



Psicoperspectivas

ISSN: 0717-7798

revista@psicoperspectivas.cl

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso  
Chile

Ferreira Moura Jr, James; Rebouças Júnior, Francisco Gilmário; Braga Alencar, Alana; Sampaio Maciel de Oliveira Porto, Ana Kariny; Melo de Pinho, Ana Maria; Moraes Ximenes, Verônica; de Sousa Gadelha, Ana Karina

Intervención comunitaria con mujeres a partir de la actuación en Red en Psicología Comunitaria: Una experiencia en una comunidad de Brasil

Psicoperspectivas, vol. 13, núm. 2, 2014, pp. 133-143

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso

Viña del Mar, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=171031011013>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## Intervención comunitaria con mujeres a partir de la actuación en Red en Psicología Comunitaria: Una experiencia en una comunidad de Brasil

James Ferreira Moura Jr.<sup>a(\*)</sup>, Francisco Gilmário Rebouças Júnior<sup>b</sup>, Alana Braga Alencar<sup>c</sup>, Ana Kariny Sampaio Maciel de Oliveira Porto<sup>d</sup>, Ana Maria Melo de Pinho<sup>e</sup>, Verônica Moraes Ximenes<sup>f</sup>, Ana Karina de Sousa Gadelha<sup>g</sup>.

<sup>a</sup> Universidad Federal de Rio Grande do Sul, Brasil

<sup>b,g</sup> Escuela de Formación en Salud de la Familia Visconde de Sabóia, Brasil

<sup>c,e,f</sup> Universidad Federal do Ceará, Brasil

<sup>b</sup> Escuela de Salud Pública del Ceará, Brasil

(\*) [james.ferreira@ufrgs.br](mailto:james.ferreira@ufrgs.br)

### RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo presentar el proceso de desarrollo de un grupo comunitario de mujeres a partir de un trabajo en red en Psicología Comunitaria en una comunidad ubicada en Fortaleza, Brasil. Las acciones se basaron en el fortalecimiento de las residentes en la perspectiva de la salud comunitaria, las políticas de salud pública, el tercer sector y la universidad. Se realizó una investigación cualitativa utilizando observación participante, diario de campo y entrevistas grupales con seis mujeres que participaban en un grupo comunitario de autoestima, desarrollado por agentes externos. Los datos fueron analizados mediante análisis temático. Los resultados indican que las actividades realizadas fomentaron el fortalecimiento de las identidades de las mujeres residentes. Igualmente, surgieron actitudes críticas y comunitarias de movilización a favor de cambios en situaciones de opresión a nivel individual y colectivo.

### PALABRAS CLAVE

Psicología Comunitaria, salud comunitaria, intervención, mujeres

## Community intervention with women based on networking action in Community Psychology: An experience in a community of Brazil

### ABSTRACT

This article presents the process of developing a community group of women based on a process of networking in Community Psychology in a community of, Fortaleza, Brazil. The actions sought to strengthen the residents based on a community health perspective, the public health policy, the third sector and the university. A qualitative study was performed through the use of participant observation, field notes and focus groups with six women who were part of a community group of self-esteem developed by external agents. Data was analyzed through theme analysis. Results show that the activities promoted strengthening the identities of the women residents. Critical and community attitudes emerged that allow mobilization for change in situations of individual and collective oppression.

### KEYWORDS

community psychology, community health, intervention, women

Recibido: 15 enero 2014

Aceptado: 13 mayo 2014

**Como citar este artículo:** Moura Jr., J. F., Rebouças Júnior, F. G., Alencar, A. B., Oliveira, A. K. S. P., Pinho, A. M.M., Ximenes, V. M. & Gadelha, A. K. S. (2014). Intervención comunitaria con mujeres a partir de la actuación en Red en Psicología Comunitaria: Una experiencia en una comunidad en Brasil. *Psicoperspectivas*, 13(2), 133-143. Recuperado de <http://www.psicoperspectivas.cl> doi:10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL13-ISSUE2-FULLTEXT-419

La investigación se realizó en el marco de la disertación de maestría de Pinho (2010): "Pintando janelas em muros: a arte como método vivencial de facilitação de grupos populares" de la Universidad Federal del Ceará del Programa de Pós-graduação en Psicología

ISSNe 0718-6924

## Introducción

Este artículo tiene como objetivo presentar el proceso de desarrollo de un grupo comunitario de fortalecimiento de mujeres a partir de un trabajo en red en Psicología Comunitaria en una comunidad ubicada en Bom Jardim, un barrio en la ciudad de Fortaleza, Brasil. Es una zona con estigmas de pobreza, violencia, desigualdad social, pero también con un gran potencial humano para el desarrollo personal y colectivo. En la actuación intersectorial en red, fueron articuladas operaciones conjuntas entre profesionales del Centro de Atención Psicosocial General, Centro de Atención Psicosocial Alcohol y Otras Drogas, Miembros de la ONG Movimiento de Salud Mental Comunitario del Bom Jardim (MSMCBJ) y Estudiantes del Núcleo de Psicología Comunitaria (NUCOM) de la Universidad Federal del Ceará, Brasil.

### La comunidad estudiada y los actores sociales de la intervención comunitaria en red

La comunidad en estudio está situada dentro del área del Gran Bom Jardim. El barrio de Bom Jardim es el segundo barrio con más población de Fortaleza, con 541.511 habitantes. 38.554 (7,12%) de los residentes viven en pobreza extrema con un ingreso familiar per cápita mensual de 70 reales o menos, siendo la región que tiene el mayor porcentaje de personas que viven en extrema pobreza en la ciudad, un total de 28,77% (Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará [IPECE], 2012). Si bien la pobreza es parte de la privación monetaria, también está relacionada con cuestiones más complejas. Según Cidade, Moura Jr y Ximenes (2012), la pobreza debe ser comprendida en relación con la estructura social y la desigualdad, siendo una estrategia de mantenimiento del *status quo*. De esta forma, se establece como una práctica de opresión simbólica, ideológica y estructural, que desarrolla la identidad del oprimido y explotado además de actitudes de pasividad y violencia.

La comunidad ha sufrido mucho con el estigma de la violencia y la pobreza, siendo vista por muchos como una zona de riesgo dentro de la ciudad. Sin embargo, también hay personas en la comunidad que demuestran tener mucho coraje y fuerza para enfrentar los problemas cotidianos. Nos parece que las mujeres de la comunidad son las principales actrices. Los hombres son una presencia menos significativa. Generalmente, ellos trabajan o están en la cárcel debido al tráfico de drogas. Así, las mujeres están haciendo costuras para venderlas, cuidando de los hijos y construyendo el cotidiano de la comunidad. Algunas fueron más receptivas, otras un poco más recelosas con la nuestra presencia. Sin embargo, con el tiempo, se construyeron relaciones cercanas entre agentes externos e

integrantes de la comunidad (Diario de Campo, 2, 5, 8, 12).

El trabajo realizado en la comunidad tuvo una perspectiva de trabajo en red. La propuesta buscó la integración de servicios de intervención y la coordinación de acciones de los diversos actores involucrados, siendo ésta la forma más poderosa para construir una actuación dirigida a la promoción y prevención en salud (Góis, 2008). Por esto, se estableció una vía de comunicación entre profesionales de diferentes organizaciones para la construcción de las acciones más integrales e interdisciplinarias, creando la Red de Actuación en Salud (RAS) en esta comunidad. Esta red la constituyen profesionales de: Centro de Atención Psicosocial General (CAPS), Centro de Atención Psicosocial General y Otras Drogas (CAPS AD), Movimiento de Salud Mental Comunitaria y Núcleo de Psicología Comunitaria (D.C. 12).

En el contexto del trabajo en las políticas públicas es común observar las acciones desarticuladas entre los diversos servicios. En muchos casos, los profesionales han estado trabajando de forma desordenada y sin atención integral en la resolución de las demandas inmediatas de la población (Mendes, 2010). Para no reproducir esas prácticas se debe entender la salud como un concepto más amplio y complejo, integrando los aspectos psicológicos, sociales, culturales, económicos y ambientales. (Almeida Filho, 2011). A partir de este aspecto se destaca la necesidad de la creación de redes, en las cuales los actores de diferentes sectores se unan para alcanzar un objetivo común. Al respecto, Bourguignon (2001) define que el término red se relaciona a la idea de la articulación a través de las relaciones horizontales entre los diferentes actores interconectados, para garantizar una mayor atención integral a las clases y segmentos mayormente marginados.

Actualmente, el Ministerio de la Salud del Brasil concibe la importancia de las Redes para garantizar el cuidado integral de la población. Tiene como perspectiva acabar con un trabajo que sea fragmentado (Ministério da Saúde, 2013). Junto a esta perspectiva, consideramos la formación de redes integradas como una estrategia eficaz para organizar el sistema de salud, superando los desafíos relacionados a la estructura y la promoción de salud a población (Malta & Merhy, 2010). Con base en los servicios de salud, Mendes (2010) conceptualiza como redes de atención de la salud: "organizaciones poliárquicos de conjuntos de servicios de salud, unidos entre sí por una sola misión, con metas comunes y con acción cooperativa y solidaria, que nos permite ofrecer un continua e integral atención a una población determinada" (p. 230).

Góis (2008) informa que, en el contexto comunitario brasileño, hay una estructura dispersa y despotencializada en sus acciones, programas y proyectos para la población, dentro de la cual los servicios funcionan de manera desarticulada; basándose en este hecho, el autor propone la formación de puentes activos entre estos actores. Esta articulación se caracteriza como una acción compleja, interdisciplinaria e intersectorial, en la cual el tema generador es la salud de la comunidad. De esta manera, los trabajadores de diversos sectores, junto con la comunidad, pueden organizarse para la acción conjunta, en la búsqueda de la mejora de la salud comunitaria, la optimización de recursos, el establecimiento de alianzas y la construcción de vínculos.

En el caso de los actores sociales participantes de la RAS, en el barrio ya existía el MSMCBJ que se constituyó como un punto de referencia de contacto con la comunidad y la promoción de la salud mental en Bom Jardim. La misión de esta ONG es "abrazar el ser humano, respetando sus dimensiones bio-psico-socio-espirituales, promoviendo el desarrollo de sus potencialidades a través de la redención de los valores humanos y culturales" (Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim, 2007). También, en la región del Bom Jardim, se encuentra CAPS General, que es una de las principales estrategias de la política pública en salud mental en Brasil. En esta se sugiere que los antiguos asilos y hospicios sean sustituidos por los CAPS, proporcionando tratamiento a las personas con trastornos mentales graves, neurosis y psicosis, como también la reintegración de estas personas a su entorno dentro de la comunidad. En los presupuestos de la reforma, hay directrices que pretenden garantizar que las plazas en los hospitales psiquiátricos sean disminuidas hasta su cierre total y que sean sustituidas por los servicios sustitutivos que hacen parte del Sistema Único de Salud (SUS) brasileño (Ministério da Saúde, 2001).

Dentro de esta Política Nacional de Salud Mental, también está el Centro de Atención Psicosocial de alcohol y otras drogas (CAPS AD), que trabaja con la demanda de salud mental relacionada con el uso de productos químicos. La sede de este servicio no está en Bom Jardim, pero es una de sus áreas de responsabilidad. La existencia del CAPS permitió la participación de sus profesionales en la intervención, teniendo en cuenta que existen muchos casos relacionados con esta demanda en esta área.

En este contexto, la Coordinadora de Salud Mental del Ayuntamiento de Fortaleza entró en contacto con el equipo del Núcleo de Psicología Comunitaria (NUCOM) de la Universidad Federal do Ceará, con el fin de

articular una alianza para llevar a cabo las acciones de diálogo entre el gobierno y la comunidad. En consecuencia, desde la Psicología Comunitaria (Góis, 2005), el equipo del NUCOM tuvo como objetivo mejorar la coordinación de las acciones de salud mental del Bom Jardim, dirigidas a una mayor eficacia de las políticas públicas en este sector. En esta perspectiva, los profesionales de estos servicios sociales se acercaron a la propuesta de acción conjunta con la elección de la comunidad en estudio como principal punto de actuación, debido a los vínculos ya existentes con residentes actuales y a algunos trabajos hechos con anterioridad, como también en función de las severas demandas socio-culturales y económicas en esa comunidad.

Es importante evidenciar que el NUCOM es un espacio de enseñanza, investigación y extensión/cooperación en Psicología Comunitaria del Departamento de Psicología de la Universidad Federal del Ceará-Brasil. Él fue creado en los años ochenta como un proyecto de extensión universitaria en una comunidad de Fortaleza, en situación de pobreza. Desde el principio, ha trabajado el desarrollo comunitario en línea con un enfoque crítico de fortalecimiento de la identidad personal y social de los residentes, de promoción de la participación social y de intentos de transformación positiva de la realidad. Así, fue posible establecer una visión de intervención más amplia que las perspectivas asistencialistas y tecnicistas, concibiendo la praxis como democrática, dialógica, participativa y transformadora (Núcleo de Psicología Comunitária, 2007).

Así, primeramente, se dio la prioridad a la inserción en la comunidad y el conocimiento de la dinámica comunitaria a partir del método facilitar-investigando/investigar-facilitando y del método etnográfico de los integrantes de la Red (Góis, 2005, 2008). Así, fueron identificadas las diversas políticas públicas y se mapearon los movimientos populares, los grupos de convivencia informales (pandillas, equipos de fútbol, voleibol, canchas de baloncesto, etc.) y las organizaciones no gubernamentales existentes. Del mismo modo, observamos el alcance de los movimientos positivos existentes en la comunidad y la necesidad de creación de más espacios para la socialización, solidaridad y salud. La RAS identificó la necesidad de desarrollar una actuación en la comunidad que estuviese compuesta de una contextualización de la realidad actual, estimulando la crítica y la construcción dialógica de las interacciones sociales de apoyo y de cooperación, que dan prioridad a la promoción de la autonomía personal y comunitaria (D.C. 13, 15, 17).

Así, un grupo de autoestima con mujeres fue realizado como posibilidad de actuación en la perspectiva de

promoción de la salud comunitaria. La comunidad en estudio, como se ha dicho anteriormente, estaba inmersa en situaciones de violencia, desintegración comunitaria, pobreza y estigmatización, siendo las mujeres las principales víctimas simbólicas y físicas. Así, era necesaria la construcción de movimientos personales y comunitarios más autónomos, críticos, saludables y libertarios para enfrentar una realidad de opresión. De acuerdo con Góis (2003), se requiere el desarrollo de los espacios y de las relaciones basadas en el diálogo, la empatía, la congruencia, la aceptación, la organización social y la lucha política en intervenciones basadas en la Psicología Comunitaria con enfoque en la salud comunitaria.

### **Concepciones teóricas de una intervención en Psicología Comunitaria con enfoque en la salud comunitaria**

La Psicología Comunitaria puede ser vista como un área de la Psicología Social de la liberación (Góis, 2005), ya que está comprometida con la transformación positiva de la realidad, a partir del desarrollo de los sujetos de la comunidad. La Psicología Comunitaria desarrollada en el estado de Ceará-Brasil se compone de cinco marcos teóricos y metodológicos que, según Ximenes y Góis (2010) dialogan y crean un conocimiento reformulado por la práctica, desde el paradigma de la complejidad, con el eje transversal de una ética de liberación. Estos hitos son: Psicología Cultural Histórico de Vygotsky, Leontiev y Luria; Psicología de la Liberación de Martín Baró; Pedagogía de la Liberación de Paulo Freire; Biodanza de Rolando Toro; y Teoría Rogeriana de Carl Rogers.

Así, la perspectiva con que se analiza el modo de vida en Psicología Comunitaria tiene propone la comprensión de la relación residente-realidad social y cómo esta relación "refleja y cambia en la mente de sus habitantes para surgir nueva, emergente y transformada, y singularizada en sus actividades concretas en el día a día" (Góis, 2005, p.52). Este análisis se debe a que lo que se busca en la acción comunitaria es la profundización de la conciencia y el fortalecimiento de la identidad comunitaria de los residentes en sus aspectos individuales y colectivos. En la comunidad, esta fue una de las principales estrategias con el grupo de mujeres, pues las participantes estaban inmersas en situación de opresión debido a la pobreza y su situación de violencia. Se propone como premisa básica el rescate del valor personal y del poder personal de estos residentes y la deconstrucción de la ideología de sumisión y resignación, que da lugar a una actitud fatalista de la realidad y a una identidad de oprimido y explotado (Góis, 2008).

Entonces, se entiende la ideología de sumisión y

resignación como un sistema de prácticas y representaciones que reproducen las relaciones de injusticia social, siendo un instrumento del mantenimiento de la pobreza y de la desigualdad social. La identidad de oprimido y explotado es resultado de la Ideología que genera varias posiciones personales de servilismo, de fatalismo y de violencia. Se construye como una reacción a las condiciones adversas en que los individuos pobres están sometidos (Cidade et al., 2012). Por lo tanto, con el fin de hacer frente a esta ideología y esta identidad de oprimido y explotado, se ha centrado el rescate del valor y poder personal. Con el valor personal, el sujeto se siente capaz de vivir y de creer en su capacidad para dar vida a sus actos (Alencar, 2011). Para Góis (2008), el valor personal se caracteriza por la capacidad de disfrutar, de verse como valioso, de tener simbolizaciones de acuerdo con la experiencia y expresar intenciones y sentimientos sin miedo.

Ya con el rescate del poder personal, la persona vuelve a descubrir la razón de su poder y se da cuenta de su capacidad para influir en el desarrollo de relaciones saludables con los demás y con la realidad. Este poder se vive en cada momento, buscando el crecimiento de sí mismo y del otro, como también la transformación de la realidad. Con el rescate de este poder, se identifica la tendencia de los individuos a superar la visión fatalista (Martín-Baró, 1998) de la vida, en la que la existencia humana ya tiene un destino predeterminado. Así, la intervención comunitaria desarrollada se ha centrado en las potencialidades de los individuos y del espacio de la comunidad, buscando proponer actividades que tengan como objetivo influir en el desarrollo comunitario. Amaral, Rebouças Junior, Barros y Ximenes (2008) definen el desarrollo comunitario "no sólo como una estrategia para la resolución de los problemas coyunturales, sino también como una pedagogía de la participación" (p. 99), donde los residentes se vuelven progresivamente más responsables de su entorno y de su historia colectiva.

El desarrollo de las potencialidades permite a los residentes mirar su realidad, percibiéndose como entes capaces de transformación. Este proceso se lleva a cabo a través de la actividad comunitaria, entendida como la realización de un carácter práctico y colectivo. Se lleva a cabo en cooperación y diálogo, a partir de las sensaciones personales y colectivas de los residentes (Vieira & Ximenes, 2012). Leontiev (1978) sostiene que la conciencia humana se forja a partir de la actividad humana en la realidad, de modo que la actividad comunitaria es el punto de partida para profundizar la conciencia del individuo en relación con su medio. La base de la actuación, entonces, debe ser guiada en un compromiso con la intervención positiva de la realidad y la aprehensión del reflejo psíquico de la forma de vida



comunitaria (Góis, 2005). Desde la mirada de la Psicología Histórico-Cultural, Luria (2001) afirma que "el objeto de la psicología no es un mundo interno en sí mismo, sino es un reflejo del mundo externo en el mundo interno, es decir la interacción del hombre con el realidad" (p. 21). Basado en este concepto, Góis (2005) trae el reflejo psíquico de la forma de vida comunitaria como objeto de estudio del psicólogo comunitario.

Es destacable que esta apropiación no consista solamente en leer la realidad de una manera más compleja, sino que se refiere a la posibilidad de apropiarse de la realidad y transformarla en un proceso de conscientización. Según Ximenes y Barros (2009), las intervenciones basadas en los principios de la estimulación de la naturaleza crítica de la comprensión de la realidad amplían la percepción del individuo sobre su papel activo en la transformación de su existencia, así como los posibles cambios concretos que puedan ocurrir en su realidad comunitaria. De modo que, la actividad comunitaria tiene dos aspectos: uno instrumental y otro comunicativo. La dimensión instrumental hace uso de herramientas concretas para la modificación de la realidad física del espacio colectivo; mientras que el ámbito comunicativo, utiliza los instrumentos abstractos para la comunicación por medio de herramientas de lenguaje. Ambas facetas de la actividad comunitaria contribuyen a la apropiación colectiva del espacio y a la conciencia más profunda.

Desde el punto de vista de la Psicología Comunitaria, las actividades desarrolladas fueron centradas a la luz de la Salud Comunitaria con una visión más amplia de la salud, frente a una actuación con la participación de diversos actores sociales. Se entiende como un proceso de promoción de la salud en lugar de la atención a la enfermedad. "Se propone como una alternativa crítica a los servicios tradicionales e implica todas las actividades realizadas en y con la comunidad en nombre de la salud de los residentes" (Góis, 2008, p. 54). Esta propuesta combina la perspectiva biocéntrica de la concepción socio-psicológica del proceso de salud/enfermedad. Según Góis (2008), "el enfoque biocéntrico en la salud significa que el ser humano tiene un origen eco social, formando un conjunto de las relaciones socio-ambientales" (p. 62). De esta manera, se fortalece una actuación que enfatiza la prevención y promoción de la salud a través de actividades educativas y de metodologías que promuevan la movilización y la participación popular, proporcionando una mejor calidad de vida de la comunidad.

La salud comunitaria tiene como espacio de actuación la comunidad, considerándola como un espacio de intercambio significativo, lleno de valores e ideologías compartidas por los sujetos que constituyen esta

realidad (Góis, 2008). Castro y Cavalcante (2007) definen el sujeto comunitario como "actor y elemento social básico para mejorar la propia salud y la salud de la población de la comunidad, utilizando sus propios recursos" (p. 66). Este modelo de salud considera los diversos actores de la realidad comunitaria y se caracteriza por ser una práctica de salud desde la perspectiva de la corresponsabilidad, es decir, propone una responsabilidad conjunta de la comunidad para ser cuidada y cuidadora de los procesos de salud con autonomía y promoción del bienestar colectivo e individual (Góis, 2008).

### Metodología

La investigación se centra en un fenómeno social consistente en la manifestación de una realidad humana compleja, constituida por múltiples dimensiones en interacción (Morin, 2003). Por tanto, la intervención social desarrollada en la comunidad fue investigada de forma cualitativa por los actores sociales involucrados (Holanda, 2006). Es importante destacar que los profesionales que intervienen en la acción también se consideran productores de conocimiento y base para la construcción de líneas de investigación. Utilizamos el concepto facilitar-investigando e investigar-facilitando propuesto por Góis (2008, 2005). Así, iniciamos el proceso de inserción en la comunidad con ambas premisas: investigación e intervención, ya que estos puntos no son excluyentes.

La intervención y la investigación fue construida colectivamente a partir del Método Dialógico Vivencial (MDV), en el que el diálogo y la vivencia involucran actores externos (profesionales, estudiantes, aprendices) y actores internos (miembros de la comunidad). A través de la categoría de vivencia, es posible ponerse en contacto con la realidad local en profundidad y de manera sensible, lo que permite la posibilidad de entrar en contacto real con los residentes y con la dinámica de la comunidad. Igualmente, este método otorga una distancia crítica de la realidad y de las propias concepciones personales de los profesionales a partir del análisis de la forma de vida comunitaria (Rebouças & Ximenes, 2010).

De esta manera, el proceso de transformación no se activa sólo en los residentes de la comunidad, sino también en el profesional. Él puede abrirse a nuevas experiencias de la vida comunitaria, como una persona que va más allá de la dimensión técnica (Soares, Diogo & Moura, 2013; Vieira & Ximenes, 2008). Así, esta perspectiva de análisis y vivencia de la comunidad está constituida del método etnográfico de la "descripción

densa" de las culturas como redes de significados y símbolos entrelazados. De esta manera, la subjetividad y singularidad se incrustan en un reparto de los fenómenos sociales; a través de un conocimiento intensivo de un pequeño universo, llegamos a las estructuras conceptuales que crean los valores presentes en la vida de los sujetos investigados (Geertz, 1989). El modo de hacer etnografía se caracteriza por la descripción sociocultural de la realidad: es necesario estar presente en la realidad estudiada, siendo el conocimiento generado por los puntos de mirada de los agentes internos (Da Matta, 1991).

### *Instrumentos*

La principal técnica utilizada fue la observación participante, considerada como una forma de entender mejor los sentidos, experiencias, manifestaciones estéticas y formas de las relaciones interpersonales, así como la realidad sociocultural de la comunidad (Da Matta, 1991). Igualmente, es una técnica adecuada para efectución del método etnográfico, así como del método dialógico vivencial que se origina a partir del proceso de facilitar-investigando. El diario de campo (D.C.) fue la técnica de registro de las experiencias, vivencias y acciones desarrolladas en la observación participante. Unida a los discursos, diálogos y eventos que fueron significativos (Montero, 2006).

Las referencias a estos registros se presentarán en esta investigación a partir de las iniciales de D.C., lo que se acompaña de una numeración secuencial de las sesiones del grupo de autoestima o visitas a la comunidad.

La otra técnica utilizada fue la entrevista de grupo, cuya característica es la descripción desde la perspectiva de las personas y puntos de vista sobre los hechos. Esta analiza la relación con el comportamiento de las personas en contextos sociales específicos, que ayudan a resaltar la importancia de los hechos (Bauer & Gaskell, 2004). Al presentar una parte de la entrevista se expone el nombre (ficticio) de la mujer que habló, el E.G. (Entrevista de Grupo) iniciales y la página de la transcripción.

La entrevista de grupo fue realizada en un círculo de cultura con seis mujeres de la comunidad que participaron en las acciones desarrolladas. Este tipo de entrevista se comprendió como un solo relato hecho por las participantes (Pinho, 2010). El círculo de cultura se realizó con el fin de mejorar la discusión democrática. Góis (2008) afirma que el círculo es una metodología de construcción del conocimiento a partir de la experiencia vivida, las reflexiones críticas y las problematizaciones.

### *Participantes de la investigación*

Se entiende que las participantes generalmente están dentro de las acciones desarrolladas en la comunidad, desde los profesionales hasta los residentes. Sin embargo, la entrevista de grupo fue hecha solamente con seis mujeres de la comunidad que participaban del grupo comunitario de autoestima. Ellas formaron la matriz del grupo de autoestima, teniendo buena asistencia al grupo y a las actividades de en la comunidad. A continuación las presentamos, de acuerdo con Pinho (2010):

**Gardênia:** 35 años y dos hijos aun pequeños. Trabajaba cosiendo alfombras con trozos de tela para vender en una feria. Formó parte del grupo de autoestima desde un inicio, siendo una de las mujeres con más asistencia. Tenía una relación conflictiva con su marido drogadicto, deseando, en muchos momentos, divorciarse.

**María:** 46 años, tres hijos, uno de ellos con parálisis cerebral. No tenía trabajo fijo. También tenía una relación conflictiva con su marido, porque los dos eran alcohólicos. Existía mucha violencia entre ellos. Por esto, Maria faltaba a algunas sesiones del grupo.

**Fátima:** 40 años y dos hijas adultas. Tenía un pequeño bar en el que trabajaba con su marido. Era considerada una líder informal en la comunidad, realizando varios trabajos comunitarios. Fue una de las primeras residentes de la comunidad, siendo muy asidua en el grupo.

**Lúcia:** 23 años y un hijo de solo dos años de edad. Cuidaba solamente de su hijo, no pudiendo trabajar. Siempre llevaba su hijo a las sesiones del grupo de autoestima, pues no conocía a nadie que pudiera ayudarla. También participó asiduamente del grupo y de otras actividades.

**Francisca:** 38 años y una hija adolescente que ya tenía un hijo. Trabajaba limpiando casas, pero no tenía mucho trabajo. Frecuentaba asiduamente el grupo. Igualmente, no tenía una buena relación con su marido, porque él bebía mucho.

**Milagro:** Era la más joven del grupo, con 18 años y no tenía hijos. Ella aun estudiaba y trabajaba cuidando de los hijos de la comunidad. Creó buenas relaciones interpersonales con las mujeres, teniendo una buena asiduidad en el grupo.

### **Análisis de datos**

La investigadora que realizó el análisis tenía el propósito de poder acceder a las manifestaciones de la realidad humana compleja. El desafío era acceder a los significados colectivos y los sentidos personales de las experiencias suscitadas a partir de la participación de las mujeres en el grupo de autoestima y en las actividades relacionadas a la observación participante. Los relatos de las mujeres a respecto a este proceso grupal fueron así considerados a partir de la propia experiencia vivida de la investigadora al intentar captar y comprender estas realidades (Pinho, 2010).

Así, el análisis de la temática utilizada se refiere a la búsqueda de la comprensión del sentido de la realidad estudiada en base a las experiencias de las personas en la comunidad y las intervenciones. Se considera que el desarrollo de este análisis fue procesal, porque fue hecho a partir de los registros del diario de campo. El proceso de análisis se completó con la transcripción de la entrevista de grupo.

Se utilizó el análisis temático de los diarios de campo y la entrevista de grupo. Este tipo de análisis es una rama de análisis de contenido, que consiste en descubrir el núcleo de sentido del habla y/o referencias a la realidad social investigada (Minayo, 2008). También es importante destacar que las normas éticas se abordaron desde el respeto a los participantes, así como la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Pública responsable.

### **Resultados**

#### ***Una experiencia de intervención con mujeres en la comunidad***

En el proceso de inserción comunitaria, las mujeres estaban muy solas y tenían problemas familiares a causa de la desigualdad y violencia. Por esto, se creó un grupo de mujeres donde ellas pudieran hablar sobre su estado y participar de procesos de fortalecimiento. Esta propuesta fue discutida con dos líderes comunitarias, se creó un nombre y una temática que fueran atractivas para el grupo, siendo elegido un grupo de autoestima como una buena posibilidad de participación (D.C. 8). El grupo comenzó con la participación de 15 mujeres. Se señala que los hombres de la comunidad no mostraron interés, pero también fueron invitados. Igualmente, las mujeres era el público más presente en el cotidiano de la comunidad. Las reuniones se llevaron a cabo semanalmente, y tenían una duración de dos horas (D.C., 13).

El grupo tuvo como meta la construcción de un clima psicosocial en el que se priorizaron el fortalecimiento personal y comunitario de las participantes, a través de actividades que permitieron el diálogo y la vivencia. Fue fomentada la reflexión de las percepciones personales en relación con la realidad comunitaria, con el fin de facilitar el proceso de toma de conciencia y la comprensión de los estilos de vida y las relaciones de poder existentes. La actividad artística, en sus diversas lenguas, fue utilizada como una característica importante de la expresión emocional, surgiendo nuevos sentidos, nuevas comprensiones y nuevos cuestionamientos de la realidad (Pinho, 2010). La biodanza fue también un aliada importante en este proceso, proporcionando otras formas de estar en la comunidad desde el movimiento y la música, transformando la trayectoria de vida de las participantes (Góis, 2002).

Además, para Pinho (2010), las participantes pudieron percibir su lugar y su importancia en la comunidad, el fortalecimiento de los vínculos afectivos mediante el fortalecimiento del poder y el valor personal de cada mujer. Así, pasaron a conocerse mejor, trabajando y participando de actividades comunes. Las participantes del grupo comenzaron a ayudarse unas a otras. También, ellas identificaron la importancia de una interacción más afectiva. Una participante resumió esto en una de las reuniones

Nosotros siempre nos abrazamos en el grupo. Sentimos amistad, acogimiento y calor (Gardenia, E.G., 16, Pinho, 2010).

El proceso de fortalecimiento de la identidad está relacionado a una perspectiva de Salud Comunitaria, porque, según Góis (2008), una identidad que sea fortalecida tiene la posibilidad de generar salud y desarrollar nuevos vínculos interpersonales. Es importante evidenciar que la realidad de pobreza y violencia generalmente trae más desagregación comunitaria y aislamiento, siendo importante crear acciones y posibilidades de fortalecimiento personal y comunitario como estrategias de fortalecimiento para enfrentamiento de la Ideología de Sumisión y resignación y de la identidad de oprimido y explotado (Cidade et al., 2012).

Y fue en esta reunión que vine a saber realmente mis valores, porque siempre he trabajado y he llegado a casa en horas de la noche. Y tengo que hacer siempre todo: lavar, hacer la comida y limpiar la casa. Sin embargo, no tenía un momento para mí misma. Y fue en este grupo de autoestima que llegué a tener mi autoestima fortalecida, queriendo cuidar de mí y realmente saber cuáles son mis valores. Por lo tanto, este grupo es muy importante para



mí y fue aquí donde realmente me encontré (Gardénia, E.G., Pinho, 2010, p. 94).

Estos modos afectivos de interacción son entendidos por Sawaia (1995) como estrategias para fortalecer la identidad. Además, Moura, Cardoso, Rodrigues, Vasconcelos y Ximenes (2013) argumentan que, para centrarse en una perspectiva crítica en las intervenciones comunitarias, se requiere desarrollar actitudes que promuevan la interacción afectiva y cooperativa entre los participantes. Estas posturas generalmente conllevan a una sensación de fortalecimiento y valorización de los residentes de la comunidad. Y pueden, también, traer procesos de toma de consciencia en que la realidad de opresión pasa a ser cuestionada y cambiada. Otra de las participantes en la entrevista del grupo denota este sentimiento experimentado por las residentes, a partir de las actividades llevadas a cabo por el equipo de RAS. Ella ha percibido que las actividades desarrolladas se centran en el potencial, evitando reproducir los estigmas que a menudo son dirigidas a los miembros de la comunidad.

Y ustedes no nos ven un punto de debilidad. No han dicho: son gente pobre! Yo no veo que nos vean así. Te miro a los ojos de los que nos mira y siento que nos fijan en como mujeres guerreras... es todo lo que somos (Gardenia, E.G., p. 10, Pinho, 2010, p. 94).

El discurso de Francisca también representa el poder personal desarrollado y fortalecido. Observamos que el poder personal puede haber sido creado por medio del establecimiento de relaciones interpersonales entre agentes externos y mujeres, porque siempre existieron actitudes afectivas y dialógicas basadas en la valorización de las residentes. Además de las actividades del Grupo de Autoestima, se llevaron a cabo conversaciones existenciales individualizadas con las mujeres del grupo. Algunas mujeres pasaron por situaciones de gran estrés psicológico debido a la realidad de la comunidad. Ocurrían asesinatos de algún integrante de la familia, violencia doméstica, hijos o hijas en situaciones de abuso de drogas y familiares en prisión, caracterizando una realidad de opresión y de dominación de las mujeres de la comunidad. De esa manera, dos horas antes de la realización del grupo de autoestima, profesionales del CAPS General y CAPS AD estaban presentes en la comunidad para recibir a las mujeres que necesitaban de relaciones más acogedoras y fortalecedoras de sus identidades.

Las profesionales ya tenían experiencia de atención clínica. Los estudiantes del Núcleo de Psicología Comunitaria hacían las conexiones entre las mujeres que deseaban tener estos espacios y las profesionales de los centros psicosociales. Es importante también evidenciar que las conversaciones existenciales hacen

parte de una perspectiva de Salud Comunitaria basada en la promoción del fortalecimiento personal (Góis, 2012), como una estrategia del desarrollo del valor y poder personal. Estos son pasos para un proceso de toma de consciencia y también son nuevas posibilidades de movilización social y transformación de la realidad. Los agentes internos necesitan estar fortalecidos para enfrentar la realidad de opresión y superar la identidad de oprimido y explotado. Así, se pudo identificar que el valor y el poder personal se fortalecieron aún más, porque, con la finalización de las actividades, los vínculos afectivos de solidaridad entre las participantes aumentaron (D. C., 9, 20, 23, 26). Ejemplo de esto sucedió cuando Una de las participantes fue apoyada por otros miembros del grupo, en el momento en que su hijo menor estaba enfermo a causa del uso excesivo de drogas (D.C., 20). Cuando su hijo mayor fue asesinado, las mujeres organizaron una reunión de Navidad en su casa como una forma de consolarla y apoyarla (D.C., 25).

Percibimos igualmente que estos comportamientos forman parte del desarrollo comunitario, a través de una actividad en sus dimensiones instrumental y comunicativa. Esta última sería la presencia de posturas dialógicas entre las mujeres. La primera dimensión está relacionada a la realización de acciones concretas con fines comunitarios y colectivos de soporte a las mujeres que estaban en situación de mayor sufrimiento. Sin embargo, además de fortalecer los aspectos más personales de identidad, había también actitudes de las participantes relacionadas a una dimensión más social y comunitaria. En la entrevista de grupo, Maria habló que el grupo de autoestima la ayudó en una perspectiva más social:

'Nosotros sabemos cuáles son nuestros derechos y deberes' (Gardenia, E. G., p. 8, Pinho, 2010, p. 116).

Góis (2008) considera que las condiciones para el desarrollo personal y la transformación de la identidad de los oprimidos están relacionadas con las actividades comunitarias que permiten la creación de un clima de expresión social e individual del valor personal y el poder personal. Para Montero (2003), el desafío de la liberación y la promoción de la conscientización consiste en la superación de la ceguera, es decir, de la percepción limitada de la realidad y de la alienación que hacen los humanos, percibiendo la realidad sólo desde el punto de vista de la ideología dominante. Este modo de percepción distorsionada establece una actitud negativa y fatalista, que considera el orden de la realidad social como un orden natural inmutable. Con la superación de esta ideología, el individuo puede descubrirse como su propio agente de la vida.

Este proceso de develamiento de una realidad opresiva fue experimentado por otra integrante del grupo, que era agredida físicamente por su marido. De acuerdo con Pinho (2010), en uno de los días del Grupo de Autoestima, ella estaba bastante eufórica. Ella estaba en la cocina y nos invitó a unirse. Durante la preparación de los bocadillos para la actividad, ella nos hablaba mucho sobre lo que le había sucedido. Expresó una sonrisa y habló en voz alta que había conseguido echar de la casa a su marido. Además, había informado de este hecho a la policía de mujeres. Declaró que ya había intentado hacer esto varias veces, pero no había podido lograrlo, ya que el marido la amenazaba continuamente. Antes, ella sólo lloraba, pero no sabía qué hacer. Sin embargo, en aquel momento, actuó de una manera diferente, eligiendo una nueva realidad, menos opresora para sí (D.C., 20). Este acto puede ser considerado como parte de un proceso de conscientización, en que la mujer actúa de manera más crítica y cambia su realidad, no reproduciendo más la identidad del oprimido y explotado lo que la hacía mantenerse en un proceso de dominación.

Se entiende que todas las pequeñas acciones y actividades llevadas a cabo en la intervención tenían el objetivo de fortalecer a las personas, construyendo procesos de vida más autónomos y saludables. Para Soares et al. (2013), las intervenciones comunitarias críticas pueden promover la capacidad del individuo para luchar y para transformar la realidad a través de la actividad comunitaria dialógica, cooperativa, solidaria, participativa y crítica. En este sentido, el grupo de autoestima se configura en un contexto vivencial socio-interactivo, siendo capaz de conseguir un ambiente de integración y problematización de la realidad. Hubo actitudes afectivas de acogimiento, de expresiones creativas y personales, reforzando las expresiones saludables de cada individuo.

Para Cavalcante (2007), el desafío de la liberación debe impregnar un proceso de aprendizaje individual y social, a partir de las prácticas educativas y terapéuticas, permitiendo que la conciencia desarrolle valores críticos pro-vida. A causa de esta dimensión, las mujeres del grupo se dieron cuenta de la necesidad de actuar sobre los temas claves de la comunidad. El proceso de fortalecimiento de la identidad personal puede traer movimiento y actitudes que sean más comunitarias y colectivas (Moura et al., 2013). Así, las actitudes de pasividad y servilismo frente algunos problemas encontrados en la comunidad, como la falta de atención médica adecuada en una Unidad Básica de Salud cercana de la comunidad, fueron superados a partir de una movilización comunitaria más general que empezó con algunos cuestionamiento de las mujeres en el grupo de autoestima (D.C., 21, 22, 23).

Este hecho, necesitó de una reunión comunitaria en la comunidad con el fin de debatir cuestiones de salud entre la comunidad y profesionales de la salud. El objetivo era buscar soluciones para el cuidado de la salud de los residentes. La reunión se realizó en la calle, frente a la casa de una de las participantes del grupo con todos los integrantes de la RAS (D.C., 27). Se analizó, en conjunto, que sería difícil tener ayuda inmediata de los profesionales de salud del territorio, que han demostrado una falta de voluntad para ayudar a la comunidad (Pinho, 2010). En este sentido, se llevó a cabo una campaña para satisfacer la creciente demanda de atención en la Unidad Básica de Salud y más tarde fue solicitada junto con el ayuntamiento y de forma organizada la expansión de los servicios públicos de salud en la comunidad en estudio (D.C., 29, 30). Las mujeres junto con los integrantes de la RAS organizaron, también, un evento con profesionales de salud invitados, como médicos, enfermeros y psicólogos para que atendieran los problemas más urgentes de los residentes de la comunidad (D.C. 33).

De este modo, fue desarrollada, una vez más, actividad comunitaria con fines colectivos basadas en una perspectiva crítica, cooperativa y liberadora.

### **Consideraciones finales**

Observamos, por tanto, que el trabajo realizado desde el inicio por la RAS del sector tuvo como premisas la construcción de relaciones, espacios y actividades basadas en el diálogo, problematización, aceptación, empatía, congruencia y organización social.

Como resultados de estos trabajos, se observa que hubo un fortalecimiento de las mujeres que participaron de las actividades, así como de sus capacidades de reflexionar críticamente sobre la realidad, creando vínculos afectivos que fortalecieron la cooperación y la realización de una lucha reivindicativa y política. Se observó que las actitudes de pasividad, fatalismo y resignación, vinculados a la identidad de oprimido y explotado, se transformaron procesalmente en posiciones críticas y más activas, comprometidas con la transformación de la realidad social.

Comprendemos que el crecimiento de los movimientos de participación social solo surgió después de algunos meses de funcionamiento de las actividades de grupo de autoestima y de las acciones relacionadas. Es necesario examinar que primero fue desarrollado el fortalecimiento de la identidad personal, lo cual dio lugar a la existencia de la movilización social. Las residentes deben fortalecerse para luchar por sus derechos.

Por lo tanto, como un aspecto muy importante para el proceso de transformación social, el rescate de la identidad cultural de una población es la capacidad de reconocer sus raíces y a sí misma dentro un proceso histórico. La recuperación de la memoria histórica supone la reconstrucción de ciertos modelos de identificación, que en vez de alienar a la gente, les abrirán el horizonte para su liberación.

## Referencias

- Amaral, C.E.M, Rebouças Junior, F.G.R, Barros, J.P.P. & Ximenes, V.M. (2008). Desenvolvimento local e desenvolvimento comunitário: Uma visão da Psicologia Comunitária Cearense. En C.E.M Amaral, F.G.R Rebouças Junior & V. M. Ximenes (Eds., *Psicologia Comunitária e Educação Popular: Vivências de Extensão/Cooperação Universitária no Ceará* (pp. 8-20). Fortaleza: LC Gráfica e Editora.
- Alencar, A.B. (2011). Amor e Libertação: A afetividade no processo de construção de sujeitos comunitarios (Monografia inédita). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Brasil.
- Almeida Filho, N. (2011). *O que é Saúde?* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Bauer, M. & Gaskell, G. (2004). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e eom: Um manual prático*. Petrópolis: Vozes.
- Bourguignon J. A. (2001). *Concepção de rede intersectorial*. Recuperado de: <http://www.uepg.br/nupes/intersector.htm>
- Castro, G.S. & Cavalcante, J.A.M. (2007). Psicologia Comunitária e produção do espaço urbano nos diálogos sobre saúde mental comunitária. En A. C. F. Cordeiro, E. M. Vieira & V.M. Ximenes (Eds.), *Psicologia e(m) transformação social: Práticas e diálogos* (pp. 30- 42). Fortaleza: Aquarela.
- Cavalcante, R. (2007). *Educação biocêntrica: Um movimento de construção dialógica*. Fortaleza: CDH.
- Cidade, E. C., Moura Jr., J. F. & Ximenes, V. M. (2012). Implicações Psicológicas da Pobreza na Vida do povo Latino-Americano. *Psicologia Argumento*, 30(68), 87-98.
- Da Matta, R. (1991). *Relativizando: Uma introdução à antropologia social*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Freire, P. (1980). *Conscientização*. São Paulo: Moraes.
- Geertz, C. (1989). *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LCT.
- Góis, C. W. L. (2002). *Biodança: Identidade e vivência*. Fortaleza: Publicações Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais.
- Góis, C.W.L. (2003). *Psicologia Comunitária no Ceará: Uma caminhada*. Fortaleza: Publicações Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais.
- Góis, C.W.L. (2005). *Psicologia Comunitária: Atividade e consciência*. Fortaleza: Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais.
- Góis, C. W. L. (2008). *Saúde Comunitária: Pensar e fazer*. São Paulo: Editora HUCITEC.
- Góis, C. W. L. (2012). *Psicologia Clínico-Comunitária*. Fortaleza: Banco do Nordeste.
- Holanda, A. (2006). Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. *Análise Psicológica*, 24(3), 363-372.
- Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (2012). *Perfil municipal de Fortaleza tema VIII: O mapa da extrema pobreza*. Fortaleza: Secretaria do planejamento e Gestão.
- Leontiev, A. (1978). *Desenvolvimento do psiquismo*. Lisboa: Horizonte.
- Luria, A. R. (2001). *Pensamento e linguagem: As últimas conferências de Luria*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Malta, D.C. & Merhy, E.E. (2010). O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Revista Interface: Comunicação Saúde Educação*, 14(34), 593-605.
- Martín-Baró, I. (1998). *Psicología de la liberación*. Madrid: Trotta.
- Mendes, E. V. (2010). As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2297-2305.
- Minayo, M.C. de S. (2008). *Desafio do conhecimento: Pesquisa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Saúde (2001). *Lei 10.216*. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)
- Ministério da Saúde (2013). *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Morin, E. (2003). *O Método 5: A humanidade da humanidade*. Porto Alegre: Sulina.
- Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la Psicología Comunitaria: La tensión entre comunidad y sociedad*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Montero, M. (2006). *Hacer para transformar: El método en Psicología Comunitaria*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim (2007). *Quem somos*. Recuperado de: <http://www.msmbj.org.br/quem-somos>
- Moura Jr., J. F., Cardoso, A. V., Rodrigues, D. C., Vasconcelos, R. M. & Ximenes, V. M. (2013). Práxis em Psicologia Comunitária: Festa de São João como atividade comunitária. *Revista*

- Ciência em Extensão*, 9(1), 104-122.
- Núcleo de Psicologia Comunitária. (2007). *Projeto de Extensão "Saúde Comunitária: Caminho possível do desenvolvimento comunitário do Grande Bom Jardim"*. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará-Pró-Reitoria de Extensão.
- Pinho, A.M.M. (2010). *Pintando janelas em muros: A arte como método vivencial de facilitação de grupos populares* (tesis de maestría inédita). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Brasil.
- Prefeitura Municipal de Fortaleza (2005). *Política de Saúde Mental de Fortaleza*. Recuperado de [http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms\\_v2/redes\\_saudeMental\\_PolSaudeFortaleza.asp](http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms_v2/redes_saudeMental_PolSaudeFortaleza.asp)
- 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.
- Sawaia, B.B. (1995). Psicologia Social: Aspectos epistemológicos y éticos. En S. T. M. Lane & B. B. Sawaia (Eds.), *Novas veredas da Psicologia Social* (pp.45-53). São Paulo: Brasiliense.
- Soares, N. I. L, Diogo, N. M. F. R. & Moura Jr., J. F. (2013). Modos de apropiación de la realidad a partir de una intervención psicosocial en Psicologia Comunitaria. *Eureka*, 10(1), 40-54.
- Ximenes, V. M. & Barros, J. P. P. (2009). Perspectiva Histórico Cultural: Que contribuições teórico-metodológicas podem dar à práxis do psicólogo comunitário? *Psicologia Argumento*, 27(56), 65-76.
- Ximenes, V. M. & Góis, C. W. L. (2010). Psicologia Comunitária: Uma práxis libertadora latino-americana. En F. Lacerda Jr. & R. S. L. Guzzo (Eds.), *Psicologia & Sociedade: Interfaces no debate sobre a questão social* (pp. 45-64). Campinas: Alínea.
- Vieira, E. M. & Ximenes, V. M. (2012). Atividade comunitária e conscientização: Uma investigação a partir da participação social. *Barbarói*, 36, 91-112.