

Psicologia na saúde: sociopsicológica ou psicossocial?¹

Vera Paiva

Há um saber operante na prática que é fundamental para produzir sua renovação. Se desde a prática não nos dedicamos a teorizar, desperdiçamos o trabalho humano da reflexão. A inovação de práticas, técnicas e teorias implicadas na abordagem das dimensões sociais e psicossociais em processos saúde-doença, tema deste texto, foi fortemente estimulada pela emergência da epidemia da aids nos anos 1980 e pela resposta social construída no Brasil. A concepção brasileira do “modo psicossocial” na atenção ao sofrimento mental, produzida no bojo do movimento pela reforma sanitária dos anos 1980 que resultou na organização do Sistema Único de Saúde, como veremos, está entre os antecedentes mais importantes dessa inovação.

A primeira parte deste texto revisará criticamente a literatura sobre os usos e o sentido do termo psicossocial em periódicos brasileiros. Discutirei, então, como a perspectiva sobre o processo saúde-doença baseada nos direitos humanos e em análises da epidemia da aids no quadro da vulnerabilidade produziu uma vertente da psicologia social construcionista na saúde, que se define como psicossocial e em contraste com uma perspectiva *sociopsicológica*. Nessa vertente psicossocial, a noção de pessoa substitui a noção de “indivíduo biológico-comportamental”, que é o foco das práticas em psicologia da saúde nas abordagens que nomeamos de *sociopsicológicas*. A abordagem psicossocial, por outro lado, focalizará a compreensão da “intersubjetividade em cena” implicada em cenários socioculturais; nos encontros em serviços e programas de saúde, abordará as cenas cotidianas e a trajetória de cada pessoa, concebida como sujeito de discursos e de direitos.

1 Este texto é uma edição corrigida do texto originalmente publicado na Revista Temas em Psicologia, v. 21, n. 3, 2013, em espanhol e inglês. Conteí com o incentivo da bolsa PQ/CNPq (Produtividade em Pesquisa/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico).

A chamada “resposta brasileira à aids”, que testou a factibilidade e o efeito das abordagens psicossociais, tem sido um conjunto de programas e práticas organizados de modo pioneiro desde os anos 1980 (BERKMAN et al., 2005; KERRIGAN et al., 2013; NUNN, et al., 2009; PAIVA, 2002). Foi elogiada internacionalmente por expandir abordagens individualistas, por considerar o contexto social e adotar políticas na perspectiva da defesa e promoção de direitos humanos. Vários autores discutem o quanto ela dependeu da articulação entre pesquisadores e atores governamentais e da sociedade civil, que organizaram intervenções estruturais e institucionais antes mesmo da existência do SUS (Sistema Único de Saúde). Inspiração para outros países até o final da primeira década do século XXI, a produção de informação rigorosa que monitorava com o rigor da ciência as várias faces da epidemia e sempre contou com a participação de pessoas vivendo ou convivendo com a aids. Essa peculiaridade também distingue a resposta global à aids de respostas a outros agravos de saúde. No Brasil, seu mais notável sucesso foi a organização de uma rede de serviços de saúde articulados intersetorialmente, que, orientados pelos princípios do SUS, têm oferecido o acesso universal e gratuito à testagem e ao tratamento integral aos que são diagnosticados com a infecção pelo HIV, assim como à prevenção centrada na promoção do uso do preservativo (BERKMAN et al., 2005; GRECO; SIMON, 2007; MALTA; BEYRER, 2013; PAIVA, 2002).

É intuitivo reconhecer que essas ações dependeram fortemente de abordagens psicossociais que, como veremos, estão inspiradas na tradição das ciências humanas e sociais aplicadas ao adoecer, derivando técnicas e práticas da virada construcionista nos estudos da sexualidade e do gênero, saberes que na última década do século XX foram integrados às práticas em saúde baseadas nos direitos humanos (GRUSKIN; TARANTOLA, 2008, 2012; KALICHMAN; DINIZ, 2009; KERRIGAN et al., 2013; NUNN et al., 2009; PAIVA, 2002, 2008, 2012a). Com resultados comparáveis aos países mais ricos do hemisfério norte desde os anos 1990, no Brasil as práticas psicoeducativas e de aconselhamento garantiram a capacitação de profissionais em vários setores (saúde, educação, justiça, assistência social, nas empresas), investiu-se na compreensão e mitigação do processo de estigmatização e discriminação de pessoas afetadas pela epidemia na interação serviço-usuário. As políticas públicas e programas de aids conseguiram apoiar a adesão à medicação e ao preservativo em contextos de grande vulnerabilidade social.

Muitas dessas práticas são resultantes de uma produção brasileira sobre as dimensões psicossociais do processo saúde-doença, cujos autores nem sempre são psicólogos. Essa produção, teórica e prática, tem merecido a adesão de pesquisadores de outras áreas dedicados ao sofrimento psicossocial: sofrimento mental coproduzido pelo racismo e sexismo, afetados pela tuberculose e por hepatites virais, por outras doenças sexualmente transmissíveis, pelo uso abusivo drogas,

pelo excesso de peso. É uma produção que se articula com o movimento pela humanização das práticas de saúde, em especial no campo da saúde da mulher.

Este texto oferecerá referências para uma reflexão crítica sobre o contexto histórico e acadêmico desta experiência e um comentário sobre o sentido do termo psicossocial adotado neste caminho.

12.1 O uso do termo psicossocial

A “(baixa) qualidade da atenção psicossocial² e a necessidade de “(maior) atenção aos usuários em risco psicossocial”³ são ponderações frequentes de textos no campo da saúde. Nos documentos institucionais que organizam programas e políticas públicas, esta expressão indica largos princípios para a ação, no bom sentido de defender o princípio da integralidade que privilegia o cuidar e amplia uma clínica tradicionalmente reduzida ao tratar. Entre os artigos disponíveis na literatura mais acadêmica, entretanto, poucos definem precisamente o sentido do termo psicossocial ou do domínio psicossocial a ser abordado. Mais raramente ainda, essa literatura dedica-se a descrever a intimidade dessas práticas e os detalhes dos processos de trabalho que poderiam ser adotados nessa direção.

Não é uma tarefa simples: afirmar a dimensão psicossocial é integrar domínios por muito tempo tratados de modos separados na formação profissional – o social do individual, a sociedade da pessoa. Trata-se de dar conta do hífen em psico-social⁴, o sinal que indica uma ligação entre palavras compostas e quase abolido na reforma ortográfica da língua portuguesa⁵. Alguns autores de língua inglesa no campo *psi* o defendem na medida em que significaria a irredutibilidade da dimensão psicológica à social (e vice-versa), e, ao mesmo tempo, a impossibilidade de um domínio existir sem o outro: são complementares. A manutenção do hífen traduziria uma insistência na diferença, “uma diferença que não pode ser superada e que continuamente convida ao engajamento e à exploração” (HOGGET, 2008, p. 13).

Como o termo psicossocial aparece nas bases de dados de livre acesso eletrônico? Embora seja recuperado em numerosos artigos, livros e teses⁶ em português, psi-

2 *Psicossocial care* é o termo mais frequente em inglês.

3 Termo utilizado em vários documentos do Ministério da Saúde do Brasil (2008).

4 O debate sobre o hífen foi iniciado no Departamento de Psicologia Social da Universidade de São Paulo pelos colegas Belinda Mandelbaum, Luiz Galeão e Nelson da Silva Júnior em um documento interno não publicado de 2011, a quem devo a inspiração.

5 O revisor deste texto em inglês e tradutor em espanhol nota que o hífen é utilizado quando a palavra é usada como adjetivo (*socio-psychological*, em inglês, mas *sociopsicología*, em espanhol). A separação por espaço entre as palavras é usada quando se refere ao substantivo também em inglês e espanhol (*social psychology*, psicología social).

6 Em agosto de 2013, recuperamos o termo psicossocial em resumos e no corpo dos 841 artigos no scielo.br, em 390 artigos na BVS e em mais 218 teses e 40 livros.

cossocial *não consta* como um descritor de busca, é encontrado apenas como adjetivo associado a outros unitermos. Não é um descritor na BVS-Psi ULAPSI (biblioteca virtual em saúde-psicologia) e não aparece como terminologia descritora das ciências da saúde (DeCS) utilizada no SciELO. Comparativamente, quando a fonte utilizada é a APA (American Psychological Association), o termo psicossocial qualifica “reabilitação” (cognitiva, física, de abuso de drogas); ou, ainda, aparece associado ao “desenvolvimento psicossocial” (ou desenvolvimento social, com o mesmo sentido), quando a obra de Erick Erikson é uma referência importante no texto, desenvolvimento social ou psicossocial quase sempre têm mesmo sentido. Distinguindo a produção brasileira, o termo *psicossocial* já aparecia em artigos frequentemente associados ao unitermo “centro de atenção psicossocial” ou “intervenção psicossocial”.

Na literatura que analisamos⁷, disponível no SciELO, encontramos no corpo dos artigos diversos sentidos para o que se definia como do *domínio psicossocial* ou para o adjetivo psicossocial, embora na maioria dos artigos não haja uma definição precisa do termo: costuma ser usado para definir uma dimensão que não depende exclusivamente do indivíduo (quando se estuda o indivíduo), ou então qualifica fenômenos compreendidos ao mesmo tempo como sociais e psicológicos, querendo dizer simplesmente que não poderiam ser apenas psicológicos ou sociais. Quando abordam o processo saúde-doença, os artigos disponíveis estão associados, em bom número, à definição clássica de saúde – como “bem-estar físico, mental, social e espiritual” – da Organização Mundial de Saúde (OMS). Seguem alguns exemplos.

Em processos de trabalho que descrevem a realização de uma *anamnese*⁸, no domínio psicossocial encontram-se as recomendações de levar em conta o contexto de vida do paciente e até mesmo uma avaliação realizada pelo profissional do local onde esta pessoa reside (sugestão comum de prática no sistema de avaliação judicial). Esta avaliação, que incluiria a situação de vida das pessoas, tem sido denominada “avaliação psicossocial” e se diferencia daquela baseada no processo “psicodiagnóstico”⁹, pautado apenas pela descrição de dinâmicas intrapsíquicas universais e sem contexto¹⁰.

7 Trata-se de uma revisão sobre o tema (ROTHER, 2007) realizada no corpo dos artigos científicos recuperados no SciELO, em uma busca que utilizou os termos “psicossocial” ou “psicossociais” e o ano de publicação (2000-2012). Indicada para os objetivos propostos neste texto, uma reflexão crítica sobre o uso do termo psicossocial no campo da saúde, escolhemos a base de dados SciELO porque esta é a base que concentra os periódicos que passam por rigorosa avaliação sistemática e inclui um número bastante expressivo e representativo dos artigos científicos brasileiros melhor avaliados.

8 Histórico que vai desde os sintomas iniciais até o momento da observação clínica, realizado com base nas lembranças do paciente ou de seu responsável.

9 Diagnósticos de doenças mentais que usam métodos ou testes psicológicos.

10 Interessante notar que se trata de uma tecnologia de avaliação psicossocial raramente ensinada nas grandes universidades naquele momento.

Outro conjunto de textos fala de “integração psicossocial”, referindo-se a um trabalho de apoio ou de reabilitação para adaptação das pessoas a uma nova condição de vida. O processo de trabalho será bem-sucedido no sentido da integração psicossocial se evitar o isolamento e a exclusão social. As expressões “adequação psicossocial” e “adaptação psicossocial” (ou “reabilitação psicossocial”) estão associadas a essa mesma literatura. Quando o tema são as crianças e adolescentes, encontra-se uma noção de adequação associada à noção de “desenvolvimento psicossocial”, com o sentido de adaptação ao que se espera de cada fase da vida. As fases são tratadas como essenciais e universais – essa noção de desenvolvimento raramente se refere ao contexto social, ao gênero, à cor da pele, à classe social e à tradição cultural nas quais crianças e jovens estão inseridos. A maioria desses artigos também não faz referência a qualquer autor ou conceituação precisa de desenvolvimento psicossocial; quando indicam alguma referência teórica, citam autores das diversas vertentes da psicanálise. Um grupo menor de artigos, dedicados a organizar a atenção integral à saúde dos adolescentes, concebe o contexto como “meio ambiente” e, neste caso, citam documentos do Ministério da Saúde do Brasil: “Entende-se por desenvolvimento psicossocial a capacidade de aquisição progressiva do ser humano de interagir com seu meio ambiente” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993, p. 37).

Como neste documento dos anos 1990, quase 25 anos depois, a maioria dos textos analisados mantinha uma noção de “maturação biopsicossocial” e contrasta o “bom” desenvolvimento com o “risco de anormalidade” produzido pelo contexto: risco maior entre os mais pobres “no campo e nas periferias dos grandes centros urbanos” (Ministério da Saúde, 1993, p. 18). Ou seja, o contexto aparecia apenas como obstáculo a um “desenvolvimento ideal”, normal.

Em direção bem diferente, um conjunto crescente de textos disponíveis no SciELO considera como do domínio psicossocial o “apoio social”, como o oferecido pela família, pelas “redes sociais” e as “relações institucionais” – no mundo do trabalho, nas organizações da sociedade civil ou governamentais. Quando se referem à comunidade, abordam territórios ou segmentos específicos, caracterizados por uma identidade presumida ou assumida – como a da favela, dos homossexuais, de grupos religiosos ou de pessoas que vivem com HIV.

Esse uso do termo psicossocial que distingue a produção brasileira enraíza-se na formulação original do “modo psicossocial” de organizar a assistência aos portadores de sofrimento mental por meio dos centros de apoio psicossocial (CAP). Resultado do movimento de reforma sanitária que concebeu o SUS, o apoio psicossocial expressa uma atenção à saúde mental organizada como assistência na comunidade e na família (e não no hospital), além de fazer referência forte aos direitos humanos, em especial às noções de “autonomia” e “dignidade” incluídas no preâmbulo da Declaração dos Direitos Humanos. O modo psicossocial e a sua definição de atenção psicossocial aprofundam a prática da “integralidade” no

cuidado dos que padecem de sofrimento mental e das suas várias “necessidades” – frequentemente definidas na linguagem dos direitos humanos. Uma “clínica ampliada” deverá ampliar o cuidado, até então reduzido ao tratamento do problema (doença) definido por uma nosologia ou taxonomia. Há muitas referências no SciELO aos centros de atenção psicossocial (em algumas regiões do país chamados também de núcleos de atenção psicossocial – NAPS).

Se o termo psicossocial aparece nos artigos analisados comumente para ressaltar que “nem tudo depende do indivíduo” e em oposição a um genérico “modelo biomédico”, são ainda raras as descrições mais detalhadas sobre quais seriam as práticas realizadas com base no “modo psicossocial”.

Ao longo das primeiras décadas do século XXI, somaram-se a esse conjunto de textos os que incluem na categoria psicossocial as relações de poder, principalmente “relações de gênero” e de classe e, mais raramente, relações étnico-raciais. Referências à classe, ou à pobreza, ou às “questões de gênero” são incluídas no domínio considerado psicossocial, inspiradas pela tradição de estudos culturais e de gênero de perspectiva socioconstrucionista. Ao discutir sobre as diferenças encarnadas em certos segmentos sociais (mulheres e homens, pobres e ricos), afirmam que a desigualdade social resultante dessas diferenças não pode ser explicada pela natureza ou por processos macrossociais inevitáveis: a desigualdade não é natural, inevitável, nem tolerável¹¹. Nesse conjunto de textos, entretanto, raramente se marcam os marcadores da desigualdade como categoria de análise – na organização da análise e ao longo da narrativa do texto, como propõem Brah (2006) ou Scott (1988, 1995). Usa-se, por exemplo, a expressão “questões de gênero”, que nada define, apenas para sinalizar o reconhecimento da desigualdade entre homens e mulheres; raramente se operacionaliza *gênero como categoria de análise*.

Finalmente, nos textos analisados são diversos os fenômenos são definidos como da ordem psicossocial nas diferentes abordagens e epistemologias escolhidas: os artigos versavam sobre sentimentos, emoções, atitudes e práticas, ou ainda, sobre discursos (extraídos das falas de pessoas ou analisados com base em documentos), sobre dinâmicas relacionais, resistência e resiliência, cenas e contextos. Como qualificam esses fenômenos ou a atuação sobre eles?

A expressão “aspectos psicossociais” é escolhida pelos autores que incluiria no campo construcionista para definir um conjunto de fenômenos ou de dinâmicas psicossociais, como nos estudos sobre desigualdade ou sobre a relação indi-

11 Muitos autores latino-americanos que considero construcionistas citam Gergen e Ibañez, Berger e Luckmann ou se inspiram em George Mead e Goffman; incluiríamos também como construcionistas os que abordam o domínio psicossocial inspirados pelos interacionismo simbólico e pelo pragmatismo, pelos estudos culturais, estudos feministas e da sexualidade. Todos leram Foucault e foram marcados pelo marxismo e pela fenomenologia e/ou pela hermenêutica de Gadamer, Ricouer e Habermas.

víduo-grupo-instituições ou indivíduo-sociedade. O plano simbólico e cultural é adotado pelos autores construcionistas como expressivo da dimensão psicossocial, sempre em interação com outros “aspectos” ou mesmo “fatores” localizados na organização social e no indivíduo (também nomeado de sujeito ou pessoa). Um número crescente de artigos nesse campo define como psicossocial os “modos de ver o mundo” do sujeito; outro número crescente de artigos focalizam a produção “discursiva” e de “sentidos” nas interações sociais, interpessoais e nas instituições. É notável como o termo sujeito é bastante utilizado em oposição a “objeto”, mas sem que o uso da palavra defina um sentido teórico claro ou único – quase sempre é apenas sinônimo de indivíduo ou pessoa, tema que discutirei mais adiante.

Em outra direção, os autores que não incluiria no campo construcionista preferem o termo indivíduo nos artigos que tratam a dimensão psicossocial, sintetizando-a com a expressão “associação de fatores” ou “fatores psicossociais”, expressões típicas da social psychology. Nesses textos, a diversidade simbólica e cultural é traduzida em variáveis que definiriam diferentes conjuntos de fatores psicossociais: “percepções”, “atitudes”, “opiniões”, “crenças” ou, ainda, “graus de adesão às normas” e “identidades”. A análise dos “fatores psicossociais” busca produzir modelos explicativos com base na análise estatística das respostas a questionários, modelos que possam derivar intervenções sociopsicológicas. Por exemplo, o baixo conhecimento sobre prevenção constitui os indivíduos-tipo que estarão mais expostos a algum agravo (à infecção pelo vírus) e serão grupos prioritários nas intervenções de prevenção.

Respostas quantificáveis definem contextos e “condições de vida”, por exemplo, traduzidas em variáveis “socioeconômicas” – escolaridade, renda, religião, cor da pele. Certos tipos de indivíduos serão considerados “em maior risco” depois de tipificados em análises mediadas pela epidemiologia e serão parte de “grupos de risco” (negros, mais pobres, jovens solteiros, identificados como homossexuais etc.). Desses estudos sobre fatores associados à exposição maior ao risco, entretanto, raramente os autores derivam indicações significativas para a intimidade das práticas de atenção psicossocial. Quando o fazem, mais frequentemente indicam a necessidade de pacientes mudarem seu comportamento e oferecem técnicas/metodologias que atribui ao indivíduo a responsabilidade de lidar com o contexto, compreendido como obstáculo às atitudes e comportamentos adequados.

O campo da prevenção e do cuidado em aids discutiu longamente os efeitos contraproducentes da perspectiva sociopsicológica que, sem mediações, se mostrou estigmatizante, como veremos adiante. Na mesma direção, buscava-se uma alternativa à perspectiva “biopsiquicomportamental” sobre sexualidade: aumentavam as evidências sobre como os constructos, concepções e metodologias derivadas das teorias sexológicas que definiam o “normal/patológico” e com ambição universalista/essencialista, dominantes no século XX, não eram produtivas para responder à emergência da epidemia, como já discuti em outro texto (PAIVA, 2008).

A compreensão construcionista da sexualidade adotada nas respostas à aids mais bem-sucedidas se beneficiou de uma abordagem em que a sexualidade é interpretada à luz das interações sociais e como uma atividade social¹², e compreendida no âmbito das relações de poder e dos direitos humanos – direitos sexuais e reprodutivos em especial –, perspectiva psicossocial e não sociopsicológica. Na abordagem construcionista social, desenvolvida como resistência à naturalização das desigualdades, os artigos frequentemente derivam ações políticas e programáticas ou, pelo menos, indicam agendas de pesquisa para compreender e mitigar os sexismos e a homofobia que, associados ao racismo, marcam a literatura sobre aids e sobre a saúde das mulheres e iniquidades de gênero. Interpretações e práticas propostas nessa perspectiva, por outro lado, não se pretendem universalistas e generalizáveis para qualquer contexto.

Essa nova perspectiva permitiu sustentar críticas à noção de “grupos de risco” ao longo do enfrentamento da epidemia da aids. A banalização dessa noção alimentava o estigma e a discriminação de segmentos descritos como de risco (como homossexuais e trabalhadores do sexo), além de incitar a negação da vulnerabilidade pessoal em pessoas que não se identificam com esse estigma (por exemplo, as mulheres casadas e com um único parceiro, que eram maioria entre as mulheres com aids). Não ofereciam técnicas e práticas ou processos de trabalho adequados aos princípios do Sistema Único de Saúde, reconhecido como principal elemento estrutural do sucesso da resposta à aids no Brasil (AYRES et al., 2006; BERKMAN et al., 2005; KERRIGAN et al., 2013; NUNN et al., 2009).

As análises de risco psicossocial, entretanto, predominam nos campos da psicologia da saúde e hospitalar e nas abordagens mediadas pela epidemiologia. Predominam mesmo quando se substitui o termo “risco” por “vulnerabilidade” sem que o sentido se altere, como discutiremos a seguir.

12 John Gagnon, recém-falecido, é o cientista social que escolho como ancestral do construcionismo e de uma abordagem dramática do psicossocial e da sexualidade. Intencionista e herdeiro do pragmatismo e da Escola de Chicago, seu uso das noções de “carreira” e “trajetória” ajudou-o a definir, com Simon (SIMON; GAGNON, 1969) e antes de Foucault, o sexo como uma atividade social como outra qualquer; defendeu que os discursos sociais sobre o sexo substituem com vantagem a noção de impulso. A conduta sexual, em termos simbólicos e físicos, pode expressar outros interesses (trabalho, política, religião) que não têm prioridade na explicação causal. Ou seja, inverte Freud ao afirmar que o sexo pode significar quase tudo na vida social e que o sexual não tem prioridade na explicação causal (GAGNON, 2006, p. 406). Bem antes de Butler, Simon e Gagnon descreviam a *performatividade* do sexual.

12.2 A dimensão psicossocial na organização das práticas de saúde

No campo da organização das práticas de saúde, como veremos nesta seção, palavras compostas também sintetizam concepções sobre o processo de produção da saúde e da doença. A definição do processo saúde-doença como biopsicossocial, por exemplo, pretendeu uma composição da perspectiva exclusivamente biológica ou biomédica e a exigência de uma atuação multiprofissional raramente detalhada. Abordagens psicossociais ou sociopsicológicas têm espaço no debate sobre prevenção das doenças e promoção da saúde; dependerão, entretanto, dos modos como se define o processo saúde-doença em cada espaço de atuação, como veremos a seguir.

Três movimentos paradigmáticos para pensar saúde-doença foram produzidos ao longo da segunda metade do século XX, como discutimos em Ayres, Paiva e França (2010, 2012). O *modelo da história natural das doenças* (HND) já nos anos 1950 postulava a superação dos limites disciplinares entre a intervenção social em saúde pública e a clínica, entre tratamento e prevenção. Leavell e Clark (1958) descreveram períodos de uma “história natural da doença” (HND) para intervir sobre a multicausalidade das doenças, e postularam que as abordagens ao longo do processo saúde-doença deveriam considerar três níveis de prevenção (NP). No primeiro nível, ações de *prevenção primária* evitam a instalação da doença no período pré-patogênico por meio da aplicação de vacinas ou do uso de preservativo, por exemplo; no período patogênico, quando o agravo já se instalou, a *prevenção secundária* evita o avançar da doença e sua transmissão, favorecendo melhores desfechos individuais e coletivos com a detecção precoce e a intervenção clínica adequada; a *prevenção terciária* resgata a melhor qualidade de vida possível em situações de sequela ou cronificação inevitáveis por meio da reabilitação e do tratamento continuado. Neste modelo, a epidemiologia do risco surgiu como um dos principais saberes articuladores deste esforço interdisciplinar.

O segundo movimento, a “nova promoção da saúde” (NPS), articulou-se depois de seguidas conferências internacionais ao longo dos anos 1970. Questionava-se a centralidade do hospital como foco da ação política e programática em saúde para fortalecer a atenção primária e práticas de prevenção. Os determinantes sociais da saúde e as ciências sociais ganharam relevância nesse movimento, que concebeu a melhoria das condições de saúde individual e coletiva com base em princípios orientadores para a ação. O direito universal à saúde é um deles. No Brasil, foi inserido na Constituição de 1988, que encerrou a ditadura civil-militar. A NPS ao mesmo tempo afirma uma concepção *integral* de saúde (física, mental, social e espiritual) e a ação *intersectorial* – ressalta o empenho em ações *multiestratégicas* que promovam a *equidade* e a *sustentabi-*

lidade das ações em saúde e garantam a *participação* de usuários¹³. Todos esses são princípios orientadores do Sistema Único de Saúde brasileiro que a resposta brasileira à aids buscou implementar.

Introduziram-se, desde a NPS, algumas práticas para manejo de “variáveis” sociais. A psicologia que faz parte deste movimento se dedica a lidar com os aspectos/fatores psicossociais da cadeia multicausal responsável pelo adoecimento. Muitas práticas em psicologia na saúde constituíram-se no Brasil neste esforço pela integralidade. Os psicólogos e psicólogas que conversavam com profissionais da clínica médica interagiram no âmbito das práticas genericamente definidas como de “perspectiva biopsicossocial” e produziram novos arranjos de técnicas e procedimentos. Santos e Jacó-Vilela (2009) definem esses arranjos como “coletivos de pensamento”, mais estruturados e atuantes em hospitais gerais: a psicologia da saúde, a psicologia médica, a psicologia hospitalar e saúde mental, que têm como fundamento principalmente a psicossomática, o referencial teórico psicanalítico e a psicologia existencial.

Muitos autores desses coletivos da psicologia teorizaram o viver com aids ou interpretaram a associação entre estilos de vida e a prevenção do adoecimento e da infecção pelo HIV segundo modelos *sociopsicológicos* (*socio-psychological*) aplicados à saúde¹⁴. No caso da resposta à aids, essas psicologias estruturavam a prática em “saúde mental” dos serviços especializados para pessoas vivendo com HIV. Como discuti em outro texto (PAIVA, 2012b), antes da produção da medicação anti-HIV, a literatura internacional sobre as práticas junto aos doentes reduzia-se aos estudos sobre *stress* e *coping*, que investigavam as associações estatisticamente significativas entre experiências de vida cotidiana e adoecimento ou modos de lidar com a aids. Mais adiante e para pensar a prevenção, a literatura sociopsicológica introduziu análises com base em variáveis sociais – cor da pele, escolaridade, local de moradia, sexo, identidade sexual e religiosa, principalmente. Dois saberes têm mediado as práticas e metodologias sociopsicológicas no quadro da NPS: a tradição epidemiológica e as abordagens da psicologia comportamental e sociocognitiva.

Abordagens psicossociais alternativas dedicadas a instrumentalizar o acolhimento e cuidado de outros agravos de saúde tiveram mais dificuldades de se estabelecer como referência para a prática. Desenvolveram-se mais facilmente no campo da prevenção e da atenção básica em saúde, em que as práticas estavam

13 A participação dos usuários foi resultado do movimento de Reforma Sanitária que concebeu o Sistema Único de Saúde (SUS) e responde ao princípio de “controle social direto” dos usuários, inspirado na Constituição de 1988, conhecida como Constituição cidadã.

14 Nesse último caso, Bandura, Proshaska, Lazarus, Folkman, entre outros, são os autores mais conhecidos e mais citados na literatura internacional da chamada “psicologia da saúde” (TUNALA, 2012).

menos consolidadas pelos coletivos tradicionais de psicólogos e havia maior estímulo à interdisciplinaridade. No caso da aids, outros profissionais – enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, educadores, médicos e paramédicos – atuaram abordando aspectos psicossociais no aconselhamento pós-teste e para sustentar a adesão à medicação e o uso do preservativo; diversas atividades psicoeducativas (oficinas, rodas de conversa, intervenções em sala de espera) foram desenvolvidas na atenção básica e pelos serviços especializados em DST/aids.

Uma referência mais produtiva para instrumentalizar práticas alternativas foi integrada a essas experiências, enquanto se formulava o terceiro paradigma para pensar o processo saúde-doença foi desenvolvido: o *quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos* (V&DH). Sistematizado e validado internacionalmente justamente ao longo da construção da resposta global à aids nos anos 1990 (GRUSKIN; TARANTOLA, 2012; MANN; TARANTOLA, 1996; MANN; TARANTOLA; NETTER, 1992), o quadro V&DH ampliou significativamente as perspectivas biopsicossocial e sociopsicológicas que cresceram com a nova promoção da saúde. Ao aprofundar a compreensão dos determinantes sociais da saúde, concebeu-se a vulnerabilidade individual e social ao adoecimento como inextricavelmente integradas a uma dimensão programática – uma dimensão institucional e política produtivamente analisada pelo quadro dos direitos humanos (GRUSKIN; TARANTOLA, 2012; MANN; GRUSKIN; GRODIN; ANNAS, 1999). Os experimentos realizados nesse contexto programático de emergência epidemiológica foram fundamentais para validar globalmente as perspectivas socioconstrucionistas no campo da sexualidade. No Brasil, a perspectiva dos direitos humanos foi bastante expandida porque produzimos um Sistema Único de Saúde e pensamos programas a serem implementados por governos.

Os planos individual, social e programático têm sido concebidos como *planos de intersubjetividade* nas esferas dinâmicas da vida cotidiana, da cidadania e do sujeito portador de direitos (AYRES; PAIVA; FRANÇA, 2010, 2012; PAIVA, 2012a). Este quadro produziu, então, uma das vertentes de abordagem psicossocial construcionista na saúde que substituiu a noção de *indivíduo* concebido como conjunto de fatores *biosociopsicológicos*, da obra de Mann e colaboradores, pela concepção de *pessoa em contexto que é sujeito da saúde e do direito à saúde* (PAIVA, 1996, 2002, 2008, 2012a, 2012b).

Reconhecendo que a introdução das variáveis sociais na psicologia da saúde ampliou o necessário diálogo interdisciplinar, a unidade central ou porta de entrada da abordagem da dimensão psicossocial não é um “indivíduo” – que a tradição da *social-psychology* concebe como constructo resultante de fatores sócio-cognitivo-comportamentais. A unidade de análise escolhida é a “cena da interação intersubjetiva” – nos serviços, nas vidas social e cotidiana, em cada trajetória pessoal. Todos os três planos da vulnerabilidade estão mutuamente implicados como a Figura 12.1, a seguir, indica.

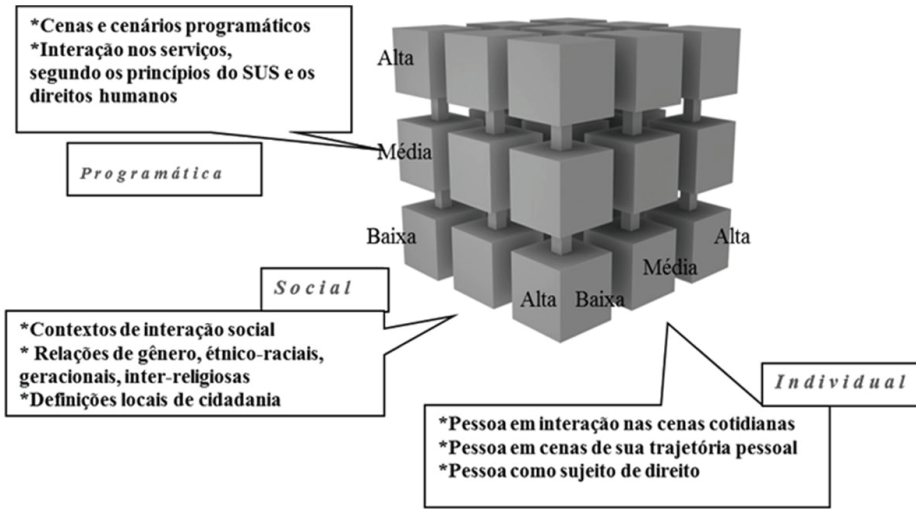


Figura 12.1 Interdependências das dimensões social, programática e individual da vulnerabilidade concebidas como intersubjetividade.

Fonte: Adaptado de Paiva et al. (2010).

Uma primeira novidade a ressaltar do terceiro movimento, vulnerabilidade & direitos humanos, em contraste com o da nova promoção da saúde (NPS), é a centralidade do político-programático, um determinante social e intersubjetivo que é mediador estruturante da vulnerabilidade social e individual. Sinteticamente, a vulnerabilidade ao adoecimento de pessoas que pertencem a segmentos socialmente mais vulneráveis e marginalizados (por exemplo, os mais pobres) será menor ou maior, ou seja, a vulnerabilidade diminui ou aumenta na presença ou ausência de programas de saúde – como a vacinação, a existência de saneamento básico, ações de prevenção da aids, acesso à atenção médica e a tratamentos. Essa abordagem explica alguns dos sucessos brasileiros na diminuição da propagação da aids ainda nos anos 1990, antes de começarmos a reduzir a pobreza, o machismo, a homofobia, o estigma associado à doença e o uso de drogas injetáveis e aumentarmos o acesso universal à saúde integral. Os programas de aids desenvolveram iniciativas inovadoras que abordaram técnica e programaticamente esses determinantes sociais; obtiveram resultados surpreendentes.

Essa mediação programática expressa de modo emblemático que quanto maior o desrespeito aos direitos humanos, maior a chance de adoecimento; de modo contrário, quanto maior o esforço de promoção e proteção de direitos – à saúde integral, aos direitos sexuais e reprodutivos, à não-discriminação, à segurança alimentar, à moradia digna, ao emprego decente, entre outros –, maior a sobrevivência e a chance de não se infectar. Assume-se nesse quadro que cada socie-

dade deve proteger e promover direitos para promover saúde e que seus governos (nacionais e locais) podem ser responsabilizados em caso de displicência ou violação (GRUSKIN; TARANTOLA, 2012). O uso deste princípio por ativistas e profissionais de saúde no SUS e em condições de responder às demandas do movimento social marcou a resposta brasileira à aids.

Trata-se de superar a individualização, assim como a culpabilização da “vítima”, que responsabiliza as pessoas pelo seu “mau comportamento” e pelos fatores sociais (aspectos contextuais) associados ao seu adoecimento. Programas e práticas baseados em uma análise da vulnerabilidade ao adoecimento necessariamente dependem da ação de diversos saberes em interação – de diversas clínicas, da epidemiologia, das ciências humanas e sociais – e de práticas na perspectiva dos direitos humanos (da gestão ao cuidado). Ou seja, as pessoas dependem que o sistema de saúde não as discrimine, que se garanta acesso universal aos serviços, à sua aceitabilidade e qualidade que, como é intuitivo, a participação dos usuários favorecerá.

Para pensar a chamada dimensão individual da vulnerabilidade, portanto, abandonamos no Brasil rapidamente a *social psychology* que ilustrava a obra original de Mann, Tarantola e Netter (1992, 1997) sobre vulnerabilidade e direitos humanos. Em outra direção, a tradição latino-americana da pedagogia, da psicoterapia e do teatro do oprimido (BOAL, 1975; FREIRE, 1968, 1973; MOFFAT, 1987; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2012), porque enfrentava contextos de grande vulnerabilidade, inspirou uma psicologia social dedicada à ação social e comunitária – uma “intervenção psicossocial” –, sintomaticamente definida como *uni-termo* pela SBD e não pela APA, como discutimos na primeira parte deste texto. Implicada na construção da cidadania pós-colonial e pós-ditaduras, essa tradição brasileira fez história no “modo de atenção psicossocial” introduzido no Sistema Único de Saúde.

Este foi o contexto acadêmico e político para o surgimento do movimento teórico-prático na direção de uma abordagem psicossocial na saúde no quadro da V&DH (PAIVA, 2012b).

Preferimos o termo *pessoa*, utilizado na linguagem dos direitos e uma definição de sujeito própria das vertentes construcionistas (CAÑÓN, 2008). Nesta abordagem psicossocial¹⁵, o *sujeito* não é um termo genérico para indivíduo ou pessoa e é concebido como sujeito *de discursos e de direitos*. Como “sujeitos sexuais”, as pessoas reelaboram os diversos discursos sobre o sexo – o da preven-

15 Quando estamos compreendendo e interpretando os dados de vários saberes sobre a vulnerabilidade de uma pessoa ou de um segmento social a um agravo de saúde, costumamos dizer que estamos no quadro da V&DH. Quando estamos desenhando e planejando a prática, os princípios das abordagens em direitos humanos ganham destaque e costumamos inverter a sigla: DH&V.

ção, o da religião, o da mídia – para realizar suas sexualidades a cada ocasião e a cada cena sexual (PAIVA, 1996, 2007), e as cenas serão o foco da análise e do debate com as pessoas ao longo da intervenção. Como “sujeitos religiosos”, interpretam dogmas e discursos religiosos, adaptando-os à sua religiosidade pessoal, inclusive na cena sexual (GARCÍA et al. 2009; SILVA et al. 2008). Com diferentes graus de autonomia, lidamos com os discursos a que temos acesso em cada trajetória e processo de socialização, processo que não sujeita (domina) completamente nenhuma pessoa; as pessoas, como a antropologia e a psicologia social na saúde indicam há décadas, vivem a reinterpretar discursos em diversos contextos de suas vidas.

É como sujeito de discursos e de direitos que o usuário do serviço deve ser concebido na intimidade das práticas e técnicas desta abordagem psicossocial. Nos encontros para o cuidado, respeita-se a autonomia e as escolhas de cada pessoa, concebida como especialista em sua vida; nos encontros para prevenção, as pessoas serão sujeitos na definição de seus processos de auto-cuidado, depois de informados sobre todos os recursos disponíveis; com a colaboração dos técnicos e de seu saber atualizado, serão agentes da emancipação da vulnerabilidade ao adoecer (PAIVA, 2002, 2008, 2012a; SEFFNER; PAIVA; PUPO, 2012). Como sujeitos portadores de direitos e do discurso sobre direitos, serão agentes na emancipação do seu sofrimento psicossocial - psicossocial porque implicado no contexto em que vive. A solidariedade entre as pessoas que compartilham um contexto de opressão pode mobilizar até a especificação de novos direitos – por exemplo, o direito de ser tratado pelo nome social que reconhece uma identidade da pessoa-trans atuará sobre seu sofrer pessoal e psicossocial.

12.3 Do hífen às flechas da interação e à centralidade da pessoa em cena

De volta ao tema do hífen, é interessante notar qual produção latino-americana dessa vertente de psicologia social na saúde está na mesma direção da reflexão crítica do Frosh (2013), psicanalista inglês que também discute o limite das teorias chamadas de sociopsicológicas (*socio-psychological*) e individualizantes. Frosh ressalta que esta sócio-psicologia que investiga cognições e comportamentos, mesmo quando considera contextos sociais, opera a noção de indivíduo como um dado, não como um constructo, sustentando a divisão intelectual de trabalho que separa em disciplinas diferentes os que estudam a sociedade (o *social* antes do hífen) dos que estudam o indivíduo (o psicológico depois do hífen). Frosh, entre muitos, valoriza a intersecção. Desafio complementar, na sua perspectiva, seria superar a noção de que existe algo “objetivo”, o indivíduo, que pode ser estuda-

do de uma posição “neutra”, como se não respondesse ao contexto e às ideias que o habitam. O autor valoriza as noções do “assujeitamento” ao trabalho da sociedade, na formulação de Butler (1997), e a possibilidade de sermos “sujeito” com poder de agir no mundo. Trata-se de uma ampliação da inspiração europeia assentada em Freud e Marx que conceberá e pesquisará um sujeito que é, ao mesmo tempo, social e psicológico para além da repressão, constituído socialmente, portador de agência e de vida interior.

No Brasil, desde os anos 1990, essa mesma crítica informava a produção das diversas vertentes da psicologia social construcionista, inclusive na saúde (SPINK, 2013). Não por acaso, essa vertente agregou muitos autores implicados na resposta à aids em algum momento de sua trajetória profissional¹⁶. Todos reconhecemos a centralidade do campo dos estudos de gênero e da sexualidade, que ampliou sua legitimação justamente no âmbito da resposta à aids e às demandas pela organização da saúde integral da mulher já na metade dos anos 1980. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) transcendeu o hífen “materno-infantil” com outros termos: “saúde da mulher” e “saúde integral”. As perspectivas feministas e construcionistas de inspiração marxista acumuladas nas ciências sociais, na educação e no campo da saúde sexual e reprodutiva aumentavam sua influência na construção de programas e políticas.

Posicionando a reflexão crítica no campo dos direitos humanos e da vulnerabilidade, parece-nos significativo que *sócio* venha antes de *psicológico* nos modelos de intervenção e nas práticas resultantes de estudos de análise fatorial na psicologia da saúde ou da epidemiologia sociopsicológica. Para delinear e planejar a prática, estes modelos se baseiam nas associações entre fatores obtidas em grandes amostras, com base em dados agregados e populacionais que fazem sentido apenas para estudos de tendências e probabilidades macrossociais. Quando não recorrem a outros saberes (o clínico e o pedagógico), colonizam indevidamente, as práticas de cuidado e de prevenção; indevidamente porque essas tendências populacionais não são encontradas literalmente na vida cotidiana das pessoas e em todas as suas cenas, são abstrações. Sem recorrer a outros saberes não se consegue

16 O Brasil organiza o maior encontro que debate exclusivamente gênero (“Fazendo Gênero”), que junta milhares de pesquisadores brasileiros. A América Latina é coprodutora da grande virada epistemológica produzida pelos estudos de gênero e sexualidade construcionista, inspiração fundamental dessa vertente da psicologia há mais de duas décadas. Como Terezita de Barbieri sintetizou, a produção da categoria gênero de análise é “uma ruptura epistemológica, talvez a mais importante nas ciências sociais nos últimos 20 anos” (BARBIERI, 1993, p. 150). Os autores do campo da aids valorizavam os estudos de gênero bem antes de a obra de Butler ser conhecida e conquistar finalmente os que, de algum modo, foram inspirados, como ela, pela tradição psicanalítica.

oferecer recursos técnicos para renovar a relação face a face com os usuários e a intimidade das práticas em saúde e sua organização.

Como saber mediador único, portanto, as análises de risco colonizam indevidamente outros campos de saber com receitas de “estilos de vida adequados” para indivíduos “genéricos”, “biopsíquicos/comportamentais”, pessoas-tipo, que existem apenas como resultado da análise de questionários, dedicada ao debate acadêmico que interpreta fatores associados e o risco epidemiológico.

Além disso, como sintetizaram Kippax et al. (2013), as concepções sobre o plano do indivíduo adotado nas abordagens da epidemiologia de risco e sociopsicológicas, assim como por certa versão do quadro da V&DH adotada pela Organização Mundial da Saúde¹⁷, esquecem que as ações das pessoas não são simples produtos de suas características ou de suas escolhas racionais e estão implicadas em sentidos e significados. Portanto, quando o plano do indivíduo é reduzido a um determinado comportamento descrito como fator ou variável de interesse (“comportamentos de risco”, ou “sexo sem o uso do preservativo”, por exemplo), desaparecem os diferentes significados que as mesmas práticas sexuais assumem ao longo do tempo para uma mesma pessoa, nos diferentes lugares que ocupa e ocasiões que vive (como cônjuge ou amante; por amor ou sendo abusada). Esquecem que a normatividade cultural e as práticas sociais produzem constantemente o indivíduo e suas condutas, e a centralidade da cena viva, cuja resultante produz de fato cada ato, desaparece. Como já discuti em outro texto, o bom trabalho de cuidar e prevenir em saúde depende de sustentarmos as conversas com as pessoas com foco nas cenas vivas do seu cotidiano (PAIVA, 2008).

Kippax et al. (2013) propõem substituir a noção de indivíduo como foco da prevenção pela centralidade da comunidade, ou seja, pela focalização na ação coletiva e interação entre grupos e redes de pessoas. Mudanças sociais e de comportamento que foram articuladas comunitariamente transformaram os rumos da epidemia da aids, argumentam. Como exemplos da centralidade dessa noção de movimento comunitário para a promoção da saúde, lembram que a introdução do uso do preservativo, um artefato contraceptivo, passou a ser norma entre homens gays que, nos anos 1980, organizaram-se em um movimento social de resistência à epidemia; argumentam que a mobilização da solidariedade e do cuidado comunitário produziram o acesso universal ao tratamento antirretroviral na resposta brasileira à aids.

Por outro lado, o desafio de repensar o hífen apontado por Frosh, Kippax e autores construcionistas parece quase insuperável para quem trabalha no campo da saúde, em que a ambição de objetividade e o manejo cirúrgico e clínico do corpo individual, do indivíduo extraído de seu contexto cultural, têm efeito

17 Expresso em documento da UNAIDS (Joint United Nations Program on HIV/AIDS, 2011).

prático inquestionável. Considerem o tratamento da infecção pelo HIV de uma pessoa vivendo com aids: tem eficácia inquestionável em qualquer outro continente! Seus protocolos resumem um conjunto de hipóteses teóricas testadas por meio de técnicas e práticas que se apoiam em rigoroso manejo de substâncias e de corpos extraídos de seu contexto social para serem medicados e tratados (como indivíduos-biológicos!).

Os espaços de prática multidisciplinar que abordam o psicossocial, alternativamente, dependem da superação dessa noção de indivíduo biológico-comportamental para que se adotem abordagens tecnocientíficas que reconheçam que remédios são eficazes apenas quando se garante o acesso a eles e adesão ao tratamento, duas tarefas implicadas no contexto sociocultural, dependentes de uma atenção e de abordagem psicossocial.

Essa mesma discussão realizada no campo da sexualidade também parecia insuperável no início da epidemia da aids, quando a literatura global e as psicologias exportadas para várias outras formações disciplinares (formando educadores e profissionais de saúde) expressavam a hegemonia da sexologia essencialista e universalista. A sexologia concebe o sexo como biopsicológico e descreve um desenvolvimento psicosexual universal. Essa abordagem ainda se dedica a buscar as verdades sobre o sexo essencial ou natural, e a descobrir o psicosexual normal obtido por meio de inquéritos clínicos (contrastando cada caso com o “normal-essencial/natural”) ou *surveys* populacionais (que definem o “normal” pela maior frequência e prevalência). Para que a prevenção da transmissão sexual do HIV começasse a ter alguma eficácia, a resposta à aids apontou os limites desta concepção sobre o sexo e das técnicas dedicadas a garantir o “desenvolvimento psicosexual normal” ou “saudável”, derivadas da clínica de transtornos sexuais ou de programas para socialização e cuidado de adolescentes (PAIVA, 2008, 2012b; PAIVA; AYRES; FRANÇA, 2004).

O reconhecimento dos limites destes essencialismos para responder à aids permitiu o crescimento de visões alternativas, renovadoras na urgente resposta à epidemia explosiva. Especialmente no hemisfério sul, ou para pensar os bolsões pobres do hemisfério norte, ficou rapidamente evidente que uma sinergia de pragas sustentava a explosão dos casos de aids: a desigualdade social assentada na dominação de classe, nos sexismos, no racismo e na naturalização de genocídios de africanos e homossexuais (PARKER; CAMARGO, 2000). A epidemia, que permanecia descontrolada, exigiu que a reflexão crítica chegasse mais rapidamente à reformulação de protocolos para a prática que, então, desenvolveram-se implicados na referência ético-política dos direitos humanos. Foi possível, então, renovar a *técnica* (saber operacional que tem caráter normativo, prescritivo e metodológico) e a *teoria* (o saber teórico de caráter analítico e compreensivo).

Em outras palavras, onde há sinergia de desigualdades, estigmatização e maior vulnerabilidade ao adoecimento, um hífen parece pouco! Os envolvidos em promover a saúde precisam das flechas da interação e integração, de sinergia de saberes e intervenções em diferentes dimensões institucionais, estruturais e políticas. A emergência da epidemia da aids, em todo lugar, acirrou a necessidade de se agir sincronicamente, dinamicamente e ao mesmo tempo sobre todas as dimensões que afetam o processo saúde-doença. Nessa direção, tem sido fundamental manter aceso um diálogo interdisciplinar enquanto se estruturam espaços integrados para ação e para reconstruir práticas resultantes deste diálogo que beneficiem segmentos tradicionalmente incluídos na vida social pela via da discriminação (AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012).

Portanto, a *segunda inovação do quadro da V&DH* e que distingue sua abordagem psicossocial das outras vertentes construcionistas na psicologia social é sua ambição de *produzir encontros férteis entre diversos saberes*. O enfoque hermenêutico ampliado na versão brasileira do quadro da V&DH o diferencia. A hermenêutica no sentido filosófico, e não apenas no sentido metodológico, introduziu uma perspectiva da relação eu-outro nos seus aspectos não apenas cognitivos, mas éticos, morais, políticos e estéticos (AYRES, 2007). Seja para abordar a vulnerabilidade começando pela dimensão individual ou social, seja desde o plano programático, a hermenêutica interdita as dicotomias entre o individual e o coletivo, entre o biológico e o social; interdita, também, o objetivismo que promove a redução do social aos estilos de vida e o sentido puramente instrumental dos aspectos estruturais; interdita a politização que permanece externa aos aspectos tecnocientíficos. Os aspectos sócio-estruturais devem estar implicados *na prática* – definida como saber baseado nas relações interpessoais, intersubjetivas, que é responsiva e particularizada. Esta hermenêutica permite politizar a *teoria* e a *técnica* na intimidade de seus protocolos e *práticas*¹⁸.

O objetivismo, as dicotomias e o estrutural concebido como barreira, assim como a política tratada como fator externo, ainda persistiram, mesmo que de contrabando, nos discursos e propostas da NPS e nas versões da vulnerabilidade criticadas por Kippax et al. (2013). No Brasil, a pedagogia de Paulo Freire já superava essa externalidade no campo da educação com sua pedagogia anticolonização, que inspirou concepções de promoção da saúde em todo mundo. A inclusão da hermenêutica fortaleceu a opção pelo uso multicultural e emancipatório das abordagens em direitos humanos, como propõe Boaventura Souza Santos (2003), cuja *hermenêutica diatópica* opera o quadro dos direitos com uma preocupação anticolonialista, como a de Freire (PAIVA, 2012a).

18 Sobre essas definições de *teoria*, *técnica* e *prática*, ver Pupo (2012).

Essa perspectiva hermenêutica ressaltou a centralidade da intersubjetividade para pensar a saúde nos planos individual/pessoal, social e programático (Figura 12.1) e destacou a reflexão crítica ao individualismo. Porque o sentido forte de diálogo na perspectiva hermenêutica, como para Gadamer (1997), é o da “fusão de horizontes”. Essa reflexão crítica se ampliará com participação direta de usuários dos serviços, nos encontros para o cuidado e em qualquer plano institucional e político (AYRES, 2007). Abordagens psicossociais estão implicadas, também, no planejamento e na gestão em saúde, nesta perspectiva. Recupera-se das intervenções estruturais sua dimensão intersubjetiva: melhor que denunciar os traços macrossociais da desigualdade será compreender a concretude das relações de gênero e raciais, de classe e de geração, que também encontramos no cotidiano das pessoas e das práticas em serviços de saúde e no modo como se realizam.

Em síntese, a *perspectiva psicossocial* adotada nesta vertente brasileira – vertente das abordagens em saúde baseadas nos direitos humanos – não prescinde da *centralidade da pessoa*, concebida como sujeito em interação com outros e como sujeito em relação com os direitos humanos. Como *sujeito em relação*, toda pessoa pode experimentar um dado processo de adoecimento ou se proteger dele, o que envolve sua constituição física e o modo singular de produzir seu cotidiano como parte de uma comunidade. Como *sujeito portador de direitos*, pode reivindicá-los para si ou, na posição de agente comunitário ou do estado – situado em algum programa de saúde –, solidariamente atuar para promover e proteger os direitos de outras pessoas, que deve encontrar como cocidadãos.

Comunidades e programas ou políticas públicas não existem apenas abstratamente nas normas e em referências culturais e discursivas. Estão *encarnadas em pessoas*¹⁹, que irão reproduzi-las em cada território e comunidade; dependerão de pessoas que, como agentes institucionais, vão implementá-las e legitimá-las em suas práticas; nos dois casos, marcarão socialização de novas gerações. Pessoas também encarnarão o horizonte de transformação social, posicionando-se como agentes a mobilizar a transformação, liderando movimentos sociais: comunidades e pessoas convivendo com aids e muitos profissionais de saúde exemplificaram essa possibilidade ao longo da construção da resposta brasileira à epidemia.

Essa perspectiva para compreender o processo saúde-doença neste quadro dos direitos humanos e da vulnerabilidade é, portanto, psicossocial, e não sociop-

19 A noção de “encarnada” está na mesma direção da noção de “*embodied health movements*”, que discute movimentos de saúde nos Estados Unidos (BROWN et al., 2004). Os autores discutem que esses movimentos introduzem o corpo biológico em movimentos sociais, em narrativas de sua experiência de sofrimento e negligência, especialmente sua experiência emocional, e não apenas cognitiva; interpelam a medicina e ciências hegemônicas; incluem a colaboração de ativistas com cientistas e profissionais de saúde para acessar tratamentos, prevenção, pesquisa e financiamentos.

sicológica (*socio-psychological*). Nesse modo de interpretá-la, a vulnerabilidade ao adoecimento será sempre de *uma pessoa* (uma mulher), e não de um grupo de risco (prostitutas) ou de uma comunidade (um território, um grupo que compartilha uma identidade homossexual); será sempre concebida como vulnerabilidade *em uma determinada situação social* (vivida por cada pessoa em cenas dinâmicas em um cenário sociocultural) em que seus *direitos* estão garantidos ou violados, negligenciados. As vulnerabilidades social e pessoal a um agravo de saúde serão maiores ou menores *na presença ou ausência de um programa* (de prevenção, de apoio psicossocial, de assistência à sua saúde).

12.4 O processo de renovação das práticas deve ousar até a renovação da teoria

A contribuição das ciências sociais, da história e da filosofia tem sido central para o desenho de novas práticas e para a inovação teórica produzidas no bojo da resposta à aids. Mais politizada, a vertente brasileira da psicologia social na saúde coproduziu práticas de vários segmentos profissionais que focalizam o intersubjetivo e articulam coletivos multiprofissionais dedicados à saúde no âmbito do SUS – no plano da clínica e da saúde coletiva. Foi longo o caminho para validação de sua eficácia prática. Foram intensas as mudanças de rotas para que cada prática e seus saberes específicos fossem aplicados nas abordagens psicossociais no cuidado das pessoas vivendo com aids e no encontro com as populações mais vulneráveis socialmente à aids.

A resposta brasileira foi sendo articulada às práticas em saúde do sistema universal, que apenas começava a ser desenhado ou imaginado quando a epidemia emergiu. O SUS começou a ser implementado apenas nos anos 1990, depois que a Constituição de 1988 garantiu o direito à saúde para todos os brasileiros, direito que até então não existia. Os princípios da universalidade, equidade, integralidade e participação no SUS foram inspirados pelo movimento Nova Promoção da Saúde (NPS). E para implementar uma abordagem psicossocial baseada nos direitos humanos e legitimá-la na saúde, foi fundamental a inspiração da psicologia social latino-americana: a psicologia comunitária, a psicoterapia do oprimido e outros modos de intervenção e atenção psicossocial. A atenção psicossocial produzida pelo movimento antimanicomial e pela reforma psiquiátrica concebeu o “modo psicossocial” no bojo da Reforma Sanitária que produziu o SUS. Apenas recentemente esse esforço de reflexão crítica e sistematização de protocolos para as práticas exigidas pela organização do SUS e, mais recentemente, de um Sistema Único de Assistência Social (SUAS) resultaram em textos que expressam uma

importante renovação teórica. Essa produção é especialmente visível na segunda década do século XXI.

Portanto, é preciso ter coragem de transformar coletivos de pensamentos e práticas em aportes teóricos que sustentem a formação disciplinar das psicólogas e psicólogos brasileiros das próximas gerações, ainda muito limitados a escolas dogmáticas, a este ou àquele autor de outro século, ou às sociopsicologias produzidas para responder questões em outro contexto social.

A perspectiva construcionista e dos direitos humanos na saúde sustenta *que não há uma história natural da doença, senão uma história social da doença*, porque são sociais e históricos os conteúdos dessa história e, ao mesmo tempo, porque social e histórica é também a forma de contá-la (AYRES; PAIVA; FRANÇA, 2010, 2012).

Espero que este texto estimule, em diferentes campos e temas, a coragem de inovação teórica, técnica e prática para benefício dos brasileiros que contam conosco para aliviar ou prevenir seu sofrimento, sempre atravessado por uma dimensão que preferimos chamar de psicossocial.

Referências

- AYRES, J. R. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.
- AYRES, J. R. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção de saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo, SP: Hucitec, 2006. p. 375-417.
- AYRES, J. R. C.; PAIVA, V.; FRANÇA-JR, I. From Natural History of Disease to Vulnerability: changing concepts and practices in contemporary public health. In: R. Parker, M. Sommers (Orgs). London/New York: Routledge/Taylor and Francis, 2010. p. 98-107.
- AYRES, J. R.; PAIVA, V.; BUCHALLA, C. M. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. (Org.). *Coletânea: Vulnerabilidade e direitos humanos*. Curitiba, PR: Juruá, 2012. p. 9-22. (Prevenção e promoção da saúde, v. 1., Da doença à cidadania)
- AYRES, J. R.; PAIVA, V.; FRANÇA JR., I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M.; PAIVA, V. (Org.). *Coletânea: Vulnera-*

bilidade e direitos humanos. Curitiba, PR: Juruá, 2012. p. 71-94. (Prevenção e promoção da saúde, v. 1., Da doença à cidadania). [Reproduzido a partir de PARKER, R; SOMMER, M. (Ed.) *Routledge Handbook of Global Public Health*. London: Routledge, 2010. p. 98-107. (v. 1).]

BARBIERI, T. Sobre la categoría género. Una introducción teórico-metodológica. In: AZERÊDO, S.; STOLCKE, V. (Coord.). *Direitos reprodutivos*. São Paulo, SP: Fundação Carlos Chagas, 1991. p. 25-45.

BERKMAN, A. et al. A critical analysis of the Brazilian response to HIV/AIDS: lessons learned for controlling and mitigating the epidemic in developing countries. *American Journal of Public Health*, [S. l.], v. 95, n. 7, 2005.

BOAL, A. *Teatro do oprimido e outras poéticas políticas* [Theatre of the Oppressed]. Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira, 1975.

BRAH, A. Diferença, diversidade, diferenciação. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 26, p. 329-376, jan./jul. 2006.

BROWN, P. et al. Embodied health movements: new approaches to social movements in health Sociology. *Health & Illness*, v. 26, n. 1, p. 50-80, 2004 Jan.

BUTLER, J. *The psychic life of power: theories in subjection*. Stanford, CA: Stanford University Press, 1997.

CANÓN, O. E. Las huellas del sujeto en narrativas de autores construccionistas [Subject's tracks in the narratives of constructionista authors]. *Revista Diversitas - Perspectivas em Psicologia*, v. 4, p. 2, p. 245-257, 2008.

FARR, R. *As raízes da psicologia social moderna*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra, 1973. Edição original: 1968.

FROSH, S. Psychosocial theory. In: TEO, T. (Ed.). *Encyclopedia of Critical Psychology*. New York: Springer, 2013.

GADAMER, H. G. *Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

GAGNON, J. *Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade*. Rio de Janeiro, RJ: Garamond, 2006.

GARCÍA, J. et al. Local impacts of religious discourses on rights to express same-sex sexual desires in peri-urban Rio de Janeiro. *Sexuality Research & Social Policy*, [S. l.], v. 6, n. 3, p. 44-60, 2009.

GRECO, D. B.; SIMÃO, M. *Brazilian policy of universal access to AIDS treatment: Sustainability challenges and perspectives*. *AIDS*, [S. l.], suppl. 4, p. 37-45, 2007, July 21.

GRUSKIN, S.; TARANTOLA, D. *Universal access to HIV prevention, treatment and care: assessing the inclusion of human rights in international and national strategic plans*. *AIDS*, [S. l.], v. 22, suppl. 2, p. 123-132, 2008.

_____. Um panorama sobre saúde e direitos humanos. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. (Org.). *Coletânea: Vulnerabilidade e Direitos Humanos*. Curitiba, PR: Juruá, 2012. p. 23-41. (Prevenção e promoção da saúde, v. 1., Da doença à cidadania).

HOGGET, P. *What's in a hyphen? Reconstructing psychosocial studies*. London: Palgrave, 2008.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAM ON HIV/AIDS. *UNAIDS Terminology Guidelines*. 2011, Oct.

KALICHMAN, A.; DINIZ, S. AIDS treatment in Brazil: what kind of evidence do we need? *The Lancet*, [S. l.], v. 374, n. 969, p. 1066, 2009.

KERRIGAN, D. et al. *The global HIV epidemics among sex workers*. Washington, DC: World Bank, 2013.

KIPPAX, S. et al. Between individual agency and structure in HIV prevention: understanding the middle ground of social practice. *American Journal of Public Health*, [S. l.], v. 103, n. 8, p. 1367-1375, 2013, June 13.

LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. *Textbook of preventive medicine*. New York: McGraw-Hill, 1958.

MALTA, M.; BEYRER, C. The HIV epidemic and human rights violations in Brazil. *Journal of the International AIDS Society*, [S. l.], v. 16, p. 18817, 2013.

MANN, J. et al. (Ed.). *Health and human rights: a reader*. New York: Routledge, 1999.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. (Ed.). *AIDS in the world II*. New York: Oxford University Press, 1996.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J.; NETTER, T. W. (Ed.). *AIDS in the world*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1992.

_____. *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro, RJ: Relume Dumará, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Normas de atenção à saúde integral de adolescente: v. 1. Diretrizes gerais para atendimento de adolescentes. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Distúrbios da puberdade. Desenvolvimento psicológico do adolescente. 1993. Brasília, DF.

_____. Portaria nº154. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família/NASE. 2008. Brasília, DF.

MOFFAT, A. *Psicoterapia do oprimido*. São Paulo, SP: Cortez, 1987.

NUNN, A. S. et al. (2009). AIDS treatment in Brazil: Impacts and challenges. *Health Affairs*, [S. l.], v. 28, n. 4, p. 1103-1113, 2009.

OLIVEIRA, E. C.; ARAÚJO, M. F. Aproximações do teatro do oprimido com a psicologia e o psicodrama. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 32, n. 2, p. 340-355, 2012.

PAIVA, V. Sexualidades adolescentes: escolaridade e gênero, e o sujeito sexual. In: PARKER, R.; BARBOSA, R. (Org.), *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro, RJ: Relume-Dumará, 1996. p. 213-224. (v. 1).

_____. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 6, n. 11, p. 25-38, 2002.

_____. Gendered scripts and the sexual scene: promoting sexual subjects among Brazilian teenagers. In: PARKER, R. *Culture, Society and Sexuality: a reader*. 2. ed. New York: Routledge, 2007.

- _____. A psicologia redescobrirá a sexualidade? *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, p. 641-651, 2008.
- _____. Cenas da vida cotidiana: metodologia para compreender e reduzir a vulnerabilidade na perspectiva dos direitos humanos. In: AYRES, J. R.; BUCHALLA C. M.; PAIVA, V. (Org.). *Coletânea: Vulnerabilidade e Direitos Humanos*. Curitiba, PR: Juruá, 2012a. p. 165-208. (Prevenção e promoção da saúde, v. 1, Da doença à cidadania).
- _____. A dimensão psicossocial do cuidado. In: PAIVA, V.; CALAZANS, G.; SEGURADO, A. (Org.). *Coletânea: Vulnerabilidade e Direitos Humanos*. 2. ed. Curitiba, PR: Juruá, 2012b. p. 41-72. (Prevenção e promoção da saúde, v. 2, Entre indivíduos e comunidades).
- PAIVA, V.; AYRES, J. R. C. M.; GRUSKIN, S. Being young and living with HIV: the double neglect of sexual citizenship. In: P. Aggleton; R. Parker (Orgs.). New York: Routledge, 2010. p. 422-430.
- PAIVA, V.; AYRES, J. R.; FRANÇA JR., I. Expanding the flexibility of normative patterns in youth sexuality and prevention programs. *Sexuality Research & Social Policy*, San Francisco, v. 1, n. 1, 2004, Jan.
- PAIVA V, SILVA, V. N. Facing negative reactions to sexuality education through a multicultural human rights framework. *Reproductive Health Matters*, [S. l.], v. 23, p. 96-106, 2015.
- PARKER, R.; CAMARGO JR., K. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 89-102, 2000.
- PINHEIRO, R.; LOPES, T. C. (Org.). *Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde*. Rio de Janeiro, RJ: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2010.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro, RJ: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2006.
- PUPO, L. R. As dimensões teórica, técnica e ético-operacional: multidimensionalidade da ação preventiva e de cuidado à saúde. In: PAIVA, V.; CALAZANS, G.; SEGURADO, A. (Org.). *Coletânea: Vulnerabilidade e Direitos Humanos*.

2. ed. Curitiba, PR: Juruá, 2012. p. 41-72. (Prevenção e promoção da saúde, v. 2. Entre indivíduos e comunidades).

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 5-6, 2007.

SANTOS, B. S. *Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multi-cultural*. Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira, 2003.

SANTOS, F. M.; JACÓ-VILELA, A. M. O psicólogo no hospital geral: estilos e coletivos de pensamento. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 43, p. 189-197, maio/ago. 2009.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez. 1995. [Revisão de SILVA, T. T. a partir de _____. *Gender and the Politics of History*. New York: Columbia University Press, 1988. p. 28-50.]

SEFFNER, F.; PAIVA, V.; PUPO, L. Educação em saúde e emancipação: explorando possibilidades da prevenção no quadro dos direitos humanos. In: PAIVA, V.; SEFFNER, F.; PUPO, L. R. (Org.). *Coletânea: Vulnerabilidade e Direitos Humanos*. Curitiba, PR: Juruá, 2012. p. 253-268. (Prevenção e promoção da saúde, v. 3, Pluralidade de vozes e inovação de práticas)

SILVA, C. G. et al. Religiosidade, juventude e sexualidade: entre a autonomia e a rigidez. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 4, 2008.

SIMON, W.; GAGNON, J. H. On psychosocial development. In: GOSLIN, D. A. (Ed.), *Handbook of Socialization Theory and Research*. Chicago, IL: Rand McNally, 1969. p. 733-752.

SPINK, M. J. *Psicologia social e saúde*. Práticas, saberes e sentidos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

TUNALA, G. L. Modelos teóricos como subsídios da prática da promoção da saúde em DST/Aids no quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos. In: PAIVA, V.; CALAZANS, G.; SEGURADO, A. (Org.). *Coletânea: Vulnerabilidade e Direitos Humanos*. 2. ed. Curitiba, PR: Juruá, 2012. (Prevenção e promoção da saúde, v. 2, Entre indivíduos e comunidades).