**XII Taller de Extensión Universitaria**

**Título: AMAZÔNIA E OS 25 ANOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE- SUS: FORMAÇÃO E IMPACTOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA ...**

**Modalidade: Comunicação Oral**

**Autores: GUEDES. Maria Eunice Figueiredo, Ms. Universidade Federal do Pará – UFPA, Brasil. Professora e Pesquisadora Projeto Amazônias. E-mail** **nicepsique@hotmail.com****. Co-autores: ROCHA, Carlos Joaquim Barbosa . Estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal do Pará – UFPA, Brasil. Bolsista do Projeto Amazônias. E-mail** bcarlosjoaquim@gmail.com**; SANTOS, Alan Fernandes. Estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal do Pará – UFPA, Brasil. Bolsista do Projeto Amazônias. E-mail** alan.psique@gmail.com. **OLIVEIRA, Vanessa Nayanne Queiroz**. **Estudante do curso de Nutrição da Universidade Federal do Pará – UFPA, Brasil. Bolsista do Projeto Amazônias.** E-mail : vanessanayqueiroz@hotmail.com

Resumo:

A Organização Mundial da Saúde- OMS  (Burin, apud OMS, 1987,p.33) define saúde mental como “estado de bienestar, y no solo como la ausencia de enfermedad” e acentua a necessidade de  considerar “dentro da promoção e prevenção da saúde mental“ fatores como: migração; urbanização e mudanças  sociais; legislação; transtornos na organização familiar e tecnologia da vida cotidiana. Essa definição hoje, no Brasil deve articular-se com os pressupostos e implementação do Sistema Único de Saúde- SUS na perspectiva de construção de práticas novas em formação e intervenção em Saúde  coletiva e Direitos Humanos para se ter inclusão social e uma sociedade equânime. Na Amazônia iniciou-se processo de descentralização e regionalização com a elaboração e pactuação do Plano de Saúde Amazônia Legal – PSAL. Por ser um projeto contra hegemônico o SUS encontrou nesses 25 anos de existência governos que tentaram impedir seus avanços e encontra várias dificuldades para sua concretização em vários aspectos. Dentre esses destacam-se a ineficácia gestão; o pouco favorecimento do Controle Social; na desumanização na atenção ao usuário dos serviços; no modelo de saúde centralizado na especialidade e não na promoção da saúde; nas inequidades sociais presentes no País;má utilização dos recursos públicos, subfinanciamento e privatização da saúde; no desrespeito às diversidades e especificidades dos “vários modos de viver” presentes nos diversos territórios das regiões brasileiras e na não implicação com a saúde coletiva por parte da formação para a saúde nas universidades- IFES. Para superar isso têm que haver comprometimento por parte das IFES no ensino/pesquisa /extensão para contribuir nessa perspectiva de consolidação do SUS. Hoje o Programa de Valorização da Atenção Básica–PROVAB, Programa Mais Médicos, Programa de Melhoria e Qualificação da Atenção Básica –PMAQ e o Projeto Ver-Sus (que insere os estudantes na vivência dos serviços de saúde) são programas e iniciativas nas IFES que vão no sentido de reforçar o SUS como política de inclusão social e base para pensar sustentabilidade e equidade na Amazônia e comprometimento das universidades com a sociedade.

**Palavras Chave: Formação para a saúde; Saúde Coletiva e intervenção; Saúde Pública, Sustentabilidade e equidade.**

Abstract

The World Health Organization - WHO ( Burin , cited in WHO , 1987 , p.33 ) defines mental health as " a state of baboon , y in the absence of soil as it enfermedad " and stresses the need to consider " in the promotion and prevention mental health " factors such as migration , urbanization and social change ; legislation ; disorders in family organization and technology of everyday life . This definition today in Brazil should liaise with the assumptions and implementation of the Unified Health System in the perspective of building new practices in training and intervention in Collective Health and Human Rights to have social inclusion and equitable society . In the Amazon began decentralization and regionalization with the preparation and agreement of the Health Plan Amazon - PSAL . Being a project against hegemonic SUS found in these 25 years of existence governments that tried to stop his advances and encounters several difficulties for its implementation in several aspects . Among these we highlight the ineffectiveness management; little encouragement of Social Control ; dehumanization in the attention to patient services , in the health care model centered on specialty and not in health promotion in social inequalities present in the country; misuse of resources public underfunding and privatization of health , in disregard of the diversity and specificities of " modes of living " present in the various territories of the Brazilian regions and not being involved with the public health by training for health - IFES in universities . To overcome this there has to be commitment by the university in teaching / research / extension to contribute this perspective consolidation of SUS. Today Appreciation Program Primary - PROVAB , More Doctors Program, Program Improvement and Qualification of Primary - PMAQ and Project View - Sus ( which inserts the students the experience of health services ) are programs and initiatives in IFES ranging to strengthen the SUS as social inclusion policy and basis for thinking sustainability and equity in the Amazon and commitment of universities to society .

**Keywords : Training for health , Public Health and intervention ; Public Health , Sustainability and equity .**

# **Psicologia, Direitos Humanos, Saúde e Cidadania.**

# As políticas públicas de saúde no Brasil ganharam a partir da Constituição de 1988, relevância indiscutível e especial destaque no esforço nacional de recondução do Estado Brasileiro aos caminhos da democracia. Com o início da abertura política nos anos oitenta, resultante de grande pressão social, o Movimento Sanitário, surgido em meados da década de 70, em conjunto com o Movimento Popular e Sindical, pôde denunciar os efeitos do modelo econômico sobre a saúde da população, agravados pela irracionalidade do sistema de saúde então implantado. O Sistema único de Saúde –SUS passa a ser efetivado no país apoiado por Leis Orgânicas da saúde (8080/90 e 8142/80 por exemplo); Normas operacionais de saúde como a NOB/96 e a NOAS/2002. Segundo Martins (1995) merece reflexão a atual tendência e as ações humanizadoras no tecido institucional em que as ações de saúde e as próprias ações humanizadoras se veiculam. A teia interacional, ou seja, o conjunto das relações que se estabelecem nas instituições e na forma como se atua em relação aos problemas sociais demandam hoje ações interprofissionais no trato com essas problemáticas. As reflexões sobre a tarefa assistencial conduzem também ao campo ético. A questão ética surge quando alguém se preocupa com as conseqüências que sua conduta tem sobre o outro. Precisamos a partir das necessidades de atenção e promoção de saúde para a população pensar em alternativas de atendimento que tenham como premissa os princípios do Sistema único de Saúde- SUS como, por exemplo, o acesso universal; a integralidade na atenção etc. Precisamos também estabelecer com o outro (tão sujeito quanto nós profissionais) uma relação de diálogo e escuta. Assim concordamos com Martins que afirma que “para que haja ética, é preciso ver (perceber) o outro... e para a assistência humanizada também é preciso perceber o outro, conclui-se que assistência humanizada e ética caminham juntas”. Para nós o **cuidado** é uma categoria epistemológica que deve gerar autonomia para a sociedade. É a possibilidade de expansão do viver. O sujeito de nossa intervenção é um ser vivo que está atravessado por um conjunto de fatores históricos, sociais, econômicos, subjetivos e geracionais. Nesse sentido, o que buscamos como imagem objetivo para dar sentido ao complexo sistema de saúde é a possibilidade de que o tratamento integral nos três níveis de atenção, promoção, prevenção e recuperação possa se devolver de forma a possibilitar ao paciente “*cuidado de si”.*

#  Como ciência e profissão, a psicologia atualmente vem desenvolvendo práticas que, partindo de uma intenção clara de compromisso com a sociedade, têm contribuído para uma reflexão sobre o preconceito e a discriminação em nosso meio social. Segundo Bock (2001) o estado saudável do sujeito está intimamente vinculado:

# Às relações sociais e à apropriação que o sujeito faz de seu mundo;

#  B) À capacidade de situar-se de modo confortável, tanto nas relações sociais como intimamente;

#  C) À sua auto-imagem e construção da subjetividade;

#  D) Á possibilidade de intervenção no sentido de realização de projetos pessoais e coletivos.

# Bock (2001) afirma ainda que a Psicologia deve contribuir para  *“fortalecer os sujeitos” ;* permitir-lhes o desenvolvimento de uma *“compreensão crítica”* da inserção que têm no mundo social; contribuir para a *construção de projetos de intervenção* cotidiana no mundo; trabalhar para *“resignificar experiências”*  de modo a reestruturar as apropriações que faz do mundo, atualizando-as e tornando-as parte confortável de sua subjetividade.

 Não devemos esquecer que uma comunidade é espaço da “diversidade” onde diversas atrizes e atores sociais convivem e estabelecem relações e diálogos entre si. As diferenças presentes nas comunidades de crenças religiosas, de raça, de gênero, de geração etc compõem o mosaico do que hoje poderíamos chamar de cultura globalizada.

 Os meios de comunicação falam de um mundo “ideal” que não encontra ressonância no dia-a-dia de muitos moradores da maioria das cidades do Pará. Como ter acesso a bens de consumo (roupas, aparelhos eletrônicos, computador etc) num mundo onde o acesso das pessoas a esses bens de consumo é determinado pela classe social, renda familiar? E mais como desmistificar nesse mundo mediado pelo consumo as “reais necessidades das pessoas” e não as “criadas pela sociedade de consumo?”.

 O individualismo, enquanto valor social apreendido culturalmente nesse cenário forma cidadãos/ãs que tem como perspectiva pessoal e coletiva a individualidade e não a “coletividade e solidariedade”. Boaventura Santos (2002) já afirma a importância e a necessidade de “restaurar os valores comunitários e a importância da comunidade local nas mudanças sociais”. Nossa perspectiva é a de restaurar vínculos sociais e repensar ações, nesse mundo globalizado, de articulação e formação como dispositivos para construir “seres mais solidários e com consciência de cidadania”.

 O conceito de saúde mental segundo a Organização Mundial da Saúde- OMS (BURIN,1987,p.33) é um “estado de bienestar, y no solo como la ausencia de enfermedad”. A OMS também acentua a necessidade de considerar alguns itens “dentro da promoção e prevenção da saúde psíquica“ fatores como: 1.    migração;2.    urbanização e mudanças sociais; 3.    legislação;4.    transtornos na organização familiar e tecnologia da vida cotidiana. As questões elaboradas por Benevides (2005) estão em consonância com o estabelecido neste projeto:

“...Mais do que fazer uma discussão de conteúdos curriculares, ou mesmo indicar disciplinas a serem incluídas e/ou excluídas dos cursos de formação devemos nos perguntar sobre quais práticas tais psicólogos têm efetuado, quais compromissos ético-políticos têm tomado como prioritários em suas ações. É claro que isto não se separa dos referenciais teórico-conceituais que dão suporte a estas práticas e, é claro também, que se trata de uma tomada de posição, de atitude, quanto ao que se define como objeto e campo de intervenção da Psicologia. Trata-se, então, de uma discussão ética, melhor dizendo, ético-política. Se não aceitamos as posições abstratas, transcendentes, descoladas de onde a vida se passa, precisamos, imediatamente, trazer ao debate questões sobre o contemporâneo, tanto em sua dimensão transnacional, mundial, quanto local, brasileira.

Para seguir neste caminho não podemos nos furtar, portanto, de outras perguntas: O que será que os novos tempos do Capital reservam ao Psicólogo quanto à sua tarefa profissional? Será possível e/ou desejável continuarmos na busca de uma identidade para o Psicólogo, definida a partir de uma formação assentada na dicotomia entre o subjetivo e o político? Como romper com a tradição de uma Psicologia cuja história, datada do final do século XIX, atrela-se ora a uma perspectiva objetivo-positivista, ora a uma perspectiva interno–subjetivista, mantendo, de todo modo, a separação em registros excludentes, das esferas individual, grupal, social? Como pensar nas práticas dos psicólogos ainda classificadas em áreas de atuação que se definem pela separação e, muitas vezes, pela desqualificação umas das outras: escolar, comunitária, clínica, do trabalho, judiciária? Como pensar a formação do Psicólogo em tempos de banalização da injustiça social? (Dejours, 1999)[4](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822005000200004&lng=pt&nrm=iso" \l "not4) O que propor como diretrizes para sustentar uma posição ética que não se abstraia de seus compromissos políticos? Como pensar na atuação dos psicólogos ou nas contribuições da Psicologia se não incluirmos o mundo em que vivemos o país em que habitamos? Como pensar numa Psicologia que não tome como seu objeto, sujeitos abstratos? Como fortalecer práticas profissionais que se co-responsabilizem com a saúde de cada um e com a saúde de todos sem separá-las?

Cabe-nos, portanto, a pergunta sobre quais relações há entre o capitalismo contemporâneo, o exercício da clínica e a produção de subjetividade. Isto nos obriga a discutir o plano da clínica na sua inseparabilidade da filosofia, da arte, da ciência, e, em especial, da política. E por que esse destaque da interface clínica-política? Porque aí nos encontramos com modos de produção, modos de subjetivação e não mais sujeitos, modos de experimentação/construção e não mais interpretação da realidade, modos de criação de si e do mundo que não podem se realizar em sua função autopoiética[5](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822005000200004&lng=pt&nrm=iso" \l "not5), sem o risco constante da experiência de crise. O que queremos dizer é que definir a clínica em sua relação com os processos de produção de subjetividade implica, necessariamente, que nos arrisquemos numa experiência de crítica/análise das formas instituídas, o que nos compromete politicamente” (Benevides, 2005, 21-15, pp).

 Retomamos o debate afirmando que o SUS não deve lidar com as pessoas descontextualizado da realidade onde essas situações ocorrem, por isso, que desde o início reconhecemos que o conceito da OMS amplia as possibilidade de entender a intervir em promoção de saúde e cidadania. Como já dissemos anteriormente, a saúde é um campo de lutas, depende do sentido que se dá ao adoecimento, é a luta do sujeito contra o adoecimento e contra as infidelidades do meio. Não há na pessoa humana a possibilidade de não se defrontar com os perigos da vida cotidiana e não vivenciar situações em que o medo, a angústia e ansiedade se entrelacem no nosso viver como parte dos *afectos* e *perceptos*, dos nossos modos de subjetivação. Pensamos já ter deixado claro a perspectiva, na qual a psicologia tem como um de seus conceitos chaves a subjetividade[[1]](#footnote-1), sem o sentido do vivido não há a expressão do psíquico.

 Por outro lado, a saúde coletiva não se restringe ao combate às doenças como se propôs o antigo campanhismo sanitarista do início do século XX e que fazia parte dos horizontes da saúde pública clássica, ela é, ao contrário, o reconhecimento de que a complexa determinação da relação entre o a saúde e o adoecimento estão imbricados na forma como os grupos humanos estão inseridos na sociedade e nas formas como dão sentido a relação saúde e doença. O sentido do vivido não existe sem o seu contexto histórico-social. Rompe-se com a noção da microbiologia que busca nos germes, bactérias e fungos a explicação da doença orgânica, assim como, a da moderna engenharia genética que se coloca com perspectivas de descoberta dos gens que causam o adoecimento psíquico. Este é o entrecruzamento que faremos quando utilizamos as noções de saúde coletiva e psicologia.Também na entrada deste novo milênio estamos às voltas com discussões que não se esgotam facilmente até porque os problemas sociais, que ora estamos vivendo, tem raízes e reflexos bastante extensos e complexos. Assim questões como a reforma agrária, agricultura familiar e o trabalho escravo; o meio ambiente e a questão da água; habitação; cultura; discriminação de gênero, de orientação sexual, racial e étnica; saúde e cidadania; violência; direitos dos idosos, jovens; geração de emprego e renda etc afetam a população do Brasil e do Pará em particular. Surge assim a necessidade de implementar políticas públicas e ações por parte de órgãos governamentais e não governamentais em relação a essas temáticas. É necessário reestruturar e unir esforços para consolidar políticas públicas e articular ações da sociedade civil para que possamos minimizar as desigualdades e diferenças na região onde moramos e trabalhamos (Pará). Na nossa região vários movimentos são interlocutores e demandam do poder público políticas e programas para a população na perspectiva de formação e consultoria em Saúde, Direitos Humanos e cidadania. As falas são múltiplas, “A forma subjetiva, o sujeito, é produto resultante de um funcionamento que é de produção inconclusa, é heterogenético, nunca havendo esgotamento total da energia potencial de criação das formas. É por isso que dizemos que a subjetividade é plural, polifônica sem nenhuma instância dominante de determinação” (Benevides, 2005: 23). São novos modos de subjetivação que se constroem e reconstroem em nosso cotidiano. O principal desafio deste projeto é promover a inclusão dos diversos atores e segmentos sociais através da promoção do acesso à “informação e formação” para que possam acessar qualitativamente as políticas públicas, em uma perspectiva de um desenvolvimento sustentável que supere os limites do assistencialismo e do paternalismo por parte do poder público. As atividades de discussão e reflexão sobre a formação e intervenção são fundamentais para que a vivência da realidade social se confronte com a teoria aprendida na universidade fazendo com que nossos discentes possam estabelecer formas de “escuta” da realidade e que, as teorias aprendidas na Universidade, não sejam só teorias vazias, mas se relacionem cada vez mais com a prática bem como com o estabelecimento de compromisso do (a) futuro (a) psicólogo (a) com a sociedade quando se formar e as Políticas Públicas.Atualmente temos estudantes cursando disciplinas com atividades práticas de ensino, extensão e pesquisa junto a organizações sociais sobre a sua participação em relação às várias políticas públicas. Uma dessas políticas é a saúde. Sendo hoje objeto de diversos discursos e formas de intervenção a formação e intervenção na UFPA a Saúde tem demandado uma interlocução com outros cursos e vários lócus de prática. Sendo assim a universidade como órgão de formação para o Sistema Único de Saúde - SUS precisa se debruçar sobre sua prática.

**Referências Bibliográficas:**

BENEVIDES, R. (2005) *A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces?**.* Psicol. Soc. [online]. vol.17, n.2, pp. 21-25.

BOCK, A. M. B. A *psicologia sócio- histórica: uma perspectiva crítica em psicologia*. *In*: BOCK, A. M. B; GONÇALVES, M. G. M; FURTADO, O. (Org.). Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia. São Paulo: Cortez, 2001. p. 15-35.

BURIN, M. (1987) Estudios Sobre La Subjetividad Femenina – Mujeres Y Salud Mental. Buenos Aires, Grupo Editor Latinoamericano / Colección Controversia

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica –** cartografias do desejo. Petropólis: Vozes, 1986.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (1985) *Assistência Integral à Saúde da Mulher:bases de ação programática.* Brasília:Centro de documentação do Ministério da Saúde

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(1997) *Norma Operacional Básica do Sistema de Saúde/NOB-96*. Brasília: Ministério da Saúde

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(1998) *Norma Técnica em relação à violência Sexual. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde*. . Brasília: Ministério da Saúde

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(2001) *Portaria nº 1968/GM*. Brasília, mimeo

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(2002) *Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2002-NOAS-SUS*. Brasília: Ministério da Saúde

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (2002*) O Desenvolvimento do Sistema único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes*. Brasília:Editora MS

SANTOS, Boaventura de Sousa. (2002). A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência**.** Vol. 1 - Para um novo senso comum. A ciência, o direito e a política na transição paradigmática. 4ed. São Paulo: Cortez.

SCOTT, Joan. (1991) *Gênero; uma categoria útil para análise histórica*. Trad. Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila. Do original Gender: An useful category of hystorical analyses. Recife: S.O.S. Corpo.

SILVA, Ana Lúcia, Santos. (1997). *Violência Sexual Infantil - casos envolvendo familiares- Projeto de pesquisa*. Belém, mimeo.

SOUZA, Vera Lúcia Batista de; Rodrigues, Heliana de Barros Conde (1991) A análise institucional e a profissionalização do Psicólogo In Vida Rachel Kamkagi e Osvaldo Saidon (Orgs.) **Análise Institucional no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, pp.27-46.

SPINK, P. Análise de documentos de domínio público. In: SPINK, M. J. (orga.) (2004) **Práticas discursivas**: a produção de sentidos no cotidiano. São Paulo: Cortez..

THOMPSON, John, B.(1995) *Ideologia e Cultura Moderna-Teoria Social na era dos meios de comunicação de massa*. Rio de Janeiro: Vozes Editora,pp.7-427

1. Seria conveniente dissociar radicalmente os conceitos de *indivíduo* e de *subjetividade.* Para mim, os indivíduos são o resultado de uma produção de massa. O indivíduo é serializado, registrado, modelado. Freud foi o primeiro a mostrar até que ponto é precária essa noção de totalidade de um ego. A subjetividade não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo. Uma coisa é a individuação do corpo. Outra é a multiplicidade dos agenciamentos da subjetivação: a subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro do social. Descartes quis colar a idéia de subjetividade consciente a idéia de indivíduo (colar a consciência subjetiva à existência do individuo) – estamos nos envenenando com essa equação ao longo de toda a história da filosofia moderna. Nem por isso, deixa de ser verdade que os processos de subjetivação são fundamentalmente descentrados em relação à individuação (GUATTARI; ROLNIK, 1986, p. 31). [↑](#footnote-ref-1)