso porque nesse contexto havia a vigência do espaço urbano, sendo necessário controlar as epidemias e endemias. Em contrapartida, com a revolução industrial ocorrida em meados deste século, aumentaram-se as demandas sanitárias, possibilitando o surgimento da sociedade disciplinar. Esta por sua vez, vai agir a partir das instituições disciplinares buscando o controle do comportamento dos indivíduos a partir de técnicas e dos grandes supostos saberes das instituições.

Sendo assim, segundo Spink e Matta (2010), num dado momento histórico, a relação entre Psicologia e Saúde Pública provavelmente iniciada no contexto do psicodiagnóstico e atenção à gestante e criança, veio como resposta, às demandas disciplinares associadas à governabilidade.

Governabilidade, por sua vez, vai ser conceituado por Foucault (2004) como o "conjunto das práticas pelas quais é possível constituir, definir, organizar, instrumentalizar as estratégias que os indivíduos, em sua liberdade, podem ter uns em relação aos outros" (p.286).

O controle do indivíduo portanto, era visado a partir de técnicas e saberes que acabavam por rotular e às vezes até punir àqueles que não se adequavam. A saúde era vista como responsabilidade principalmente do sujeito em aprender sobre os modos de vida e higiene, cuidando assim do seu próprio corpo. Tal anseio está presente, ainda nos dias atuais, na culpabilidade individual do sujeito em torno da sua condição de saúde.

Entretanto, segundo Spink e Matta (2010), o sanitarismo do final do século XIX e começo do século XX, (...) passou a se configurar como “preventivismo”, principalmente como forma de reduzir os custos pautados com a doença. Nesse contexto, a saúde era vista principalmente como ausência de doenças.

Segundo González Rey (2011), o termo prevenção de saúde apareceu dentro de uma perspectiva comportamental, visando à recomendação de certos comportamentos como forma de evitar doenças. A partir da grande guerra, no entanto, (...) o cenário da Saúde Pública se altera e se torna cada vez mais globalizado (SPINK e MATTA, 2010).

Segundo os mesmos autores, “a primeira organização estatal de serviços de saúde no Brasil data de 1923” (p. 36). Com a Lei Eloy Chaves, se configurou o que hoje conhecemos como Previdência Social. Na época eram CAPS, ou seja, Caixas de Aposentadorias e Pensões, organizadas por empresas e mantidas por patrões e empregados. Tais caixas eram uma espécie de mecanismos de seguridade social, visado pelo governo como forma de minimizar potenciais conflitos com os trabalhadores (SPINK e MATTA, 2010). Nesse contexto, a atenção médica, de fato, era tida como objetivo secundário.

Mais tarde, no início da era Vargas, devido a fortes pressões sofridas dos intelectuais e militares, para a criação de novos serviços em Saúde Pública, o governo cria em 1931, o Ministério de Educação e Saúde (Fontinele Júnior, 2008).

Em contrapartida e nesse mesmo período, com o crescimento das CAPS, foram criadas as IAPs (Instituto de Aposentadoria e Pensão), que se configuravam a partir de uma participação mais ativa do governo, bem como num modelo verticalizado por setor de produção.

Provavelmente neste momento, a nossa história aponte para um enfraquecimento relevante da saúde, que pode ter contribuído diretamente para a formação histórica da Saúde Pública no nosso país. Tendo em vista que as primeiras ações governamentais não foram em prol da população e suas necessidades, mas de um interesse estatal que desconsiderava a importância da saúde. Valorizando apenas os trabalhadores, enquanto contribuintes. Sendo este um importante fator produtor de subjetividades.

Segundo Fontinele Júnior (2008), esse sistema foi se tornando cada vez mais centralizado no Estado, tornando mais clara a dicotomia entre as ações de saúde pública e assistência médica, permanecendo assim por mais de vinte anos.

Em meados da década de 60, com a unificação de todas as IAPS em uma única instituição governamental, surge o Instituto Nacional de Previdência e Saúde (INPS). Este por sua vez, vai vincular a saúde principalmente à aposentadoria. Nesse contexto, a assistência à saúde era possibilitada aos contribuintes da previdência, ou seja, aos trabalhadores com carteira assinada e não o exercício do direito à cidadania (Fontinele Júnior, 2008). A partir daí os debates que pensavam a saúde pública só aumentaram.

Devido principalmente ao Movimento Sanitário, a Constituição Federal Brasileira de 1988 passa a reconhecer a Saúde como direito de todos e dever do Estado. Segundo o artigo 196 de tal constituição:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”.

Deste modo, foi criado e estruturado o Sistema Único de Saúde, de acordo com os seus quatro princípios básicos: universalidade, gratuidade, integralidade e organização descentralizada (SPINK E MATTA,2010).

Embora se encontre constantemente em um processo de acompanhamento e avaliação de sua organização, o SUS apresenta um amplo projeto de práticas e princípios, que tem enfrentado dificuldades em sua consolidação. Segundo Spink e Matta (2006):

“(...) o SUS ainda sofre com problemas como acesso, financiamento, descentralização, participação popular, iniquidade do sistema em relação às demandas regionais, oferta de serviços e insumos, além da gestão e formação para o trabalho em saúde (p.43)”

Embora para ajudar a compreender o Sistema único de Saúde seja necessário uma análise do decurso histórico da Saúde Pública, é imprescindível também julgarmos as condições demográficas e epidemiológicas existentes atualmente. Ou seja, a situação de saúde no Brasil

é caracterizada pela transição demográfica acelerada e a grande carga de doenças que antes eram ausentes.

Sendo assim, o problema fundamental do SUS consiste na incoerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde (MENDES, 2012). Entretanto, segundo o mesmo autor (p.41), essa crise do SUS:

“é fruto do descompasso entre a velocidade com que avançam os fatores contextuais (a transição demográfica, a transição epidemiológica e a inovação e incorporação tecnológica) e a lentidão com que se movem os fatores internos que representam a capacidade adaptativa do sistema de atenção à saúde a essas mudanças (cultura organizacional, arranjos organizativos, sistemas de pagamento e incentivos, estilos de liderança, organização dos recursos)”.

Sendo assim, para que o problema fundamental do SUS seja superado, é necessário que haja a implementação das redes de atenção à saúde (RASs). Estas são “organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente” (MENDES, 2012, p.47).

As RASs objetivam melhorar a qualidade de vida dos usuários, bem como a qualidade da atenção. Fatores primordiais para a melhoria dos resultados sanitários do sistema de atenção à saúde. Buscam ainda a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde.

A população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde, são os três elementos fundamentais constituem as RASs. O primeiro deles, população, é colocado sobre sua responsabilidade econômica e sanitária. Ou seja, vive em territórios singulares, É organizada socialmente em famílias e é registrada de acordo com o risco sócio-sanitário.

Já a estrutura operacional constitui-se pelos nós das redes e pelos elos entre esses nós. Segundo Mendes (2012), numa rede:

“o espaço dos fluxos está constituído por alguns lugares intercambiadores que desempenham o papel coordenador para a perfeita interação de todos os elementos integrados na rede e que são os centros de comunicação e por outros lugares onde se localizam

funções estrategicamente importantes que constroem uma série de atividades em torno da função-chave da rede e que são seus nós” (p.50).

Por fim, o último elemento que constitui a RASs são os modelos de atenção à saúde, ou seja, sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias.

Para se ter RASs efetivas, eficientes e de qualidade, é necessário que haja uma Atenção Primária à Saúde muito bem estruturada, já que esta é a Base do sistema operacional das RASs.

Atenção Primária à Saúde teve sua definição consolidada em 1978 na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata. Em tal conferência ficaram claros elementos essenciais da APS: “a educação em saúde; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado de doenças e danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização das práticas complementares” (MENDES, 2012, p.56).

Nesse sentido, houve um fortalecimento dos níveis da Atenção Primária à Saúde, até chegarmos à criação da Estratégia Saúde da Família. O PSF portanto, possibilitou uma alternativa mais eficiente de proporcionar uma APS de melhor qualidade e de concretizar os princípios do SUS.

Dentre inúmeros programas elaborados a partir da criação do SUS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) merece uma atenção especial a meu ver, por ser considerada a mais importante mudança estrutural já realizada na saúde pública no Brasil e por corresponder a uma estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a atenção básica.

Entende-se como atenção básica, segundo o Ministério da Saúde:

“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 e a manutenção da saúde. É a

porta de entrada do sistema de saúde e se articula com os outros níveis de atenção.”

Entretanto, o PSF foi implantado em 1994 visando investir na prevenção de doenças, aumentando a qualidade de vida das pessoas e evitando gastos desnecessários. Para isso era necessária uma reorientação do modelo assistencial, buscando uma promoção da qualidade de vida, em diferentes aspectos, como saneamento básico, lazer e educação e não mais centrando a saúde somente na assistência à doença.

O Programa Saúde da Família pode ser definido como “um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que toca a área de saúde, essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos integrais e principalmente humanizados”¹

O Programa Saúde da Família, entretanto, surge com propostas para mudar toda uma antiga concepção de atuação dos profissionais de saúde, abandonando a medicina curativa e considerando o indivíduo como sujeito da sua situação sócio-econômico e cultural. Sendo assim, para o Ministério da Saúde, o PSF é uma estratégia que visa atender indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de proteção, promoção e recuperação da saúde.

A partir desses pressupostos, o Programa Saúde da Família abandona a multidisciplinaridade presente nas configurações da Saúde Pública do nosso País, e promove a interdisciplinaridade, favorecendo um acompanhamento mais completo e global, visto que há uma comunicação entre as disciplinas em benefício dos pacientes e famílias.

Sendo assim, compreende-se o PSF como uma estratégia que possibilita a integração, bem como promove a organização das atividades em um território específico com o propósito de, após identificá-los, enfrentar e resolver os problemas.

¹ BRASIL, Ministério da Saúde. Assessoria de comunicação social, ABC do SUS/MS. 2a.ed. Brasília (DF): MS; 1997.

Portanto, o PSF torna-se estratégia significativa para a mudança do modelo assistencial, visando à qualidade de vida da comunidade.

Sendo assim, as equipes deste programa são compostas por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS). Estes são responsáveis por acompanhar as famílias, visando promover a saúde através de uma relação mais estreita entre os agentes de saúde e as famílias. O que provavelmente implica numa participação mais ativa e uma maior implicação por parte da comunidade de um modo geral.

Infelizmente ainda há uma falha na qualificação desses profissionais de saúde, o que interfere na qualidade e eficácia dos serviços prestados. Contudo, o Programa de Saúde da Família, ainda que possua falhas em sua estrutura como qualquer outra política pública, possibilita um atendimento mais humanizado e, portanto, valoriza a subjetividade de cada indivíduo visado pelo programa.

As Políticas Públicas no Brasil mudaram a configuração da saúde no nosso país, ainda que não tenham sido implementadas de maneira satisfatória e apresente inúmeras falhas práticas. Elas agem na prevenção e promoção da saúde, bem como possuem medidas de atenção médico-sanitárias que não estavam presentes anteriormente a implementação do Sistema Único de Saúde, há mais de vinte anos.

Contudo, embora sejam de suma importância para abarcar as necessidades da população, o investimento estatal em Políticas Públicas tem principalmente caráter assistencialista. Caráter este, configurado em todo o curso da nossa história. Sendo assim, a partir dessa análise histórica da Saúde Pública no nosso país, fica mais fácil compreender a amplitude subjetiva, ao qual o tema está relacionado.

O contexto histórico em que a Saúde Pública foi formatada e desenvolvida no Brasil, ao longo de todas essas décadas explicitadas, sem dúvidas produziu subjetividades relevantes nos sujeitos inseridos em tal contexto. Como apontado por González Rey (2011):

As configurações subjetivas representam a unidade do histórico e do atual na organização da subjetividade, pois elas representam a expressão do vivido como produção subjetiva (p. 31).

Além disso, atualmente, embora a saúde no Brasil seja um direito constitucionalmente garantido, a realidade nos mostra que há uma grande defasagem nos serviços de atendimento, bem como na qualidade destes. Tais circunstâncias implicam diretamente no sentido dado por cada usuário a sua condição de paciente, ou seja, na sua subjetividade.

2.2 SUBJETIVIDADE

Entende-se subjetividade como “um sistema gerado na vida social como produção de caminhos simbólico-emocionais nas histórias das pessoas e das diferentes instâncias sociais que se tecem de forma viva e cambiante na definição do social” (GONZÁLEZ REY, 2011, p.118).

Entretanto, vale ressaltar que há uma imensa complexidade e dificuldade em definir a subjetividade. Talvez por isso, seja imprescindível considerar os seus estudos em diversas correntes e abordagens distintas.

Ainda que não seja a intenção do presente trabalho estudar e comparar as definições destas diferentes abordagens, considera-se de suma importância citar algumas delas como forma de ampliar o nosso conhecimento acerca da subjetividade.

Sendo assim, pode-se dizer que para a filosofia, nos constituímos a partir da nossa relação com a realidade e como vemos as coisas e determinadas situações. A experiência que tivemos possibilita avaliarmos as coisas e situações de determinadas maneiras.

Já segundo o behaviorismo radical, a subjetividade é vista como o conjunto de eventos caracterizados, em outras abordagens, como mentais, cognitivos e afetivos. Além disso, o que uma pessoa conhece de si mesma depende das contingências às quais ela foi exposta durante a sua vida, ou seja, a condição para o autoconhecimento é dada pela comunidade à qual o indivíduo pertence. Na vertente psicanalítica, a subjetividade está totalmente relacionada ao ego. Conceito muito estudado e explicado por Freud. Segundo ele, o ego é regido pelo princípio da realidade, este é o fator responsável pelo

ajustamento ao ambiente e pela solução dos conflitos entre o organismo e a realidade.

Independente da vertente estudada percebe-se que para todas elas, a subjetividade sofre a influencia do mundo externo, ou seja, do social.

A subjetividade, portanto, é produzida e influenciada pelo contexto histórico e cultural, que são re-significados pelo sujeito a partir de suas experiências individuais.

“De modo global, estudar subjetividade é procurar no indivíduo as marcas da sociedade. Ou seja, dizer que o indivíduo é mediado socialmente, não significa que ele seja afetado externamente pela sociedade, mas sim que se constitui por ela, isto é, pela sua introjeção.”

Sendo assim, “o socialmente vivido pelo sujeito encontra seu caráter subjetivo nas configurações subjetivas da experiência atual” (GONZÁLEZ REY, 2011, p.118). Desse modo, é plausível afirmar que as práticas relacionadas com o processo saúde-doença, estão intimamente relacionadas com as características de cada contexto sócio- cultural e também com a forma como cada pessoa experimenta subjetivamente esses estados (YÉPEZ; MORAIS, 2004).

2.3 SUBJETIVIDADE E SAÚDE PÚBLICA

Com o peso do processo histórico e da individualização cada vez mais forte na nossa sociedade, a situação sócio econômica dos usuários inseridos no contexto da saúde pública mostra-se ser um fator relevante em tal contexto. Tendo em vista assim, que a maioria dos pacientes atendidos pelo SUS faz parte das camadas mais baixas da pirâmide social. Seria esse então, um importante fator produtor de subjetividades?

Um estudo realizado no sul do nosso país, visando investigar o acesso a saúde, atentando aos limites dos usuários do SUS na obtenção de um direito, concluiu que a demanda de atendimento ainda é maior do que a quantidade de fichas disponíveis como passaporte para o atendimento, o que ocasiona

grandes filas. Além disso, o acolhimento por parte dos profissionais de saúde ainda é mecanicista, o que pressupõe uma dificuldade em adentrar a subjetividade do paciente, muitas vezes responsável pelo adoecimento.

Outro ponto interessante da pesquisa, é que aponta uma falha ética nos serviços de muitos hospitais, que priorizam o atendimento de pacientes usuários de planos de saúde, enquanto os usuários do SUS, ainda que tenham chegado anteriormente, ficam prejudicados com a demora no atendimento.

É interessante ressaltar que, como afirma a pesquisa:

“Essas situações vivenciadas pelos usuários, contribuem para a descrença nos serviços de saúde, fragilizando o SUS enquanto política de Estado, o que contribui para o reforço dos preconceitos e para a baixa participação no processo de produção da saúde.”

Além disso, segundo o mesmo artigo, “há a geração de sentimentos de inferioridade e cidadania maior nos usuários do SUS”. Nesse sentido, estudos como este, mostram que muitas vezes o indivíduo interioriza as expectativas morais da classe dominante e legítima para si sua própria posição de inferioridade, ou em outra vertente, acontece uma submissão por parte do indivíduo, devido à falta de uma alternativa realista.

Entretanto, muitas vezes os usuários da rede pública, por se perceberem destituídos de poder, não acreditam nas suas próprias capacidades em provocar mudança na sua realidade e muitas vezes, delegam ao outro a responsabilidade pela busca e conquista das transformações. Isso se deve principalmente a uma expectativa, por parte dos pacientes, de uma atenção a saúde assistencialista.

A literatura atual, que abarca para as práticas relacionadas à saúde, aponta para uma importante falha na escuta e participação dos próprios usuários da rede pública, no sistema. Muitas vezes estes não têm lugar como participantes críticos na busca por mudanças positivas para os serviços e conseqüentemente na sua condição de paciente.

Sendo assim, é de grande valia a afirmação de González Rey (2011), de que “tanto os processos de prevenção quanto de promoção de saúde precisam atuar sobre as configurações subjetivas dos comportamentos atuais dominantes nas pessoas e nas populações” (p.45). Assim como é imprescindível que as ações em prevenção e promoção da saúde sejam descentralizadas e impliquem em ações participativas pelos próprios usuários.

É nesse sentido que se dá a importância da psicologia no âmbito da saúde pública. Tendo em vista que o desenvolvimento desta Saúde no nosso país foi acompanhado pelo trabalho do psicólogo (SPINK, 2007).

Na década de 1970, o trabalho do psicólogo estava voltado ao atendimento ambulatorial, ou seja, aos serviços secundários. Contudo, com a afirmação da Saúde como direito de todo cidadão a partir da Constituição Federal de 1988, o perfil do trabalho do psicólogo alterou. Este ganhou espaço no âmbito da saúde e teve as suas práticas no consultório particular descredenciadas. Ou seja, deixaram de ser o carro-chefe da profissão de psicólogo (SPINK, 2007).

Entretanto, as novas práticas do psicólogo na saúde, possibilitaram questionamentos em torno do atendimento, não mais configurado num consultório particular isolado. O viés do atendimento ambulatorial e clínico que antes era correspondente a grande maior parte dos atendimentos, dificultou a princípio, os métodos e modelos de trabalho na área da saúde. Contudo, a prática do psicólogo na Saúde Pública possibilitou uma humanização do atendimento e qualidade do tratamento.

Os profissionais com atuação no SUS buscam realizar, dentre outros serviços, atividades grupais terapêuticas, de aconselhamento e orientação e visitas.

Como vimos, a relação da Saúde Pública com a psicologia se iniciou a partir da medicina assistencialista direcionada principalmente aos pobres, seguindo os interesses estatais fundamentados nos conhecimentos disciplinares. Entretanto, nos dias atuais, os profissionais da área visam principalmente uma atuação que estimule a autonomia do indivíduo no cuidado com a sua própria saúde.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fica claro, que a produção de subjetividade no indivíduo que faz uso predominantemente da rede pública, tem uma forte influencia e impacto cultural que corresponde ao processo de construção sócio-histórica da Saúde Pública. Não obstante, esta não deve ser considerada por si só inferior a Saúde privada. Muito embora apresente falhas, a Saúde Pública abarca a maior parte da população brasileira e tem crescido e melhorado em perspectiva e qualidade nos serviços.

Contudo, por se tratar de uma construção histórica, em que a saúde era fornecida de modo assistencialista e pouco valorizada, existem relevantes dificuldades em evitar os estigmas e rótulos que adentram os usuários da rede pública. Além disso, verifica-se uma maior preocupação nos dias atuais em entender a saúde como qualidade de vida. Construção esta não presente antes da Constituição federal de 1988, em que a saúde era vista como a ausência de doenças.

Vale apontar também, a importância do programa Saúde da Família na Saúde dos dias atuais. Isso porque, tal estratégia possibilitou uma relação mais próxima entre os usuários e os profissionais de saúde. Talvez proporcionando aí, uma melhora na perspectiva da saúde atual, na qualidade dos serviços e no estigma dos próprios usuários.

Este trabalho nos permite compreender que o SUS, já produz subjetividades, uma vez que a necessidade em participar dos programas do Sistema Único de Saúde, já possibilita a produção de estigmas, devido como vimos ao histórico da Saúde Pública no nosso país.

A psicologia nesse contexto, entretanto, por possibilitar a humanização do atendimento e uma melhoria na qualidade deste, busca amenizar tais rótulos e estigmas dos usuários da Saúde Pública, trabalhando assim, a produção de subjetividade nestes.

Deste modo, Psicologia, subjetividade e Saúde Pública se complementam nas conjunturas históricas e processuais do nosso país. Tendo em vista que as pesquisas e produções na área também refletem sobre as práticas psicológicas, podemos concluir que a subjetividade está no uso que o sujeito faz, nas práticas desses serviços ou nas condições históricas que constroem.

É de grande valia que haja mais pesquisas e estudos que abordem a produção de subjetividades em usuários do serviço público, para de fato, consolidar a condição histórica presente nesses três aspectos: subjetividade, Saúde Pública e práticas psicológicas.

|

REFERÊNCIAS

Acesso à Saúde: Limites vivenciados por usuários do SUS na obtenção de um direito. Cienc Cuid Saúde 2011 Abr/ Jun; 10 (2) 248-255. Visualizado em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/10106/pdf>

BIRMAN, J. A Physis da Saúde Coletiva Physis: Rev. Saúde Coletiva, v. 15 (supl.), p.11-16,2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde; Coordenação de Saúde Comunitária – **Saúde da Família. Uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.** Brasília: [Ministério da Saúde], 1997.

FOUCAULT, M. (2004). **A ética do cuidado de si como prática de liberdade.** In: M.B Motta (Ed.), Ética, sexualidade, política (p.286). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da medicina Social in: Microfísica do Poder.** Organização e tradução de Roberto Machado. RJ, Graal, 1979.

Levcovitz E, Garrido NG. **Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado.** CAD. Saúde Família, 1996 janeiro- junho; 1: 3-8

PAIM, *Jairnilsom Silva.* **Desafios para Saúde Coletiva no Século XXI.** Ba, UDFBA, 2005.

Rev Latino-am Enfermagem 2005 novembro-dezembro; 13(6) 1027-34. Visualizado em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>

REY, Fernando González. **Subjetividade e Saúde- Superando a clínica da patologia.** Editora Cortez.

ROSEN, George. **Uma história da Saúde Pública.** Editora UNESP, 2ª edição, São Paulo, 1994.