

# Psicologia Sócio Histórica: Historicidade X Naturalização, Desafios Da Produção Teórico-Práticos Em Saúde Pública

Edna Peters Kahhale, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil  
Carlos Roberto de Castro e Silva, Universidade Federal de São Paulo, Brasil  
Alexandro da Silva, Universidade Federal de São Paulo, Brasil

**Resumo:** Objetiva-se promover o debate crítico sobre a construção de conhecimentos na área da Psicologia tomando como parâmetros a noção de historicidade, a questão da dialética objetividade - subjetividade na constituição do sujeito e a subjetividade sob a perspectiva do materialismo dialético e histórico. Questionar o conhecimento da psicologia a partir da categoria historicidade envolve questionar a naturalização dos fenômenos individuais, singulares e sociais em uma perspectiva localizada, problematizando os conteúdos de caráter universalizantes e apriorísticos. Essa perspectiva de pesquisa e reflexão pretende alcançar os fundamentos das construções teóricas e práticas, abrindo um campo de reflexão sobre o entrelaçamento das práticas sociais concretas e as construções teóricas geradas a partir de demandas em contextos específicos (situações de saúde e doença; de produção da vida material; de estranhamento e significações não usuais ou hegemônicas frente ao cotidiano da vida). Ao realizar essa tarefa, configura-se necessariamente como teoria crítica, pois aponta a ideologia presente em teorias que "naturalizam" fenômenos psicossociais e ocultam seu comprometimento com interesses dominantes que, por seu caráter ideológico, alienam o indivíduo e os grupos nos quais se insere dificultando a constituição do sujeito de direitos. A falta desta reflexão crítica engendra práticas profissionais normatizadoras e alienantes. Será problematizada a inserção da psicologia na atenção básica e secundária tanto do ponto de vista teórico como de atuação.

**Palavras-chave:** historicidade, saúde pública, atenção básica, psicologia sócio histórica

**Abstract:** It aims to promote critical debate on the construction of knowledge in psychology taking parameters such as the notion of historicity, the question of dialectical objectivity - subjectivity the constitution of the subject and subjectivity from the perspective of dialectical and historical materialism. Question the knowledge of psychology from category involves questioning the historicity of individual naturalization, natural phenomena and located in a social perspective, discussing the contents of universals and a priori character. That research perspective and reflection pursues the foundations of theoretical constructs and practice, opening a field of reflection on the interweaving of concrete social practices and theoretical constructs generated from demands in specific contexts (situations of health and illness; production of material life, estrangement and unusual or hegemonic meanings opposite the everyday life). In performing this task, configures itself necessarily as critical theory, since it indicates the present theories on ideology that "natural" phenomena and psychosocial conceal their commitment to dominant interests which, in ideological nature, alienate individuals and groups in which they live hindering the formation of the subject of rights. This lack of critical reflection engenders professional practices normalizing and alienating. The problematic of the inclusion of psychology in primary and secondary care is discussed of both point of view theoretical as an action.

**Keywords:** Historicity, Public Health, Primary Care, Historical Social Psychology

A Psicologia tem se inserido no campo da saúde de maneira contraditória. A área tem uma disputa histórica entre conceber a saúde como possibilidade ativa dos homens na relação com o contexto natural e social, significando um processo dinâmico de construção da autonomia entre as possibilidades e limites de vida frente aos agravos à saúde; ou conceber saúde como ausência de doença (apesar de propagar-se uma visão integrada do ser humano), cujo foco das ações é a doença, os agentes patogênicos e a etiologia do adoecimento. Sua expressão pode ser vista na naturalização de algumas situações como adoecimento, por



exemplo, na área da saúde da mulher, a tensão pré-menstrual (TPM), as crises da adolescência e do climatério. Descontextualiza-se a situação de adoecimento de seus determinantes históricos, sociais e pessoais.

Tendo assumido na atuação e formação os princípios que embasam a Psicologia Sócio-Histórica<sup>1</sup>, utilizamos como critérios de análise as noções de unidade contraditória da matéria, de historicidade e de totalidade, bem como as categorias de subjetividade social e individual expressas nos processos de saúde e doença presentes na área da Psicologia da Saúde. Mais recentemente, outras categorias de análise têm sido incorporadas em nossas discussões, como a categoria de território cuja característica é articular as produções humanas a partir de suas espacializações, ampliando nossos processos de análise e intervenção.

O homem se constitui socialmente no tempo e no espaço ao mesmo tempo em que constitui as condições sócio históricas em que vive; é produto e produtor das condições objetivas e subjetivas de sua sobrevivência. Além disso, o homem é um ser único, que envolve uma unidade contraditória entre corpo e psiquismo. O psiquismo se constitui enquanto uma expressão subjetiva da realidade, sendo um conjunto de operações de diversas naturezas que foram se desenvolvendo historicamente a partir do trabalho humano e do desenvolvimento social mediados pela linguagem, a emoção e o pensamento. A subjetividade não é algo que vem de “fora” e que aparece dentro do indivíduo, como também não é algo que vem de “dentro” e se expressa no mundo, pois se a entendermos assim manteremos a dualidade indivíduo e sociedade e não faremos a superação dialética necessária. (Kahhale et al, 2010). *O sujeito representa a singularização de uma história irrepetível, capaz de ‘captar’ elementos de subjetividade social que somente serão inteligíveis ao conhecimento por meio da construção de indicadores singulares presentes nas expressões individuais* (González Rey, 2003: 136).

Pensar a saúde com os parâmetros de historicidade implica em conceber a articulação dialética entre plural e singular, pensar e analisar as localizações e condições históricas e sociais em que vivem as sociedades, comunidades, grupos sociais e indivíduos.

Esta concepção permite superar com uma visão ideológica de saúde e doença enquanto antagonistas, condicionando seu aparecimento e estabilização enquanto responsabilidade única e exclusiva do indivíduo. Esse tipo de expressão oposicional desconsidera que a capacidade dos sujeitos de lidar com seus agravos à saúde é um índice de autonomia que os colocam em outra condição não só frente ao próprio agravo, mas também em relação às organizações (pessoais, sociais, culturais, políticas) que precisam realizar para superá-lo (o agravo à saúde). Nesse sentido, cada sujeito é plurilocalizado, dependendo das dimensões que aciona – ou não - para lidar com sua condição, no interior das relações que estabelece, ele tensiona elementos que vão organizando seu lugar no jogo das relações sócio-culturais. Neste contexto, observamos no imaginário popular as concepções de doença como culpa e castigo por ações ou omissões individuais próprias e/ou de parentes próximos (Berlinguer, 1988).

A doença é um processo resultante de múltiplos condicionamentos, tendo como origens tão diversificadas quanto suas expressões, podendo ocorrer devido a um mal estar, insegurança social, estresse, tensões no ambiente social, déficits orgânicos, problemas ecológicos, entre outros. Disto decorre que saúde demanda um projeto social com dimensões econômica, política, social, médica e psicológica (San Martín, 1986; Illich, 1981; Field, 1992; Cohn e col., 1991). É esta perspectiva que nos permite falar da Psicologia na saúde. No processo dialético de constituição do sujeito, ele constrói também sua saúde ou sua vulnerabilidade, que pode gerar situações de adoecimento e de risco à vida.

A saúde é um cruzamento das capacidades de enfrentamento, tolerância, compensação e adaptação de cada indivíduo, dos grupos e da sociedade em geral, frente às condições ambientais,

---

<sup>1</sup> Inaugurada por Vigotsky e colaboradores no início do século XX e assim denominada pela equipe de pesquisadores da PUCSP em 1990.

sociais, políticas e culturais nas quais estão inseridos; é uma condição de apropriação ativa entre o ser humano, seus espaços natural, familiar e social; é um processo dinâmico, de busca de superação das contradições, não sendo possível falar em saúde plena, estática. Será sempre relativa e integrativa das dimensões do humano (física, psíquica e social). Portanto, saúde é a busca constante de superação das contradições vividas pelo homem como um todo, inserido no tempo e no espaço, produzida socialmente. A dialética saúde-doença integra as dimensões da biologia, da ecologia, da sociologia, da economia, da cultura, da subjetividade de cada ser humano. É um processo qualitativo complexo que define o funcionamento integrado do organismo, expressando um corpo simbólico, somático e psíquico, formando a unidade em que ambos são inseparáveis, com qualidades próprias, não se reduzindo um ao outro (González Rey, 2004, 2004a; Kahhale, 2003b). Esse processo contraditório de saúde e doença, que exige se perceber e se constituir como protagonista na direção da construção de projetos de vida, pessoais e coletivos, que expressem qualidade de vida e que encerram em si mesmo uma pluralidade e uma complexidade, que precisa ser considerada diante dos fenômenos de saúde e doença. Essa complexidade ao ser considerada abre portas para se pensar o sujeito na singularidade de seu processo.

A saúde, portanto, refere-se ao campo simbólico que constitui ou integra o sujeito; um sujeito que possui um corpo que pode adoecer; um sujeito que vive em determinadas condições que facilitam ou não seu adoecimento, que está inserido em uma cultura que lhe oferece referência para significar o que se passa com sua saúde e para lidar com o real; um sujeito que se integra em um coletivo que é co-produtor (juntamente com ele) de sua situação, qualidade e condição de saúde. Todas as condições e aspectos da vida social e das condições do corpo serão significados pelo sujeito. Sua vivência corporal terá um correspondente simbólico que integra sua subjetividade, facilitando, possibilitando ou dificultando sua recuperação. Estes corpos simbólicos, expressando uma subjetividade construída ao longo da história pessoal e social de cada indivíduo (Kahhale, 2002 e 2003, Kahhale et al., 2010) que devem orientar a assistência.

A Psicologia vive estas contradições entre conceber um indivíduo integrado, sujeito e produtor de si ao lado de concepções que naturalizam o psiquismo, priorizam os aspectos patológicos e os comportamentos “desviantes”. No intuito de contribuir para a superação destas contradições apontamos algumas reflexões e diretivas de ação.

Promover saúde e cidadania é um processo que negocia condições junto à população para que esta tenha controle e desenvolva seus parâmetros de vida saudável, portanto está diretamente relacionada com a construção da subjetividade individual e social expressas no desenvolvimento da consciência individual e do grupo, localizando-os em seus múltiplos lugares do processo de reprodução social. Neste sentido, envolve trabalhar com toda a população e não só com a população considerada vulnerável (Ayres, 1997; Brasil, 1999a e 2000).<sup>2</sup> Demanda criar condições para que a população possa assumir o controle e a responsabilidade por meio de ações espontâneas e planejadas, o que requer que a informação seja socializada e esteja disponível a todos. Ao lado da sensibilização para outras formas de entender e intervir em seu contexto, a informação é o primeiro passo para se assumir o controle e a responsabilidade sobre as ações de cidadania, que deverá ser seguida de reflexão e organização individual e dos diferentes grupos que compõem o território para as ações se efetivarem. É a possibilidade de exercer controle social sobre as políticas públicas e sociais, que variam historicamente em suas conjunturas, portanto demandando a participação pública e concreta de todos os atores envolvidos (Franco e Merhy, 2000; Iyda, 1992; Berlinguer, 1993).

O trabalho do profissional deve promover as condições necessárias para que os sujeitos construam uma intervenção transformadora sobre o mundo cotidiano. Assim, sua atuação está

---

<sup>2</sup> No entanto, quando se tem uma população em situações de grande exclusão social, tendo sua vulnerabilidade aumentada, as políticas públicas devem priorizar o atendimento a estas populações neste processo de promoção de saúde e de qualidade de vida.

ligada às formas de articulação dos processos singulares e plurais, característicos do viver social, de modo que cada sujeito – assim como cada grupo – possa se apropriar das condições necessárias para a produção da autonomia frente às demandas da realidade. Toda intervenção não pode deixar de considerar a historicidade dos processos envolvidos, portanto vincula o homem à sociedade e ao contexto sócio-histórico em que está inserido, considera que tudo pode ser diferente, que o desenvolvimento humano é um processo dialético, localizado no espaço e no tempo.

Quem promove saúde? Em princípio, todas as pessoas, pois todas têm o direito inalienável à saúde, no entanto, ele não é dado, mas conquistado. Assim, a saúde de uma comunidade é um produto elaborado por ela mesma que expressa os diversos momentos que estão embutidos neste processo de conquista (San Martín, 1986; Berlinguer, 1988 e 1996; Nunes, 1994; Campos, 1996, Bravo, 2002). Neste contexto, o profissional de saúde, especialmente o psicólogo, pode contribuir com condições específicas no movimento de conquista de saúde pela comunidade, através da ação educativa e de cuidado, que envolve informação, troca, compreensão, revisão e proposta de solução aos problemas vividos por ela (Campos, 1996; Moura, 1989; Correia, 2000; Takashima, 2000); por exemplo, participar nos Conselhos gestores (ou de controle social) ou estimular os usuários a se organizarem para participarem.

Para tornar possível a inserção do profissional de saúde, particularmente o psicólogo, no sistema de saúde é necessário que ele tenha domínio de epidemiologia e do sistema de saúde brasileiro (SUS), e, dos programas nacionais específicos da área onde atua, pois estas informações fornecerão elementos para decidir áreas prioritárias e demandas da população.

Outro ponto importante nesta inserção é a forma como o profissional compreende o **lugar** onde está inserido e como articula essa compreensão junto aos demais profissionais na tentativa de produzir intervenções coletivas que trabalhem a integralidade do cuidado. Nesse sentido, vamos recuperar a categoria que é pressuposto das ações do SUS e que tem sido incorporada pela política de saúde como importante balizador de suas ações. Quando falamos mais acima a respeito das plurilocalizações do sujeito, estávamos nos referindo à forma como a questão do **espaço** ocupa um lugar importante na compreensão das múltiplas fontes de interpelação da atividade humana. No entanto, na saúde, esta categoria tem sido apropriada através de outra mais contemporânea que possibilita a compreensão da produção do espaço pelo homem em sua relação com a cultura, tendo então a categoria de território um lugar central na organização dessa articulação.

De forma breve, o conceito de território ressurge na Geografia nas décadas de 50/60 como estratégia de encaminhar teoricamente o fato de que o espaço é relativo, ou seja, muda em relação à perspectiva de quem o coteja. Essa mudança teve um forte impacto acerca das formas de entendimento e atuação sobre o espaço, pois, ao considerar a relatividade de sua constituição, produziu um deslocamento das compreensões baseadas em seu aspecto físico (material) em direção aos aspectos subjetivos que formariam igualmente uma perspectiva de localização do sujeito.

Segundo Saquet (2007), a noção de território foi progressivamente sendo usada para realizar essa nova abrangência nas localizações de objetos considerando tanto os aspectos materiais quanto imateriais da produção do espaço pelo homem. Nesta perspectiva ampliada, a categoria de território, quando apropriada pelo psicólogo em sua atuação profissional, pode ampliar seu rol de concepções e ações voltadas à apropriação do território pela coletividade na qual se encontra.

Na atualidade a questão do território tem sido pensada nas ações em saúde por duas vias: pela gestão, no ordenamento geográfico dos equipamentos de saúde; e pelos profissionais, na compreensão dos locais onde estes equipamentos se encontram<sup>3</sup>. Embora todas essas ações sejam importantes, gostaríamos de inserir novos campos de discussão nos quais o território possa ser pensado para além de suas configurações físicas, ou seja, pelas múltiplas formas como

---

<sup>3</sup> De certa forma, norteadas pelo princípio do SUS de regionalização das ações de saúde.

– no interior de relações comunitárias – são produzidas diversas localizações, estando situadas ou não nos lugares geográficos que comportam tais relações.

Neste ponto retomamos a questão das *plurilocalizações* já citadas anteriormente. Cada sujeito e cada coletividade organiza seu cotidiano a partir de uma série de elementos que se relacionam de forma interseccional na produção de sua existência em relação à cultura. Por mais localizadas que sejam essas produções, por exemplo, a pobreza, não podemos tomá-la como referência constitutiva tanto dos sujeitos quanto da coletividade onde estes se encontrem. Esta compreensão permite o redimensionamento dessas relações de modo que os lugares sociais genéricos sejam constantemente reposicionados de acordo com o *lugar* ocupado pelos atores nas múltiplas localizações (físicas e sociais) que podem ocupar. Conforme nosso exemplo, uma região geograficamente pobre não significa uma região sem recursos. É na relação com os sujeitos que a potência para ação (Sawaia, 2010), ou seja, aquilo rompe com uma condição subalterna, trabalha o paradoxo entre o lugar social e a posição do sujeito. Observem que essas sutilezas são modos de leitura da realidade que fazem parte do escopo de trabalho do psicólogo.

A partir dessas leituras, a articulação entre os processos de territorialização (Haesbaert, 2007) de sujeitos e coletividades envolvem constantes rearticulações nas formas de atuação do trabalho em saúde. Se entendermos os processos de territorialização em uma perspectiva ampliada – que embora não desconsidere sua porção física, não se resume somente a ela – é preciso compreender como essas apropriações do lugar ocorrem, sobretudo, como se articulam os elementos que definem e redefinem constantemente as relações entre sujeito e coletividade.

A título de ilustração, vamos situar dois elementos que ajudam a pensar essa constância. O primeiro deles é a questão da *formação das redes*<sup>4</sup>. Um território é facilmente identificado pela forma como os sujeitos desenvolvem conexões (sejam elas de amizade, comércio, lazer, entre outras). Como não pode ser tomado como um todo, uma unidade constante, o território será mais bem conhecido quanto mais pontos de conexão forem identificados. Tais pontos organizam formas de sociabilidade que indicam tanto os lugares físicos de investimento de ações quanto seu potencial de impacto sobre a coletividade, uma vez que incide sobre os movimentos já organizados sobre ela. Dentro das redes, um outro elemento é fundamental; trata-se da *circulação dos sujeitos*. A forma como estes circulam pelo território indica sua mobilidade espacial e social, traçando territorializações complexas que não se esgotam nas condições concretas de trajetos presentes em cada lugar. A circulação revela interditos públicos e privados que podem ser motivo de ampliação ou restrição social. Dessa forma, compreendê-la pode significar novos modos de compreensão da territorialidade, assim como novas formas de intervenção no território, possibilitando ressignificações singulares e sociais/coletivas.

Compreendemos com Haesbaert (2007) que o sujeito humano empreende várias territorializações no decorrer de sua vida, caracterizando-as enquanto multiterritorializações. Para o autor, que caminha conosco na compreensão do espaço como construção social, é preciso superar os dualismos tradicionais que dominaram o pensamento disciplinar-eurocêntrico. As perspectivas cindidas de tempo-espaço, fixação-mobilidade, funcional e simbólico não nos ajudam a captar o movimento de sentidos que é essencial para a integralidade de qualquer compreensão; dessa forma, o autor propõe uma “perspectiva que valoriza as relações e os processos: o território num sentido relacional e processual (devendo-se mesmo falar mais em processos de “territorialização” do que de território como entidade estabilizada)” (Haesbaert, 2007, pág. 37).

Os parâmetros analíticos pontuados até o momento – historicidade, subjetividade individual e social, processos de territorialização – nos fornecem elementos para refletir no diálogo multidisciplinar que a prática do psicólogo envolve. Uma disciplina importante neste diálogo é a epidemiologia. Ela fornece ao psicólogo e aos profissionais de saúde em geral parâmetros para interpretação de dados e para divulgação, promoção de saúde e prevenção de doenças. Ela dará

---

<sup>4</sup> Pensando na clínica ampliada, as redes são fundamentais no cuidado na Atenção Básica.

parâmetros para uma análise de totalidade das propostas de atuação e de enfrentamento das prioridades em saúde. Ou seja, permite inserir a ação específica bem como as prioridades no contexto geral da sociedade e do grupo nos quais estão inseridas. Ela evitará que as ações de saúde reproduzam as ideologias dominantes ou se percam na defesa de interesses particulares e/ou espúrios, descontextualizando os espaços vivos dos usuários foco fundamental do cuidado em saúde. Tomemos os dois exemplos de práticas do psicólogo desenvolvidos neste artigo – atenção às pessoas que vivem com HIV/AIDS e o cuidado prestado pelos agentes comunitários de saúde - para apontar este diálogo multidisciplinar possível. Neste sentido, por exemplo, a formação para trabalhar na área de HIV/aids deve contemplar uma análise do desenvolvimento da epidemia no Brasil e no mundo, dos programas nacionais, estaduais e municipais de enfrentamento, de controle e de assistência desenvolvidos ao longo dos últimos 25 anos, além de buscar apreender os espaços de circulação dos usuários singulares do equipamento onde a assistência é desenvolvida. Por outro lado a formação para atuar com Agentes comunitários de saúde (ACS), é necessário informes sobre a história da construção da estratégia da saúde da família (ESF)<sup>5</sup> no âmbito nacional e municipal, e na dimensão específica dos espaços de circulação e de redes onde a unidade básica de saúde do ACS se insere.

A atenção primária requer um engajamento diferente do psicólogo, que é formado para lidar com “distúrbios psicológicos ou transtornos mentais”, com uma clientela diferente dos usuários das unidades básicas de saúde e dos serviços de atendimento especializado públicos. A atenção primária envolvendo promoção de saúde e prevenção de doenças exige uma nova visão de homem, como ser histórico, social, ativo e espacializado em contraposição às visões naturalizantes da Psicologia, o homem livre, natural e racional (Bock, 1999; Bock e col. 2001). A prática profissional do psicólogo deveria envolver um projeto de intervenção, onde se explicita a intencionalidade e a transformação almejada. Seu trabalho envolve um processo de recriar sentidos e refazer projetos de vida, o que permitirá apropriação da subjetividade individual e social, possibilitando o controle social da saúde e a participação ativa de cada pessoa no seu processo de saúde e doença.

Para mudar o foco de atuação é necessário mudar o modelo de intervenção do método clínico clássico para práticas transformadoras, que trabalhem a contradição vivida pelo sujeito individual como único, singular e, ao mesmo tempo, social e coletivo. Além disso, devemos trabalhar com a categoria de vulnerabilidade (Ayres, 1997) por inserir o caráter histórico e dinâmico nos estudos epidemiológicos e nas políticas de saúde. Não temos grupos de risco, mas comportamentos de risco, que podem ser praticados por qualquer pessoa e não só por alguns. São as condições concretas de existência dos indivíduos as condicionantes dos comportamentos de risco ou de preservação e melhoria da saúde das pessoas (RIPSA, 2002).

De acordo com Machado *et al.* (2007) dentro da integralidade da saúde a formação e desenvolvimento dos trabalhadores têm como desafio não dicotomizar a atenção individual da coletiva, a qualidade de vida (biologia) com o andar da vida (produção subjetiva); não perder a categoria de atenção integral à saúde e realizar trabalhos educativos junto à população.

Para isso é necessário efetivar o trabalho em equipe, desde o processo de formação profissional, sendo necessário estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os distintos saberes formais e não formais que contribuam para as ações de promoção da saúde tanto no âmbito individual como no âmbito coletivo. Por isso a discussão da integralidade perpassa pela formação profissional e educação permanente (Machado *et al.*, 2007).

Na tarefa de construir uma psicologia da saúde coletiva, com a qual os psicólogos se defrontam, alguns desafios exigem o diálogo interdisciplinar e a criação de novas práticas, que considerem: como a articulação entre corpo e subjetividade se expressa nas doenças; como o usuário do

---

<sup>5</sup> A explicitação da ESF e ACS está mais à frente neste texto.

sistema de saúde se constitui como sujeito histórico, apropriando-se das suas determinações; como processos corporais são criados e significados pelo sujeito ao mesmo tempo em que expressam o processo coletivo, social e cultural; a discussão sobre relações de gênero e as consequências das diferenças e discriminações vividas por homens e mulheres, para que se possa privilegiar espaços que contemplem os desvelamentos necessários à compreensão da complexidade que a dialética saúde x doença envolve; a instituição de saúde como uma instituição social que responde a demandas e interesses de grupos da sociedade (Correia, 2000; Brasil, 2000; Bravo, 2002); usuários como parceiros em um processo de construção da realidade e das subjetividades; a historicidade dos espaços onde usuários e profissionais circulam e atuam.

Essa pauta deveria compor os programas institucionais (em todos os níveis: municipal, estadual, federal), abrangendo a discussão tanto ao nível dos profissionais que atuam nas áreas de educação e saúde, como também incluindo os usuários dos dois sistemas. Como exemplo, citamos alguns espaços: programas de saúde mental, programa de saúde da mulher, programa de atenção aos adolescentes, planejamento familiar, programas de atenção a soropositivos entre outros.

Na intervenção psicológica vamos construir técnicas e formas de trabalho que permitam ao sujeito: refletir sobre o que se está trabalhando como foco da intervenção (trabalho, sexualidade, relações afetivas...), o que ele já construiu até esse momento da vida; introduzir novas informações que possam contribuir para reestruturar o que estava configurado, transformando o seu jeito de estar, circular e intervir no mundo cotidiano, ampliando suas possibilidades de inserção e de atuação.

Para exemplificar nossa reflexão, apontaremos a seguir, aspectos que possam ser incorporados na prática do psicólogo que atua junto a pessoas vivendo com HIV/Aids e junto a agentes comunitários de saúde na direção da potencialização das ações.

Iniciaremos nossos exemplos pelas pessoas vivendo com HIV/Aids, as estratégias de prevenção devem levar em consideração que é necessário criar espaços nos quais se possibilitem a discussão e reflexão, que facilitem a clarificação de crenças e concepções que ainda fazem parte do imaginário social desse segmento social sobre a aids. Também são necessárias discussões sobre os envoltimentos afetivos que são percebidos como relacionamentos imunes, dispensando a negociação de práticas preventivas.

É necessário auxiliar as pessoas que vivem com HIV/aids a redimensionarem sua vida para que o *rotineiro* da medicação signifique tomá-la todos os dias, sem exceção, nos horários prescritos. A utilização do preservativo em todas as relações sexuais envolve um trabalho de assistência sobre os scripts sexuais (Paiva, 2000), com os estereótipos de gênero, com as dificuldades de negociar sexo seguro e de criar relações afetivas sexuais igualitárias.

Ações no mundo e sentidos psicológicos devem estar dialeticamente relacionados para cada um de nós, gerando sentimentos de satisfação e movimentos pessoais.

Gostaríamos de inserir a questão da **equidade** na assistência psicológica às pessoas vivendo com o HIV e aids, para criar intervenções assistenciais que respeitem as diferenças. Desta forma, apontaremos alguns pontos que merecem a atenção do psicólogo na proposição de práticas assistenciais às pessoas vivendo com HIV/aids de forma a respeitar sua demandas específicas: que o profissional de saúde amplie seu olhar para o sujeito, ou seja, para quem a pessoa é e não só para as questões do tratamento de HIV/aids.

Em relação às **mulheres**, refletir conjuntamente sobre suas vulnerabilidades, que elas possam se apropriar destas e de seus direitos para encontrarem maneiras mais assertivas para seu viver e que não as coloquem tanto em risco. Criar espaços de discussão em comunidades de **mulheres** sobre: autoestima, relações com parceiro, sexualidade, trabalho e relações sociais igualitárias.

Quanto aos **homens que fazem sexo com mulheres e homens** ajudá-los a se apropriarem de seu processo e não se deixarem levar por estereótipos de práticas sexuais ditas masculinas e femininas que os coloca em situação de vulnerabilidade assim como suas parcerias sexuais, contribuindo para a resistência aos ARV. Quanto aos **homens que fazem sexo com homens**: discutir

como a estigmatização que sofrem socialmente, vistos como marginais, pode permear suas atitudes, muitas vezes levando a uma vida marginal, que os coloca em situação de risco e vulnerabilidade; que eles possam apropriar-se deste processo de maneira mais autônoma e integrada.

Discutir sobre os estereótipos que associam o masculino com atividade e feminino com passividade e que muitas vezes não condizem com uma prática sexual entre quatro paredes. Aprender as práticas sexuais de cada um, discutindo vulnerabilidades e novas possibilidades frente às suas parcerias sexuais.

Para os **jovens** criar espaços individuais e grupais onde eles possam discutir suas relações afetivas, familiares e sociais, suas práticas sexuais e, neste sentido, que se desconstruam valores e crenças atribuídos individual e socialmente a eles. Que **os jovens** se informem e que possam falar das vivências em relação às transformações do corpo e inserção no mundo adulto. Discutindo novas possibilidades de estarem no mundo sem que necessariamente se mantenham repetindo antigas concepções.

Criar espaços para que a **família** participe e seja acompanhada conjuntamente com o usuário. O profissional deve ser um facilitador para que o usuário possa falar do diagnóstico e do seu processo de viver com HIV/aids aos seus familiares. Criar espaços para que a **família** se perceba como um forte ponto de apoio e continência aos seus membros, inclusive o que está infectado pelo HIV, para que o tratamento se desenvolva favoravelmente.

Tomemos agora para reflexão na formação e práticas do psicólogo, o exemplo da atuação junto a agentes comunitários de saúde (ACS) na direção da potencialização das ações. Para melhor compreensão de nossa análise, iniciaremos apontando a articulação do programa de atenção básica às famílias da perspectiva do SUS, ou seja, a estratégia saúde da família (ESF) para em seguida, trazer as diretrizes da atuação junto aos ACS as A Estratégia Saúde da Família traz em seu bojo muitas das expectativas de construção de um sistema de saúde mais justo e eficaz, pois favorece uma maior proximidade das demandas da população e busca novas formas de intervenção calcadas na promoção de saúde e prevenção de doenças. Ao mesmo tempo, evidencia as contradições e deficiências de um sistema de saúde com muitas precariedades, principalmente aquelas advindas de uma lógica mercantilista da saúde e/ou daquelas que privilegiam intervenções de alto custo tecnológico, muitas vezes inacessíveis e ineficazes para a maioria das demandas da população (Ceccim e Merhy 2009; Pasche et al 2011).

A prática da ESF promove ações que aproximam sistema e equipes de saúde e as comunidades, por meio de visitas e acompanhamentos que iniciam nos territórios, espaços geográficos onde estas pessoas vivem. Tal organização de trabalho e produção de cuidado tem um personagem importante na mediação entre as pessoas em suas comunidades e o sistema de saúde: o agente comunitário de saúde - ACS, profissional este que tem por função uma primeira aproximação com as famílias, futuros encaminhamentos e acompanhamento dos tratamentos e/ou cuidados dispensados àquela(s) família(s). Ele se torna um elo fundamental para a eficiência e eficácia da proposta da ESF, pois além de conhecer de perto a comunidade, é naquele território que ele vive e circula - sendo este inclusive, um dos critérios para exercer tal função -, deve promover a troca de saberes entre as pessoas da comunidade e os profissionais (Gomes et al. 2010).

Desta forma, o ACS enfrenta as pressões de demandas as mais diversas, desde problemas de relacionamento familiar e outros de ordem das relações humanas até problemas de ordem social como a miséria e outras formas de violência urbana e seus correlatos como tráfico e uso de drogas. Situações que marcam o cotidiano de todos na comunidade, dificultando em muito o cumprimento dos preceitos do SUS, entre os quais é possível destacar, a importância da promoção da autonomia e cidadania das pessoas das comunidades. Por isso, ao mesmo tempo em que devemos valorizar o campo de possibilidades de ações deste trabalhador, devemos problematizar as condições de trabalho e de atuação, tal como faz Tomaz (2002), quando traz o fato de que há duas tendências sobre o papel do ACS: a “superheroização” e a “romantização” do ACS,



sobrecarregando-os com uma série de demandas, cuja resolução extrapola o seu campo de atuação e, em geral, o próprio campo da saúde.

O ACS opera fundamentalmente, naquilo que na área da saúde, chamamos de campo psicossocial que, conforme Aranha e Silva & Fonseca (2005), tem como pressupostos: o planejamento do modelo assistencial coletivizado, produzido no espaço multiprofissional com qualidade interdisciplinar; a superação da rigidez da especificidade profissional; e a flexibilidade para produzir condições de saúde compatíveis com a necessidade do munícipe. Esta posição é coerente com a reorientação do modelo de atenção que concebe a saúde como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações inteiras e de promoção da saúde.

A imersão no cotidiano de trabalho do ACS revela experiências singulares que contribuem para uma reflexão crítica baseada na perspectiva de apreensão do processo de construção da identidade deste profissional. O primeiro aporte se refere ao sofrimento vivido pelo ACS no cotidiano do trabalho. Ele catalisa a complexidade e contradições das relações no território as quais podemos compreender a partir da dialética do processo de inclusão e exclusão social, visto que este sofrimento é da ordem do ético-político (Sawaia, 2002), ou seja, produzido em contextos de alta vulnerabilidade social, da qual o ACS faz parte. Todavia a potencia de ação para transformar tal situação extrapola a figura do ACS. Consideramos que desnaturalizar este figura significa enxerga-la do ponto de vista da dialética que envolve os atores neste contexto, profissionais de saúde, comunidade, organizações sociais, ACS entre outros. Mais do que reforçar abstratamente a importância dos ACS devemos criar canais que ajudem a “fluir” tais vivências dentro do sistema institucionalizado (serviços de saúde, de assistência social, entre outros). Caso contrário o ACS torna-se um mero portador de notícias, muitas vezes más, sobre a comunidade e/ou, além disso, tais vivências tornam-se desencadeadoras de demandas terapêuticas destes profissionais.

Nesta perspectiva de (des) construção da figura do ACS a noção de historicidade ajuda a perceber características psicossociais importantes da formação de identidade do ACS. Desta forma, compreender as trajetórias e projetos de vida dos ACS significa dizer, entre outras coisas que, estar nesta função suscitou muitas mudanças em suas vidas, dentre elas de ascensão social. Quando ingressam neste trabalho adquirem outro status social perante a comunidade. Não é incomum voltar a estudar e/ou adquirir independência financeira, contribuindo muitas vezes para escaparem de situações de submissão e violência doméstica, como muitas das mulheres que atendem, inclusive a perspectiva de gênero contribui muito para uma análise mais aprofundada da identidade do ACS. Além do desejo de independência, a satisfação de trabalhar com o outro, também é um elemento importante na construção dessa identidade. Apesar da Lei n. 11.350/06 que prevê a contratação formal do ACS (Lacerda, 2010), em vários municípios ainda a contratação do ACS acontece por meio de Organizações Sociais. Esta situação acirra a precarização do trabalho e, além disso, gera ambiguidades quanto sua legitimidade enquanto um trabalhador importante da saúde, pois se criam poderes paralelos que desgastam suas perspectivas e não resolvem seus problemas. Aspectos que impactam diretamente na qualidade dos vínculos sociais e afetivos que este profissional estabelece com os munícipes e profissionais que atendem.

A perspectiva sócio-histórica enseja formas alternativas de capacitação do ACS, principalmente visando-o como uma figura importante no fortalecimento da autonomia e cidadania destes. A trajetória de vida, as questões cotidianas do trabalho e da vivência em territórios vulneráveis solicitam espaços institucionais de escuta, troca e elaboração destas experiências que potencializem o papel estratégico-político dos ACS. Pois, capacitações que visam sanar lacunas de conhecimento técnico geralmente correm o risco de desvalorizar as experiências vivas do território e/ou parte do pressuposto que fortalecer o papel estratégico do ACS em ações da ESF é supri-los com manuais informativos sobre os mais diferentes assuntos.

Desta forma, cogita-se capacitações que não instrumentalizassem o ACS apenas com relação ao saber biomédico ou às questões pontuais que prezam por um aprendizado burocrático e técnico, como cursos sobre dengue, tuberculose e outras patologias. Segundo Silva (2002), mesmo a informação clara e adequada não é suficiente para a sensibilização e envolvimento das pessoas. O ACS deve, então, ser capacitado sobre os diferentes aspectos do processo saúde-doença, “(...) incorporando, além da perspectiva biomédica, outros saberes que o habilitem nesse processo de interação cotidiana com as famílias e no reconhecimento de suas necessidades” (Nunes e col, 2002, pág.1640), desenvolvendo a habilidade de escuta.

Assim, consideramos que a potencia de ação dos ACS está imbricada a um processo de politização deste sujeito e da valorização do contexto sócio histórico que possibilita uma visão mais realista do processo de construção da intersubjetividade no território.

## REFERÊNCIAS

- Aranha E Silva, A. L.; Fonseca, R. M. G. S. (2005). “Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial”. *Revista Latino Americana de Enfermagem* 13(3), 441-9.
- Ayres, J.R.C.M. (1997). “Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia”. *Boletim Epidemiológico: AIDS – Vulnerabilidade*, C.R.T. – DST/AIDS, ano XV, 3, 2-4.
- Berlinguer, G. (1998). *A doença*. S.P: Hucitec.
- (1993). *Questões de vida (ética, ciência, saúde)* Salvador, São Paulo, Londrina: APCE-Hucitec-CEBES.
- (1996). *Ética da Saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Bock, A M B. (1999). *Aventuras do Barão de Münchhausen na Psicologia*. São Paulo: EDUC: Cortez Ed.
- Bock, A M B; Gonçalves, M G M E Furgado, O (orgs.) (2001). *Psicologia Sócio-Histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia*. São Paulo: Cortez Ed.
- Brasil, Ministério da Saúde e Conselho Nacional. (2000). *A prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS*. Brasília/DF: Ministério da Saúde.
- Bravo, M.I.S. (2002). “Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos”. In *Política social e democracia*, Bravo, M.I.S. e Pereira, P.A P., São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ (pp. 43-65).
- Campos, R.H.F. (org.) (1996). *Psicologia Social Comunitária: da solidariedade à autonomia*. Petrópolis/ RJ: Vozes.
- Carvalho, S. (2004). “Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde”. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(4), 1088-1095.
- Ceccim, R.B; Merhy, E.E. (2009). “Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas”. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu 13(1), 531-542.
- Ciampa, A.C. (1986). *A estória do Severino e a história da Severina: um ensaio de psicologia social*. São Paulo: Brasiliense.
- Cohn, A.; Nunes, E.; Jacobi, P.R. e Karsch, U.S. (1991). *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez.
- Correia, M. V. C. (2000). *Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Field, M.C. (1992). (1992). Prefácio. In Spínola, A W P; Sá, E. N. C.; Westphal, M.F.; Adorno, R.C.F; Zioni, F. (coord.), *Pesquisa Social em Saúde*. São Paulo: ed. Cortez (pp. 13-16).
- Franco, T.B e Merhy, E.E. Programa de Saúde da Família: contradições e novos desafios. In Congresso Paulista de Saúde Pública (6.: 1999 out. 17-20: Águas de Lindóia). *Anais. Saúde na cidade: como garantir a qualidade de vida na cidade?* Editores Áurea Maria Zöllner Ianni e Claudia Maria Bógus São Paulo: APSP, 2000: 145-154. v.2
- Gomes, Karina de Oliveira; Cotta, R.M.M., Mitre, S.M., Batista, R.S., Cherchiglia, M.L. (2010). “O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 20(4), 1143-1164.
- González Rey, F. (1997). *Epistemología cualitativa y subjetividad*. São Paulo: EDUC.— (2003). *Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- (2004). *O Social na Psicologia e a Psicologia Social*. Petrópolis: Editora Vozes.
- (2004a). *Personalidade, Saúde e Modo de Vida*. São Paulo: Editora Thomson.
- Haesbaert, R. (2007). “Identidades territoriais: entre a multiterritorialidade e a reclusão territorial (ou: do hibridismo cultural à essencialização das identidades)”. In: Araujo, F.G.B.

- & Haesbaert, R. (orgs.) *Identidades e Territórios: questões e olhares contemporâneos*. Rio de Janeiro: Access.
- Illich, I. (1981). *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. São Paulo: Nova Fronteira.
- Iyda, M. (1992). “Saúde pública: reprodução e legitimação”. In Spínola, A W P; Sá, E. N. C.; Westphal, M.F.; Adorno, R.C.F; Zioni, F. (coord.) *Pesquisa Social em Saúde*. São Paulo: ed. Cortez (pp. 53-57).
- Kahhale, E.M.P. (org.). (2002). *A diversidade na Psicologia: uma construção teórica*. São Paulo, Cortez.
- (2003). “Psicologia na saúde: em busca de uma leitura crítica e de uma atuação comprometida”. In Bock, AMB *A perspectiva sócio histórica na formação em Psicologia* (pp. 161-191). Rio de Janeiro: Vozes.
- Kahhale, EMSP; Christovam, C; Esper, E.; Salla, M.; Anéas, T. (2010). *HIV/AIDS: enfrentando o sofrimento psíquico*. São Paulo: Cortez.
- Lacerda, A. “Redes de apoio social no Sistema da Dádiva: um olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde”. Tese de doutoramento. Fundação Oswaldo Cruz- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2010.
- Machado, MFAS; Monteiro, EMLM; Queiroz, DT; Vieira, MFC; Barroso, MGT. (2007). “Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – Uma revisão conceitual”. *Ciência & Saúde Coletiva* 12(2), 335-342.
- Moura, D. (1989). *Saúde não se dá, conquista-se*. São Paulo: Hucitec.
- Nunes, E. D. (1994). “Saúde coletiva: história de uma idéia e de um categoria”. *Saúde e Sociedade* 3(2), 5-21.
- Nunes, M. O.; Trad, L.B.; Almeida, B. A.; Homem, C. R.; Melo, M. C. I. C. (2002). “O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico”. *Cadernos de Saúde Pública* 18(6), 1639-1646.
- Paiva, V. (2000). “A cena sexual: scripts femininos e masculinos, sujeito sexual”. In *Fazendo arte com camisinha*, ed. Paiva, V. São Paulo: Ed. Summus.
- Pasche, D.F; Passos, E.; Hennington, E.A. (2011). “Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública”. *Ciência & Saúde Coletiva* 16(11), 4541-4548.
- Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) (1986). *Indicadores básicos de saúde no Brasil: categorias e aplicações*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.
- San Martín, H. (1986). *Manual de Salud Pública y Medicina preventiva*. Barcelona: Masson.
- Saquet, M.A. *Abordagens e concepções sobre território*. São Paulo: Expressão Popular.
- Sawaia, B.B. (2002). “O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão”. In *As artimanhas da exclusão: uma análise ético-psicossocial*, Sawaia, B.B. (org.) (4. Ed). São Paulo: e ética da desigualdade social. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Senna, M. de C. M. (2002). “Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família”. *Cadernos de Saúde Pública* 18 supl.
- Silva, R. C. (2002). *Metodologias participativas para trabalhos de promoção de saúde e cidadania*. 1ª ed. Vetor: São Paulo.
- Souza, M.L, R. (1992). “O Hospital: um espaço terapêutico?” *Percurso* nº 9 - 2.
- Takashima, G. M. K. (2000). “O desafio da política de atendimento à família: dar vida às leis – uma questão de postura”. In *Família brasileira: a base de tudo*, S.M. Kaloustian (org.) (pp. 77-92). São Paulo: Cortez; Brasília/DF: UNICEF.
- Tomaz, J.B.C. (2002). “O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói””. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* 6(10), 75-94.

## SOBRE OS AUTORES

**Edna Maria Peters Kahhale:** Doutora em Psicologia Experimental pelo Instituto de Psicologia da USP; Professora e pesquisadora do Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUCSP, onde coordena o Laboratório de Estudos de saúde e Sexualidade (LESSEX); que integra aulas e pesquisa (articulando com assistência na rede pública) na área de Psicologia da Saúde, especificamente saúde da mulher, sexualidade e relações de gênero sob a perspectiva da Psicologia Sócio-Histórica. Autora e organizadora do livro “A diversidade da Psicologia: uma construção teórica”, Ed. Cortez, 2002. Tutora do grupo PET/Psicologia SESu/PUCSP de 1995 a 2001. Nos últimos seis anos tem desenvolvido pesquisa aliada à assistência em HIV/Aids e Hepatites, enfocando relações de gênero e adesão ao tratamento, numa parceria PUCSP e UNIFESP, especificamente o Departamento de Doenças Infecto Contagiosas, no ambulatório (CEDIPA). Representante do CRP- 6ª região na Comissão Municipal de DST/Aids de São Paulo (2008 a 2011; Suplente do representante do CFP na CONAIDS de 2012-2013. Tutora do PET/Saúde do MS/MEC no programa PRO/PET/Saúde da PUCSP desde 2012.

**Carlos Roberto de Castro e Silva:** Formação em Psicologia e Filosofia realizou o pós-doutorado em Ciências Sociais pela University of Western Ontario, Canadá. Doutor em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo (USP). Professor Adjunto da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-Baixada Santista), atuando na graduação no curso de Psicologia, no eixo comum de Trabalho em Saúde e na Pós-graduação no Programa Interdisciplinar em Ciências da Saúde. O trabalho de pesquisa e intervenção estão voltados para as áreas da psicologia social comunitária e saúde coletiva, destacando temas relacionados a compreensão de processos intersubjetivos na promoção de sujeitos de direitos, na construção de políticas públicas e sociais emancipatórias.

**Alexandro da Silva:** Possui graduação em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2001). Mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo / campus Baixada Santista. Atualmente é técnico administrativo em educação da Universidade Federal de São Paulo. Tem pesquisado a relação espaço, gênero e sexualidade através da articulação entre psicologia social e geografia da sexualidade.