

Fonoaudiólogo e agente comunitário de saúde: uma experiência educativa

Speech-language and hearing pathologist and community health agent: an educative experience

Liara Saldanha Brites¹, Ana Paula Ramos de Souza², Alexandre Hundertmarck Lessa³

RESUMO

Objetivos: Analisar a eficácia de um processo de formação sobre a Fonoaudiologia, desenvolvido com Agentes Comunitários de Saúde, embasado na concepção teórica da educação radical em saúde. **Métodos:** Inicialmente, uma equipe, composta por cinco agentes comunitários de uma Unidade de Programa de Saúde da Família, foi submetida a uma entrevista coletiva semi-estruturada. Posteriormente, por meio da técnica de grupo focal, foi realizado um processo de educação radical em saúde, perfazendo um total de oito encontros de aproximadamente uma hora e meia cada. Na fase final, o grupo recebeu um exemplar de material informativo escrito sobre Fonoaudiologia, comunicação humana, seus distúrbios e formas de intervenção. **Resultados:** Durante a entrevista inicial, o grupo demonstrou uma visão predominantemente relacionada a práticas clínicas, de modo especial, em distúrbios da fala e escrita/aprendizagem, surdez e acamados. O processo educativo teve início com a representação do modelo tradicional de educação em saúde e, ao longo dos encontros, com a ampliação do diálogo, assumiu a proposta de modelo radical em saúde, apesar da centralização no modelo de prevenção em saúde. Apenas um agente leu o material escrito. **Conclusão:** O processo educativo apresentou-se eficiente para tratar os temas propostos pelo grupo e permitiu o empoderamento no nível individual.

Descritores: Prevenção primária; Promoção da saúde; Saúde pública; Educação em saúde; Saúde da família

INTRODUÇÃO

Compreender o processo de saúde e doença é essencial para orientar práticas de qualidade, condizentes com a realidade social na qual o profissional de saúde está inserido. Por este motivo, descrever conceitos, como os de prevenção, promoção e educação em saúde, é necessário para contextualizar esta pesquisa.

A Saúde Coletiva surgiu no Brasil, influenciada por um marco referencial na nova concepção de Saúde Pública no mundo, a Carta de Ottawa, documento fundador da definição de promoção em saúde. Esse propõe - como tentativa de supe-

ração do modelo biomédico focado na prevenção da doença e na assistência médica curativa - uma visão ampla de saúde, enquanto fenômeno influenciado por agentes físicos, socioeconômicos, culturais e ambientais, a fim de gerar transformações profundas na organização e financiamento dos sistemas e serviços de saúde, bem como nas práticas e formação dos profissionais⁽¹⁻²⁾.

Na concepção da prevenção em saúde, o indivíduo é responsabilizado pelo seu estado de saúde e, a fim de buscar as respostas ao processo de saúde-doença e da qualidade de vida, as pesquisas são predominantemente quantitativas (Epidemiologia). Esse discurso biologicista embasa o modelo preventivo ou de educação em saúde tradicional, que visa alcançar seus objetivos por meio de informações verticalizadas e da persuasão dos indivíduos⁽³⁻⁶⁾.

Já na visão de promoção em saúde, é suposta uma efetiva participação da população, ao haver uma combinação entre escolhas individuais e responsabilidade social pela saúde. Assim sendo, prevalecem pesquisas qualitativas, a fim de racionalizar dados técnico-científicos. A promoção em saúde embasa uma nova abordagem no contexto da saúde pública, o modelo radical de educação em saúde, que prioriza o rompimento da verticalidade na relação profissional-usuário e reconhece o usuário como portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado⁽³⁻⁵⁾. Ele busca atingir seus objetivos trabalhando com grupos, na expectativa de promover

Trabalho apresentado como requisito parcial de conclusão do Curso de Graduação em Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM - Santa Maria (RS), Brasil. Realizado em Unidades de Programa de Saúde da Família do Município de Santa Maria.

(1) Acadêmica do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM - Santa Maria (RS), Brasil.

(2) Professora Adjunto do Curso de Graduação em Fonoaudiologia e do Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM - Santa Maria (RS), Brasil.

(3) Acadêmico do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM - Santa Maria (RS), Brasil.

Endereço para correspondência: Liara Saldanha Brites. Universidade Federal de Santa Maria. Centro de Ciências da Saúde. Secretaria do Curso de Fonoaudiologia. Av. Roraima, 1000, Cidade Universitária, Bairro Camobi, Santa Maria - RS, CEP 97015-900. E-mail: liarabrites@yahoo.com.br

Recebido em: 7/1/2008; **Aceito em:** 26/7/2008

o aumento da consciência crítica por intermédio da troca de idéias entre os sujeitos⁽⁶⁾.

O “empoderamento”* (*empowerment*) é parte do modelo precitado e inclui a promoção da conscientização e fornecimento de informações sobre o campo da saúde e habilidades vitais, possibilitando ao indivíduo autonomia para fazer suas escolhas. Originário da língua inglesa toma emprestadas as noções de distintos campos de conhecimento, como as ciências sociais e da saúde, e está associado a formas alternativas de trabalho com as realidades sociais⁽⁶⁻⁸⁾.

No entanto, a superação do modelo tradicional preventivo não é simples. Equivocadamente, muitas vezes, a ação de proteção ganha o status de promoção, o que faz com que esta perca sua abrangência e haja uma interferência na compreensão dos termos e avanços conceituais. É necessária a revisão das ações de prevenção quanto aos objetivos, às concepções que as fundamentam, conteúdos e formas de desenvolvimento. Assim, a ação do fonoaudiólogo pode enfatizar a prevenção e a promoção da saúde no território em que atua, tanto com as famílias quanto com os profissionais de saúde e educação envolvidos com essa população^(4,9).

Nesse contexto, a integração da Fonoaudiologia em uma equipe multiprofissional de Unidade do Programa de Saúde da Família (PSF) pode permitir uma construção com o Agente Comunitário de Saúde (ACS), detentor do saber popular e que representa o elo entre a população e os profissionais da Unidade. O ACS assume um reforço importante na construção de novo modelo, que reintroduz uma visão ampliada do conceito de saúde. A formação desses profissionais deve muní-los de conhecimentos diversos, incorporando, além da perspectiva biomédica, outros saberes que o habilitem nesse processo de interação cotidiana com as famílias e no reconhecimento de suas necessidades. Por representar a possibilidade de trazer para dentro das equipes de saúde o olhar da população, que revela necessidades de um ponto de vista diferente e abre as portas para novas formas de intervenções, constitui-se na ligação essencial para a Fonoaudiologia viabilizar a promoção em saúde e aprimorar a prevenção por meio de práticas radicais de educação⁽¹⁰⁻¹³⁾.

Assim, este estudo teve por objetivo analisar a eficácia de um processo de formação sobre a Fonoaudiologia, desenvolvido com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da cidade de Santa Maria, embasado na concepção teórica do modelo de educação radical em saúde.

MÉTODOS

O presente trabalho insere-se em projeto intitulado “Agentes Comunitários de Saúde: protagonistas na promoção e prevenção de saúde fonoaudiológica no município de Santa Maria-RS”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (sob o nº de CAAE 0051.0.243.000-07) e pela Secretaria de Município da Saúde (sob o nº de Ofício 026/2007/SMS/NEPES). A pesquisa caracteriza-se como um estudo qualitativo.

Atualmente, o Município conta com 16 equipes de Pro-

grama de Saúde da Família (PSF). Foi selecionada para este relato uma experiência realizada com uma das quatro equipes de ACS contatadas para o início do projeto. Um profissional da Enfermagem do PSF em questão (PSF-Pesquisa) intermediou a exposição da proposta junto aos agentes, com os quais se aplicou uma entrevista coletiva semi-estruturada. Esta teve por objetivo obter dados iniciais sobre a equipe e seu conhecimento em relação à Fonoaudiologia, bem como sobre o interesse em participar na pesquisa. Os agentes que aceitaram receber informações detalhadas sobre a proposta foram convidados a participar de reunião com os pesquisadores e, após esta, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), liberando os dados para este estudo.

A intervenção foi realizada na Unidade de trabalho do grupo, por ser um ambiente de fácil acesso aos participantes e por fazer parte do contexto social e da realidade local, o que permite uma maior proximidade da comunidade cuja problemática está sendo questionada.

A equipe, composta por cinco ACS, foi submetida a duas técnicas de abordagem qualitativa, a entrevista semi-estruturada e o grupo focal, por permitirem a análise de questões particulares que não podem ser quantificadas. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis⁽¹⁴⁾.

A intervenção no grupo de ACS se deu por meio da técnica de Grupos Focais. Buscou-se realizar um processo educativo, baseado em ações educativas executadas a partir da concepção de educação radical em saúde. Nesta, a relação saúde-doença-cuidado foi discutida sem a verticalização das relações entre os sujeitos, no caso o fonoaudiólogo e os ACS. Objetivou-se discutir aspectos preventivos e promocionais em Fonoaudiologia a partir da demanda trazida pelos ACS. A frequência dos encontros foi semanal, com duração de aproximadamente uma hora e meia, totalizando oito encontros no período de dois meses e perfazendo um total de 12 horas.

O Grupo Focal é uma técnica para levantamento de dados de caráter qualitativo empregada em pesquisas e processos diagnósticos e avaliativos, atualmente utilizada por profissionais de Saúde Público-Coletiva, com resultados positivos e mostrando eficiência para, em curto período de tempo, possibilitar a identificação e análise aprofundada de problemas a partir do ponto de vista dos envolvidos. Utiliza sessões grupais como facilitadoras da expressão de características psicossociológicas, culturais e de práticas cotidianas. Tem caráter participativo, coletivo, prático e dinâmico⁽¹⁵⁾.

O planejamento do primeiro encontro da intervenção foi baseado na análise dos dados obtidos por meio da entrevista inicial realizada com a equipe. Os demais momentos foram delineados semanalmente, conforme a necessidade apresentada pelos ACS. Utilizou-se a estratégia principal de ouvir o agente e compartilhar dúvidas e experiências profissionais, a fim de favorecer a construção do conhecimento entre ACS e pesquisadores,

*Mesmo diante da dificuldade de realizar uma tradução fidedigna de *empowerment*, optou-se neste trabalho por assumir o termo empoderamento, que, embora seja um neologismo, mantém relação com a língua portuguesa.

buscando fugir do repasse verticalizado de conhecimentos, comum no modelo tradicional de educação em saúde.

O grupo foi observado por um pesquisador (relator-R) e conduzido por outro (moderador-M). A este, coube a responsabilidade de expor os objetivos e funcionamento do grupo, favorecer a participação de todos e criar um ambiente que propiciasse a expressão dos ACS. Coube ao relator a anotação dos principais pontos discutidos e aspectos relevantes do comportamento dos participantes, bem como a gravação em áudio. A transcrição de todos os encontros realizada foi pelo moderador. Em trechos de transcrições apresentados nos resultados, os ACS estão identificados com ACS1, 2... 9 e o moderador como M. O tempo de atuação profissional do ACS2 é de 7 anos, enquanto os demais possuem 2 anos.

Foi prevista a elaboração de um material escrito com os ACS, a ser entregue no oitavo encontro, contendo informações sobre os principais assuntos relacionados aos distúrbios da comunicação humana citados durante o processo educativo. No entanto, o grupo solicitou material escrito já a partir do sexto encontro, o que fez com que lhes fosse entregue um material elaborado para trabalho futuro com outras equipes. Este foi revisado e discutido com o grupo de pesquisa nos dois últimos encontros e reformulado para uma versão final. No último encontro, na forma de debate sobre os pontos positivos e negativos do mesmo, foi realizada avaliação do processo educativo.

A eficiência do processo educativo desta pesquisa foi analisada durante o próprio processo educativo, pela análise dos efeitos do grupo no trabalho comunitário relatado pelos ACS e, também, pela avaliação final do trabalho efetivada no próprio grupo focal.

Ao término da pesquisa com o grupo, os diálogos ocorridos foram transcritos e os dados da fala apreciados, por meio da análise de conteúdo – análise temática. Foram realizadas a leitura e releitura dos dados a partir dos quais se identificaram categorias sobre as temáticas abordadas pelos ACS e moderador em relação à Fonoaudiologia, sobre o processo educativo em sua eficiência, a atuação do ACS na comunidade e temáticas de saúde em geral trazidas pelos ACS ao moderador. O foco principal da análise foi a relação entre educação radical

e tradicional e as possibilidades de empoderamento entre o moderador e os ACS.

RESULTADOS

Esta seção está organizada em dois momentos. O primeiro apresenta o Quadro 1 com a síntese da entrevista inicial com os ACS e o Quadro 2 com o resumo das temáticas tratadas nos oito encontros. O segundo momento apresenta as categorias elencadas para a análise do processo educativo, com os exemplos das falas transcritas.

Em relação ao conhecimento da Fonoaudiologia e suas atribuições, o grupo demonstrou um saber relacionado à prática clínica, de modo especial em distúrbios da fala e escrita/aprendizagem, surdez e acamados.

No Quadro 2, pode-se observar que a temática de patologias relacionadas à Fonoaudiologia predomina nas solicitações dos ACS.

Após transcrição, leitura e releitura das entrevistas, algumas categorias se destacaram como as principais para a análise do processo educativo:

- I) Auto-representação dos ACS;
- II) O processo educacional em saúde realizado;
- III) O empoderamento efetivado;
- IV) A relação teoria-práxis na dicotomia promoção/prevenção em saúde.

Os resultados obtidos com a análise dessas categorias são expostos, a seguir, por meio de exemplos das falas dos agentes e da moderadora.

Auto-representação dos ACS

Os agentes relataram o conflito gerado em suas práticas pelas funções exercidas. Demonstraram reconhecer-se, ao mesmo tempo, como membro da comunidade e profissional da saúde:

- *“Palavras difíceis que, às vezes, a gente (profissionais da saúde) fala por aí, eles (comunidade) não entendem (...). Às vezes, uma coisa que é assim (pequeno), eles acham que é uma baita de uma doença. Eles não entendem, alguns não*

Quadro 1. Resultados das entrevistas iniciais com agentes comunitários de saúde

Parâmetros	PSF – Pesquisa
Número total de ACS	05
Número aproximado de famílias atendidas	810
Programas existentes na Unidade	Qualidade de vida, assistência à saúde da mulher e da criança.
Em que locais acham que o fonoaudiólogo trabalha?	Clínicas especializadas em audição e dicção.
Quais as doenças acreditam ter relação com a Fonoaudiologia?	Sem resposta.
O que observam comumente na comunidade local que necessitaria de atendimento fonoaudiológico?	Trocas de letras, surdez, dificuldade em pronunciar palavras.
O que acham que a Fonoaudiologia poderia fazer para a comunidade local?	Algum tipo de auxílio às crianças da creche.
De que maneira a Fonoaudiologia poderia contribuir para a melhoria na qualidade de vida da população local?	Trazer algum tipo de trabalho até a população, pois é difícil levar eles até um fonoaudiólogo.

Legenda: ACS = Agentes comunitários de saúde; PSF = Programa Saúde da Família

Quadro 2. Resumo diário da intervenção com agentes comunitários de saúde

Encontro	Resumo diário
Encontro 1	Leitura e assinaturas dos TCLEs. Pequena participação dos ACS no encontro, com silêncio em alguns turnos. Nota-se monopolização da fala e dificuldade em manter uma linguagem mais acessível por parte da moderadora ao transmitir informações sobre Fonoaudiologia. A participação dos ACS resume-se a questionamentos sobre a atuação da Fonoaudiologia, com foco preventivo e patológico.
Encontro 2	Os ACS iniciam identificação das alterações fonoaudiológicas, com casos da comunidade local, e aumentam sua interação com os pesquisadores. Tem início a troca de experiências, sem intervenção diretiva dos pesquisadores. Surgem alguns relatos de casos acompanhados de conhecimento empírico dos ACS sobre assuntos relacionados à Fonoaudiologia. O diálogo torna-se descontraído e as perguntas assumem um foco mais fonoaudiológico, embora persistam algumas não relacionadas diretamente à Fonoaudiologia.
Encontro 3	Torna-se perceptível as particularidades das personalidades dos ACS, o reconhecimento de sua função como ACS e a diversidade sócio-cultural existente entre suas áreas de trabalho.
Encontro 4	Usa-se apoio visual de fotos e imagens para retomar os assuntos abordados em outros encontros e surgem dúvidas. Nota-se o interesse dos ACS em obterem material escrito.
Encontro 5	Todos os ACS passam a aumentar significativamente suas participações com relatos de casos e há troca de experiências profissionais entre todos.
Encontro 6	Os ACS, espontaneamente, relatam a necessidade de obterem material escrito. Primeiro encontro realizado pelos ACS, com relatos de suas experiências profissionais, acompanhados de questionamentos dos pesquisadores. É citada a visão dos ACS sobre o trabalho realizado pelas instituições de ensino na unidade.
Encontro 7	Materiais informativos são entregues para os ACS. Retoma-se o assunto sobre as instituições de ensino e a comunidade local. É discutida a identificação entre a comunidade e os ACS.
Encontro 8	Aplicação da entrevista final e conversa sobre os encontros. ACS em período de férias também comparecem. É organizada pelos ACS uma confraternização de encerramento do processo educativo.

Legenda: ACS = Agentes comunitários de saúde; TCLE = Termo de consentimento livre e esclarecido

perguntam, ficam com aquilo ali que elas (outros profissionais da saúde) explicaram e depois vêm perguntar pra mim” (ACS2).

- “As pessoas nos usam como confidentes, sabe? ‘eu vou contar pra ti porque eu sei que tu não vai sair daqui e contar pra vizinha’, sabe? São problemas que dentro da família, só nós sabemos. Nós e a família, no caso” (ACS3).

Observou-se também que os ACS fazem uso de uma linguagem dicotômica, que mescla termos coloquiais e conhecimento empírico sobre muitos assuntos abordados, associados a termos científicos e abreviações médicas.

Em encontros iniciais, os agentes demonstraram necessidade de sanar questionamentos pessoais (sobre si e familiares, algumas vezes não referentes à atuação clínica fonoaudiológica), ao passo que as dúvidas relacionadas à comunidade com a qual trabalham ainda ocorriam em poucos momentos. Aos poucos, o grupo passou a relacionar as alterações fonoaudiológicas à realidade da comunidade local e aumentou os relatos de casos vivenciados. Isso tornou possível o diálogo entre todos os sujeitos e a troca de experiência profissional, sem que houvesse necessidade de intervenção diretiva dos pesquisadores. Nesse processo, as particularidades dos agentes também ficaram evidentes. Destaca-se a diferença entre dois sujeitos, o ACS1 e ACS2. O primeiro, com dois anos de trabalho, responsável por quase 200 famílias, detinha conhecimento prévio sobre a atuação fonoaudiológica em Audiologia. Seus questionamentos geralmente eram focados na identificação de alterações fonoaudiológicas em seus familiares (como no caso sobre um parente com seqüelas de Acidente Vascular Encefá-

lico – AVE – e uma sobrinha com hábitos orais prolongados) ou em seu distúrbio (perda auditiva):

- “... eles fazem a gente falar umas palavras, pronunciar, no caso (...) vai baixando o volume e aparecendo uns ruídos, é horrível...” (explicando às colegas sobre a audiometria) (ACS1).

O ACS2, com sete anos de trabalho, responsável por aproximadamente 160 famílias, parecia desconhecer a Fonoaudiologia, mas desde o princípio fez questionamentos sobre a comunidade com a qual atua e, ao longo dos encontros, passou também a relatar casos:

- “Isso aí, que tu estás falando (sobre disfagia), eu já vi na comunidade, só não sabia que tinha a palavra específica que tu estás falando. Disfa... o quê? Dis-fa-gia?” (ACS2).

- “Então, o caso dele (paciente afásico, relatado pelo ACS5), é o mesmo da senhora X, que teve um AVC e fica sempre parada na cama...” (ACS2).

O processo educacional em saúde realizado

Durante o encontro inicial, o silêncio dos ACS nos diálogos com os pesquisadores e as conversas sobre assuntos pessoais não condizentes com a atuação profissional fizeram com que os pesquisadores assumissem uma posição aparentemente diretiva (não planejada) ao predominar nos turnos de fala. Desta forma, a relação inicial deu-se verticalmente, com os pesquisadores assumindo uma posição de educação tradicional. Em determinado momento, faz-se referência sobre o comportamento dos agentes nos primeiros encontros:

- *“A gente ficava com medo de falar alguma coisa errada... sem prática, né?”* (ACS1).

O diálogo e o vínculo entre agentes e pesquisadores foram estabelecidos após o encontro inicial, com a participação efetiva e relatos de experiências entre todos. Os turnos de fala foram cada vez mais respeitados e a ligação se evidenciou na presença de ACS no período de férias.

Observa-se, como exemplo de tal processo dialógico, esta transcrição, em que há troca de conhecimentos. É relatado o caso de um paciente que teve um AVE e fala com dificuldade:

- *“Ele emite som, mas a gente não entende (...), ele tenta conversar, contar as coisas, mas não consegue e começa a chorar (...), ele não toma mais chimarrão”* (ACS5).

A moderadora explica como proceder para realizar triagem fonoaudiológica, retoma informações sobre disfagia e acrescenta sobre o trabalho de estimulação de linguagem em casos de AVE, que também pode ser realizado pela família. Após isso, um agente manifesta surpresa:

- *“Ah, eu não sabia que podia isso... fazer esse negócio de trabalhar com a fono”* (ACS1).

Tanto o AVE (“AVC”) quanto a labirintopatia (“labirintite”) foram transtornos de interesse pela frequência na área de cobertura do PSF-Pesquisa:

- *“Eu queria saber mais sobre a parte do que tu falaste (...) labirintite, né? É que na minha área tem bastante caso”* (ACS1).

- *“Sobre AVC também é bom”* (ACS5).

- *“Tudo que der pra trazer pra nós é bom, pra aprender”* (ACS1).

Utilizou-se apoio visual de imagens impressas em outros encontros, alguns assuntos foram retomados e dúvidas esclarecidas.

Os agentes manifestaram o interesse em obter material escrito, o que pode ser observado nesta fala:

- *“... lá (em outra capacitação) elas dão uma folhinha, a gente já leva o material pra casa. Ou dão uma cópia e a gente já tira Xerox das colegas. E como aqui a gente vai pegar material só no final, fica meio assim: na hora, a gente chega aqui e dá um branco, aí a gente começa a lembrar, e uma coisa puxa a outra”* (ACS3).

- *“Eu acho que tem mais tempo da gente vê tudo (referindo-se à entrega do material a cada encontro). (...). Se tem dúvida daquela aula passada eu tiro (...). Daí é mais fácil de ter dúvida, de tirar as dúvidas, né?”* (ACS5).

- *“Porque se a gente pegar tudo no final, daí a gente não tem nem tempo de dizer: ai, essa parte aqui... (refere-se a tirar dúvidas) (...) Até no dia-a-dia, se a gente vê alguma coisa, a gente pega e vê... até pra explicar melhor pra pessoa...”* (ACS5).

Conforme solicitado, os agentes receberam o material informativo elaborado para posterior pesquisa com outras equipes (por conter orientações sobre os assuntos abordados no processo educativo, abrangendo todas as áreas da Fonoaudiologia), porém, com acréscimo de anotações sobre AVE, a pedido dos próprios ACS.

Em alguns momentos, os agentes expuseram sua opinião (e da comunidade em geral) sobre trabalhos acadêmicos rea-

lizados na unidade e o modelo educacional tradicional geralmente envolvido. Essa pode ser observada nos relatos sobre a metodologia dos encontros e nas falas a seguir:

- *“... era um cara sério, mas muito sério, sério demais. Ele era o Sr. acadêmico com doutorado (fala em tom irônico). Ele era mais que tudo, não era só um acadêmico. Era com doutorado, no caso (...). Capaz que ia deixar isso aí (risos e conversas não relacionadas ao assunto abordado no encontro), ele ia ter chamado atenção (...). Se eu não olhasse pra cara dele, ele parava e fazia assim na minha frente (faz expressão séria e cruza os braços) (...). Teve um dia que nós batemos o recorde de visitar doze pessoas, porque com ele tinha de ser assim”* (ACS2).

- *“Eu acho que quanto mais técnica a linguagem, mais difícil é das pessoas entenderem. As pessoas aqui da comunidade elas vivem a realidade, não tão acostumadas com palavras difíceis. Se chegar uma pessoa aqui, falando só em termos técnicos, elas vão ficar boiando, ela vai entrar e sair da mesma maneira, não vai entender nada...”. “... às vezes a comunidade se sente inferiorizada. ‘O doutor está lá no alto, eu estou aqui embaixo’. ‘Ele é superior, eu sou inferior’. ‘Ele tem estudo, ele sabe, ele conhece’ (...). ‘e se eu vou perguntar o que ele está falando, vão me chamar de ignorante, de burra. Outras vezes, as pessoas ficam retraídas, se sentem envergonhadas na verdade, de indagar, de saber realmente ‘O que tu estás falando? Afinal, que palavra é essa? O que significa isso? Não tem um termo mais fácil para eu entender?’ ”* (ACS3).

Embora tenham mencionado falha na disponibilidade do material escrito desde os primeiros encontros, os ACS falaram positivamente sobre a metodologia abordada:

- *“Foi bem válido o (grupo) de vocês. Deixaram a gente bem à vontade (...). Acho que é mais ou menos assim, não adianta chegar aqui e falar, falar, falar...”. “Porque se vocês chegassem aqui e ficassem falando, robzinho, robzinho, pode ter certeza que não ia dar boa coisa”* (ACS2).

- *“... eu gostei da maneira que vocês colocam, é de igual pra igual, não é assim, algo superior”. “É uma coisa interessante, não é uma coisa maçante, de ficar só ouvindo”* (ACS3).

- *“Eu achei legal porque nós, não tivemos aquela coisa assim: ‘tatatatataaan’ (imita uma aula), de que só vocês falam e a gente fica aqui (cruza os braços). Eu achei interessante”. “É que tem assim uns (outras capacitações) que pedem um monte de coisa (...) e assim não, a gente fica interagindo”. “Vocês não chegaram com tudo pronto. Por exemplo, assim: ‘ah, vamos falar sobre tal coisa’ (...). Concluindo: é bom”* (ACS5).

A relação teoria-práxis na dicotomia promoção/prevenção em saúde

Apesar de ter sido planejado um modelo educacional radical, baseado no diálogo e com o objetivo de promoção em saúde, o foco dos primeiros encontros recaiu sobre a transmissão de informações e orientações sobre os principais transtornos relacionadas aos distúrbios da comunicação humana e saúde em geral, conforme relatado na categoria II. O modelo de prevenção de doenças foi, naturalmente, abordado e predominante, tanto na fala dos pesquisadores quanto na dos agentes.

Em uma discussão sobre as orientações preventivas, destaca-se a seguinte fala, em que é comentado um caso no qual o ACS e a médica fornecem informações a um paciente portador de hipertensão e diabetes:

- *“O paciente diz: ‘pois é, essa guria, eu já sei’. E ele sabe, realmente. Aí a doutora diz que precisa mais orientação. Mais orientação? Três anos orientando a pessoa de que não deve fumar, não deve beber, já entupiu uma veia, perdeu a perna, e continua na mesma (...). Tem coisas que às vezes, parece que está se batendo em uma mesma tecla, assim, que eu, eu penso às vezes, que não adianta falar, não adianta, larguei de mão. Aí, quando morre um, volto eu de novo a brigar com eles, entende?”* (ACS2).

- *“Começa com o remédio”* (ACS4).

- *“Eles nem tomam”* (ACS5).

- *“Eles tomam só quando tão com a pressão alta”* (ACS3).

Nessa fala ficam claras as limitações do modelo preventivista.

Ao término dos encontros, quando questionados sobre o aproveitamento da capacitação, a prevenção também foi o centro das discussões:

- *“Tinha coisas antes que perguntavam e a gente ficava com medo de responder errado, como da trocas de letras e outras perguntas. Agora a gente sabe dizer, agora melhorou. Se perguntarem, a gente já tem argumentos”* (ACS5).

- *“A gente pôde tirar um monte de dúvida (...) sobre labirintite, que tem bastante na minha área.”* (ACS1).

- *“As coisas mais comuns, que a gente não sabia passar pras pessoas”* (ACS3).

- *“Eu nem sabia que labirintite tinha a ver com os ouvidos”* (ACS5).

O aprendizado sobre a maneira de encaminhar os pacientes para triagem fonoaudiológica na clínica-escola e o material informativo foram citados. Os ACS referiram sentir-se mais seguros com o apoio do material impresso:

- *“Agora, com o ‘Manuel’ (maneira da qual os agentes chamavam a cartilha) de informações (...), facilita, porque nem todas as informações a gente consegue guardar. Tu vais acumulando conhecimento, mas tem coisas que tu apaga, tu esqueces, tu lembrás mais ou menos, tu misturas com alguma coisa (...). E, tendo, assim, a cartilha, a hora que a gente tem uma dúvida, a gente vai lá (ver). E tu diz: ‘ah, mas eu já ouvi falar nisso, a M. já falou!’. Aí tu refresca a memória...”* (ACS3).

O empoderamento efetivado

O vínculo não hierárquico estabelecido no processo educacional gerou uma troca de experiências e informações entre todos. Os pesquisadores compartilharam seu conhecimento sobre a Fonoaudiologia por meio de orientações, relato de casos e esclarecimento de dúvidas. Desta forma, também os ACS compartilharam o seu conhecimento sobre a comunidade local (e suas necessidades), o trabalho em serviço público e o seu papel profissional.

No caso transcrito abaixo, durante o fornecimento de informações sobre AVE, um agente identifica um caso na sua área:

- *“Ela é conhecida como a ‘senhora do aiaiai’... Tu nem tocou nela ainda e ela ‘aiaiaiai’”* (ACS2).

- *“Tu acha que esse ‘aiaiai’ é de dor?”* (M - moderadora).

- *“Não. Eu acho que é a única coisa que ela consegue falar (...). Tu passas na rua, ouve, e a gente pensa: ‘será que ela está bem?’, mas o ‘aiaiai’ é normal (...). Então, nos primeiros dias, ela começava o ‘aiaiai’ e o velho (cuidador) pegava, chamava a ambulância e levava. Mandavam ela pra cá, porque ela está bem (...). Ela chegou a vim morar perto do posto, mas é isso aí que tu estás falando (afasia)”* (ACS2).

O empoderamento também é percebido na seguinte fala:

- *“Eu acho que é muito importante quando pode ter algo diferente, estar contribuindo... Vocês vem, vocês recebem, e vocês também trazem... mas tiveram outros cursos que até mostraram a esperança de alguma coisa, depois chegou, fizeram o trabalho e (faz sinal de ir embora) (...) Já aconteceu de virem, fazer o trabalho e nada (...). Assim não, vocês vem, vocês trouxeram, e vocês estão levando também. Então, é bom assim, quando pode haver troca. É o que eu acho”* (ACS5).

Além de se referirem à necessidade da comunidade local, os agentes relataram casos ocorridos freqüentemente na comunidade. Também, sanaram dúvidas dos pesquisadores, sobre assuntos como aborto, diferença entre o trabalho de agentes do PSF e PACS (Programa de Agentes Comunitários da Saúde) e entre PSF e UBS (Unidade Básica de Saúde).

Parte dos resultados desse empoderamento, ao longo dos encontros, pôde ser observada no último dia, em que os pesquisadores comentaram o que aprenderam com os ACS, e estes com os pesquisadores.

DISCUSSÃO

Os resultados das entrevistas iniciais realizadas com os agentes contribuem para conhecer a comunidade e esboçar um perfil da equipe da Unidade com a qual se pretende trabalhar. Além disso, esses podem ser fatores determinantes na elaboração de um planejamento adequado, uma vez que é necessário conhecer os indivíduos – para os quais se destinam as ações de saúde – e envolvê-los nestas ações, a fim de assegurar sustentabilidade e efetividade das ações de saúde⁽¹⁶⁾.

A categoria I demonstra a representação dos agentes como, simultaneamente, membros da comunidade local e profissionais da saúde.

Os ACS atuam como elo entre as necessidades de saúde das pessoas e o que pode ser feito para a melhoria das condições de vida local. Eles convivem no mesmo contexto social e cultural que a comunidade, compartilham o mesmo universo lingüístico, o que possibilita a transmissão de informações dos demais profissionais de saúde à população com a qual os ACS residem e trabalham⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Confirmando a literatura, observou-se durante a intervenção o quanto os usuários do serviço reconhecem os agentes como merecedores de confidências e respeito, seja pela identificação mútua ou pelo saber técnico-científico em saúde. O conhecimento e monitoramento de fatores familiares internos – como psicológicos e sociais determinantes no trabalho em saúde e geralmente não relatados aos demais profissionais, reforça a importância dos agentes nos PSFs e

que tal identidade está em construção e dependerá – como em qualquer profissão – do tempo de serviço. Esse aspecto se refletiu no processo educativo, em que os ACS experientes conseguem uma reflexão mais profunda das temáticas tratadas, posicionando-se como profissional comprometido com a saúde e não apenas como um membro da comunidade local.

Com relação à *categoria II*, pôde-se participar gradativamente da construção do modelo educativo proposto. A promoção em saúde objetiva a otimização do nível de vida e de saúde, prioriza a identificação e o enfrentamento dos macro-determinantes sociais geradores dos processos de saúde e doença, diferentemente da prevenção de doenças – que prima pela detecção, controle de patologias e cuidados quanto aos fatores de risco ou causas⁽³⁾.

Da mesma forma que propõe a promoção em saúde, o modelo de educação radical em saúde prioriza o rompimento da verticalidade na relação profissional-usuário, com valorização das trocas interpessoais e das iniciativas da população e usuários. Busca, por meio do diálogo, explicitação e compreensão do saber popular e contrapõe-se à passividade usual das práticas educativas tradicionais. O usuário passa a ser reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento⁽⁵⁾. Com base nessa concepção teórica da “nova saúde pública”⁽⁶⁾, a expectativa dos pesquisadores, desde o encontro inicial, era de enfoque na promoção em saúde e participação dialógica.

Porém, o que ocorreu inicialmente foi um silêncio dos ACS, desfeito apenas por perguntas pessoais a respeito de prevenção e reabilitação de alterações fonoaudiológicas. Essa prática preventiva costuma ser realizada com o uso de modelos de educação tradicional em saúde, baseada no discurso biomédico, cujo objetivo deve ser alcançado por meio da persuasão dos indivíduos. Trabalha com a idéia de que os modos de vida dos indivíduos – hábitos insalubres – são as principais causas da falta de saúde, conseqüências de decisões individuais equivocadas. As estratégias desta prática educativa em saúde incluem informações verticalizadas, que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde. Desconsidera-se que os comportamentos são orientados por crenças, valores, representações sobre o processo saúde-doença – todos estes representantes de outras formas de saber⁽⁵⁻⁶⁾. Então, reproduzindo esse modelo tradicional representado pela atitude dos agentes, a moderadora passou a ocupar uma posição ativa – ao fornecer conceitos e conhecimentos sobre a forma mais adequada de cuidar da saúde – e os agentes, uma posição passiva⁽⁶⁾.

Após a reflexão dos pesquisadores sobre a reprodução semelhante ao modelo precitado, ocorrida no primeiro encontro, os demais aconteceram com estimulação do diálogo, apoio de imagens impressas e analogia dos assuntos abordados com fatos cotidianos. Procurou-se, desta forma, contribuir para a concepção do processo saúde/doença como situado e contextualizado, na construção de uma prática mais sensível às interações, à escuta e a permanente negociação, o que valoriza a aproximação entre os atores sociais envolvidos e facilita a abertura de espaços de conversação e de consensos⁽⁶⁾.

Os agentes solicitaram material escrito espontaneamente, como parte da formação e reforço às discussões realizadas. Por

estarem em contato periódico com os pesquisadores, os materiais foram entregues pessoalmente e poderão servir para sanar dúvidas, e não como única fonte de acesso aos temas tratados. Essa solicitação emergiu das necessidades da equipe e não de uma determinação prévia e fechada dos pesquisadores.

A antecipação do material escrito se deu pelo desejo de adotar um modelo de educação não impositivo⁽⁶⁾. Os pesquisadores planejaram a entrega do material escrito para o último dia, acreditando que este pudesse embasar uma discussão focada apenas na prevenção em saúde, direcionar os encontros e impedir a construção em grupo. De acordo com a literatura, os materiais educativos podem ser um suporte para a discussão, mas só esta permite aumentar o acesso às informações de saúde e possibilita que a comunidade utilize esse conhecimento na tomada de decisões críticas⁽¹⁹⁾. A disseminação de informação em saúde pode representar apenas um efeito temporário em relação a mudanças de hábitos e condutas, uma vez que a população não muda de comportamento em definitivo – apenas reage a um estímulo temporário, e tal comportamento, com a supressão do estímulo, tende à extinção⁽²⁰⁾.

Em oposição ao esperado pelos pesquisadores, os agentes utilizaram o material apenas como apoio após a intervenção, e esta manteve a relação dialógica, confirmando que o compromisso e o vínculo possibilitam o fortalecimento da confiança nos serviços prestados. Por ser ocasionado não pela persuasão ou autoridade do profissional, mas pela construção sobre o processo saúde-doença-cuidado, o modelo dialógico tem sido associado a mudanças duradouras de hábitos e de comportamentos para a saúde⁽¹⁶⁾.

Como os assuntos dos encontros foram escolhidos pelos agentes e o material informativo entregue continha todos, pôde-se observar que o planejamento do material escrito foi condizente com os interesses da equipe, apesar de secundário ao processo de discussão.

Apenas um ACS da equipe leu na íntegra o material informativo fornecido. Porém, os resultados já indicam um interesse, uma vez que os cinco agentes tiveram apenas uma semana para lê-lo.

Ao propor práticas de educação em saúde, sensíveis às necessidades subjetivas e culturais dos usuários, reconhece-se a importância de abandonar estratégias comunicacionais informativas e adotar uma comunicação dialógica⁽²¹⁾. Desta forma, o usuário é tomado como portador de saber legítimo, embora diverso do saber técnico-científico, e como co-autor na construção de uma compreensão da realidade sobre a qual todos atuam a partir da tríade ação-reflexão-ação. Eles são envolvidos não somente no esforço para identificar seus problemas, mas também no desenvolvimento de um pensamento crítico que permita analisar o contexto social⁽²²⁾. Supõe-se que indivíduos conscientes sejam capazes de se responsabilizar pela própria saúde, competentes para intervir na manutenção desta e no ambiente em que vivem^(5-6,16).

Embora o modelo educacional predominante, ao início, tenha sido o tradicional, a mudança gradativa ocorreu devido ao desejo mútuo de agentes-pesquisadores, em função da visão teórica destes e das experiências negativas anteriores. Houve, naturalmente, uma representação do modelo em que provavelmente todos foram formados – educação tradicional

– e, apesar das mudanças ocorridas com a inserção do diálogo nos demais encontros, prevaleceu centralização na prevenção da doença.

Esse resultado também foi apresentado na *categoria III*, na qual se representa o quanto à doença ainda é o foco, embora os PSF tenham sido planejados como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial⁽¹⁰⁾. Esse fato talvez se deva à tradição da intervenção clínica centrada no paradigma biomédico⁽³⁾. Acredita-se que este é, no entanto, o início natural de um processo educativo em saúde.

O empoderamento pôde ser observado, conforme citado na *categoria IV*, e permitiu o vínculo e a troca de experiências que reforçou os encontros.

O conceito de empoderamento vem sendo amplamente discutido na literatura e pode ser definido como o aumento do poder pessoal e coletivo de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais⁽²³⁾. É um conceito fundamental porque proporciona o engajamento comunitário, na luta coletiva por melhores níveis de saúde. Com a noção de empoderamento, as pessoas também passam a solicitar a participação dos profissionais para interferirem nesse processo de mudança^(2,24). Esse incremento do poder técnico e político é fundamental nas iniciativas de promoção da saúde, pois permite o acesso contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem⁽²⁾. Portanto, o empoderamento não deve ser considerado como um poder de um indivíduo sobre o outro, mas sim compartilhado. E, sendo o poder um elemento de relação social, a capacidade de empoderar existe em todas as pessoas, em um contexto de teias de relação com outros⁽²⁵⁾.

Embora as mudanças não sejam visíveis, os resultados dessa intervenção, obtidos principalmente no último encontro, são positivos por terem possibilitado aprendizagem nas trocas de saberes entre o grupo.

Pode-se considerar o empoderamento em três níveis: individual ou psicológico, organizacional e comunitário. Individual, quando se refere à habilidade do indivíduo para tomar decisões e ter controle sobre sua própria vida; combina eficiência pessoal e competência, um sentido de domínio e controle, e um processo de participação para influenciar ins-

tuições e decisões. O organizacional refere-se ao controle democrático, no qual cada membro compartilha informação e poder, em um processo cooperativo de tomar decisões. Já o comunitário é aquele onde indivíduo e organizações aplicam suas habilidades e recursos nos esforços coletivos, para encontrar suas respectivas necessidades⁽²⁶⁾. Assim, valoriza-se o espaço das relações interpessoais estabelecidas nos serviços de saúde como contextos de práticas educativas⁽¹⁶⁾.

O empoderamento, no caso desta pesquisa, ocorreu no nível individual, tanto de agentes quanto de pesquisadores. Justamente por estar associado a um processo no nível pessoal, não pode garantir que a comunidade aumente sua tomada de decisão, participe nos processos e melhore suas ações coletivas. A contribuição passará a ser direta no momento em que ocorrer o empoderamento no nível comunitário, responsável por mudanças sociais consideráveis⁽¹¹⁾. Isso poderia acontecer com facilidade se houvesse um fonoaudiólogo na equipe, em constante atuação com os ACS. Nesse nível, os sujeitos aumentariam o controle sobre os determinantes de saúde e fortaleceriam a rede social, a fim de melhorarem suas condições de saúde. O enfoque poderia, então, deixar de ser centrado na prevenção da doença para visar ações concretas na promoção em saúde.

CONCLUSÃO

A intervenção educativa realizada com base em uma nova concepção de educação em saúde demonstrou-se eficiente para a abordagem dos assuntos propostos pelo grupo, embora tenha iniciado reproduzindo o modelo tradicional. O empoderamento se deu no âmbito individual dos ACS e dos pesquisadores.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos Agentes Comunitários de Saúde e à Secretaria de Município da Saúde que viabilizou o projeto. Também aos profissionais Enfo. José Cristiano Soster, Fga. Ângela Ruviaro Busanello e Fga. Carla Aparecida Cielo pela contribuição neste estudo.

ABSTRACT

Purpose: To analyze the efficacy of a formation process regarding Speech-Language and Hearing Sciences developed with Community Health Agents, based on the theoretical concept of radical education in health. **Methods:** Initially, a group of five community agents from a Family Health Program Unit was submitted to a semi-structured collective interview. Then, through the focal group technique, a process of radical education in health was carried out, totalizing eight sessions of approximately 90 minutes each. In the final phase, the group received an informative written material regarding Speech-Language and Hearing Sciences, human communication, its disorders and ways of prevention. **Results:** During the initial interview, the group showed knowledge predominantly related to clinical practice, especially on speech, writing and learning disorders, deafness and bedridden patients. The educative process began with the representation of the traditional model of health education and, throughout the sessions, with the dialogue development, it assumed the radical model in health, besides the centralization in the model of health prevention. Only one health agent read the written material. **Conclusion:** The educational process was effective to treat the subjects proposed by the group and allowed the individual empowerment.

Keywords: Primary prevention; Health promotion; Public health; Health education; Family health

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization - WHO. The Ottawa charter for health promotion First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. Ottawa: WHO; 1986.
2. Buss PM. Promoção e qualidade de vida. *Cienc Saude Coletiva*. 2000;5(1):163-77.
3. Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.15-38.
4. Penteado RZ, Servilha EAM. Fonoaudiologia em saúde pública/coletiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde. *Distúrb Comun*. 2004;16(1):107-16.
5. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface Comum Saude Educ*. 2005;9(16):39-52.
6. Oliveira DL. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev Latinoam Enferm*. 2005;13(3):423-31.
7. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria empowerment no projeto de Promoção à Saúde. *Cad Saude Publica = Rep Public Health*. 2004;20(4):1088-95. Teixeira MB. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.
8. Gonçalves CGO. Reflexões sobre o percurso da fonoaudiologia na constituição de um fazer preventivo. *Saúde Rev*. 2001;3(5/6):55-62.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
10. Santos LPGS. A atuação do agente comunitário de saúde em São Bernardo do Campo: possibilidades e limites para a promoção da saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.
11. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saude Publica = Rep Public Health*. 2002;18(6):1639-46.
12. Duarte LR, Silva DSJR, Cardoso SH. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. *Interface Comum Saude Educ*. 2007;11(23):439-47.
13. Minayo MCS, organizadora, Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994, c1993.
14. Penteado RZ, Gonçalves CGO, Silvério KCA, Rossi D, Libardi A, Vieira TPG. Grupos Focais: possibilidades e aplicações para as pesquisas e práticas fonoaudiológicas. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2006;11(2):124-8.
15. Briceño-León R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cad Saude Publica = Rep Public Health*. 1996;12(1):7-30.
16. Andrade V, Coelho MASM. O processo educacional na promoção de ações comunitárias em saúde. *Rev Bras Cancerol*. 1997;43(1):57-63.
17. Levy FM, Matos PES, Tomita NE. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Cad Saude Publica = Rep Public Health*. 2004;20(1):197-203.
18. Westphal MF, Pelicioni MCF. Contribuição da educação em saúde para a reforma sanitária. *Saude Debate*. 1991;(33):68-73.
19. Rice M, Candeias NMF. Padrões mínimos da prática da educação em saúde: um projeto pioneiro. *Rev Saude Publica*. 1989;23(4):347-53.
20. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2001;6(1):63-72.
21. Wallerstein N, Sanchez-Merki V. Freirian praxis in health education: research results from an adolescent prevention program. *Health Educ Res*. 1994;9(1):105-18.
22. Vasconcelos EM. A proposta de empowerment e sua complexidade: uma revisão histórica na perspectiva do serviço social e da saúde mental. *Rev Serv Social Sociedade*. 2001;22(65):5-53.
23. Heidemann ITSB. A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de saúde da família [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2006.
24. Bernstein E, Wallerstein N, Braithwaite B, Gutierrez L, Labonte R, Zimmerman M. Empowerment forum: a dialogue between guest editorial board members. *Health Educ Q*. 1994;21(3):281-94.
25. Wallerstein N, Bernstein E. Introduction to community empowerment, participatory, education, and health. *Health Educ Q*. 1994;21(2):141-8.