

Educação e Saúde na Prática do Agente Comunitário

Márcia Valéria G. C. Morosini
Angélica Ferreira Fonseca
Isabel Brasil Pereira

Introdução

Este texto tem por objetivo refletir, junto aos docentes do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, sobre o papel educativo deste profissional no cotidiano do trabalho na estratégia Saúde da Família. Trata-se, então, de pensarmos como os conceitos de 'educação', de 'saúde', de 'trabalho humano',¹ de 'trabalho em saúde',² de 'cultura' e de 'comunicação' estão articulados nessa discussão. Alguns deles são trabalhados em outros textos desta série, mas nós os recolocamos agora no interior da temática educação e saúde.

Começamos, portanto, afirmando que o trabalhador da saúde desempenha um papel educativo. Essa afirmação baseia-se na compreensão de que o trabalho em saúde, ao mesmo tempo que exige reflexão, exige ação, ambas com o objetivo de alcançar a transformação da realidade, componentes básicos do trabalho educativo. Este trabalho educativo pode estar presente nas diversas práticas que o trabalhador desenvolve, mas se torna mais visível quando este realiza atividades de prevenção e promoção da saúde. Entretanto, há diferentes concepções de educação que podem expressar-se no trabalho educativo em saúde.

A compreensão de educação como um ato normativo, no qual a prescrição (ato de indicar o que deve ser feito e o modo de fazê-lo) e a instrumentalização (ato de ensinar ou repassar uma técnica ou ainda treinar o manuseio de ferramentas para o trabalho) predominam, reduzindo o sujeito a objeto

¹ Sobre trabalho, ver Ramos, texto "Conceitos básicos sobre trabalho", no livro *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*, nesta coleção (N. E.).

² Sobre trabalho em saúde, ver Ribeiro, Pires e Blank, texto "A temática do processo de trabalho em saúde como instrumental para a análise do trabalho no Programa Saúde da Família", e Abrahão, texto "Tecnologia: conceito e relações com o trabalho em saúde", no livro *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*, nesta coleção (N. E.).

EDUCAÇÃO E SAÚDE

passivo da intervenção educativa, encontra correspondência em uma compreensão limitada de saúde. Em outras palavras, esta concepção de educação reduz quem educa – no caso, o trabalhador da saúde – a um mero reprodutor de normas; e o aprendiz – no caso, a população atendida – a um simples depósito de informações.

Outra forma de compreender educação é como um processo que não tem como objetivo adaptar o homem às condições econômicas, sociais e políticas em que vive, e sim possibilitar que este homem se compreenda como autor desta sociedade, podendo alterá-la. Dito de outra maneira, como nos lembra a imagem em espiral de Marx, as circunstâncias geram um tipo de homem que, ao ser educado, torna-se diferente e modifica as circunstâncias, produzindo um novo homem, uma nova sociedade, portanto, outras circunstâncias, e assim sucessivamente.

Se compreendermos a saúde como expressão das condições objetivas de vida, isto é, como resultante das condições de “habitação, alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (Brasil, 1986: 4), interessa-nos pensar educação em saúde como formas de reunir e dispor recursos para intervir e transformar estas condições objetivas, visando alcançar mais e melhor saúde.

Precisamos destacar que educar é comunicar, portanto precisamos dizer que o trabalhador que educa, de fato, está comunicando; está realizando um trabalho de mediação entre o conhecimento que adquiriu na área da saúde e a população a qual visa informar a respeito daquele conhecimento. Da mesma forma, a população também comunica um conhecimento adquirido na experiência vivida e realiza um trabalho de mediação entre este conhecimento da realidade e o trabalhador da saúde com quem dialoga.

O agente comunitário de saúde (ACS) tem a mediação como um dos elementos principais do seu trabalho. É comum, em documentos e discursos de técnicos, gestores e instituições de saúde, o ACS ser identificado como o ‘elo’, a ‘ponte’ entre o serviço e a comunidade, o que denota a sobrevalorização do papel mediador e, portanto, educativo desse trabalhador. Vamos a seguir, refletir um pouco mais sobre os principais elementos dessa mediação.

A Importância do Conceito Ampliado de Saúde

A medicina e a biologia – ciência sobre a qual se baseia a maior parte das práticas médicas – por muito tempo foram as principais e talvez únicas referências para a definição de conceitos de saúde, ou seja, para a criação das idéias em torno das quais podemos dizer ‘O-que-é-ter’ e ‘O-que-é-não-ter’ saúde, ‘O-que-é’ e ‘O-que-não-é’ uma vida saudável. Resulta disso termos, ainda nos dias de hoje, um entendimento de que ter saúde é não estar fisicamente doente e não ter saúde é estar doente.

Por ser muito simples, e por ter sido criado a partir da área de maior poder e prestígio dentre aquelas que se dedicam a lidar com questões de saúde, ou seja, a medicina, esse conceito ganhou grande aceitação e ainda é considerado hegemônico,³ isto é, de maior poder de influência na saúde. Ao afirmarmos que esse conceito é simples, estamos considerando que ele é de fácil entendimento e, ao mesmo tempo, oferece uma boa explicação ‘bem estruturada’ a respeito de uma situação. Essas condições contribuem para a sua aceitação e difusão pela população e, conseqüentemente, para a sua incorporação ao senso comum sobre a saúde.

Nesse caso, se aceitamos que saúde é apenas a ausência de doença, estaremos aceitando também que, para ter saúde, basta não ter doença. Como dedução lógica, provavelmente concluiremos que para solucionar os problemas de saúde precisamos apenas curar as doenças e, portanto, nossas necessidades acabam reduzidas a médicos, hospitais e remédios.

Entretanto, a experiência nos faz perceber que esse conceito de saúde é reduzido, pois nos traz tão-somente uma parte dos problemas de saúde e também das ações necessárias e soluções possíveis para resolvê-los. Quem trabalha nas comunidades, como os ACS, sabe bem que muitos dos problemas de saúde que a população enfrenta têm sua origem em questões ambientais, tais como o saneamento. Isto quer dizer que, na prática, os ACS já pensam em saúde de modo ampliado.

A tentativa de ultrapassar esse conceito reduzido de saúde tem obtido sucesso no campo da saúde pública. Diversas linhas de pensamento nos mostram que não existe a saúde totalmente separada da doença, e sim um ‘processo de

³ Sobre hegemonia, ver Braga, texto “A sociedade civil e as políticas de saúde no Brasil dos anos 80 à primeira década do século XXI”, no livro *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

EDUCAÇÃO E SAÚDE

saúde-doença'.⁴ Assim, compreendemos que situações de doença podem fazer parte da vida, parte do modo como os seres humanos se relacionam entre si e com a natureza; mais do que isso, hoje, acreditamos que a saúde é uma conquista, não apenas de cada indivíduo na sua vida particular, mas também dos sujeitos sociais que têm a capacidade de lutar coletivamente para transformar a si mesmos e ao mundo, e assim se aproximarem de uma situação de qualidade de vida que favoreça a saúde de todos.

Quando falamos de qualidade de vida, e pretendemos relacionar essa idéia à de saúde, estamos apenas reforçando o conceito de saúde presente na VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 que já mencionamos e aqui ressaltamos: "Saúde é a resultante das condições de habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde" (Brasil, 1986: 4).

Esse conceito de saúde tem sido caracterizado como um 'conceito ampliado', pois nos faz ver a saúde como algo a mais que a ausência de doença. Isto nos compromete com a idéia de que uma situação de vida saudável não se resolve somente com a garantia do acesso aos serviços de saúde – o que também é fundamental –, mas sobretudo com condições de vida dignas que, em conjunto, podem nos proporcionar essa situação.

Nesse sentido, são indissociáveis o conceito de saúde e o conceito de sujeito social e ambos estão intimamente relacionados com a compreensão do trabalho em saúde como uma prática social. Trataremos disso a seguir.

É comum a crítica à sociedade conforme está predominantemente organizada hoje, como uma sociedade onde predominam concepções individualistas. Essa crítica no senso comum geralmente associa o individualismo ao egoísmo e, assim, estaria sendo dito que, na sociedade atual, cada pessoa pensa e age considerando cada vez mais apenas seus próprios interesses. Mas outros sentidos podem estar associados à idéia de individualismo. Por exemplo, a idéia que cada pessoa é somente uma pessoa, sem levar em conta que ela vive em sociedade e que a sua vida é relacionada a outras.

Criticamos o individualismo predominante nas relações sociais hoje porque compreendemos que, mesmo existindo emoções e ações experimentadas e

⁴ Sobre processo saúde-doença, ver Batistella, textos "Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica" e "Abordagens contemporâneas do conceito de saúde", no livro *O Território e o Processo Saúde-Doença*, nesta coleção (N. E.).

EDUCAÇÃO E SAÚDE NA PRÁTICA DO AGENTE COMUNITÁRIO

vividas por cada indivíduo, estas se expressam, formam sentido e se realizam em sociedade. Um outro conceito se impõe, então: é o conceito de 'sujeito'. De uma certa maneira, entender o homem como 'sujeito' é também compreendê-lo como aquele que, junto com outras pessoas, constrói a sociedade. Quando falamos 'sujeito', está implícito o ser humano que tem a consciência como princípio determinante para as suas ações, o que é o oposto do ser humano como parte passiva das relações que estabelece com o mundo.

Quando insistimos em dizer que o trabalho em saúde é uma prática social, estamos ressaltando o entendimento de que as possibilidades de transformações no campo da saúde não dependem da simples aplicação de conhecimentos científicos e/ou normas técnicas. Estamos dizendo também que existem relações sociais entre membros da comunidade, entre a população e o espaço geográfico, entre as instituições públicas – diversos níveis de relações – assim como os mais diferentes tipos de interferências nessas relações que podem atuar promovendo ou prejudicando a saúde das comunidades. Por isso, dizemos que o trabalho do ACS nas comunidades não é uma ação 'sobre' a população, e sim 'com' a população.

No plano da experiência de trabalho dos ACS, encontramos algumas situações exemplares dessa discussão. Eis a seguinte situação: é evidente, para um profissional da saúde, que a presença de pneus acumulando água representa um risco evidente para a saúde da população. Neste caso, a norma é bastante clara: os pneus devem ser descartados em locais adequados. Contudo, como raramente há coleta de pneus, cria-se um problema: eles são depositados em qualquer local, e, como normalmente ficam expostos ao ar livre, tornam-se locais que acumulam água de chuva.

Nesse exemplo, temos um problema extremamente sério cuja solução definitiva está além da aplicação de um conhecimento, requerendo uma medida de infra-estrutura. Na maior parte das vezes, mudar situações no campo da saúde pode significar atuar sobre condicionantes e determinantes que mexem com questões econômicas, culturais e até mesmo emocionais.

Cabe notar que não abandonamos uma idéia: é necessário lutar para transformar, é possível transformar. Quando dizemos que o trabalho em saúde é uma prática social, estamos convencidos de que não há uma receita pronta que possa ser adotada. Estamos também acreditando que, através do trabalho junto à população, descobre-se e constrói-se um conjunto de possibilidades de

EDUCAÇÃO E SAÚDE

ação que vão-se alterando com a realidade. A educação em saúde é uma dessas possibilidades, algo que tem seu lugar nessa história.

Notas sobre Educação em Saúde

Assim como na saúde, no campo da educação, também encontramos diferentes concepções de educação que correspondem a diferentes perspectivas acerca da sociedade e das relações sociais, assim como a diferentes projetos de conservação ou de transformação da ordem social. Passaremos a tratar aqui de alguns modos de se pensar sobre educação e sobre a educação em saúde.

Quando falamos de educação, duas associações são comuns. A escola e a educação transmitida da família para as crianças.

A idéia de que a educação tem o objetivo de 'construir' a criança tornando-a um ser social nos faz pensar em algumas coisas. Por exemplo: a educação é uma ação que se dirige àqueles que seriam, a princípio, incapazes de se relacionar de um modo culturalmente aceito. Nesse caso, existiria um pólo que recebe a educação (o que não sabe) e também um único sentido da educação – que vai de quem educa para quem é educado. Mas, tal qual na saúde, na educação, a discussão também vai além.

Vamos propor aqui um modo mais amplo de se pensar sobre a educação. De acordo com a nossa proposta, educar seria um processo por meio do qual criam-se formas de perceber a realidade, pensar intelectualmente sobre o que nos cerca, conceber nossas alternativas de interferir na realidade, e ainda, de relacionar-se emocionalmente com os fatos da vida. Essa perspectiva torna a compreensão de educação um tanto mais complexa.

Como recurso para explicitar melhor esse pensamento sobre a educação, recorreremos a um exercício de imaginação, lembrando de uma criança de nossa convivência; pensando no quanto ela já influiu e mudou o nosso modo de pensar sobre um assunto, de nos sentirmos em relação a algumas coisas, de mudar os nossos valores... Embora sejamos adultos e experientes, é possível reconhecermos que um ser com pouca experiência de vida é capaz também de exercer, através da relação conosco, uma 'ação educativa'.

Esse exercício, facilmente reconhecível como uma experiência comum no dia-a-dia da maioria da população, vale para nos ajudar a afirmar que existe

EDUCAÇÃO E SAÚDE NA PRÁTICA DO AGENTE COMUNITÁRIO

uma ação educativa – um poder de educar, que se coloca para as mais diferentes relações, quer sejam com pessoas, quer sejam com instituições. No caso do trabalho do ACS, isso é particularmente importante porque é preciso lembrar que muitas formas de agir na relação com a comunidade e com o território têm o resultado de uma ação educativa, algo que pode gerar, nos espaços de nossa convivência cotidiana, formas de perceber, agir e pensar sobre questões relacionadas à saúde e ao ambiente. Mas, no caso de nossa discussão, e para fins de qualificação do ACS, queremos destacar um outro aspecto. Trata-se do fato de que uma parte significativa do trabalho desse profissional pode ser considerado trabalho educativo.

Ação Educativa e Trabalho Educativo

Ao comentarmos que todas as relações sociais são potencialmente educativas, estamos considerando que a ação educativa pode ocorrer espontaneamente, sem que haja necessariamente uma consciência sobre essa ação, ou ainda uma reflexão sobre sua intenção. Dito de outra maneira, compreendemos que a 'educação no seu sentido amplo de humanização' se dá ao longo de toda a vida, acontecendo em lugares sociais, como no ambiente familiar, no trabalho, na rua, na igreja, na escola. Esta seria uma diferença importante entre ação educativa e 'trabalho educativo'.⁵

Quando afirmamos que uma importante parcela do trabalho exercido pelo ACS é trabalho educativo, estamos dizendo que este trabalho traz consigo uma intenção, e deve, portanto, incluir reflexões sobre seus objetivos e as formas através das quais 'caminhamos' para nos aproximarmos desses objetivos.

É possível que neste ponto de nossa discussão surja a indagação se isso não seria um excesso de trabalho ou de expectativas que se coloca além do que deveriam ser as atribuições do agente comunitário de saúde. Talvez, fortalecendo essa idéia, esteja a crença de que o trabalho educativo só deveria ser desempenhado por pessoas que receberam uma qualificação especial para isso, os 'mestres' ou docentes propriamente ditos.

⁵ A concepção de trabalho educativo à qual nos referimos é discutida por autores como Saviani, nos livros *Escola e Democracia* (1999) e *Pedagogia Histórico-Crítica: primeiras aproximações* (1991), e também Betty Oliveira (1996) em *O trabalho Educativo: reflexões sobre paradigmas e problemas do pensamento pedagógico brasileiro*.

EDUCAÇÃO E SAÚDE

Nossa posição aponta para o contrário. Não podemos supor que o trabalho educativo não requer reflexão, mas achamos que essa reflexão crítica tem de ser realizada, acima de tudo, por aqueles que efetivamente realizam esse trabalho. Por todos aqueles que incluem entre seus objetivos de trabalho a intenção de:

- partilhar conhecimentos sobre saúde;
- contribuir para que as populações reconheçam as situações de risco à saúde nas quais estão envolvidas;
- promover a mobilização popular para garantir direitos que nos permitam melhorar nossas condições de vida;
- em resumo: interagir conscientemente com os sujeitos sociais (indivíduos, instituições, grupos) que ativamente podem fazer a diferença.

Ou seja, é particularmente importante para o trabalho do ACS, cujas atribuições são tão próximas à lista que apresentamos, que a sua formação possibilite refletir sobre questões específicas da educação em saúde, assim como é importante discutir com esse trabalhador as características do trabalho que realiza, tendo em vista o fato de que todo trabalho em saúde deve ser compreendido como trabalho humano.

Pode-se entender o trabalho humano como um processo no qual os seres humanos atuam sobre a natureza, transformando-a em formas úteis para a sua vida, para a garantia da sobrevivência e a continuação do indivíduo e da sua espécie. Ao modificar a natureza, o trabalhador coloca em ação a sua capacidade de pensar, imaginar, planejar (capacidades intelectuais) e suas energias físico-musculares.

É importante distinguir o trabalho humano das ações instintivas realizadas pelos outros animais. Marca bem essa diferença a seguinte imagem: "o que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é que ele figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade" (Marx, 1968).⁶

O que queremos ressaltar é que 'o trabalho humano se caracteriza pelo pensar ao desenvolver suas ações'. Sabemos que, ao longo da história, a maioria dos trabalhadores foi condenada a achar que não possuía capacidades intelectuais. Ou seja, uns (poucos) foram feitos para realizar trabalho de pensar

⁶ Trata-se de uma imagem usada por Karl Marx (1968), filósofo alemão, no livro *O Capital: crítica da economia política*, escrito no século XIX, e que, no Brasil, teve várias edições, uma delas, publicada em 1968, pela Editora Civilização Brasileira, Rio de Janeiro.

EDUCAÇÃO E SAÚDE NA PRÁTICA DO AGENTE COMUNITÁRIO

e comandar, e outros (muitos) foram destinados somente ao fazer. Ora, isso foi uma invenção de uma minoria para dominar e explorar o trabalho desenvolvido pela grande maioria da população, desvalorizando o trabalho que esta maioria desenvolve e criando nos trabalhadores que o executam um sentimento de incapacidade para pensar. Na verdade, sabemos que, ao desempenhar suas atividades, os trabalhadores, no mínimo, refletem sobre os meios e os modos de realizarem o seu trabalho e atingirem seus objetivos.

Outra coisa que precisa ser ressaltada é que essa desvalorização é ligada à divisão social do trabalho. Ou seja, aos trabalhadores que pertencem a grupos de menor poder econômico, é relegado o trabalho menos valorizado, composto de atividades menos valorizadas na sociedade. A esse trabalho pouco valorizado destinam-se os menores salários, resultando em um ciclo vicioso de dominação que acaba por inculcar nesses trabalhadores a sensação de incapacidade de pensar e refletir.

Compreender que o trabalho em saúde requer o pensar, o refletir, pode nos permitir constatar a possibilidade de o trabalhador desempenhar uma atividade de pensar não-crítica (não questionando, nem reformulando, sempre que necessário, as suas ações). Vamos dar um exemplo: se a função de ACS basear-se na crença de que esses trabalhadores da saúde só precisam, na realização do seu trabalho, aprender e transmitir informações técnicas para a população, como mediadores em um único sentido, ou seja, do serviço para a população, não podemos negar que esse trabalho em saúde se constitui em um trabalho educativo, pois exige reflexão e ação, vislumbrando alcançar a transformação da realidade. Porém, neste exemplo, de repasse de informações e técnicas, poderíamos dizer que o ACS estaria realizando um trabalho intelectual não-crítico e adaptado, com poucas chances de alterar as situações e de provocar mudanças possíveis.

Podemos assim listar alguns riscos comuns no trabalho de educação em saúde que implicam a redução da educação a um trabalho de conservação com baixa possibilidade de transformação da realidade:

- O processo de 'conhecer' atrelar-se ao 'não-pensar criticamente';
- O ato da reflexão ser substituído por um ato de 'consumo de informações';
- A criação ser substituída pela 'aquisição de habilidades' e 'reprodução mecânica' de técnicas e procedimentos.

EDUCAÇÃO E SAÚDE

Entendemos que o ACS deva compreender o trabalho em saúde que desenvolve como algo que:

- Requer pensar criticamente situações vividas e desenvolver ações mediante essas reflexões;
- Assuma a concepção de educação como um processo que possibilite a população a ver-se como construtora da sociedade, podendo alterá-la;
- Compreende a saúde como expressão das condições objetivas de vida, isto é, entende a saúde na sua concepção ampliada e crítica.

Refletindo um pouco mais sobre educação, reconhecemos que as teorias educacionais podem ser entendidas em dois sentidos opostos, mas que convivem no pensamento educacional dos trabalhadores que realizam um trabalho pedagógico. Vários autores nomeiam e classificam essas teorias como críticas e não-críticas; ou ainda, de progressistas e liberais.

José Carlos Libâneo (1985), por exemplo, em seu livro *Democratização da Escola Pública: a pedagogia crítico-social dos conteúdos*, classifica as tendências encontradas na educação em liberais e progressistas. Para este autor, a concepção amplamente difundida que atribui à escola a função de preparar os indivíduos para os papéis sociais, conforme as aptidões de cada um, é sustentada pela pedagogia liberal. Já as tendências progressistas partem de análises críticas das realidades sociais e sustentam implicitamente as finalidades sociopolíticas da educação. Trata-se de classificação de concepções da educação próxima àquelas feitas por Dermeval Saviani (1983), no texto "Tendências e correntes da educação brasileira", publicado no livro intitulado *Filosofia da Educação Brasileira*, organizado por Durmeval Trigueiro Mendes.

As teorias críticas, ou progressistas, referências para o presente texto, têm em comum o posicionamento em favor de uma educação emancipadora que vise à construção de um cidadão questionador, crítico e ativo. Também é comum a essas teorias a compreensão de que a educação tem um componente ético e que precisa promover a idéia de que a solidariedade é necessária para a construção de um mundo melhor, menos violento, portanto, mais saudável.

Para o trabalho em saúde, em especial aquele realizado pelo ACS, é fundamental que o trabalhador perceba o quanto é importante desenvolver argumentos, perante os indivíduos, de que a saúde de todos também depende deles e dos vínculos de solidariedade que traçam com os seus próximos.

EDUCAÇÃO E SAÚDE NA PRÁTICA DO AGENTE COMUNITÁRIO

É igualmente importante que o agente encare o seu trabalho como 'ação política' em que, dentre outros pontos, tenha de ressaltar a organização da comunidade como forma de atingir os objetivos do seu trabalho.

O fenômeno educativo, na sua interpretação crítica, deve ser considerado sempre em movimento e como processo inacabado, e não deve desconsiderar a sua relação com a comunicação.

Educação e Comunicação

Assim como acontece com a educação, há várias formas de conceber a comunicação. É possível pensar que comunicar entre duas pessoas, por exemplo, implica uma que sabe, outra que transmite a informação e uma que recebe passivamente a idéia – o pensamento da outra. Também é possível pensar que, quando duas pessoas se comunicam, ambas se revezam no papel de quem informa e de quem é informado. Quando uma pessoa escreve e responde uma carta, isto fica mais visível, mas o mesmo não acontece, por exemplo, quando um ACS tenta entrar em uma casa para cumprir as suas atividades na visita domiciliar e a dona da casa finge que não está. O que parece surdez, ignorância ou teimosia, à primeira vista, pode ser um ato de recusa que comunica não o desconhecimento, como costumamos pensar, mas talvez a pouca fé da senhora nas iniciativas do poder público representado naquele momento por esse trabalhador.

O que queremos dizer é que a comunicação não é tarefa fácil, sem conflitos. O receptor, seja ele um indivíduo ou uma comunidade, não é passivo; isto significa que ele constrói sentidos diversos para a informação recebida, muitas vezes, sem perceber. Cada um, transmissor ou receptor, é ativo neste processo e realiza um árduo trabalho de compreensão, de tradução do conhecimento, para que ele possa ser comunicado. Este trabalho, na maior parte das vezes inconsciente, acontece com base nas crenças, as concepções, enfim, a forma de ver e compreender o mundo das pessoas que dele participam. Isto é, ele se dá sem que a gente se perceba, sem que a gente tenha consciência dele, mas reflete a nossa percepção do mundo.

Outra característica importante a ser ressaltada é que o processo de comunicar gera mudanças no homem que se comunica, e o homem modificado gera mudança nas circunstâncias com base nas quais ele se comunica, e assim

EDUCAÇÃO E SAÚDE

por diante, lembrando a mesma imagem da espiral à qual já recorremos para ilustrar o processo educativo.

Cultura⁷ e o Trabalho em Saúde

Ao refletirmos sobre o processo de trabalho do ACS, temos de nos referir, obrigatoriamente, à cultura e à comunidade.

A cultura é o processo pelo qual um grupo social garante a permanência de sua identidade, daquilo que lhe confere singularidade, distinguindo-o dos demais grupos sociais. Trata-se de um legado de linguagem, valores, tradições, concepções, costumes, produções artísticas e outras formas de expressar o conhecimento do mundo em geral e do universo de experiências locais vividas por um determinado coletivo.

O homem preserva a sua cultura comunicando-se. Há várias formas de preservar a cultura de um povo – as festas, as cantigas de roda, de ninar, as danças, o dialeto de uma comunidade. A tradição oral dos índios brasileiros é como a *Bíblia* para os católicos, ou as enciclopédias para os homens letrados. Os índios contam a sua história de geração em geração para que ela não seja esquecida, assim ela permanece registrada na memória coletiva das gerações que se sucedem. Mas a cultura, apesar deste caráter conservador, vive um movimento de transformação contínuo, mesmo que este não se torne visível rapidamente, modificando a ‘cara’ da cultura de um povo. As mudanças são as interações entre pequenos atos que se vão instituindo e modificando hábitos, criando novidades, questionando valores, construindo até mesmo outras formas de as pessoas se relacionarem.

O mesmo exercício que fizemos a respeito da educação e da comunicação precisa ser feito quando se discute cultura. A cultura de uma sociedade também é o resultado de uma relação conflituosa, a qual expressa um movimento entre idéias e costumes muitas vezes antagônicos.

Pode-se pensar também que alguns hábitos incorporados à cultura de uma população nem sempre representam as escolhas desse grupo, mas, por vezes, representam a falta de opções que acaba por perpetuar situações, que acabam sendo reconhecidas como traços culturais. Por tudo isso, considerar a

⁷ A respeito do conceito de cultura, indicamos o texto de Alfredo Bosi (1992) “Cultura brasileira e culturas brasileiras” que está no livro do autor *Dialética da Colonização*.

EDUCAÇÃO E SAÚDE NA PRÁTICA DO AGENTE COMUNITÁRIO

cultura da comunidade significativa no desenvolvimento do trabalho educativo em saúde não é sinônimo de respeitar e reafirmar normas e costumes repressores e individualistas existentes em uma determinada população. Portanto, entender as diferentes formas culturais não deve ser igual a respeitar preconceitos e estigmas.

É importante lembrar que a ênfase no aspecto cultural não pode deixar de lado ou subestimar a realidade das diferenças de classes sociais, sob pena de se aderir a uma prática oriunda de certas concepções liberais que também fazem parte do pensamento educacional, como, por exemplo: a idéia de que o processo educativo tem por função preparar os indivíduos para o desempenho de papéis sociais já definidos pela sociedade de classes.

No caso do trabalho educativo em saúde feito pelo ACS, isso quer dizer que deve ser esclarecido à população sobre as condições de vida que levam ao adoecimento e sobre o que compete ao indivíduo e à comunidade em relação a essas condições, para que estes sejam aliados de um projeto de vida saudável. Isso também quer dizer que não se deve criar ilusão e 'culpabilização' dos indivíduos pelos problemas de saúde relacionados às condições de vida que são, em última instância, determinadas pelas condições sociais e econômicas em que vive a população. Esse é um movimento a ser feito pelo trabalhador da saúde que entende as suas ações como uma prática voltada à transformação. Portanto, é uma postura de um trabalhador intelectual crítico, no caso o ACS, e que responde e reflete uma visão crítica em educação em saúde.

Um outro destaque na relação cultura e comunidade para pensarmos o trabalho em saúde é o fato de que a comunidade elege os lugares privilegiados para a troca e a divulgação de informações. Não desconhecemos que as igrejas, as 'vendinhas', as feiras, as escolas, as reuniões de associações de moradores, as rádios comunitárias são instituições e lugares significativos para que o conhecimento sobre as questões de saúde seja propagado.

Trata-se então de vislumbrar essas instituições e locais como espaços que podem contribuir para o desenvolvimento do trabalho do ACS, quer seja participando de reuniões de moradores, quer seja reivindicando espaço nas rádios comunitárias para o reforço de conhecimentos que se deseje divulgar à população, quer seja destacando os temas relacionados à saúde junto aos grupos de teatro e manifestações culturais nas ruas. Esses recursos contribuem tanto para ampliar e diversificar as formas de acesso à população quanto para

EDUCAÇÃO E SAÚDE

legitimar o trabalho do ACS na comunidade. Para tanto, enfatizamos mais uma vez que os eventos culturais – peças de teatro da comunidade, festas escolares abertas à comunidade, festas de igrejas, festas de largo – são espaços que devem ser aproveitados para a prática da educação em saúde. A essa altura, vislumbramos uma conclusão importante a respeito do trabalho em saúde: ele se dá na interface entre saúde, educação e comunicação.

Cabe notar também que é significativo para o trabalho do ACS que este reflita sobre a questão que, ao desenvolver o seu trabalho, ao ir à casa das pessoas, ele está entrando no mundo privado de cada indivíduo, de cada família. Isso quer dizer que, neste caso, o espaço do seu trabalho é aquele em que as pessoas mais intimamente vivem os seus desejos, seus afetos, seus conflitos, suas emoções e sentimentos. Portanto, ao entrar com orientações, com conhecimentos que podem vir a contrariar os hábitos familiares e de cada indivíduo, o trabalhador da saúde precisará estar sempre atento à educação da sua sensibilidade, estar atento às coisas sensíveis. Um exemplo é o fato de que vasos de plantas e animais, que para o agente podem representar uma ameaça à saúde em função da proliferação de mosquitos, podem representar, por outro lado, algo muito especial para a vida das pessoas. É importante então estar atento e sensível para as questões do cotidiano da vida do indivíduo e da população.

Educação em Saúde e Cotidiano

Defendemos que a ação educativa se dá no cotidiano e, na maior parte das vezes, espontaneamente. O trabalho educativo também acontece no cotidiano, mas não como uma experiência que ocorre mecanicamente. Pensamos que devemos enfatizar o inverso. Ou seja, que o ponto principal do trabalho educativo é colocar em questão as experiências do cotidiano. Muitas vezes, isso se dá por meio do conhecimento científico que o educador aprendeu e considera importante partilhar. Vejamos uma situação que nos ajudará a esclarecer esta idéia.

Em diversas comunidades, a população tem o hábito de armazenar água nos mais diferentes recipientes. Essa prática de guardar água, em geral, é uma solução para os problemas de abastecimento irregular. Entretanto, com os conhecimentos que o ACS adquiriu – por exemplo, sobre o modo como uma larva pode ser depositada na água parada e, a partir daí, gerar um inseto que faz

EDUCAÇÃO E SAÚDE NA PRÁTICA DO AGENTE COMUNITÁRIO

parte da cadeia de transmissão de uma doença –, ele pode, como educador, que domina esse conhecimento, construir com a população um novo modo de olhar o armazenamento de água, que é uma atividade do cotidiano dessa comunidade. Esse novo modo de olhar, que incorpora o saber científico, pode produzir uma reflexão sobre como não transformar o que parece a solução de um problema em um outro problema.

Por vezes, dar continuidade ao trabalho educativo pode colocar o ACS diante de situações pouco convencionais, como, por exemplo, apoiar a mobilização da comunidade por um abastecimento regular de água. Diríamos que essa situação é pouco convencional, pois remete o ACS ao fato de que educação em saúde não se refere exclusivamente às necessidades físicas, mas a um campo mais amplo do qual faz parte a reordenação do modo de vida para satisfazer necessidades éticas, emocionais e políticas. Resumindo, a educação aliada à saúde tem o poder de nos fazer reconhecer novas necessidades, que podem nos fazer pensar e agir além do que estamos acostumados.

Para finalizar, é preciso dizer que, ao chamarmos a atenção para a ação educativa, não queremos dizer com isso que o ACS não pode mais ser espontâneo no seu dia-a-dia de trabalho, na comunidade, porque, afinal, ele é um educador e todo o tempo de que estar atento a isso. O que precisamos reconhecer é que existem aspectos que o ACS e o seu grupo de trabalho, a sua instituição, podem identificar como importantes o bastante para compor o seu trabalho educativo. E, sobre esses temas, é preciso refletir como educador.

Mas não existe somente a nossa idéia de educação em saúde. Existem outras formas de concebê-la que dão origem a outros modos de agir. Certamente, algumas dessas formas, que comentaremos a seguir, são familiares aos ACS.

Educação para Saúde

Grande parte da história da educação em saúde pode ser contada através de inúmeras ações voltadas para mudanças no corpo dos indivíduos. As campanhas antitabagistas ou para o uso de preservativos são exemplos bastante conhecidos. Por conta dessa longa história e também da aceitação que o conceito de saúde vinculado apenas à ausência de doença teve, é comum a compreensão de educação que chamamos aqui de 'educação para a saúde'. Passaremos a destacar as suas principais características.

EDUCAÇÃO E SAÚDE

Em primeiro lugar, a educação para a saúde privilegia as informações sobre autocuidado e acredita firmemente que a saúde é uma questão apenas biológica. Na sua relação com a educação e com os objetivos que pretende alcançar, as etapas aparecem esquematizadas:

- Educa-se – o que, de acordo com essa concepção, seria transmitir a informação ou as normas corretas.
- Indivíduo ou grupo recebe a informação – nesse caso, não interessa ao educador saber quais as formas de pensar e perceber problemas e soluções que a população partilha.
- O educador pensa que a comunicação não tem conflitos, ou seja, o que ele disse foi e é sempre entendido do modo como ele imaginou que seria.
- É um problema de cada indivíduo e da comunidade se não adotarem as condutas corretas. Afinal, são eles que vão ficar doentes.

Dentro desse esquema descrito, existem algumas sutilezas que merecem nossa atenção. A primeira delas é que essa educação reduz o seu próprio poder educativo. O educador pensa em si próprio apenas como um emissor de informações ou normas que, provavelmente, são repetidas em manuais e cartilhas. Por trás dessa idéia, reside a crença de que a informação é suficiente para causar mudanças. Essa construção reserva um lugar de receptor passivo aos indivíduos/comunidades aos quais se dirige a informação. Não há valorização do saber que a própria população detém sobre seus problemas e, assim, não há diálogo entre sujeitos.

Normalmente, desapontado com os resultados desse tipo de trabalho educativo, o profissional/educador tende a apostar que lhe faltam recursos materiais: cartilhas, folhetos, vídeos, e estaria aí a causa de certo fracasso de suas intervenções. Ou então ele adota uma postura bastante comum de culpabilização dos indivíduos pela não-adoção das medidas corretas conforme a orientação apresentada. Vamos nos aprofundar nessa questão da culpabilização dos indivíduos, pois esse é um procedimento 'velho conhecido' nosso dos trabalhadores da saúde pública.

O primeiro requisito necessário para um educador investir na culpabilização dos indivíduos como efeito final do processo educativo é o fato de ele não considerar que a sua relação se dá com sujeitos vivos, concretos, com uma história. Um jeito tradicional de conceber as pessoas para as quais dirigimos nossos esforços de educação é entendê-las como tábulas rasas ou, nos dias atuais,

EDUCAÇÃO E SAÚDE NA PRÁTICA DO AGENTE COMUNITÁRIO

podemos imaginá-las como um computador vazio, aguardando nossos programas e comandos. Quando se tem o maior cuidado em executar os comandos apropriados e transmitir as informações e, ainda assim, os objetivos não são alcançados, só pode haver um culpado: o computador – ou seja, nesta nossa imagem, os indivíduos para os quais nossa ação se dirige.

Em geral, já temos frases feitas para caracterizar essa culpa, e nós já dissemos ou ouvimos algo como: “esse pessoal não liga pra nada mesmo”, “Não adianta falar que eles não aprendem”, dentre tantas outras. O que não estamos observando quando repetimos esse tipo de comportamento é que, por meio dele, estamos desconsiderando que as pessoas não escolhem, simplesmente, estarem expostas a alguns riscos.

Para contribuir para um pensamento diferente sobre a relação entre prevenção e risco e, conseqüentemente, entre a educação em saúde e a promoção da saúde, vamos trazer um conceito elaborado por profissionais comprometidos em melhorar a qualidade do trabalho de prevenção à Aids, doença que preocupou e preocupa ainda hoje toda a sociedade. Este conceito é o de ‘vulnerabilidade’.⁸

Antes de pensar em termos práticos, os estudiosos que foram construindo esse conceito⁹ assumiram as seguintes posições:

- A compreensão das questões de saúde não pode estar desarticulada das questões de cidadania. Pensar sobre saúde requer mais do que pensar apenas em indivíduos, exige pensar em contexto social.
- A prevenção não passa, em primeiro lugar, por uma atitude exclusivamente individual.
- Muitos comportamentos que envolvem riscos têm a ver com o modo como as pessoas estão vivendo, sua forma de trabalhar e morar; os bens materiais dos quais necessitam e os bens aos quais têm acesso; suas necessidades emocionais e suas possibilidades de negociar essas necessidades.

A própria história da Aids nos deu exemplos claros disso. Por exemplo: quantas mulheres, mesmo após saberem o quanto a Aids estava aumentando

⁸ Sobre vulnerabilidade, ver Gondim, texto “Do conceito do risco ao da precaução: entre determinantes e incertezas”, no livro *O Território e o Processo Saúde-Doença*, nesta coleção (N. E.).

⁹ No Brasil, o conceito de vulnerabilidade foi desenvolvido, particularmente, pelo professor Ricardo Ayres, da Faculdade de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (USP).

EDUCAÇÃO E SAÚDE

entre mulheres casadas, não passaram a usar preservativos nas relações sexuais com os maridos? Será que elas (ou, melhor dizendo, os casais) não usaram simplesmente porque escolhiam se arriscar ou existem outros aspectos mais complexos que interferem na adoção desse método de prevenção?

O conceito de vulnerabilidade nos ensina a buscar a identificação das situações que tornam determinados grupos (e até indivíduos) mais fáceis de serem atingidos – e por isso vulneráveis – por situações que favorecem o aparecimento de doenças. Ao fazermos isso, deixaremos de banalizar, de reduzir nossa compreensão sobre o conjunto de condicionantes, determinantes, que estão presentes na rede de produção de problemas de saúde. Assim, ganhamos a chance de realizar um trabalho educativo menos superficial e com maior probabilidade de colher bons resultados.

Outra conseqüência provável e desejável é que abandonaremos a velha postura de censores das atitudes alheias e poderemos partilhar cada movimento, cada conquista que aproxime os grupos aos quais dedicamos nosso empenho profissional das situações de menor risco à saúde.

Muitas vezes, esses movimentos não são diretamente ligados à saúde, o que torna mais difícil para nós reconhecê-los como positivos. Em algumas situações, o grande avanço é a ampliação da consciência sobre a sua própria situação de vida, a identificação dos problemas que envolvem a saúde, mas não se limitam a ela, e, em especial, a organização para o encaminhamento de demandas, que, uma vez alcançadas, poderão gerar impacto sobre condições de vida, qualidade de vida e, por fim, sobre a saúde.

Isto nos coloca, indiretamente, mais um aspecto da educação como um todo e da educação em saúde, em particular, que diz respeito à visão muito pragmática e imediatista do nosso trabalho.

Poderíamos dizer que todo o trabalho em saúde é voltado para a ação. As práticas dos cuidados em saúde estão profundamente associadas aos objetivos diretos de gerar resultados o mais rápido possível. Isto não é ruim, afinal quem quer ir ao serviço de saúde doente e sair sem uma recomendação ou tratamento que nos leve à cura? Entretanto, embora voltado para a ação, o trabalho em saúde pode ser chamado de reflexivo, pois exige do trabalhador um esforço de interpretar as situações que ele observa para, a partir daí, elaborar uma proposta de intervenção.

EDUCAÇÃO E SAÚDE NA PRÁTICA DO AGENTE COMUNITÁRIO

Outra característica atual do trabalho em saúde é o seu parcelamento, ou seja, muitos problemas requerem a ação de trabalhadores de diferentes áreas e profissões, cada um atuando sobre certa parcela da situação. Essa prática do parcelamento tem relação com a especialização do trabalho em saúde. Em geral, os problemas de saúde e, em especial, as doenças, fazem com que o ser humano seja tratado em partes. Se o problema é de coração, vai-se ao cardiologista que tende a se preocupar somente com os problemas do coração, deixando de lado o todo que, nesse caso, é o ser humano.

Esse modo de estruturar o pensamento e o trabalho em saúde trouxe possibilidades de avanço, à medida que o desenvolvimento da ciência produziu tantos conhecimentos que se tornou impossível para um só profissional dominar todas as áreas. Entretanto, essa lógica, quando se une à educação em saúde, pode tornar-se um complicador. Isto porque pode nos fazer formular sempre objetivos imediatos, quando o processo educacional, em geral, deve apontar para objetivos que se constroem e se estendem no tempo. Não é raro que as transformações em saúde, baseadas na educação, demandem um tempo prolongado para acontecer, sobretudo porque a educação não transforma diretamente, ela busca, tendo em vista o compartilhamento de conhecimentos, percepção, conceitos éticos e tudo ao qual já nos referimos, criar as condições para que os sujeitos sociais produzam as transformações que nos permitam viver melhor.

Para ilustrar essa discussão, podemos trazer um problema freqüente em comunidades populares de difícil acesso e condições precárias de saneamento – a coleta de lixo. Sabemos que nos bairros urbanizados das cidades a coleta é regular, tendo dia e horário estabelecidos para acontecer. Contudo, esta coleta regular não acontece nas comunidades populares, ou, quando se dá, pode não ser adequada às condições das moradias que, geralmente, não têm espaço para acumular lixo, expondo seus moradores ao convívio com sujeira e pragas. Isso faz com que os moradores coloquem o lixo em sacos plásticos nos becos e vielas da comunidade antes do dia da coleta, e estes acabam se tornando alvo dos cães e gatos em busca de restos de alimentos.

Há ainda o recurso à caçamba coletiva de lixo, que acumula o lixo individual das moradias até o dia da coleta na comunidade. Entretanto, se a coleta pública não se dá com regularidade, estas acabam transbordando e poluindo o seu entorno, atraindo animais e insetos. Um outro fator associado a esse problema é o fato de muitos cidadãos viverem da coleta e venda de material reciclável

EDUCAÇÃO E SAÚDE

encontrado no lixo e transformarem suas casas em verdadeiros depósitos de garrafas plásticas, latas, papel etc.

Em algumas experiências de educação em saúde, trabalhadores da saúde e moradores mobilizam esforços no sentido de enfrentar o problema do lixo não recolhido das comunidades ou recolhido de forma inadequada. Essas experiências incluem a discussão sobre o descarte seletivo do lixo, separando e destinando de forma diferenciada o lixo conforme o tipo: lixo orgânico, reciclável, e outros tipos e subtipos, o que implica um trabalho educativo dos moradores a respeito do lixo, de suas características, do seu impacto ambiental, de saúde e das possibilidades de emprego social do material reciclável.

No entanto, essas experiências não perdem o norte de que a coleta e o destino do lixo são responsabilidade do Estado e, portanto, a população precisa também se organizar no sentido de exigir que o poder público garanta esses serviços em forma de política pública. Já se conhece também que uma experiência local bem-sucedida em relação ao lixo pode vir a ser aproveitada em nível macro, sendo incorporada como proposta para outras regiões de condições semelhantes em uma cidade.

Assumimos que existe uma contribuição específica a ser dada pelo ACS, que se dá quando este ensina, discute e mobiliza a população. Mas nem todas as possibilidades de provocar uma mudança efetiva estão com os ACS ou estariam de fato no campo da educação em saúde. Aliás, os processos educativos em geral não devem ter seus resultados medidos somente pelo alcance imediato de objetivos pontuais, devem ser vistos também como uma aposta para o futuro.

Mas o ACS realiza um trabalho fundamental ao fortalecer a possibilidade de os sujeitos se reconhecerem com poder e responsabilidade pela própria história e pelo processo de construção de sua cidadania. E responsabilidade é diferente de culpa, pois nos faz reconhecer o nosso lugar no mundo e no tempo, ao contrário da culpa que, muitas vezes, só serve para nos sentirmos submetidos e sem condições de transformar a realidade.

Nós falamos de um trabalho que se apresenta de uma forma tão complexa que se pode concluir que isso é um ônus excessivo para o ACS, já tão comprometido com o preenchimento de fichas, as visitas domiciliares e outros procedimentos da rotina do trabalho em Saúde da Família.

EDUCAÇÃO E SAÚDE NA PRÁTICA DO AGENTE COMUNITÁRIO

Entretanto, acreditamos que, quanto menos nós banalizarmos o nosso trabalho, maiores são as chances de obtermos satisfação com ele. Nessa perspectiva, o trabalho é uma forma especial de se realizar como ser humano, e, se todo o trabalho humano é um trabalho complexo, essa complexidade se torna mais contundente no trabalho que se constrói essencialmente na relação com os outros seres humanos. Esse é o caso do trabalho do ACS que se efetiva no contato com a comunidade e, sobretudo, com as pessoas que a compõem.

O desafio que temos a enfrentar é o de desconstruirmos os preconceitos que amarram as nossas práticas e experimentarmos a alegria de surpreendermos com o inusitado, com o que cansamos de olhar, sem ver, com as expectativas várias que a população inventa para a vida, construindo juntos modos de sentir, de conhecer o mundo, de driblar as adversidades e de enfrentá-las, como e quando possível. É o de assumirmos o desejo de contribuir para aumentarmos essas possibilidades, compreendendo quão longo e trabalhoso, mas quão prazeroso e gratificante isso pode ser, seja no trabalho de formação dos ACS, seja no trabalho educativo por eles realizado.

Indicações de Leitura

Sobre o tema educação em saúde e especificamente sobre educação popular e saúde, recomenda-se a leitura dos textos dos professores Victor Vincent Valla (Valla, 2000; Valla & Stotz, 1993, 1994; Valla; Guimarães & Lacerda, 2005, 2006) e Eduardo Navarro Stotz (Stotz, 2004; Stotz, David & Wong, 2005) do Departamento de Endemias Samuel Pessoa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) e do professor Eymard Mourão Vasconcelos (1998, 2000, 2001, 2004), do Departamento de Promoção da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPA).

Referências

- BOSI, A. Cultura brasileira e culturas brasileiras. In: BOSI, A. *Dialética da Colonização*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986.
- LIBÂNEO, J. C. *Democratização da Escola Pública: a pedagogia crítico-social dos conteúdos*. São Paulo: Loyola, 1985.

EDUCAÇÃO E SAÚDE

- MARX, K. *O Capital: crítica da economia política*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.
- OLIVEIRA, B. *O Trabalho Educativo: reflexões sobre paradigmas e problemas do pensamento pedagógicos brasileiro*. Campinas: Autores Associados, 1996.
- SAVIANI, D. Tendências e correntes da educação brasileira. In: MENDES, D. T. (Org.) *Filosofia da Educação Brasileira*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1983.
- SAVIANI, D. *Pedagogia Histórico-Crítica: primeiras aproximações*. São Paulo: Cortes, Autores Associados, 1991.
- SAVIANI, D. *Escola e Democracia*. 32.ed. Campinas: Autores Associados, 1999.
- STOTZ, E. N. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: ROCHA, C. M. F. et al. (Orgs.) *VER-SUS Brasil*, 1: 284-299, 2004.
- STOTZ, E. N.; DAVID, H. S. L. & WONG, J. A. Educação popular e saúde: trajetória, expressões e desafios de um movimento social. *Revista de APS*, 8(1): 49-60, 2005.
- VALLA, V. V. *Saúde e Educação*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.
- VALLA, V. V. & STOTZ, E. N. (Orgs.) *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. ed.1. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.
- VALLA, V. V. & STOTZ, E. N. (Orgs.) *Educação, Saúde e Cidadania*. ed.1. Petrópolis: Vozes, 1994.
- VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B. L. & LACERDA, A. Construindo a resposta à proposta de educação e saúde. *Cadernos de Educação Popular em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B. & LACERDA, A. A busca da saúde integral por meio do trabalho pastoral e dos agentes comunitários numa favela do Rio de Janeiro. *Ciencias Sociales y Religión*, 8: 139-154, 2006.
- VASCONCELOS, E. M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(2): 39-57, 1998.
- VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. *Interface*, 5(8): 121-126, 2000.
- VASCONCELOS, E. M. (Org.). *A Saúde nas Palavras e nos Gestos: reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde*. ed.1. São Paulo: Hucitec, 2001.
- VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa em saúde. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 14(1): 67-84, 2004.