

# AValiaÇÃO PARTICIPANTE DE PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

ELIZABETH DE LEONE MONTEIRO SMEKE\*

NAYARA LÚCIA SOARES DE OLIVEIRA\*\*

*RESUMO:* Estudo-experimentação, avaliando práticas educativas (PE) em saúde desenvolvidas em Centros do SUS (Campinas/SP), na implantação do Paidéia Saúde da Família, com base em referenciais da avaliação de 4ª Geração, que inclui as pessoas envolvidas com o objeto da avaliação, agrupadas por interesse, e da educação popular e saúde. Realizada em 2004, esta avaliação participante reuniu três grupos de interesse (GI) envolvidos nas ações educativas analisadas (usuários, profissionais e gestores). A partir de entrevistas coletivas com cada GI, e depois intergrupos, foram validados os resultados em cada etapa, identificando contribuições para mudanças e aprimoramentos. A auto-reflexão das práticas educativas vivenciadas e a explicitação de subjetividades, implicações e diferenças entre envolvidos, combinadas à triangulação com dados quantitativos, tornam-se dispositivos de educação permanente e gestão na saúde, criando alternativas para a avaliação apropriada pelos serviços.

*Palavras-chave:* Educação em saúde. Saúde da família. Avaliação participativa. Pesquisa-ação. Educação popular em saúde.

## PARTICIPANT EVALUATION OF EDUCATIONAL PRACTICES IN HEALTH SERVICES

*ABSTRACT:* We carried out an experiment-study to assess the health educational practices used by the SUS municipal network (Campinas/SP) during the implementation of the Family Health

---

\* Professora da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-CAMPINAS). *E-mail:* bethsmeke@gmail.com

\*\* Doutora em Saúde Coletiva e profissional de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SP). *E-mail:* naluso63@gmail.com

Paideia. The 4<sup>th</sup> Generation Evaluation and the Popular Education in Health were used as a support. As it was a critical action-research, this participant evaluation gathered the three groups of interest involved in these practices (users, workers and managers). Based on collective interviews and focal groups within each group of interest and then among them, the results were validated at each step of the process, identifying contributions for changes and improvements. Self-reflection on those lived educational practices, clarification of the subjectivities, implications and differences among the involved parts, combined with the quantitative data, became devices for permanent education and health management, creating alternatives to properly evaluate everyday services.

*Key words:* Health education. Family health. Participant evaluation. Action research. Popular education in health.

O aprimoramento da rede pública de cuidados à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), em Campinas (SP), pretendido pelos dirigentes da Secretaria Municipal de Saúde no governo democrático e popular iniciado em 2001, tinha como base adaptar o Programa Saúde da Família (PSF)<sup>1</sup> à robusta rede de serviços em implantação desde os movimentos populares de saúde dos anos de 1970 (Smeke, 1989). A meta era reorientar os processos de trabalho das unidades de saúde para uma lógica centrada nas necessidades do usuário e não do profissional, com respeito e estímulo à autonomia (individual e coletiva) de trabalhadores e usuários, posicionados como sujeitos do processo cotidiano de produção de saúde. Algumas de suas diretrizes se organizavam em torno de conceitos caros à educação em saúde: *clínica ampliada e processo de produção de saúde, papel dos agentes comunitários de saúde, participação popular e comunitária* articulada à gestão colegiada e *capacitações profissionais* voltadas para a mudança (Campinas, 2004; Oliveira, 2005).

São diretrizes alicerçadas numa política de educação em saúde incumbida de mediar esses conceitos, para a qual foi criada uma Câmara Técnica de Educação e Comunicação em Saúde (CTECS), incluindo diferentes setores da Secretaria de Saúde. Nesse processo, foram muito estimuladas as práticas educativas (PE), o que passou a exigir de seus protagonistas algum nível de avaliação. No entanto, a forma tradicional de avaliar serviços de saúde resulta em julgamentos e fiscalizações, a serviço

do exercício excludente do poder, longe dos pressupostos da educação popular, exigente de autonomia e participação.

Como integrantes da CTECS e com a oportunidade de realização de uma tese de doutoramento, as autoras propuseram uma investigação participativa das PE em saúde realizadas na rede pública local. Com base nessa experiência, este pequeno texto tem como objetivo salientar alguns aspectos metodológicos, potencialmente incentivadores de experiências avaliativas na perspectiva da educação popular.

### Avaliar serviços de saúde? A busca do referencial possível

Partimos das reflexões que já estudavam criticamente as pesquisas avaliativas, consideradas herméticas, instrumentais, voltadas ao mercado, pouco analíticas de contextos e processos, restritas à avaliação de impacto e instrumento de desembolso de recursos etc. (Silva et al., 2004; Aguilar & Ander-Egg, 1994; Contandriopoulos et al., 1997; Furtado, 2001; Vasconcelos, 2002).

Há consenso de que se avalia pouco as práticas dos serviços: a restrição financeira priorizando a intervenção em si; a falta de parâmetros pré-definidos; os processos de trabalho polarizados entre fazer e refletir; a tendência tradicional da avaliação exógena, por agentes externos; a magnitude e diversidade das demandas são justificativas compreensíveis para a não priorização, apesar do prolapado reconhecimento de sua importância. Portanto, é imprescindível o debate do referencial teórico-metodológico, junto àqueles aos quais interessa a avaliação, como sujeitos cognoscentes construtores de novas realidades.

#### *Por que e para quê avaliar com os grupos de interesse (GI)?*

Segundo vários autores, avaliar é emitir um juízo de valor (Aguilar & Ander-Egg, 1994; Contandriopoulos et al., 1997; Furtado, 2001; Vasconcelos, 2002; Carvalho, 2001; Saul, 2001; Uchimura & Bosi, 2002; Mercado-Martínez & Bosi, 2004; Hartz & Silva, 2008). Para eles, algumas tradições epistemológicas buscam a objetividade da verdade única, a despeito das posições do observador. Por outro lado, reconhecem que um julgamento é uma confrontação – dependente de significados mais ou menos explícitos, por quem emite o juízo – entre

o objeto de avaliação e o referencial utilizado. Os resultados da avaliação são julgados a partir de valores não-objetiváveis e, por isso, é necessário expô-los de forma a esgotar os pontos de vista dos atores nela envolvidos, denominados de GI. Gestores, pesquisadores, usuários, profissionais, pais e alunos têm motivações e objetivos diferentes e conflituosos.

Furtado (2001), trazendo as reflexões da chamada “Avaliação de 4ª geração”,<sup>2</sup> proposta por Guba e Lincoln (1989), realizou pesquisa avaliativa a partir da explicitação e intervenção dos implicados. Combinando-as com o Método da Roda (Campos, 2000), o autor aproximou as abordagens qualitativa e quantitativa, de forma complementar, na compreensão dos fenômenos complexos, problematizando contradições e explicitando critérios, junto aos diferentes GI.

Nossa perspectiva focou a aprendizagem no processo avaliatório, buscando a transparência, legitimidade e qualidade dessas ações, a partir e com os implicados direta ou indiretamente, em nosso caso: usuários, profissionais, gestores.

#### *As pesquisadoras no grupo de interesse: a pesquisa-ação*

Tendo o qualitativo como fio condutor, concordamos com os autores citados sobre a importância da caracterização das posições intersubjetivas dos atores envolvidos, inclusive as nossas, pesquisadoras implicadas. Assim, explicitamos para nós e para o grupo valores ou ordens de validação – perguntas avaliativas:

- As PE contribuem para a mudança do Modelo de Atenção?
- O referencial teórico-metodológico desta pesquisa é exequível e apropriável no cotidiano dos serviços?
- Há organicidade entre pesquisador e desenvolvimento da pesquisa na direção de processos emancipatórios?

As implicações de uma investigação orientada pelas ações em que se está inserido mostram-se amparadas pela pesquisa-ação ou pesquisa participante (Brandão, 1985; Thiollent, 1987; Carvalho, 2001). Tal práxis, gestada a partir das premissas da democratização do conhecimento, vem sendo utilizada por profissionais de saúde para problematizar seu

cotidiano. Pressupõe que organizações concretas são atravessadas por processos institucionais complexos (Vasconcelos, 2002), de cuja explicitação a pesquisa-ação pode ser um dispositivo. O referencial da educação popular em saúde, orientador da nossa prática profissional, sustenta e dá coerência a essa escolha metodológica, reconhecedora da criatividade e da busca de saber dos grupos sociais reconstrutores de novos e velhos conhecimentos. Nesse sentido, nossas implicações são fruto de uma necessidade de contribuir com uma análise de práticas nas quais estávamos envolvidas, conscientes dos riscos de discórdia e contradições.

### Avaliação participante de PE e educação popular na gestão em saúde

Trabalhando de acordo com o previsto nas propostas de Furtado (2001), o primeiro passo foi identificar a composição dos GI.

A CTECS, reunindo-se irregularmente desde sua criação, com eixos e focos pouco definidos, apesar das várias tentativas de avaliação das PE, ao aceitar a proposta desta pesquisa, tornou-se co-planejadora e um dos GI. Discutiu o projeto, seus referenciais e sua questão fundante: se a política de educação e saúde estava valendo a pena ou não. Feitas as análises de contexto, as questões a serem avaliadas relacionavam-se ao cumprimento das diretrizes do Projeto Paidéia e, como esperado, questionava-se a produção de indicadores que mostrassem a qualidade e a quantidade das PE na rede. Definiu-se como universo 119 experiências expostas numa mostra estimulada pela SMS no ano anterior, o que exigiu nova delimitação. Para tornar o estudo possível, buscou-se um recorte que não ferisse os princípios a serem avaliados, definidos por aquele GI:

- a) os eixos do Paidéia: clínica ampliada – processo de produção de saúde, o papel do agente comunitário de saúde, qualidade da participação popular e gestão colegiada, e capacitação voltada para a mudança;
- b) critérios operacionais de continuidade da PE e disposição dos integrantes em participar;
- c) recorte por traçador (processos/categorias de práticas em geral mais frequentes que possibilitam o acompanhamento de

processos e resultados de intervenções mais complexas) (Mellin Gimenes, 1992; Donabedian, 1980). O traçador que contemplou todos os quesitos foi Saúde do Idoso e do Adulto, somando, ao final, 18 trabalhos. Todos descrevendo experiências com coletivos de adultos e idosos em diferentes modalidades: desde grupos de vivência corporal, artística e/ou organizativa a coletivos para controle de variáveis patológicas, em especial pressão, peso e glicemia. Abaixo, os títulos, de acordo com os respectivos distritos (D):

D1: Crê-Vida Feliz; Idosos com Prazer; Viva a Vida; Ginástica “Renascer”;

D2: Vivavida; Programa de Visita Domiciliar; Lian Gong e Fuxico;

D3: Projeto Terapêutico “De bem com a vida”; Prótese Total-3ª Idade; Qualidade de vida na melhor idade; Centro de Convivência Itinerante; Abrace sua praça;

D4: Baile da Feliz Idade; Intervenção na população acima de 55 anos; Hipertensão e Diabetes – melhoria e qualidade de vida;

D5: Corpo, espaço e criação; Qualidade de vida na Terceira Idade.

### *Primeira rodada de encontros*

Após divulgação e discussão da proposta avaliativa nas reuniões distritais, foi realizada a primeira rodada de encontros com os GI gestores e profissionais, objetivando: contrato; discussão do projeto, compromissos e termos de consentimento; identificação do(s) conceito(s) de Educação e Saúde compartilhado(s) pelo grupo; relatório até o momento; discussão dos critérios de escolha dos trabalhos; identificação das perguntas avaliativas; definição do encontro com grupo de interesse subsequente.

O encontro com gestores incluiu a CTECS e coordenadores das unidades com trabalho selecionado. Este GI definiu o próximo: o dos profissionais responsáveis pelos projetos selecionados.

O encontro com os profissionais seguiu a mesma organização e esse coletivo definiu como deveria ser o encontro com os usuários.

## Quadro 1

Síntese dos principais aspectos da primeira rodada de encontros

GI	O que avaliar?	Como avaliar?	Educação e Saúde	Observações
Gestores: CTECS Coordenadores de unidades	- Sobre a capacidade de mudança das PE - Qualidade formal dos projetos (se têm objetivos, metodologia etc.) - Análise das estratégias de avaliação de cada projeto - Resultados quantitativos comprobatórios	- Diálogos com profissionais e usuários, verificar resultados quantitativos - Análise dos projetos escritos - Identificação de mudanças nos indicadores epidemiológicos	- Pedagogia crítica, educação para libertação, construtivismo - Variável, discurso construtivista, descrença no potencial do usuário e no compromisso do profissional, necessidade de responder à demanda	- Prós e contras com relação à escolha da amostra, assunção e consciência das limitações da pesquisa, acordo com relação à amostra
Profissionais responsáveis pelas PE em análise	Se atingiram os objetivos definidos nos projetos	Perguntando aos usuários, verificando dados epidemiológicos, revendo condições e especificidades da sua execução e eventuais resultados existentes	Prevalece a mudança de comportamento, aparece o discurso da educação crítica, construtivista e libertadora e a dificuldade de trabalhar com esse referencial	Escolha dos usuários a partir dos seus próprios grupos de atividades educativas
Usuários	O desejo de contar sobre as experiências e dizer o que é bom, ruim ou o que deve ser melhorado	Falando, se encontrando de novo, mencionam levantamentos no bairro	A discussão conceitual focou a experiência perceptiva variando entre a posição de consumidor de informação à capacidade de gerar informação	Reclamações pela falta de recursos, delegação de poder aos que estão em posição de direção.

Precedido de discussão em cada grupo onde se realizava a PE, vieram os usuários interessados e/ou indicados por seus pares a participar da avaliação. Os integrantes do encontro com usuários (média de 2 por PE)

já estavam razoavelmente conscientes de seu papel de representantes das posições do respectivo grupo de PE para a avaliação. Cada um falou sobre o projeto do qual participava e de como deveria ser avaliado.

Usamos tarjetas descoláveis para facilitar sua mobilidade em diferentes grupos de categorias. No fechamento de cada grupo, insistiu-se na livre comunicação (telefone ou correio eletrônico), encaminhando de forma digitada cada reunião aos integrantes para conferência. A seguir, o trabalho das autoras, entre cada rodada de encontros, era identificar as principais categorias de perguntas avaliativas, condensá-las, validá-las junto ao grupo enunciador para orientar o respectivo grupo focal.

### *Segunda rodada de encontros: grupos focais<sup>3</sup>*

Com o objetivo de validar o roteiro final de perguntas avaliativas, colocando-as no foco das respostas, foram realizados os grupos focais separadamente por GI. A ideia era verificar, a partir do ponto de vista de seus participantes, a compreensão focada na avaliação das PE, produzindo aproximações a partir de sua dimensão cognitiva e intersubjetiva (Westphal, Bógus & Faria, 1996).

Conforme a proposta do grupo focal, ao final de cada questão, a síntese era validada com o próprio grupo. Novas redações, para construir categorizações para “revelar o movimento intrínseco do conhecimento e da experiência” (Nunes, 2000, p. 225), com escolhas, segundo um olhar interessado, criando novas categorias, agrupando-as novamente, para revalidá-las junto aos seus enunciadores. Em cada devolutiva revíamos as falas, tarjetas e observações da linguagem não-verbal, buscando o que dentro de nós entrava em sintonia com os integrantes do GI em cena, respeitando as conclusões de cada grupo. Em se tratando de pesquisa avaliativa, esse é um exercício difícil, mas crucial. Abre caminho para a possibilidade de diálogo exigida pela plenária, onde cada grupo conheceria a avaliação do outro, por meio do texto que escrevemos como sendo a revelação da avaliação do outro.

### *A plenária*

Nossa intenção era realizar a plenária em dois passos, mas só conseguimos o primeiro, por ter sido já próximo ao Natal de 2004.



## Quadro 2

Aspectos relevantes da síntese resultante dos grupos focais

GI	Perguntas	Respostas	Conclusões
Gestores	Atendimento aos eixos do programa: clin. ampliada, proc. de produção de saúde/doença, participação comunitária na gestão	- Como nunca detectado antes, os projetos ensaiam a inclusão de parte dos eixos ou todos eles. Foi surpresa - Alguns só visam comportamento	- Não há mudança estrutural na forma de atendimento - Não há impacto nos dados epidemiológicos - Há mudança em espaços de micropolítica - As experiências são numericamente inexpressivas pra mudar qualidade
Profissionais	Quais os resultados alcançados para a qualidade de vida das pessoas envolvidas e seus familiares	Por impressões e frequência nos grupos há melhora na qualidade de vida, diminuição do uso de medicamentos, mais alegria, menor uso de “consultas” e menos queixas	- Poucos números comprovando resultados - Importância significativa dos Agentes Comunitários de Saúde - Necessidade de criar banco que separe os dados para os integrantes das atividades educativas - Insistentemente reclamada a ênfase na “consultação” - O trabalho educativo é considerado não trabalho - Não priorização das PE no processo de trabalho
Usuários	- Qualidade de vida pra quem está no grupo é melhor - Vagas restritas para participar das atividades	Redescoberta da alegria, +amigos, + autoestima, menos medicação, menos doente, mais disposição, melhora das relações familiares, mais atividades participativas	- Falta de recursos para ampliação - O serviço visto pela não valorização da PE - Alguns despertam para a necessidade de maior intervenção e participação a despeito do serviço - Boa parte se mostra mais autônomo frente à doença, mas mais dependente do serviço e à mercê de suas flutuações

Neste único passo, formamos subgrupos misturando GI nucleados no projeto em análise. O contexto político – mudança de governo – transformou-se num tema gerador prioritário para articular a questão das PE em saúde frente ao novo cenário. A segunda fase previa a apresentação e debate dos resultados dos pequenos grupos, mas antecipou a discussão das ações a serem implementadas em futuro próximo.

### O ciclo se fecha, abrindo outro que inclui e amplia

Os relatos dos grupos nessa oportunidade final foram posteriormente validados por meio eletrônico, conversas e reuniões menos sistematizadas, bem como na própria defesa da tese, que contou com grande parte dos integrantes dos vários GI. Eles permitiram a visibilidade de aspectos inesperados, conforme os resumos expostos nos quadros.

No espaço deste texto, vale salientar que as experiências fizeram diferença na vida das pessoas, segundo seus emocionantes depoimentos, seja para o controle da patologia de base, seja pela melhora da qualidade de vida em vários aspectos. Revelaram-se, curiosamente, os profissionais ambivalentes com a “perda” do grupo de PE, porque seus integrantes se tornaram autônomos, mostrando não precisar mais do “postinho” (Oliveira, 2005). Algumas conclusões tornaram-se dispositivos de mudança.

- *Conceito de Educação e Saúde*: aumentou a concordância sobre a construção compartilhada de conceitos, com reflexão ético-política dos significados e representações das mudanças de comportamento às vezes requeridas.
- *Interferência da gestão nas práticas*: tema bastante polêmico e de grande aprendizado, mostrou a incoerência entre discurso e ação. A despeito da retórica, no cotidiano dos profissionais e usuários apareceu a desvalorização das PE. O modelo da “consulta” e produtividade de atendimentos individuais, em detrimento das PE, predomina claramente, pressionado pela demanda. Todos, inclusive o gestor local, “olham feio” para quem está responsável pelo grupo educativo e insiste em mantê-lo.

- *Papel dos agentes comunitários de saúde*: revelou-se a importância dos ACS nas PE mais coerentes com os pressupostos do modelo, apesar da sua pouca valorização na equipe.

Enfim, ao contrário do esperado e enunciado, os consensos grupais reconheceram a interferência da gestão, minimizando as PE como dispositivo de mudança e dificultando a legitimação das experiências, essencial para a reversão do modelo. Os gestores seriam agenciadores privilegiados dos projetos para o restante da unidade e para o sistema de saúde hegemônico pela biomedicina (Campinas, 2001).

A investigação esclareceu-nos o quanto seus objetivos iniciais foram ultrapassados pelo desvendamento de realidades trabalhadas pelos próprios sujeitos, na medida em que se transformavam nessa reinvenção. Concluímos que assumir a subjetividade cogestora na avaliação recupera o que está inscrito nas vivências dos sujeitos e compartilha interpretações. Além de contribuir para o aprimoramento das práticas avaliadas, a ampliação da cultura avaliativa e participativa favorece a ressignificação das ações pelos próprios sujeitos, funcionando como dispositivo educativo e de gestão, facilitando a construção da avaliação de intervenções em qualquer nível de gerência.

Essa experiência contribuiu para a priorização da capacitação de gestores na perspectiva da educação permanente<sup>4</sup> em curso, cuja avaliação participativa iniciou-se em 2007, no enfoque deste trabalho.

*Recebido em abril de 2008 e aprovado em maio de 2009.*

## Notas

1. Modelo de assistência à saúde preconizado pela Organização Mundial de Saúde, baseado na integralidade da atenção (bio-psico-social, promoção e prevenção), criação de novos profissionais (médico de família e comunidade e agente comunitário de saúde) e trabalho em equipe. Disponível em: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>, entre outros.
2. Segundo os autores, a avaliação de 4ª geração contempla métodos das demais gerações e as supera: as de 1ª enfatizam resultados (diagnóstica); as de 2ª, processo (formativa); as de 3ª, estrutura, processo e resultado (juizadora por grupos de experts). Supera-as, pela inclusão participativo-gerencial dos implicados no processo de fazer-aprender-ressignificar, o cotidiano das suas próprias ações.
3. Grupo focal é técnica de pesquisa qualitativa em grupo, para verificar a compreensão de um objeto focado, a partir da manifestação interativa de seus participantes.

4. Em 2004, o Ministério da Saúde implantava a educação permanente como política para adequação de talentos humanos em serviço, cuja base é o quadrilátero: aprendizagem significativa, a partir de problemas cotidianos, articulada à gestão e ao controle público (Ceccin & Feuerwerker, 2004).

## Referências

AGUILAR, M.J.; ANDER-EGG, E. *Avaliação de serviços e programas sociais*. Petrópolis: Vozes. 1994.

BRANDÃO, C.R. *Pesquisa participante*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

CAMPINAS. Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde. *Programa Paidéia: as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde – gestão 2001-2004*. Campinas: Colegiado de Gestão da Secretaria, out. 2001. 3ª versão. Disponível em: <[www.campinas.sp.gov.br/saude/o\\_sus\\_cps.htm](http://www.campinas.sp.gov.br/saude/o_sus_cps.htm)>. Acesso em: 22 jan. 2004.

CAMPOS, G.W.S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda*. São Paulo: HUCITEC, 2000.

CARVALHO, M.C.B. Avaliação participativa: uma escolha metodológica. In: RICO, E.M. (Org.). *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. São Paulo: Cortez; Instituto de Estudos Especiais, 2001. p. 87-94.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 29-47.

DONABEDIAN, A. *Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor: Health Administration, 1980. v. 1.

FURTADO, J.P. *A avaliação como dispositivo*. 2001. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage, 1989.

HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: UFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

MELLIN GIMENES, A.S. *Avaliação da capacidade resolutiva do Centro de Saúde Integração e do Centro de Saúde Florence em Campinas, São Paulo*. 1992. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

MERCADO-MARTÍNEZ, F.J.; BOSI, M.L.M. (Org.). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 23-71.

NUNES, E.D. A doença como processo social. In: CANESQUI, A.M. (Org.). *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: HUCITEC; FAPESP, 2000. p. 217-29.

OLIVEIRA, N.L.S. *Avaliação participante de práticas educativas em saúde como dispositivo de gestão e de educação permanente*. 2005. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

SAUL, A.M. Avaliação participante: uma abordagem crítico-transformadora. In: RICO, E.M. (Org.). *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. São Paulo: Cortez; Instituto de Estudos Especiais, 2001. p. 95-109.

SILVA, R.R. et al. *Rede Brasileira de Avaliação: primeiros movimentos*. 2004. Disponível em: <<http://www.avaliabrasil.org.br/Paper%20IOCE%202004.05.28.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2005.

SMEKE, E.L.M. *Saúde e democracia – experiência de gestão popular: um estudo de caso*. 1989. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

THIOLLENT, M.J.M. *Crítica, metodológica, investigação social e enquete operária*. São Paulo: Polis, 1987.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1-9, 2002.

VASCONCELOS, E.M. *Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa*. Petrópolis: Vozes, 2002.

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, 1996.