

Saúde Comunitária e Psicologia Comunitária: suas contribuições às metodologias participativas

Community Health and Community Psychology: their contributions to participatory methodologies

Verônica Morais Ximenes^I

Eveline Chagas Lemos^{II}

Alexsandra Maria Sousa Silva^I

Márcia Kelma de Alencar Abreu^{III}

Carlos Eduardo Esmeraldo Filho^I

Lilian Mendonça Gomes^I

Resumo

O objetivo é discutir as relações entre Saúde Comunitária e Psicologia Comunitária na perspectiva dos processos de participação e de libertação que contribuem na construção de metodologias participativas. Essas áreas compartilham valores e práticas que possuem como princípios a libertação e a participação, que contribuem na construção de espaços que rompam com os processos de opressão. A comunidade é o principal ator e o foco está mais nos processos de saúde que nos processos de doença. As metodologias participativas presentes na caminhada comunitária, na visita domiciliar e no círculo de cultura propiciam uma prática condizente com esses princípios. O envolvimento dos profissionais de saúde e dos moradores das comunidades favorece processos de saúde e de autonomia.

Palavras chave: saúde comunitária; psicologia comunitária; participação; libertação; metodologia.

Abstract

The purpose of this article is to discuss the relationships between Community Health and Community Psychology into perspective of participation and the liberation processes and their contribution in the construction of participative methodologies. Both areas share values and practices that have liberation and participation as principles that contribute in the construction of spaces that break with the processes of oppression. The community is the main actor and the focus is more on health processes than on disease processes. The participative methodologies as the community walk, the home visit and in the circle of culture provide a practice consistent with these principles. The involvement of health professionals and residents of communities favors health and autonomy processes.

Keywords: Community health; Community psychology; participation; liberation; methodology.

^IUniversidade Federal do Ceará.

^{II}Universidade de Barcelona.

^{III}Universidade Regional do Cariri.

A ideia de uma Saúde Comunitária aparece de maneira imprecisa e polissêmica nos discursos e práticas de saúde, tanto no Brasil como em outros países da América Latina, tornando-se necessária uma clarificação desse conceito. Alguns estudos adotam o termo saúde comunitária sem contextualizá-lo, ficando subtendido que se trata de um serviço ou uma prática de profissionais de saúde realizada em comunidades.

As concepções de profissionais que se identificam como atuantes na saúde comunitária também são polissêmicas. Juárez (2015), a partir de uma pesquisa realizada na Argentina junto a médicos pediatras da Atenção Primária, mostra que, apesar dos avanços na compreensão da proposta libertadora da Saúde Comunitária, muitos dos participantes consideram que o papel do médico nessa perspectiva abrange a consulta individual, o diagnóstico e o acompanhamento da evolução dos pacientes. Além disso, consideram que o poder de decisão sobre a

gestão da saúde está nas mãos de profissionais e do poder público, desconsiderando o protagonismo das comunidades. Trata-se, portanto, de um modelo de atenção que, embora realizada na comunidade, continua centrada na doença e no nível biológico da saúde.

A teoria e a prática da Psicologia Comunitária contribuem para a construção da Saúde Comunitária (Góis, 2008), que tem a comunidade como o principal ator. Nesse sentido, Saforcada (2008) destaca que a Saúde Comunitária diferencia-se dos outros modelos por ter surgido a partir das comunidades, mais especificamente das populações excluídas e marginalizadas e tem emergido no âmbito profissional e acadêmico principalmente mediante trabalhos de psicólogos nas comunidades em situação de pobreza. Góis (2008) apresenta uma concepção de saúde que favorece processos que focam mais na saúde, na prevenção e na promoção e menos na enfermidade, composto por atividades

desenvolvidas na e com a comunidade. Para que essas visões aconteçam é fundamental a participação dos moradores das comunidades e a busca por processos de libertação. Dessa maneira, esse artigo tem como objetivo discutir as relações entre Saúde Comunitária e Psicologia Comunitária na perspectiva dos processos de participação e de libertação que contribuem na construção de metodologias participativas. Portanto, compreender a Saúde Comunitária como um paradigma ou como um modelo significa considerá-la como política, cultural e participativa (Juarez, 2015).

Psicologia Comunitária e Saúde Comunitária: Diálogos Possíveis

Góis (2005) destaca a importância dos movimentos sociais, em especial o movimento da Saúde Mental Comunitária para a constituição da Psicologia Comunitária. Esse movimento criticou a forma tradicional de tratamento de pessoas com transtornos mentais, recusando a perspectiva segregacionista e institucionalizadora do hospital psiquiátrico e acusando a insuficiência e pouca efetividade da psicoterapia para dar conta do tratamento desses pacientes. Além disso, buscou-se substituir o modelo médico centrado na doença por um modelo psicossocial que considera as origens sociais dos problemas de saúde mental.

É pertinente destacar a crítica feita por Saforcada e Alves (2015) a esse modo de atuar em saúde, por se tratar de uma perspectiva dualista, cuja função de cuidar da mente é do psicólogo e do psiquiatra, enquanto o cuidado com o corpo cabe a outras especialidades médicas. Além disso, nessa perspectiva, há a separação de serviços de saúde, havendo, por exemplo, equipamentos específicos de saúde mental, cuja oferta restringe-se ao atendimento a pessoas com diagnóstico de transtorno mental, ao invés de oferecer um serviço abrangente.

Para Ximenes e Góis (2010), o objeto de estudo da Psicologia Comunitária é o reflexo psíquico do modo de vida comunitário. O objetivo da Psicologia Comunitária é o aprofundamento de consciência e o fortalecimento de uma identidade de sujeito da comunidade como responsável e ativo na transformação positiva da realidade. A Psicologia Comunitária tem como horizonte a libertação, partindo de uma práxis transformadora das condições de vida das populações que vivem processos de opressão, dominação, exploração e também de pobreza, tendo em vista que não se pode pensar a saúde sem considerar essas condições (Góis, 2008). Essas relações de opressão no contexto latino-americano estão presentes no modo de produção

capitalista vigente, centrado na expropriação para garantir a mais-valia, constituindo-se como resultado da contradição capital – trabalho e da distribuição injusta de bens entre as classes (Yazbek, 2012) e dos processos de colonização e dependência.

Trata-se, portanto, de uma Psicologia que busca a mudança comunitária e social, cujo psicólogo coloca-se como um facilitador de processos sociais e humanos. Nessa perspectiva, deve-se partir das condições da comunidade e dos seus potenciais, buscando-se identificar os processos psicossociais que bloqueiam ou facilitam o desenvolvimento dos seus moradores. Tem como objetivo promover o fortalecimento e desenvolvimento comunitário (Góis, 2005). O psicólogo comunitário não deve se colocar como promotor da transformação social, sua intervenção busca potencializar ações concretas na realidade comunitária a ser transformada. Para tanto, faz-se necessário potencializar os recursos comunitários, integrando suas práticas aos movimentos sociais; à organização, luta e reivindicação comunitária; as associações comunitárias; aos sindicatos; aos demais movimentos e grupos de organização e luta política, ou seja, o psicólogo deve atuar menos em instâncias de controle, desenvolvendo práticas com grupos populares (Martin-Baró, 2011).

Nessa perspectiva, a Saúde Comunitária corresponde tanto a um conjunto de atividades como a uma concepção de saúde, à medida em que se propõe a criar espaços de diálogo, vivência e atividade, a fim de, partindo-se das potencialidades que toda comunidade possui, fortalecer grupos e redes comunitárias de apoio, cuidado e proteção, com foco na promoção e prevenção. Nessa mesma direção, Catalayud (2015) defende a Saúde Comunitária como um processo que inclui a produção, o fortalecimento, a recuperação e gestão da saúde, compreendida em sua multidimensionalidade e em seus determinantes sociais. A gestão da saúde corresponde aos processos participativos que objetivam a proteção e promoção da saúde. De tal modo, o foco é a participação ativa da comunidade, ou, no dizer de Góis (2005), a construção do sujeito comunitário, como via para o desenvolvimento comunitário.

Desse modo, a ênfase recai, de maneira geral, nas potencialidades e capacidades da comunidade, e no que se refere especificamente ao cuidado da saúde, articulando-se indivíduo, família e comunidade. Compreende-se ainda, saúde como um conceito positivo, de modo que se busca, a partir da Saúde Comunitária, a Gestão da Saúde Positiva (Saforcada, 2012; Catalayud, 2015), ou seja, mobilizar recursos voltados não para a enfermidade, mas para a proteção e promoção da saúde (Saforcada, 2012).

Saforcada e Alves (2015) salienta, ainda, que a Saúde Comunitária segue o Paradigma Social Expansivo, em oposição ao Paradigma Individual Restritivo. Esse toma como eixo central a doença, partindo, portanto, de um enfoque patocêntrico e tomando a prevenção da doença como principal estratégia de cuidado. Já o paradigma social expansivo tem como eixo a saúde positiva (Saforcada & Alves, 2015). Nesse paradigma, não faz sentido a superioridade do conhecimento das ciências da saúde, valorizando-se os saberes comunitários, muitos dos quais trazem uma concepção holística de saúde, não separando corpo e mente.

O enfoque da Saúde Comunitária difere do modelo tradicional da Saúde Pública e da Saúde coletiva, por trazer a facilitação dos processos comunitários como principal dispositivo, ao tomar a comunidade como local de atuação, pois busca deslocar a atenção das instituições de saúde para a comunidade, compartilhar a responsabilidade com os moradores, priorizar as práticas educativas e de prevenção em saúde, considerando a origem social das enfermidades. Nesse sentido, Góis (2008) enfatiza que esta perspectiva considera o indivíduo como sujeito atuante e capaz de desenvolver potenciais de cuidado com si mesmo, com os outros e com a natureza.

Decorrente deste pressuposto, os profissionais de saúde devem reorganizar os serviços de saúde de forma a criar mecanismos e ações geradores de autonomia, conscientização e transformação social. Esta reorganização deve ocorrer a partir do conhecimento do meio socioambiental em que atua e do conhecimento do modo de vida e dos potenciais de saúde dos moradores. Ao considerar a configuração do meio socioambiental como fundamental na organização dos serviços de saúde, cabe refletir sobre a condição de pobreza em que vivem a maior parte dos usuários atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

No contexto brasileiro, vários esforços e movimentos foram colocados em prática como forma de fortalecer a ideia de saúde positiva e superar o modelo biomédico de saúde. Destacou-se o movimento de reforma sanitária, que, constituído a partir da articulação entre universidades, serviços e movimentos populares, levou à criação do SUS. Como resultado desse processo, desenvolveu-se o campo da saúde coletiva, que tem buscado articular as práticas de saúde a concepções que considerem os determinantes socioculturais e econômicos do processo saúde-doença-cuidado, tendo em vista a justiça social, democracia e a emancipação política dos sujeitos (Ayres, 2016). Isso se dá através da participação da comunidade, concepção essa que vai

além da ideia de participação social defendida no campo da Saúde Coletiva, pois valoriza o papel dos usuários dos serviços de saúde nas decisões sobre a gestão e planejamento das políticas públicas, no entanto a decisão final continua nos gestores e profissionais de saúde.

Essa questão da participação ativa da população é um grande desafio. No Brasil, a previsão legal de instrumentos de controle social das políticas de saúde pela população, principalmente mediante as conferências e os conselhos de saúde, não tem surtido o efeito esperado. Conforme análise de Campos (2016), as Conferências Nacionais de Saúde tem sido repetitivas, com críticas à mercantilização da saúde, à fragmentação do sistema, aos baixos investimentos, as quais, no entanto, não tem como resultado a mudança efetiva nas decisões do poder público. O enfraquecimento desses instrumentos de controle social também se deve à falta de capilaridade das ideias discutidas no âmbito mais abrangente da sociedade. Falta uma maior articulação e conexão com a sociedade civil, em especial os movimentos sociais (Campos, 2016).

Nesse sentido, cabe considerar o potencial coletivo de resistência das comunidades, num trabalho que busca não somente exercer um controle indireto das políticas sociais, mas assumir o papel de decidir ativamente sobre o planejamento, a gestão, o cuidado e a promoção da saúde.

A Psicologia Comunitária e a Saúde Comunitária compartilham valores e práticas que possuem como princípios balisadores a libertação e a participação, que estão na construção de espaços que rompem com os processos de opressão e favoreçam práticas participativas.

Libertação e Participação – Elementos Imprescindíveis no Contexto da Opressão

O conceito de libertação surge a partir de contestações da realidade social, política e econômica de países da América Latina e também através de práticas concretas no sentido de promover mudanças no contexto de vida cotidiana das populações pobres e excluídas, sujeitas a opressões políticas e simbólicas de grupos e países dominantes.

Guareschi (2009) explicita que, no nascimento deste conceito, a América Latina se encontrava em um cenário mundial de guerra fria, fim da Segunda Guerra Mundial e avanço de perspectivas de independência e autonomia dos países, dentre eles da América Central e do Sul, que estavam sob forte influência dos Estados Unidos da América (EUA). Por ocasião da Revolução Cubana e difusão de sua ideologia, observava-se que

alguns países da América Latina vinham em um processo de iniciar mudanças em seus contextos políticos e sociais, voltando-se para superação das estratégias de dominação-opressão vivenciadas por parte significativa da população em situação de pobreza. As divergências quanto à autonomia destes países e por consequência da população vinham tanto externamente, principalmente dos EUA, quanto internamente, resultando em um estado de ditadura militar, tal como o Golpe de 1964 no Brasil.

Neste clima político de dominação pelo aparelhamento militar, as reflexões e ações da Igreja Católica, por meio do Concílio Vaticano II (1961-1965), e da sociedade civil na América Latina, com o anseio veemente por mudanças na estrutura e dinâmica das relações da sociedade, suscitaram o surgimento do conceito de Libertação, dando novo entusiasmo e empenho nas diversas práticas de transformação das realidades vivenciadas pelas populações (Guareschi, 2009).

Na América Latina, a libertação, diferentemente do conceito de liberdade, volta-se para os processos de superação e enfrentamento de forma coletiva das situações de opressão vivenciadas pela grande maioria desses países. Ximenes e Góis (2010, p.59) ressaltam que, nesta região o religioso, o pedagógico, o filosófico e o psicológico se fundem e nascem de novo na realidade social de seu povo oprimido, que busca a libertação mediante uma práxis libertadora, ato este que é de conquista, de superação, de conscientização.

É neste panorama histórico e político de mudanças e a partir dos pressupostos epistemológicos que norteiam o conceito e paradigma de Libertação, que possibilitaram o desenvolvimento dos campos: Teologia da Libertação (Guareschi, 2009), Filosofia da Libertação (Dussel, 1986), Pedagogia da Libertação (Freire, 1979) e Psicologia da Libertação (Martín-Baró, 2011).

Guareschi (2009) traz importantes reflexões sobre o conceito de libertação a partir de três pressupostos epistemológicos nele implícitos, quais sejam: o conceito de relação como superação da dicotomia entre o individual e o social, em que implica a dimensão relacional, crítica e dialética; a superação da dicotomia entre teoria e prática, que aponta para uma indivisibilidade entre o dizer e o fazer, e a imprescindibilidade da dimensão ética que questiona sobre quais são os processos que precisam ser libertados e as influências necessárias dos valores imbricados nesses processos.

Martín-Baró (2011) acrescenta que a Psicologia da Libertação deve desenvolver uma práxis que permita aos sujeitos tornarem-se protagonistas de sua história e construir ações transformadoras para uma sociedade

latino-americana mais justa e mais humana. Para tanto, constitui-se um desafio para a Psicologia Latino-americana explicar a relação que existe entre a desalienação individual e a desalienação social. Somente a partir da perspectiva das maiorias oprimidas é possível vislumbrar a potencialidade libertadora das técnicas psicológicas.

Para Pizzinato (2010), esta perspectiva faz emergir a opção profissional pelo trabalho com a população pobre e com a experiência comunitária na prática da psicologia latino-americana e revoluciona a práxis psicológica ao imprimir novos desafios: promoção das atividades dos grupos oprimidos, revitalizando as práticas comunitárias, denunciando a injustiça social, facilitando a conscientização, fomentando formas de resistência e luta, promovendo o controle dos aspectos cotidianos de suas vidas. Entretanto, essas ações transformadoras não podem acontecer sem a participação das maiorias excluídas. Para Martín-Baró (2011, p.196) “devemos trabalhar para potencializar as virtudes dos nossos povos”, o que reafirma o compromisso ético da psicologia com uma práxis libertadora.

A Psicologia Comunitária, na perspectiva trabalhada nesse artigo, é considerada uma área da Psicologia Social da Libertação, já que os seus fins coincidem na busca pela desalienação e libertação, reafirmando seu compromisso ético com os grupos socialmente oprimidos e marginalizados em uma perspectiva emancipadora. Portanto, condizente com seus pressupostos teóricos e éticos, sua prática é pautada no diálogo problematizador e na potencialização dos agentes individuais e comunitários, voltando-se “(...) na direção do desenvolvimento de formas participativas de intervenção, do fortalecimento das relações de poder mais plurais, democráticas e horizontalizadas (...)”. (Ximenes, Nepomuceno & Cidade, 2016, p. 190).

O que fomenta a intervenção em Psicologia Comunitária e a Saúde Comunitária, inserida no paradigma da Libertação, é a participação, como aspecto catalisador dos processos de conscientização, desideologização, fortalecimento pessoal e coletivo, potenciação de pessoas e grupos, formação de redes comunitárias de apoio e solidariedade, construção de ações coletivas para melhoria das condições de vida dos grupos socialmente marginalizados.

A participação em uma perspectiva libertadora em diversos campos do saber e de atuação, inclusive na saúde comunitária, requer do sujeito e dos sujeitos, enquanto coletivo, um movimento emancipador de rompimento com a dependência e alienação. Disto, resultam os processos de conscientização e ação participante no sentido de mudanças significativas nas

estruturas que fundamentam a sociedade em um viés que propicia a submissão e exploração de uma grande parcela da população.

Nesse sentido, a Saúde Comunitária tem a participação como mola propulsora das intervenções em educação, prevenção e promoção em saúde, ao potencializar indivíduos, grupos e comunidades em suas dimensões saudáveis. O espaço de participação é a comunidade, considerada como lugar de moradia e de construção de vínculos entre seus moradores, e que possibilita a construção do conhecimento crítico e processos de conscientização, o fortalecimento humano e comunitário, a transformação social das questões que envolvem o processo saúde-doença. Abrangem ações que incluem o diálogo problematizador, a interação social afetiva entre profissionais e sujeitos comunitários, a vivência, a ação coletiva transformadora, transcendendo os modelos biomédicos que centram a intervenção no indivíduo e nos seus processos de adoecimento (Góis, 2008).

O elemento da participação promove os potenciais saudáveis das pessoas ao possibilitarem a conscientização e transformação dos elementos pessoais, comunitários e ambientais, determinantes sociais dos processos de saúde individuais e coletivos, respondendo à complexa e multidimensional visão de saúde que extrapola os aspectos físicos e biológicos, envolvendo aspectos complexos em uma dimensão pedagógica e terapêutica mais ampla.

Metodologias Participativas: Caminhada Comunitária, Visita Domiciliar e Círculo de Cultura

A metodologia é o caminho seguido pelo profissional ou pelo pesquisador que revela as concepções epistemológicas que estão relacionadas com sua formação profissional. Esse percurso precisa estar coerente com o problema e com os objetivos da pesquisa e, ou da intervenção e com as experiências pessoais do profissional e dos sujeitos participantes (Silva, 2014).

Sarriera (2011) problematiza a participação no contexto da saúde comunitária e tece uma crítica afirmando que existe a participação passiva e subordinada. Segundo Silva (2014), a participação também pode assumir um caráter de um espaço de aprendizagem, em que os indivíduos se fazem presentes para receber formação, aprendizagem e/ou capacitação. Esse modo de participar não propicia a promoção da autonomia, do protagonismo e da corresponsabilização, sendo muito comum no campo das políticas sociais de um modo geral, e muitas vezes podem apresentar um viés assistencialista ou bancário (Freire, 2002).

Uma outra forma de participação é a democrática, que compreende os indivíduos como responsáveis por seus direitos e deveres, com foco na autonomia e num projeto de sociedade se ultrapasse a dimensão política e considere as esferas pessoal e social (Delors, 2010). Assim, podemos constatar que a participação requer um ambiente democrático e deve contribuir com o fortalecimento da identidade pessoal, coletiva e, ou comunitária, na direção da construção de processos de autonomia. Freire (2002) compreende a autonomia, no contexto da Pedagogia da Libertação, como algo que deve ser conquistado e construído a partir da vivência de cada um e das decisões baseadas na liberdade do sujeito.

Diante do exposto, podemos constatar que atuar com metodologias participativas consiste optar pelo uso de metodologias nas quais os sujeitos da pesquisa ou da intervenção são considerados coprodutores de conhecimento (Streck, 2016). As metodologias participativas são estudadas e referenciadas, especialmente no campo da Educação Libertadora/Popular, trazendo a centralidade da obra de Paulo Freire. É nesse sentido que o uso dessas metodologias tende a favorecer o fortalecimento da identidade pessoal e social dos sujeitos envolvidos, de tal modo, a potencializá-los na direção de desenvolvimento de estratégias de enfrentamento ao sofrimento e de construção de processo de libertação.

Diante da diversidade de metodologias participativas, a caminhada comunitária, a visita domiciliar e o círculo de cultura possuem como foco a participação e a valorização do conhecimento popular, elementos que estão alinhados com a Saúde Comunitária e a Psicologia Comunitária. Tais práticas estão nas intervenções dos profissionais da saúde, porém há poucas sistematizações sobre essas metodologias.

Caminhada Comunitária

A caminhada comunitária, muito utilizada na Psicologia Comunitária, é uma das técnicas de facilitação dos processos comunitários que se volta para conhecer e compreender as dinâmicas que envolvem o fazer comunitário. Desta forma, é uma alternativa prática de inserção na comunidade, lócus de intervenções psicossociais dos profissionais, sendo que muitos possuem dificuldades de compreender a importância de caminhar na comunidade e conhecer o cotidiano dos moradores (Rebouças Jr. & Ximenes, 2010). Segundo Góis (2008), a caminhada comunitária

É um andar realizado em grupo, no qual se juntam para caminhar pelas ruas da comunidade profissionais de saúde e moradores, com o fim de conhecer os

locais, as pessoas, ver situações, ouvir histórias, saber da história do lugar, dar-se a conhecer e estabelecer laços de convivência, estar mais dentro e por dentro do cotidiano do lugar. A caminhada comunitária quer dizer um andar coletivo visando olhar junto, compreender junto e atuar junto (p. 197).

Nesta atividade, os profissionais da saúde, de outras políticas públicas e lideranças comunitárias, juntamente com os moradores da comunidade, empreendem uma caminhada conjunta e dialógica, que pode se realizar em diversos momentos do dia, apreendendo as variações do viver em comunidade (Góis, 2008). Na caminhada comunitária, os papéis do profissional e do morador são diferentes, porém estão em relação de horizontalidade, já que ambos estão no território, caminham, interagem e vivenciam o cotidiano da comunidade em conjunto. O morador passa a ser também um facilitador de processos de inserção na comunidade e de promoção de atividades comunitárias. Segundo Rebouças Jr e Ximenes (2010), a importância do envolvimento do morador na caminhada se deve ao fato de que “ele conhece mais o lugar e assume uma função de guia, o que propicia mais segurança a todos. O morador sabe quais são os lugares perigosos, os melhores horários e quem são as pessoas importantes que devem ser visitadas” (p. 160).

Embora a comunidade possa ser conhecida pelos envolvidos, os profissionais que realizam a caminhada comunitária necessitam ter por princípio um olhar sensível sobre os lugares, as pessoas e os processos vivenciados. Pressupõe um compromisso com o outro e com a comunidade, sendo fonte inesgotável de conhecimento, de vivência no modo de vida que envolve o viver e o conviver em comunidade.

Da mesma forma, a caminhada comunitária resulta em contribuições também no processo de territorialização da comunidade ou região, em visto de se tomar ciência do território como espaço concreto da vida social no qual as intervenções sociais se encontram e atuam, em certo grau de convergência e divergência, conhecendo suas potencialidades e fragilidades que podem se dar por meio do contato com a comunidade e seus moradores (Gadelha, Machado, Lima, Baptista, 2011).

A partir do conhecer *in loco* a realidade da comunidade, os sujeitos envolvidos na caminhada devem se voltar para observar e interagir com os moradores, vislumbrar os pontos de convivência reais e potenciais dos grupos, identificar as contradições estruturais, relacionais e simbólicas no lugar e as atividades comunitárias desenvolvidas pelos próprios moradores. Entretanto,

embora seja preciso definir, com clareza, os objetivos desta inserção, é importante evitar um controle rígido dos caminhos e lugares a serem percorridos correndo o risco de perder o sentido vivo e natural da comunidade.

A caminhada comunitária é um espaço em que o profissional da saúde ou das políticas públicas passa a ser conhecido pelos moradores da comunidade, passar a conhecer os espaços significativos ou não que fazem parte da história daquele lugar e a compreender aspectos que antes eram vistos como abstratos, pois o conhecimento só se dava a partir dos relatos dos moradores, sem uma vivência no lugar. Essa inserção do profissional é uma maneira de facilitar processos de participação, fortalecer os vínculos afetivos e sociais, visibilizando relações de opressão e criando condições para a libertação. Como técnica de inserção comunitária pode ser associada a outras práticas, tal qual a visita domiciliar, visita institucional e entrevista, agregando informações e vivências subjetivas à compreensão ampla da comunidade.

Visita Domiciliar

A visita domiciliar é uma técnica que vem se disseminando em diferentes áreas, como nas atuações nas políticas públicas, nas atividades acadêmicas e nas organizações não-governamentais, junto às comunidades. É uma prática profissional investigativa ou de atendimento e que se desenvolve contemplando outras técnicas como a observação, a entrevista e o relato oral (Amaro, 2003).

No âmbito da Psicologia Comunitária permite aprofundar e compreender aspectos da dinâmica familiar e comunitária, fortalecer o vínculo entre os profissionais e a comunidade e compreender a relação entre o ambiente e o comportamento das pessoas (Rocha, Moreira & Boeckel, 2010). Como opção metodológica, é importante que o profissional tenha interesse e predisposição para realizá-la, evitando improvisações (Amaro, 2003; Rocha, Conz, Barcinski, Paiva & Pizzinato, 2017). Sua utilização permite recolher informações que em outras situações não seria possível. Algumas vezes, o contexto organizacional/institucional demarca e define a utilização da visita domiciliar (Chagas, 2014; Fernández, 2016).

Antes de realizar a visita domiciliar, é necessário identificar a origem da solicitação, que pode vir da demanda da equipe ou profissional de referência, de outro serviço, das próprias pessoas a serem visitadas e de outras fontes. Logo, é importante definir os objetivos da visita, podendo ser para fortalecer vínculos, obter informações, fazer um atendimento, conhecer a interação da família com o bairro e recolher dados para

pesquisa. Garcia e Teixeira (2009) e Rocha et al. (2017) ressaltam a importância da participação de diferentes profissionais na visita domiciliar, caso seja possível.

A visita domiciliar pode ser programada com antecedência e sem antecedência. Na visita programada com antecedência, é importante cuidar dos temas logísticos: programação da visita (agendar dia e hora, definir previamente sua duração e ter em conta as preferências e disponibilidade das pessoas que serão visitadas), confirmar dias antes a possibilidade de se realizar a visita, providenciar e assegurar que se tenha os dados e recursos necessários (endereço da residência, transporte, roteiro da entrevista e/ou pontos que se quer abordar, prever tempo do percurso). Já a visita programada sem antecedência, está relacionada a situações imprevistas que podem advir de denúncias relacionadas a situações de violências, maus tratos, situação grave de saúde e descumprimento de alguma medida judicial e que o profissional precisa realizar.

No momento da visita, os profissionais devem fazer a sua apresentação, explicar o motivo da visita e iniciar o processo de conversa ou entrevista, sempre com atenção para dinâmica familiar que acontece durante a visita. É fundamental construir um diálogo sem invadir a intimidade e privacidade das pessoas e de modo que não prejudique a fluidez da comunicação entre os participantes. No final, o profissional deve perguntar se a pessoa quer acrescentar algo.

As habilidades do profissional para estabelecer uma relação empática, de confiança e para observar os elementos do contexto são fundamentais para assegurar o êxito e o alcance dos objetivos propostos. Porém, também é importante ter em conta alguns aspectos desafiadores, como cuidar para não expor a pessoa/família visitada, garantir a privacidade e a confidencialidade dos dados obtidos. Para muitas famílias, dependendo da situação, receber em casa a visita de um profissional que oferece escuta, empatia, respeito e atenção é motivo de muita gratidão e vivido como uma expressão de cuidado e confiança. (Chagas, 2014; Fernández, 2016). À medida que o profissional passa a estar na residência do morador, pode-se criar nesse espaço, uma relação de fortalecimento da intimidade e do vínculo entre profissional e morador, contribuindo com a promoção da saúde, através de diálogos problematizadores e, por conseguinte, de relações mais libertadoras.

Círculo de Cultura

Paulo Freire assumiu o compromisso com a transformação social e desenvolveu uma ação educativa que,

na perspectiva de Góis (2005) é considerada problematizadora, dialógica e amorosa. Paulo Freire criou o Círculo de Cultura, em meados de 1964, no Movimento de Cultura Popular de Recife (MCP), no Projeto de Educação de Adultos. A base de sua práxis está na valorização e articulação da cultura popular, com vistas a transformação da realidade social opressora (Marinho, 2009). Através do círculo de cultura se propicia uma interação em grupo, buscando compartilhar e ampliar os conhecimentos sobre determinada situação, incentivar a ação coletiva, estimular o desenvolvimento de uma consciência crítica e da participação popular (Freire, 1979).

A disposição das pessoas em círculo é um modo de criar condições de horizontalidade, de diálogo e de expressão, reconhecendo as diferenças e singularidades de cada um no grupo. Em círculo, não há hierarquização, nenhuma pessoa é mais importante que as outras e todas podem aportar seus conhecimentos a partir das vivências e compreensões pessoais. Já a palavra cultura pode ser compreendida como a aquisição sistemática da experiência humana, que compõem os valores, histórias, mitos, resultado da práxis humana (Cavalcante & Góis, 2015).

Diante disso, o círculo de cultura é um instrumento de expressão e aprendizagem, onde se criam espaços reflexivos e participativos em que os participantes são convidados a compartilhar sua compreensão sobre uma palavra ou tema gerador. O compartilhar desses significados e vivências individualmente (descodificação) resulta na ampliação ou em uma nova apreensão sobre as palavras ou temas geradores iniciais (codificação), só que, dessa vez, há como fruto uma construção coletiva. Assim, o processo do círculo de cultura se resume em codificar-descodificar-codificar palavras ou temas geradores. No círculo de cultura, essas palavras ou temas geradores são propostas pelo facilitador/animador e/ou pelos participantes a partir do conhecimento do contexto social da comunidade.

Segundo Monteiro e Viera (2010), o círculo de cultura consiste em três momentos principais: 1) Investigação Temática, que é a busca por palavras ou temas geradores contextualizados com a realidade subjetiva, social, cultural e política moradores da comunidade ou integrantes do grupo; 2) Tematização, que é a busca pelo significado da palavra geradora, é a codificação e decodificação dos temas; 3) Problematização, que é a partilha e discussão dos significados das palavras, na direção do processo de conscientização.

Segundo Cavalcante e Góis (2015), as características do círculo de cultura são: clima de espontaneidade, respeito e confiança; crença no ser humano como sujeito capaz de transformar a realidade, através da consciência

crítica; diálogo autêntico; a existência de um facilitador dos processos humanos e sociais; troca e aprendizado mútuo. É o diálogo problematizador que leva à (re) construção do mundo, à conscientização e a superação transformação da realidade opressora. Nesse sentido, o objetivo dos círculos de cultura são práticas que visem os processos de libertação.

Nos processos de intervenção comunitária e grupal nos campos da saúde, da educação, da cultura, da assistência social, dos direitos humanos e em outros podem ser utilizados o círculo de cultura. Além de ser um recurso teórico e metodológico também pode ser uma técnica de pesquisa (Monteiro & Vieira, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste artigo foi tomar como base as discussões da Saúde Comunitária e Psicologia Comunitária para refletir sobre as metodologias participativas, portanto este requer que afinemos as bases ideológicas e ético-políticas deste campo do saber com os instrumentais de intervenção social. Para tanto, os pressupostos da saúde integradora e multidimensional, a imprescindibilidade da participação da população, o foco nos aspectos comunitários e o horizonte dos processos de libertação das situações de opressão são essenciais para uma atuação a partir das metodologias participativas.

As metodologias precisam estar consonantes com estes pressupostos para que promovam o protagonismo e autonomia dos sujeitos, das famílias e das comunidades na produção, fortalecimento, recuperação e gestão da saúde. Nesse sentido, o rompimento com as perspectivas tradicionais de atuação em saúde remete à busca de novas formas de intervenção e atuação.

Portanto, uma intervenção pautada em tais pressupostos deve facilitar a identidade pessoal e social, a autonomia, a conscientização, a libertação e o protagonismo dos sujeitos, famílias e comunidades. Entretanto, é necessário compreender esta participação como efetivação de um processo democrático, superando tendências institucionalizadas e burocráticas que estão arraigadas na operacionalização dos sistemas de saúde. Desta forma, é possível dar centralidade aos sujeitos comunitários nas atuações, fomentando processos que os possibilitem passar da passividade à atividade, da apatia à construção coletiva, do silenciamento ao diálogo, da dependência à autonomia, da opressão à libertação.

A caminhada comunitária permite conhecer a comunidade, o modo de vida de seus moradores, os equipamentos públicos, dentre outras aspectos que compõem a realidade local, interagir com os moradores,

identificar lideranças, criar vínculos familiares e comunitários, enquanto a visita domiciliar é uma forma de construir intimidade com o lugar, estabelecer relações mais próximas de cuidado e confiança, conhecer aspectos psicossociais que, de outro modo não seria possível. Já o círculo de cultura possibilita deflagrar processos de conscientização através do trabalho coletivo de decodificação da realidade, de problematização das questões existenciais e de reconstrução da leitura do mundo e de si mesmo de forma crítica e transformadora, constituindo-se como um instrumento potente para fomentar processos participativos em saúde comunitária.

Este artigo limitou-se a apresentar somente essas três metodologias a fim de contribuir com a intervenção de profissionais que almejem utilizá-las. Porém, compreendemos a sua limitação em não discorrer sobre várias outras técnicas pertinentes a essas temáticas e também de não discutir a importância da interdisciplinaridade dos saberes. No entanto, os principais aspectos presentes nas metodologias da Saúde Comunitária e da Psicologia Comunitária são a participação e a libertação.

REFERÊNCIAS

- Amaro, S. (2003). *Visita domiciliar: guia para uma abordagem complexa*. Porto Alegre: AGE Editora, 2003.
- Ayres, J. (2016). Georges Canguilhem e a construção do campo da Saúde Coletiva Brasileira. *Intelligere*, 2(1), 139-155. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2447-9020.intelligere.2016.115732>.
- Calatayud, F. M. (2015). A perspectiva ética da saúde comunitária e sua relação com a formação universitária de recursos humanos. Uma aproximação. In J. Sarriera, E. Saforcada & I. Alfaro (Orgs.), *Perspectiva psicossocial na saúde comunitária*. (pp. 49-62). Porto Alegre: Sulina.
- Campos, C. W. S., (2016). XV Conferência Nacional de Saúde: o que comemorar e o que criticar?. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14(1), 5-6. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00102>.
- Cavalcante, R., & Góis, C.W.L. (2015). Práticas educativas em educação biocêntrica. In R. Cavalcante & C.W.L Góis (2015), *Educação biocêntrica: ciência, arte, mística, amor e transformação* (pp. 211-293). Sobral, CE: Edições UVA.
- Chagas, E. (2014). *Trabajo social con familias: un estudio comparado sobre la intervención en los CRAS de Fortaleza-CE-Brasil y en los CSS de Barcelona-ES*. Barcelona: Universidad de

- Barcelona DL. Recuperado de <http://www.tdx.cat/handle/10803/134823>.
- Delors, J. (2010). Um tesouro a descobrir. Brasília: UNESCO. Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0010/001095/109590por.pdf>.
- Dussel, E. (1986). Método para uma Filosofia da Libertação. São Paulo: Edições Loyola.
- Fernández, J. (Coord.). (2016). La intervención con familias desde el trabajo social. Madrid: Editorial Grupo 5.
- Freire, P. (1979). Educação como Prática da Liberdade (9ª. Ed.). Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (2002). Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à Prática Educativa. São Paulo: Paz e Terra.
- Gadêlha, C.A.G., Machado, C.V., Lima, L.D., & Baptista, T.W. F. (2011). Saúde e Territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16 (6), 3003-3016.
- Garcia, I. & Teixeira, C. (2009). Visita domiciliar: um instrumento de intervenção. *Sociedade em Debate*, 15(1), 165-178.
- Góis, C.W. (2005). Psicologia Comunitária: Atividade e Consciência. Fortaleza, CE: Publicações Instituto Paulo Freire.
- Góis, C.W. (2008). Saúde Comunitária: pensar e fazer. São Paulo, SP: Hucitec.
- Guareschi, P. (2009). Pressupostos epistemológicos implícitos no conceito de Liberação. In R. Guzzo, & F. Lacerda Jr. (Orgs.), *Psicologia Social para a América Latina: o resgate da Psicologia da Libertação* (pp. 45-64). Campinas, SP: Alínea.
- Juarez, M. P. (2015). Dimensiones de la salud comunitaria que consideran pediatras del primer nivel de atención: reflexiones y desafíos. *Psicologia em pesquisa*, 9(1), 50-61, doi: 10.5327/Z1982-1247201500010007.
- Marinho, A.R.B. (2009). *Círculo de Cultura: origem, história e perspectivas epistemológicas* (Dissertação de mestrado), Universidade de São Paulo, Faculdade de Educação, São Paulo, SP.
- Martín-Baró, I. (2011). Desafios e perspectivas da Psicologia Latino-Americana. In R. Guzzo, & F. Lacerda Jr. (Orgs.), *Psicologia Social para a América Latina: o resgate da Psicologia da Libertação* (2a. ed.). (pp. 199-219). Campinas – SP: Editora Alínea.
- Monteiro, E.M.L.M., & Vieira, N.F.C. (2010). Educação em saúde a partir de Círculos de Cultura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(3), 397-403. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a08v63n3.pdf>.
- Pizzinato, A. (2010). Psicologia da libertação. In J. C Sarriera & E. T. Saforcada, (orgs.). *Introdução à Psicologia Comunitária: bases teóricas e metodológicas* (pp. 113- 138), Porto Alegre, RS: Sulina.
- Rebouças Jr., F.G., & Ximenes, V.M. (2010). Psicologia Comunitária e Psicologia Histórico-Cultural: análise e vivência da atividade comunitária pelo método dialógico-vivencial. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 5(2), 151-162.
- Rocha, K.B., Moreira, M.C., & Boeckel, M.G. (2010). A entrevista e a visita domiciliar na prática do psicólogo comunitário. In J.C. Sarriera & E.T. Saforcada (Orgs.), *Introdução à Psicologia Comunitária: bases teóricas y metodológicas* (pp.205-213). Porto Alegre, RS: Meridional.
- Rocha, K., Conz, J., Barcinski, M., Paiva, D., & Pizzinato, A. (2017). A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(1), 170-185. doi: <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180115>.
- Sarfocada, E. (2008). El concepto de salud comunitaria ¿Denomina solo un escenario de trabajo o también una nueva estrategia de acción en salud pública? *Psicologia em Pesquisa*, 2(2), 03-13. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472008000200002&lng=pt&tlng=es
- Saforcada, E. (2012). Salud Comunitaria, gestión de salud positiva y determinantes sociales de la salud y la enfermedad. *Aletheia*, (37), p.7-22. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942012000100002&lng=pt&tlng=es.
- Saforcada, E., & Alves, M. A. (2015). Saúde Comunitária: do novo paradigma às novas estratégias de ação em saúde. In J.C. Sarriera & E.T. Saforcada (Orgs.), *Perspectiva Psicossocial da Saúde Comunitária: a comunidade como protagonista* (pp. 19-48). Porto Alegre, RS: Sulina.
- Sarriera, J.C. (2011). Desafios atuais da saúde comunitária no Brasil. In J.C. Sarriera (Org.), *Saúde Comunitária – conhecimentos e experiências na América Latina*. (pp. 246-257). Porto Alegre, RS: Sulina.
- Silva, A.M.S. (2014). Análise das implicações psicossociais do protagonismo para os jovens em situação de pobreza (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Ceará (UFC), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, CE.

- Streck, D.R. (2016). Metodologias participativas de pesquisa e educação popular: reflexões sobre critérios de qualidade. *Interface*, 20(58), 537-547. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000300537&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
- Ximenes, V.M., & Góis, C.W. de L. (2010). Psicologia Comunitária: uma práxis libertadora latino-americana. In R. Guzzo, & F. Lacerda Jr. (Orgs.), *Psicologia & Sociedade: Interfaces no debate sobre a questão social* (pp.45-64). Campinas, SP: Alínea.
- Ximenes, V. M., Nepomuceno, B. B., & Cidade, E. C. (2016). Pobreza: um problema para a Psicologia Comunitária? In V. M., Ximenes, J. C. Sarriera, Z. A. C Bonfim & I. J. Alfaro (orgs.), *Psicologia Comunitária no mundo atual: desafios, limites e fazeres*. (pp. 175-196). Fortaleza-CE: Expressão Gráfica e Editora.
- Yazbek, M. C. (2012). Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. *Serv. Soc. Soc.* [online]., 110, 288-322. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282012000200005>.

Endereço para correspondência:

Verônica Morais Ximenes
Departamento de Psicologia -UFC,
Av. da Universidade, 2762
CEP: 60.020-180 – Benfica, Fortaleza/Ceará
E-mail: vemorais@yahoo.com.br

Recebido em 08/06/2017

Aceito em 11/08/2017