O PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DESENVOLVIDO EM UM PSF: A EXPERIÊNCIA DA UTILIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO POPULAR E DA PESQUISA-AÇÃO COMO ESTRATÉGIA EDUCATIVA

THE QUALIFICATION PROCESS DEVELOPED IN A PSF: THE EXPERIENCE OF USING POPULAR EDUCATION AND RESEARCH-ACTION AS EDUCATIONAL STRATEGY

Gehysa Guimarães Alves
Socióloga. Mestre em Educação/PUCRS. Doutoranda em Educação pela PUCRS

RESUMO

Este trabalho apresenta análises preliminares de uma pesquisa-ação cujo objeto é uma proposta de capacitação em vigilância da saúde da criança, em um serviço do Programa Saúde da Família - PSF, que está fundamentada em princípios da educação popular. Essa proposta foi organizada a partir das características do serviço e da equipe de saúde, identificadas por meio da análise das dificuldades e facilidades do cotidiano. Foi desenvolvida mediante discussões realizadas em encontros que envolveram a equipe do PSF, a Gerência Distrital e a Equipe de Informação da Coordenadoria Geral de Vigilância da Saúde - CGVS, da Secretaria da Saúde do Município de Porto Alegre-RS. Os resultados apontaram para a necessidade de uma melhor articulação entre os atores envolvidos, vontade gerencial em discutir os problemas cotidianos e procurar resolvê-los, e comprometimento de todos os participantes com os processos de mudança desencadeados a partir das reflexões.

PALAVRAS-CHAVE

Pesquisa-ação, vigilância da saúde da criança, Programa Saúde da Família, qualificação

ABSTRACT

This work presents preliminary analyses of a research-action, whose objective is a training proposal in child health supervision, in a Health Family Program - PSF, based in principles of popular education. This proposal was organized from the characteristics of the service and the health team, identified through the analysis of the daily difficulties and easiness. It was developed through discussions in meetings involving the PSF team, the District Management and the Information Team of the General Department of Health Supervision - CGVS of Porto Alegre Health Office. The results pointed to the necessity of a better articulation among the authors involved, managerial will to discuss the daily problems and look for their solution, as well as commitment of all the participants on the change processes beginning from the reflections.

KEY WORDS

Research-action, Child-health supervision, Family Health Care, qualification

INTRODUÇÃO

A problematização de uma proposta de capacitação em serviço para trabalhadores de um Programa Saúde da Família - PSF, no Município de Porto Alegre-RS, teve como ponto de partida o referencial teórico da educação popular (BOFF et al., 1996; BRANDÃO, 1995; VALLA, 1998; COSTA, 1998; VASCONCELOS, 2001, 2002) e a reflexão sobre a experiência de capacitações realizadas para trabalhadores que atuam na rede do SUS no Estado do Rio Grande do Sul. Essa proposta de capacitação foi construída por profissionais da Equipe de Informação da Coordenadoria Geral de Vigilância da Saúde - CGVS e contou com a participação dos trabalhadores da equipe do PSF.

Há uma necessidade emergente de estimular-se a criação de espaços de escuta e de reflexão sobre o cotidiano dos trabalhadores da saúde, pois de nada adianta a realização de cursos e encontros de qualificação se não forem reservados espaços para olhar, escutar, refletir e reconstruir uma nova forma de trabalhar, na qual os conteúdos teóricos possam subsidiar a prática diária. Articular a teoria com a prática é a melhor forma de criar condições para que habilidades e atitudes sejam discutidas e modificadas com vista à qualificação do processo de trabalho.

Ao longo dos anos, têm sido observados vários problemas educativos nas práticas dos serviços de saúde. Souza et al. (1991) destacam que os mais evidentes são a formulação de programas educativos desvinculados da prática concreta, a inserção casuísta dos trabalhadores, a fragilidade de elementos de infra-estrutura dos serviços e a utilização de metodologias tradicionais. Os autores acreditam que as capacitações de trabalhadores da saúde, quando desvinculadas dos problemas concretos, além de não serem efetivas, oneram o sistema e dificultam a resolução dos problemas. Além disso, a utilização de metodologias tradicionais de caráter transmissor tem privilegiado a reprodução de rotinas e tecnologias, instrumentalizando a atividade de ensino, mas não tem garantido o questionamento e a crítica dos conteúdos. O caráter normativo do ensino, construído a partir da prescrição de normas de conduta, reforça estereótipos de comportamento e não faz avançar a qualidade dos serviços de saúde nem a relação dos trabalhadores da saúde com os usuários.

A ciência tem sido legitimada ao longo dos anos como um elemento importante de

intimidação das pessoas comuns a partir da noção de competência. O discurso e a prática científica agem a partir de regras precisas de exclusão e inclusão, cuja determinação é dada pela supremacia do trabalho intelectual. As múltiplas falas de especialistas competentes produzem um sentimento individual e coletivo da incompetência. Quando os trabalhadores de saúde atuam, seu discurso é carregado do imaginário de que, como pessoas da ciência, eles sabem tudo e que o saber popular ou não existe ou é de segunda categoria. Assim, o pensar consciente do educador sobre o seu trabalho deve rever e renovar a prática do dia-a-dia, criticando-a e questionando-a. Essa prática não pode estar voltada à dominação de um grupo social sobre outros, mas deve estimular a autonomia e responsabilização das pessoas (CHAUÍ, 1982).

Mosquera (2003) diz que a sociedade do futuro está condicionada às formas como cria e distribui o conhecimento. Assim, a educação do século XXI está intimamente relacionada às decisões políticas e econômicas e às relações de força que se estabelecem entre os grupos que estão no poder e as pressões populares. Acredita que há três dimensões que possibilitam o processo de mudança e que podem reorientar a prática educativa: o conhecimento do sujeito como base e processo de toda a educação; a aprendizagem como possibilidade de crescimento e o reforço do conhecimento como valor fundamental.

Essas dimensões e os princípios da educação popular nortearam essa proposta de capacitação, pois, ao refletirem sobre seu papel, sua relação com os usuários e sobre a importância do conhecimento como um aspecto potencializador do ser humano, os trabalhadores da saúde poderiam melhorar sua prática e, com isso, atuarem no cotidiano de forma a incidirem positivamente na melhoria da qualidade de sua vida e da vida da população.

Os usuários dos serviços de saúde devem ser tratados como alguém que tem um nome e uma história que deve ser conhecida para, a partir delas, ser pensada qualquer intervenção sobre o seu corpo ou a sua vida. Educação é algo para acontecer nesse espaço que se estabelece a dois e que pode e deve ser atribuição das equipes de saúde. No entanto, essas equipes somente conseguem atuar com uma prática educativa crítica e reflexiva se vivenciarem isso no seu dia-a-dia. É necessário pensar sobre o processo pedagógico, fortalecendo e qualificando os espaços de escuta (minha e do outro), a participação e envolvimento dos participantes (docentes e discentes; equipe de saúde e população), o compromisso, a discussão reflexiva e a valorização da prática, que pode ser transformada ou reafirmada, conforme o desejo dos participantes.

O Ministério da Saúde - MS (BRASIL, 2003b) vem questionando a forma como as práticas educativas têm sido desenvolvidas, uma vez que são trabalhadas de forma acrítica e fragmentada, centradas na doença e no doente e no modelo microbiológico. Essas práticas têm utilizado as metodologias tradicionais da educação, que, via de regra, não dão espaço para a reflexão e fragilizam e coíbem a participação social.

Nos últimos anos, a educação em saúde tem-se ocupado com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população (VASCONCELOS, 1998). No entanto, tem trabalhado com o profissional da saúde como se ele fosse um ser alienado e ignorante, que deve ser treinado e conscientizado. O método da educação popular pode ser utilizado para reorientar as estratégias de formação/capacitação, fazendo-as a partir das angústias, experiências e desejo de superação das dificuldades sentidas no cotidiano (VASCONCELOS, 2001).

No intuito de contrapor-se às práticas tradicionais, o MS (BRASIL,2003b) propõe a educação popular em saúde como uma estratégia de atuação e procura relacioná-la aos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS. Reforça a necessidade de ela ser participativa, crítica, criativa, prazerosa e dialógica, e de respeitar os saberes e culturas populares, fortalecendo os sujeitos para a organização e a transformação social.

Geralmente, a educação popular em saúde atua na perspectiva da população usuária dos serviços. Procura romper com a tradição normatizadora e autoritária da educação e saúde, pois atua com o diálogo e o crescimento mútuos, buscando saídas e soluções sociais a partir do que se vive e do que se busca (BRANDÃO, 2001). Propõe que a equipe de saúde opere com princípios educativos que ainda não foram assimilados à sua prática cotidiana, pois suas vivências de trabalho e formação estão relacionadas à metodologia tradicional.

A proposta dessa capacitação, que foi construída e implementada, objeto de uma pesquisa-ação cujas análises preliminares são apresentadas neste texto, fundamentou-se nos princípios da educação popular e levou em conta o que pensam, o que sentem e as dificuldades que precisam enfrentar os trabalhadores das equipes dos serviços básicos de saúde. Nossa perspectiva foi a de criar condições para desenvolver um processo educativo participativo que, vivenciado pelos trabalhadores da saúde, pudesse incidir positivamente em sua relação com os usuários dos serviços. Essa capacitação foi realizada com uma equipe do Programa Saúde da Família - PSF e não conseguiu que a equipe refletisse sobre o seu cotidiano a fim de qualificá-lo, pois os trabalhadores se sentiram expostos em função de terem ficado explicitadas as suas dificuldades no grupo. A coordenação local não se fez presente em boa parte da capacitação, não entendeu os objetivos do trabalho e questionou-os constantemente fora do grupo, junto à equipe e à coordenação da Gerência Distrital - GD. Por sua vez, ela, apesar de ter solicitado o trabalho, na prática, não apoiou o processo.

PERCURSO METODOLÓGICO

Opção metodológica: a teoria social crítica e a pesquisa-ação

A pesquisa em educação popular sofreu influências significativas de Paulo Freire, Marx e Malinovski e foi-se desenhando com forte tendência à observação participante e com o engajamento do pesquisador na transformação da sociedade em favor dos grupos do-

minados. Essas pesquisas, conhecidas como pesquisa-participante, procuravam garantir que os sujeitos investigados participassem ativamente no processo da pesquisa. No entanto, quando faz parte de seus objetivos refletir sobre determinada ação, passa a denominar-se pesquisa-ação (VASCONCELOS, 2000).

Segundo Vasconcelos (2000), é importante que o pesquisador tenha consciência de que o método de investigação é parte do corpo teórico adotado e é esse corpo que comandará o processo de pesquisa. Esse fato possibilita a tomada de consciência de que a objetividade na ciência não existe, uma vez que o pesquisador escolherá, desde o início de seu trabalho, o caminho a ser trilhado. Nossa escolha metodológica foi pela pesquisa-ação, conforme proposta por Carr e Kemmis (1988), uma vez que o objetivo deste estudo é desencadear a reflexão sobre a prática cotidiana dos trabalhadores em saúde e, a partir dela, realizar uma transformação no processo de trabalho em saúde.

O método da pesquisa-ação, sistematizado por Carr e Kemmis (1988), está fundamentado na teoria crítica que, conforme Habermas, tem como preocupação central articular a teoria científica com a missão de emancipar as pessoas da dominação do pensamento positivista, mediante seus próprios entendimentos e atos. Assim, a teoria crítica passou a reconsiderar a relação da teoria com a prática à luz das críticas surgidas sobre o pensamento positivista (HABERMAS, 1991).

A teoria crítica de Habermas (1991) coloca em questão dois pontos fundamentais, que Carr e Kemmis (1988) salientam. O primeiro é o fato de que o conhecimento científico deve ser encarado como um dos vários tipos de conhecimento possíveis. O segundo é a idéia de que a ciência está condicionada por interesses humanos particulares que determinam a produção do conhecimento. Assim, não é possível existir uma ciência neutra, uma vez que ela sempre está relacionada aos condicionantes históricos, sociais, culturais e às percepções de cada sujeito.

Habermas (1991) desenvolve uma teoria da competência comunicativa que, segundo Carr e Kemmis (1988), é uma teoria ética da auto-realização. Essa teoria transpõe a fonte da idéia humana para a linguagem e para o discurso. Ela procura mostrar que todo o discurso humano traz uma concepção de uma forma de vida ideal em que poderia realizar-se o tipo de autonomia racional a que serve o interesse emancipatório. Assim, ela demonstra que esse saber está incorporado à estrutura da ação comunicativa e que o produto que sai dessa ação não é acabado, mas está em permanente construção.

Uma ciência educativa crítica deve ser participativa, sendo seus participantes os que criam, mantêm, desfrutam e suportam as disposições educativas. Essas disposições têm conseqüências tanto individuais como sociais e incluem a alienação, a solidariedade social, a divisão social e o autoritarismo da sociedade contemporânea. A partir da ciência crítica, é possível explorar essas contradições e procurar superá-las. Os participantes devem-se organizar para tomar decisões sobre como vão transformar a realidade e quais as conseqüências dessas transformações (CARR; KEMMIS, 1988).

Os princípios que nortearam a pesquisa-ação são o caráter participativo e democrático voltados para a transformação social. Para tanto, é importante que o investigador possa, antes de iniciar o processo de pesquisa, conhecer os cenários e as pessoas. É interessante um mergulho do pesquisador no real, para captar a dinâmica das relações e do discurso de cada ator social. Para fazer esse reconhecimento do território com o qual vai trabalhar, é importante que o investigador se aproxime, converse com as pessoas e realize um registro bem detalhado das observações.

Esse método de pesquisa tem a intenção de promover a participação ativa da população investigada, estudar sobre a realidade e desencadear uma ação que possibilite a transformação dessa situação. Propõe que as pessoas que estão inseridas no processo de pesquisa apropriem-se de conhecimentos, habilidades e capacidades técnicas que lhes permitam atuar como protagonistas da ação. Isso somente é possível a partir do momento em que os participantes estejam mais capacitados para desencadear a ação. Assim, o sujeito da pesquisa acaba sendo o próprio objeto de investigação. Nessa ótica, investigar significa problematizar e questionar a realidade para descobrir, a partir do aparente, os acontecimentos e os condicionantes dessa realidade. Esse processo é interessante uma vez que possibilita o desenvolvimento da consciência crítica dos participantes (SERRANO, 1990).

A Pesquisa-Ação, a Metodologia da Problematização e a Educação Popular

A pesquisa-ação é um tipo de abordagem que permite uma compreensão mais aprofundada da teia de significados que permeiam e intermediam as relações sociais estabelecidas e que possibilita o desencadeamento de uma ação a partir dessa reflexão. Como o objetivo do estudo foi desencadear uma ação, que é a qualificação do processo de trabalho para o desenvolvimento dos programas de vigilância da saúde da criança, foi necessário que a pesquisa partisse da discussão das dificuldades e facilidades do trabalho cotidiano e do entendimento que a equipe de saúde tem de vigilância da saúde.

A educação popular propõe que se construa uma metodologia reflexiva e problematizadora. Ela deve partir da realidade, com a finalidade de compreendê-la, e da construção de um conhecimento capaz de transformá-la; deve utilizar o conhecimento que já existe sobre a realidade como subsídio para encontrar novas relações e novas soluções. Além disso, deve estimular a descoberta, a participação, a autonomia e a iniciativa e desenvolver a capacidade de perguntar, consultar, experimentar e avaliar. Assim, a metodologia da problematização pode ser uma estratégia utilizada pela educação popular e pela pesquisa-ação, uma vez que se propõe a atuar a partir de três processos sociais: o processo da pesquisa, do planejamento e da solução de problemas (BERBEL et al., 1998).

Conforme Berbel et al. (1998), a metodologia da problematização surgiu dentro de uma proposta de educação libertadora, vol-

tada para a idéia de que os sujeitos precisam instruir-se e conscientizar-se de seu papel. Para isso, tem como princípios a pergunta, a incerteza e a problematização.

Na presente investigação, essa observação foi realizada a partir de entrevistas individuais com todos os trabalhadores da equipe de saúde de um determinado serviço, que gerou o tema problematizador a ser discutido nos grupos focais. A capacitação proposta por esta investigação foi realizada dentro do serviço de saúde e centrada em discussões em grupo, a partir das reflexões individuais realizadas inicialmente. Foram levantados pontos-chave relacionados aos problemas apontados, e todo o conteúdo teórico foi sendo construído a partir das discussões suscitadas em cada encontro. Essas discussões contaram com a participação de toda a equipe de saúde, sendo monitoradas constantemente.

Os grupos focais foram fundamentais para construir respostas aos problemas levantados, buscando-se explicar o porquê, o como, o onde, as incidências e as relações. Os resultados dessas discussões em grupo foram sendo analisados constantemente e sendo propostas alternativas para a solução dos problemas levantados (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996).

A capacitação utilizou a técnica de investigação qualitativa, fundamentada em entrevistas grupais. A discussão em grupo prevê a conversação planejada para a obtenção das informações e o conhecimento das experiências e das perspectivas do grupo sobre o tema investigado. Seu objetivo é conhecer o que há de comum e de diferente entre as diversas experiências. Para tanto, esse processo privilegiou o espaço de escuta das dificuldades vivenciadas por cada um, a reflexão sobre seu papel, a articulação da saúde com a educação e as discussões teóricas sobre vigilância da saúde.

O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa Saúde da Família - PSF foi proposto pelo Ministério da Saúde, a partir de 1994, como uma estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde existente até a criação do Sistema Único de Saúde - SUS. A estratégia do PSF incorpora e reafirma os princípios do SUS e está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família, que está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde. Pretende trabalhar com o modelo da vigilância da saúde, com a responsabilização da equipe de saúde pela população moradora em seu território, com o reforço da participação popular, criando parcerias intersetoriais e responsabilizando-se pelo atendimento integral dos indivíduos e grupos populacionais (BRASIL, 1997).

As diretrizes do PSF foram lançadas pelo MS com o objetivo de romper com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde e estender as ações de saúde para a comunidade. As equipes de PSF passariam a atuar com equipes interdisciplinares, compostas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários. Essa equipe mínima seria capaz

de responsabilizar-se pela população adstrita em seu território e atender, em média, 4.000 pessoas. O principal diferencial do programa é resgatar os vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre as equipes locais e a população, reorganizando a Atenção Básica e garantindo a oferta de serviços e os princípios de universalidade, acessibilidade, integralidade e eqüidade do SUS (BRASIL, 2003a).

Desde a sua criação, os PSF propõem-se a desenvolver ações de vigilância e promoção da saúde. Para tanto, devem atuar a partir das necessidades e problemas de saúde da população. A equipe deve trabalhar com a oferta de serviços, organizada a partir das necessidades da população e atuar na perspectiva de ampliar e fortalecer a participação popular e o processo de desenvolvimento pessoal e interpessoal. Assim, o trabalhador de uma equipe de PSF necessita ter disponibilidade interna de envolver-se na interação com os usuários dos serviços de saúde e o compromisso de utilizar a comunicação como um instrumento terapêutico e uma estratégia de promoção da saúde de indivíduos e grupos populacionais.

A lógica que norteia o trabalho do PSF é a promoção da saúde, ou seja, os indivíduos e famílias devem ser assistidos antes do surgimento dos problemas e agravos de sua saúde. Seu trabalho deve priorizar a Atenção Básica, as ações de prevenção e a promoção da saúde e estabelece uma relação permanente entre os profissionais de saúde e a população (MENEGOLLA; POLLETO; KRAHL, 2003).

Para facilitar essa relação, foi criado o agente comunitário de saúde. São esses agentes que vão fazer o contato permanente com as famílias e o trabalho de vigilância e promoção da saúde. São também um importante elo cultural, os que auxiliam e potencializam o trabalho educativo, uma vez que fazem uma ponte entre mundos culturais complexos e distintos: o saber científico e o saber popular (LEVY; MATOS; TOMITA, 2004).

Os agentes comunitários são um elemento importante e novo dentro da equipe. Cabe-lhes intermediar a relação entre a equipe de saúde e a população. Entre as suas atividades de rotina está a realização de visitas domiciliares a todos os domicílios do território de responsabilidade do serviço, o que facilita a aproximação da equipe de saúde com a população local.

O PSF deve ser reforçado em todo o território nacional como uma estratégia do SUS e em função da necessidade que o país tem de reforçar a Atenção Básica como fundamental e o conceito positivo de saúde.

O PROCESSO VIVENCIADO NO PSF

Para encaminhar a capacitação em um dos serviços de saúde pertencentes à rede de serviços básicos de Porto Alegre, selecionamos uma Gerência Distrital - GD, de Porto Alegre, expusemos a proposta ao gerente e ao colegiado da gerência (composto pelas coordenações de todos os serviços básicos de saúde) e ficou decidido pela Gerência Distrital e pelas coordenações dos serviços que o trabalho poderia ser realizado em um

dos Programas de Saúde da Família - PSF pertencentes à sua área de atuação. Assim, os participantes dessa pesquisa-ação foram os componentes da equipe do PSF (duas enfermeiras, uma médica, quatro auxiliares de enfermagem, uma estagiária de nível médio, seis agentes comunitários) e representantes da Equipe de Informação/CGVS/SMS-POA.

A primeira ação do processo de capacitação foi a realização de entrevistas individuais com todos os trabalhadores do PSF, que foram feitas no próprio local de trabalho da equipe por duas entrevistadoras (uma fazia a entrevista e a outra anotava as respostas). As entrevistas focalizaram as seguintes questões: a) o que tu fazes na equipe, qual é o teu trabalho? b) do que tu gostas nesse trabalho? c) quais as dificuldades nesse trabalho? d) o que tu entendes por vigilância da saúde? A análise desses dados iniciais foi realizada por integrantes da Equipe de Informação, e seus resultados subsidiaram a organização das próximas ações a serem desenvolvidas na capacitação. Assim, ela foi sendo construída a partir do processo de análise do que acontecia em cada um dos encontros.

Quando voltamos ao PSF para continuar o trabalho (aproximadamente um mês após a realização das entrevistas), alguns componentes da equipe já não se encontravam mais no serviço devido à demissão, transferência ou licença-saúde. No primeiro dia, tivemos uma surpresa: a coordenadora local havia conseguido remoção para outro PSF e estava assumindo outra coordenadora: a única médica do local. Ao sermos informados sobre a troca da coordenação, solicitamos uma reunião com a nova coordenadora, e propusemos que a retomada da capacitação poderia ser feita em outro dia a fim de que pudéssemos expor-lhe a proposta do trabalho. Ela disse que não era necessário e que poderíamos começar o trabalho naquele momento.

Apesar de haver sido agendada previamente, a equipe não estava completa para o início da capacitação: três trabalhadores não estavam presentes, pois haviam tirado folga ou estavam de atestado médico.

Iniciamos o trabalho discutindo os resultados da análise das entrevistas individuais, apresentando as falas referentes aos aspectos do trabalho de que mais gostavam e às suas dificuldades cotidianas.

Os depoimentos individuais definiram basicamente duas posições. De um lado, havia a equipe técnica (médica, enfermeira e auxiliares de enfermagem), de outro, os agentes comunitários.

Ficou evidenciada uma divisão de pensamento nos dois grupos no que se refere às dificuldades vivenciadas dentro do serviço. O "grupo técnico" explicitou medo em relação à população e ao lugar onde fica situado o Posto de Saúde, pois é de difícil acesso. O medo justificava-se pelo fato de a população ser muito agressiva, pois, quando não consegue o atendimento de que necessita ou de que imagina necessitar, agride os trabalhadores dentro do serviço, grita, faz xingamentos e ameaças. Uma das auxiliares de enfermagem disse que o que mais ela gostava no seu trabalho era quando chegava o horário de ir embora, pois estava saindo viva. As outras falas também evidenciaram receio de trabalhar nesse PSF.

"Elas ameaçam que vão nos agredir. Eles botam o dedo na tua cara e te ameaçam. Eles esperam que a gente resolva o problema social deles." (técnico de enfermagem).

"O pessoal diz que isso aqui é um cabaré. A maioria chega insultando, chamando a gente de animal. A gente fala com educação e eles não entendem. O pessoal detona o nosso trabalho, falam mentira. Ninguém elogia. É bem difícil, a gente pode ser agredida." (técnico de enfermagem).

"Levei um tempo para adquirir a confiança deles. No início, eles também quiseram me bater. A população faz muita pressão, dizem que são eles que pagam os nossos salários. Roubam até os termômetros." (técnico de enfermagem).

"Nós somos vistos como empregados da população. Só não batem em nós, o resto eles fazem."(médica).

Esse grupo disse que o trabalho na comunidade é um desafio, pois a relação com as pessoas é muito complicada: elas têm um baixo grau de entendimento e falta conhecimento e interesse. As famílias são de baixa renda, há muitas crianças maltratadas e desnutridas. No entanto, mesmo com medo, muitos relataram gostar da equipe de trabalho. Salientaram que, graças a esse relacionamento, conseguem superar as dificuldades diárias do serviço de saúde. Além disso, disseram gostar das atividades realizadas, como consulta de enfermagem, triagem, acolhimento, vacinas, farmácia. A reclamação sobre o trabalho naquele PSF era focada na dificuldade de relacionamento com a população e na localização do Posto.

Como aspecto positivo, foi salientado o fato de conseguirem ajudar as pessoas e de, em alguns momentos, terem o reconhecimento de seu trabalho.

Foi possível constatar nítida contradição nas falas do "grupo técnico", uma vez que se, por um lado, tinham muito medo da população local, por outro, quando a relação ocorria sem confronto, era vista como gratificante e, até mesmo, prazerosa. A médica salientou o fato de ter feito medicina justamente para "ter a oportunidade de ajudar as pessoas que querem ser ajudadas", poder aliviar seus sintomas. Quando isso acontece sem grande stress, ela se sente gratificada. No entanto, é importante registrar que essa contradição é parte integrante da vida e, portanto, absolutamente normal.

O "grupo dos agentes comunitários" disse gostar muito de morar e trabalhar na vila, pois conhece a comunidade há anos e trabalha perto de seu local de moradia. Além disso, acredita que seu trabalho possibilita ajudar outras pessoas, o que agrada bastante. Gosta de realizar visitas domiciliares e trabalhos com grupos, de dar orientações e saber que melhorou a vida das pessoas.

"Gosto de conversar, pegar os problemas dos outros. Tenho alegria de fazer um serviço e ouvir um muito obrigado."

"Gosto de pegar um problemão e ir resolvendo. Quando a gente consegue que um paciente entenda a importância de um tratamento, é muito bom."

Com relação às dificuldades, salientaram o fato de as famílias serem de baixa renda, terem um descaso muito grande para com elas mesmas e serem pessoas muito ignorantes. Apontaram como problema importante o abandono ao tratamento. Assim, quando conseguem adesão ao tratamento de alguma doença crônica, sentem-se muito gratificados. Também relataram como dificuldade o fato de terem que acalmar pessoas furiosas ou mudar hábitos de alguns.

Em função de a equipe técnica sentir medo da população e achá-la muito agressiva, os agentes comunitários se organizaram no sentido de sempre ficar um deles dentro do PSF.

As falas dos dois grupos foram muito diferenciadas, pois retrataram os lugares em que cada um estava inserido. Esse processo de discordância da equipe em relação, especialmente, ao medo que sente da população e do local em que se situa o PSF, tem relação direta com o que Habermas (1991) fala sobre a forma como a argumentação sobre um tema reflete a perspectiva de cada um, mesmo estando inserido num contexto universal. No discurso, não se quebra o sentimento de pertença de cada indivíduo para com seu grupo, mas o consenso depende da superação da perspectiva egocêntrica individual.

Os dois grupos também relataram problemas com relação à infra-estrutura do serviço. O mais importante, e, possivelmente, o que tem desencadeado muitas das dificuldades de relacionamento com a população, é a falta de recursos humanos, em especial, de médico, pois, apesar de a equipe ser dupla, havia somente um médico no PSF que, ainda, era o coordenador do serviço. Isso, segundo a equipe, agravou bastante a sua relação com a população. Outros problemas sobre a infra-estrutura do serviço são a falta de medicamentos, dificuldades para remoção de pacientes, falta de consultas especializadas, local de difícil acesso e muito perigoso.

Quando essas falas foram trazidas para discussão em grupo no primeiro encontro do grupo, a equipe teve muita dificuldade em ser ouvida e em colocar para o grupo as suas angústias. Somente a médica, coordenadora da equipe, conseguiu falar, dizendo que sentia medo da população, que as pessoas ameaçavam a equipe e que eles viviam em constante pressão dentro do PSF.

No encontro seguinte, essa discussão começou a ser feita de maneira mais reflexiva, e os agentes começaram a procurar ouvir o que essa fala significava. No entanto, com exceção dos dois últimos encontros da capacitação, em nenhum outro, participaram todos os membros da equipe, o que prejudicou bastante o andamento do trabalho. À medida que começaram a ser explicitados os problemas e as dificuldades da equipe em relação à população moradora de seu território, o clima dos encontros foi ficando bastante tenso e a equipe do PSF reagindo de forma muito agressiva com os técnicos responsáveis pela condução da capacitação.

A coordenadora do serviço não compareceu a três dos seis encontros: foi ao primeiro e nos dois últimos. Isso foi bastante prejudicial, pois como gerente poderia ter sido uma facilitadora do processo de reflexão, uma vez que as discussões giraram em torno do cotidiano de trabalho da equipe.

No segundo encontro, a equipe estava bastante tensa e demonstrou desagrado em discutir suas dificuldades. O grupo relatou que o PSF havia ficado fechado durante dois dias, em função de ameaças que estavam recebendo da população. Depois de algumas negociações junto à Gerência Distrital, voltaram a abrir o serviço. No entanto, estavam indo trabalhar escoltados pela guarda municipal. O guarda acompanhava a equipe desde a sua chegada à Vila até o fechamento do PSF e, durante todo o tempo, ficava em frente ao Posto "escoltando" a equipe, que se sentia acuada e receosa da população. Os trabalhadores do PSF avaliaram que a sua relação com a população piorou com a saída de um dos médicos, pois eles não conseguiam atender à demanda do PSF, e isso causava muita tensão com a população.

No terceiro encontro, a situação continuava tensa, e a animosidade com a equipe responsável pela capacitação havia aumentado. Durante esse encontro, presenciamos algumas situações bastante constrangedoras em relação ao contato da equipe com algumas pessoas da população, o que nos explicou, pelo menos parcialmente, o desconforto que estava existindo com a comunidade. Observamos que a população não era bem atendida e que a equipe não se preocupava em melhorar esse atendimento. Ao questionarmos esse assunto, defenderam-se dizendo que tinham que estabelecer regras ao atendimento, senão as pessoas vinham em qualquer horário solicitar qualquer coisa.

Para essa reunião, a equipe tinha ficado de levantar problemas e necessidades de saúde da população para serem discutidos, mas não só não realizaram o levantamento como nos agrediam, dizendo que não tinham tempo para esse tipo de atividade, uma vez que a demanda pelo serviço é muito grande.

Conversamos com o grupo novamente sobre a proposta da capacitação que, necessariamente, requeria o envolvimento e a disponibilidade da equipe em olhar-se e refletir sobre sua prática, pois o conteúdo teórico a ser trabalhado somente faria sentido se fosse pensado a partir de seu cotidiano de trabalho. Fomos questionados sobre o porquê de ainda não terem "recebido" esse conteúdo, pois a demanda do grupo era apenas de repasse de informações. Dissemos que ele ainda não havia sido visto de maneira mais formal em função de que estávamos trabalhando com eles as dificuldades que estavam enfrentando em relação à população. No entanto, procuramos deixar claro que, ao discutirmos suas dificuldades, estávamos trabalhando conteúdo teórico, pois refletíamos sobre os problemas de comunicação, o saber popular e científico, a relação com o usuário e o processo de trabalho em saúde.

Durante essa semana, fomos contatados pela Gerência Distrital - GD, que nos informou que a coordenadora local havia feito uma reclamação sobre nossas atitudes (mesmo não estando presente nos encontros). Declarou que o grupo disse que nós estávamos dividindo a equipe e acusando a coordenadora de não estar presente nos encontros. Pedimos que a GD estivesse presente na capacitação, pois discutiríamos isso com o grupo. No quarto encontro, procuramos iniciar a reunião com a fala da coordenadora local, mas ninguém quis-se manifestar. As gerências distrital e local manifestaram-se

dizendo que não estavam entendendo a finalidade do trabalho nem o porquê de discutir suas dificuldades, uma vez que elas já haviam sido superadas. Disseram que partimos de uma amostra viciada e que nunca a equipe esteve tão bem com a população, pois todos os problemas haviam sido resolvidos.

Saímos desse encontro entendendo que faltava respaldo da GD e gerência local para continuarmos o trabalho. Marcamos uma reunião com a GD para discutirmos os rumos da capacitação. Nela, a assessora da gerência, que havia acompanhado boa parte do trabalho e as negociações iniciais da capacitação, disse que já havia conversado com a coordenadora local e que ela estava disposta a reiniciar o trabalho, mas gostaria de discutir o conteúdo de forma objetiva. Disse que os problemas do serviço já estavam sendo tratados pela gerência e que eram eles que tinham a responsabilidade de resolvê-los.

Combinamos que o trabalho só recomeçaria se ficasse esclarecido para a equipe do PSF que discutir os problemas levantados por eles fazia parte da proposta de trabalho, pois acreditávamos que o conteúdo teórico deveria ser construído pelo grupo a partir de sua realidade cotidiana, caso contrário, ele não serviria para qualificar o trabalho.

Durante as discussões sobre como iríamos desencadear esse processo, o gerente distrital participou muito pontualmente. Designou uma de suas assessoras para acompanhar o trabalho e ela também não acompanhou e, quando comparecia aos encontros, verbalizava para a equipe do PSF que o trabalho estava sendo desviado de seu objetivo, pois, no seu entendimento, deveríamos apenas qualificar o trabalho dos programas de vigilância coordenados pela Equipe de Informação.

Apesar de todas as discussões realizadas com essa assessora antes do início do trabalho, constatou-se, durante o processo, que ela, de fato, não havia entendido o objetivo e, muito menos, a metodologia utilizada na capacitação.

Nessa reunião com a GD, ficou acordado que faríamos mais dois encontros teóricos para concluir a capacitação, pois a equipe não queria discutir nem refletir sobre o seu trabalho. O conteúdo teórico trabalhado foi modelo de atenção (sanitarista, médico-assistencial e vigilância da saúde) e a lógica de trabalho dos programas de vigilância da saúde da criança.

Antes do início do conteúdo teórico, conversamos com o grupo para mostrar que a metodologia utilizada nessa capacitação, pesquisa-ação, partia do princípio de que quem decidia o rumo do trabalho eram as pessoas envolvidas, e, como o desejo da equipe e da GD não era discutir suas dificuldades e repensar o processo de trabalho, trabalharíamos os últimos dois encontros da forma como eles haviam solicitado. No entanto, salientamos que era uma pena que esse conteúdo não pudesse ser aproveitado para discutir e refletir sobre a prática, pois seria isso que poderia ajudá-los a enfrentar todas as adversidades do cotidiano e a entender as teorias que estávamos apresentando. Assim, mudamos o caminho proposto inicialmente para podermos terminar a capacitação.

Acredita-se que as dificuldades que a equipe enfrentou no PSF irão voltar a

aparecer, pois, sem refletir sobre elas, não é possível pensarmos numa ação que seja transformadora da prática.

Como essa capacitação propôs, a metodologia da pesquisa-ação com base nos princípios da educação popular, necessariamente precisávamos escutar a fala e o desejo da equipe do PSF. A ação que estava sendo proposta era a implementação de um trabalho pautado na vigilância da saúde da criança: descentralização do Programa de Vigilância da Mortalidade – Prá-Viver e qualificação do Programa Prá-Nenê, que trabalha com crianças menores de um ano. Esses programas somente poderiam ser assumidos integralmente pela equipe a partir de um novo olhar sobre sua prática. Para isso, o PSF deveria rever o seu cotidiano e reorganizar seu trabalho para responder a essa demanda da Secretaria Municipal de Saúde - SMS, de Porto Alegre.

Mesmo com todas as dificuldades de escuta da equipe e da GD sobre as dificuldades vivenciadas por cada um dos trabalhadores, acreditamos que os encontros tenham possibilitado que a equipe do PSF olhasse as suas dificuldades e que a GD enxergasse esses problemas e assumisse a responsabilidade de dar suporte para a equipe e, assim, ajudá-la a resolvê-los.

Essa proposta de capacitação foi bastante desafiadora, pois, diferente das metodologias tradicionais, necessitou do envolvimento e da participação ativa dos participantes em todo o processo. Além disso, na perspectiva de modificar o cotidiano de trabalho, necessitava da participação e da legitimação pela coordenação local. Acreditamos que o motivo principal das dificuldades enfrentadas foi a falta de entendimento e envolvimento da GD e da coordenação local sobre o trabalho a ser realizado. Isso fez com que, nos momentos difíceis, a equipe se sentisse respaldada em suas queixas, tivesse resistido em participar e também não conseguisse entender o propósito do trabalho.

Houve uma dificuldade muito grande de os trabalhadores conseguirem escutar uns aos outros. Os agentes comunitários não entendiam ou não aceitavam as queixas da equipe técnica em relação ao medo que sentiam da população. Diziam que a população não era tão agressiva e que sua agressividade tinha relação com a forma como as pessoas se sentiam acolhidas dentro da equipe. A equipe técnica ignorou essa observação, que emergiu muito sutilmente em todos os encontros. Além disso, o grupo se sentiu acuado pela equipe da capacitação que a viu como alguém que ameaçava o seu trabalho, discutia posturas e cobrava tarefas.

Para a finalização desse processo de capacitação no PSF, foi necessário recomeçar o trabalho a partir do conteúdo teórico de vigilância da saúde da criança, pois a equipe não estava disposta a refletir sobre o seu cotidiano. Ficou claro para o grupo que, numa proposta de capacitação que se pautava pela postura metodológica da uma pesquisa-ação e que tinha como fundamentos os princípios da educação popular, quem decidia o rumo da capacitação eram eles. No entanto, era lamentável que esse conteúdo não pudesse ser aproveitado para discutir e refletir sobre a prática.

Essa postura metodológica trouxe como desafio a construção de cada encontro

a partir do anterior e a falta de adesão da equipe do PSF em participar do trabalho. Apesar das dificuldades em implementar a capacitação nesse serviço, acredita-se que a metodologia proposta teve êxito, pois fez a equipe ter de escutar as diferentes falas de seus membros e a GD, olhar o problema da equipe e ajudá-la a resolver.

Durante todos os encontros, foi possível perceber que a equipe local não se mostrava disposta a participar ativamente do trabalho, pois não respondia satisfatoriamente a nenhuma solicitação. A cada encontro, questionavam novamente o objetivo do trabalho e não conseguiram-se transformar em sujeitos do processo. Qualquer questionamento em relação às suas atitudes soava como crítica ao seu trabalho e reagiam de forma agressiva.

A maneira de "defenderem-se" foi desqualificando suas falas das entrevistas individuais. Disseram que elas foram pontuais e não refletiam a equipe, pois foram realizadas num momento em que a sua relação com a população não estava boa.

A assessora da GD, que acompanhou boa parte do trabalho, sublimou as discussões sobre dificuldades com a população, dizendo que a maioria da população estava satisfeita com a equipe do PSF e só uma minoria é que agredia a equipe. Ela teve um papel decisivo na condução do processo, pois reforçou a fala da equipe de que não entendia a finalidade do trabalho e desqualificou as discussões sobre as dificuldades de trabalho. Acredita-se que se sentiu cobrada por nós e se defendeu acusando-nos de falta de objetividade. Até o final dos encontros, reforçou que acreditava que íamos capacitar no funcionamento dos programas Prá-Nenê e Prá-Viver, e que os objetivos da capacitação foram desviados. Assim, foi muito mais fácil para a equipe do PSF e da própria GD dizer que o que estava errado era o processo de desenvolvimento da capacitação do que admitir que o seu processo de trabalho tinha problemas.

REFLEXÕES PRELIMINARES

A análise do processo de capacitação vivenciado nesse PSF mostra o desafio de desenvolver um trabalho que propõe a participação ativa das pessoas e a reflexão do cotidiano para o desencadeamento de uma ação.

Habermas (1991) destaca que o discurso prático pode garantir uma formação inteligente da vontade ao contemplar os interesses de cada um dos indivíduos. Durante o processo de comunicação, faz-se necessário negociar-renegociar-reinstaurar a negociação, pois a ação precisa ser legal e ser legítima. No caso da capacitação do PSF, a ação desenvolvida era legal, mas não era legítima, pois a GD, que tinha a função de legitimar o trabalho, não só não o fez como se aliou à fala queixosa da equipe do PSF e desestabilizou todo o processo que estava sendo desenvolvido.

Nesse movimento de negociação/renegociação, é natural que haja a fuga do enfrentamento do problema por parte da equipe, pois olhar para as dificuldades de trabalho é algo extremamente difícil. A pesquisa-ação implica que as pessoas que participam do processo estejam envolvidas em todas as suas etapas e que decidam o seu rumo. Esse tipo

de investigação parte de uma nova concepção de mundo e de vida e se caracteriza por ler, perceber e apreender a práxis cotidiana. Procura valorizar os modos de viver, de agir e analisa os grupos e as suas necessidades (SERRANO, 1990).

Habermas (1998) propõe que se construa uma nova racionalidade que estimule a liberação do potencial comunicativo e crie novas redes de relações interpessoais capazes de contribuir para uma cultura emancipatória. Acredita que é fundamental que se repense a ação comunicativa no sentido de oportunizar aos cidadãos o debate crítico e democrático da realidade em que vivem para conseguirem chegar a um entendimento sobre os problemas e soluções do mundo contemporâneo. Essa comunicação é uma estratégia para a humanização da sociedade. No entanto, ela é extremamente difícil de ser conquistada, pois as pessoas ficam presas às suas formas de ver o mundo e não abrem seu olhar para ouvir outras maneiras de pensar a realidade. A experiência vivenciada no processo de capacitação do PSF deixou clara essa dificuldade, pois os membros da equipe nem sequer conseguiram escutar as falas trazidas nas entrevistas individuais e assumir as dificuldades vivenciadas no seu cotidiano; ora responsabilizavam a população por seus problemas, ora desconsideravam a fala de seus colegas de trabalho. O processo comunicativo exige mais do que uma ação expectadora e alienada e propõe que se supere a dimensão individual e se atue na perspectiva de uma aprendizagem coletiva.

Amâncio (2004) diz que o conhecimento não é só um ato de transmissão de conteúdos, mas ele existe para que ocorra uma apropriação do aprendido e, conseqüentemente, uma transformação da situação concreta. Parece que o processo desencadeado no PSF, devido às suas peculiaridades, acabou por não possibilitar essa apropriação do conhecimento nem da própria realidade vivenciada pela equipe nem do conteúdo teórico trabalhado. Esse último ficou descontextualizado das discussões que foram realizadas sobre o cotidiano e, portanto, não possibilitou o desencadeamento de uma ação transformadora das relações de trabalho tampouco das relações interpessoais.

Essa proposta de capacitação foi bastante desafiadora, pois, diferente das formas tradicionais, demandava o envolvimento e a participação ativa do grupo em todo o processo. Além disso, na perspectiva de modificar o cotidiano de trabalho, necessitava da participação e da legitimação pela coordenação local. O que aconteceu foi que a equipe de Saúde do PSF se sentiu acuada e percebeu o trabalho da equipe de Informação como crítica ao seu próprio trabalho e como exigência de atitudes diversas.

A pesquisa-ação se caracteriza por partir dos problemas cotidianos e pretender implicar ativamente todos os envolvidos (SERRANO,1990), o que não ocorreu com a equipe do PSF. A falta de entendimento da metodologia de trabalho e a dificuldade em questionar o seu cotidiano, assim como o temor de enfrentar os desafios de uma nova forma de trabalho, determinaram que a equipe não conseguisse avançar no sentido de qualificar as discussões e transformar a realidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para finalizar, apresentamos alguns aspectos que se salientaram nas reflexões sobre o processo de capacitação desenvolvido.

a) Uma proposta de capacitação fundamentada nos princípios da educação popular e que se caracteriza como uma pesquisa-ação, se, por um lado, desencadeia um processo de reflexão do cotidiano e cria possibilidades de transformação da realidade, por outro lado, necessita da vontade política da gerência e do grupo e, também, do comprometimento de todos os participantes com os processos de mudança.

b) Quando não há comprometimento do gestor local, o grupo não consegue avaliar a importância do trabalho desenvolvido e não entende seus objetivos.

c) Os encontros somente podem ser programados a partir do encontro anterior, pois o processo vai sendo construído nas discussões do grupo.

d) Para que possa se desencadear uma comunicação entre iguais e possibilitar o que Habermas (MEDEIROS, 2004) chama de simetria da fala, é necessário que os pesquisadores sejam aceitos pelo grupo e que haja um desejo nesse grupo de olhar-se, trabalhar em conjunto e qualificar o seu cotidiano.

e) Numa proposta dessa natureza, é necessário que as discussões em grupo sejam facilitadas para que todos os participantes possam participar - falar, escutar a fala dos outros - e refletir sobre elas e que exista o desejo do grupo de desencadear esse processo.

REFERÊNCIAS

AMÂNCIO, C. **Educação popular e intervenção comunitária:** contribuições para a reflexão sobre empoderamento. 2004. Trabalho apresentado na 27ª ANPED, 2004.

BERBEL et al. **Metodologia da problematização:** experiências com questões de ensino superior. Londrina: Editora UEL, 1998. 282 p.

BOFF et al. **A mística do animador popular**. São Paulo: Ática, 1996. 80 p.

BRANDÃO, C. R. A educação popular na área da saúde. In: VASCONCELOS, E. et al. **A saúde nas palavras e nos gestos:** reflexões da rede de educação popular em saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 21-29.

_____. **Em campo aberto:** escritos sobre a educação e a cultura popular. São Paulo: Cortez, 1995. 229 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997.

_____. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança no modelo de Atenção Básica. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 1, p.113-125, jan./mar., 2003a.

_____. **Seminário sobre incentivos às mudanças na graduação das carreiras da saúde**: caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar a educação permanente no SUS. Brasília, DF, 2003b. Disponível em: <www.opas.org.br/rh/admin/documentos/segetes1.pdf >. Acesso em: 12 de março de 2004.

CARR, W.; KEMMIS, S. **Teoría crítica de la enseñanza:** la investigación-acción en la formação del profesorado. Barcelona: Martínez Roca, 1988. 245 p.

CHAUI, M. O que é ser educador hoje? Da arte à ciência: a morte do educador. In: BRANDÃO, C. R. **O educador:** vida e morte: escritos sobre uma espécie de perigo. Rio de Janeiro: Graal, 1982. p. 51-70.

COSTA, Marisa Cristina Vorraber. **Educação popular hoje**. São Paulo: Loyola, 1998. 260 p.

HABERMAS, J. **Comentários à ética do discurso**. Lisboa: Instituto Piaget, 1991.

_____. **O Discurso filosófico da modernidade**. Lisboa: D. Quixote, 1998.

LEVY, F. M.; MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 197-203, jan./fev. 2004.

MEDEIROS, M. Reconstrução prático-instrumental da análise de discurso à luz das idéias de Jürgen Habermas. **Plano de Ensino**. Porto Alegre:PUCRS, 2004.

MENEGOLLA, V. L..; POLLETO, D. S. ; KRAHL, M. O agente comunitário de saúde no desenvolvimento de seu trabalho. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 81-93, 2003.

MOSQUERA, J. A educação no terceiro milênio. **Educação**, Porto Alegre, v. 26, p. 43-58, 2003. Edição Especial: 60 anos do Curso de Pedagogia PUCRS.

SERRANO, M. G. P. **Investigacion-accion:** aplicaciones al campo social y educativo. Madrid: Dykinson, 1990.

SOUZA, A. M. A. et al. Processos educativos nos serviços de saúde. In: Organização Pan-Americana de Saúde. **Oficina Regional da Organização Mundial de Saúde.** Brasília, DF, 1991. Mimeografado.

VALLA, V. V. Apoio social e saúde: buscando compreender a fala das classes populares. In: COSTA, M. V. et al. **Educação popular hoje**. São Paulo: Loyola, 1998.
p 151-180.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e pesquisa-ação como instrumentos de reorientação da prática médica**. 2000.Trabalho apresentado na 23ª ANPED, Caxambu, 24 a 28 de setembro, 2000.

_____. Educação popular e pesquisa-ação como instrumento de reorientação da prática médica. In: GONSALVES, E. P. **Educação e grupos populares**. Campinas: Alínea, 2002. p. 79-98.

_____. Educação popular em tempos de democracia: uma visão a partir do setor saúde. In: COSTA, M. V. et al. **Educação popular hoje.** São Paulo: Loyola, 1998. p. 63-97.

_____. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, E. et al. **A saúde nas palavras e nos gestos:** reflexões da rede de educação popular em saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 11-19.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, DC, v. 120, n. 6, p. 472 - 482, jun. 1996.