

# A construção do conhecimento nas práticas de educação em saúde: repensando a relação entre profissionais dos serviços e a população

Rosely Magalhães de Oliveira

Doutora em Saúde Pública, ENSP/FIOCRUZ  
Pesquisadora do Departamento de Endemias Samuel Pessoa da ENSP/FIOCRUZ

Discute-se o processo de construção do conhecimento, a partir do estudo da relação entre profissionais e população nas práticas de educação nos serviços de saúde no Brasil. Descreve-se a organização das práticas de educação nos serviços de saúde no Brasil, em diferentes conjunturas sócio-econômicas e sanitárias vividas no país desde metade do século XIX, buscando destacar a relação entre técnicos e população. Discute-se a visão tradicional e a emergência de uma proposta crítica que busca considerar o conhecimento popular com vistas a uma *participação popular efetiva*. Para a análise das práticas de educação em saúde, constrói-se um quadro comparativo entre a visão tradicional e crítica sobre a construção do conhecimento e suas repercussões práticas no campo da educação em saúde. Conclui-se que a nova proposta, elaborada a partir da crítica da visão tradicional, não tem considerado o potencial da convivência e da emoção entre atores no processo de construção do conhecimento.

Palavras-chave: Conhecimento; Educação em saúde; Movimentos sociais; Saúde pública

Recebido em: 12.05.2003 Aceito em: 25.07.2003

## Introdução

Este artigo apresenta uma discussão sobre o processo de construção do conhecimento, a partir do estudo da relação entre profissionais e população nas práticas de educação nos serviços de saúde no Brasil. Através da recuperação de estudos no campo da saúde pública, traz inicialmente uma reconstrução histórica sobre as formas de organização dessas práticas em diferentes contextos sócio-econômicos, seus reflexos na configuração espacial e na ocorrência de doenças no território brasileiro. Busca, ainda, destacar no processo histórico, as formas de pensamento intelectual sobre as camadas populares no Brasil, lançando mão de análise do campo das ciências sociais, mais especificamente, do estudo realizado por Sader e Paoli (1986).

Em seguida, descreve o surgimento da crítica da concepção tradicional das práticas de educação em saúde e da construção de uma proposta que busca avançar no sentido de uma relação mais aberta ao conhecimento popular sobre o processo saúde-doença, com vistas a uma participação popular mais *efetiva*. A fonte principal de informação para esta descrição são artigos publicados por pesquisadores ligados à experiência de educação e assessoria popular em saúde, desenvolvida no Centro de Estudos e Pesquisas da Leopoldina – CEPEL –, que também integram o grupo de estudos sobre Educação, Saúde e Cidadania da Escola Nacional de Saúde Pública.

Para efetuar a análise do processo de construção dessas práticas no interior das práticas descritas anteriormente, lança-se mão de um quadro comparativo, elaborado a partir de estudos da *biologia do conhecer*, desenvolvida e sistematizada por Maturana (1998; 1999).

## A prática de educação nos programas dos serviços de saúde no Brasil: buscando pistas na história

Pode-se afirmar que foi no terceiro quarto do século XIX que se organizou no Brasil uma idéia de pedagogia higiênica. A *população-alvo* dessa prática eram as famílias de extração elitista. A partir dessa época:

*“... a família dos grandes proprietários começou a ser incisivamente definida pela higiene social como incapaz de proteger a vida da criança e do adulto. Valendo-se dos altos índices de mortalidade infantil e das precárias condições de saúde dos adultos, a educação higiênica impôs às famílias da elite dominante uma educação física e moral, intelectual e sexual, inspirada nos preceitos de moralidade sanitária. Esta educação dirigida às crianças modificou os costumes familiares, induziu o culto à saúde e alterou os velhos hábitos coloniais”* (Costa, 1984, p.12).

À outra parcela da população, com singularidades étnicas distintas da elite e/ou marginalizada econômica e socialmente, restavam os instrumentos de coerção da polícia, do recrutamento militar ou dos espaços de segregação higiênica, como prisões e asilos. Tendo sido eleitos como alvos principais de controle o ambiente da cidade colonial e a educação sanitária das elites, não interessava alterar o padrão sanitário das camadas de *desclassificados*. Não constava ainda dos interesses das classes dominantes o controle sanitário e a *educação moral e higiênica das camadas populares* (Costa, 1984).

No período 1870/1930, o Brasil era essencialmente rural, com economia basicamente agrária, voltada para a exportação de matérias-primas e importação de manufaturados. A sua organização sócio-econômica se configurava a partir de unidades produtivas isoladas que não mantinham ligações estreitas entre si. O país contava com enormes áreas despovoadas, predominando as paisagens naturais. Sabroza (1995) aponta que, nesse período, a ocorrência de doenças ficava circunscrita, tanto no tempo como no espaço, a focos bastante delimitados. As instituições de saúde organizavam-se a partir de experiências dos serviços de saúde dos exércitos coloniais, sob a forma de campanhas, mantendo a estrutura e o modo de operação militares. Esta organização estava voltada para a atuação em focos localizados de doenças através da disciplina militar, freqüentemente financiada pelos capitalistas interessados diretamente em minimizar os efeitos econômicos de certas doenças. As ações eram locais e contribuíam para a consolidação do capitalismo, sem interferir diretamente nas condições de vida dos trabalhadores.

Pautados na concepção biologicista, legitimada pelas descobertas médico-sanitárias do final do século XIX e início do século XX, desconsideraram-se as relações entre doenças e condições de vida. Vale lembrar que, entre 1880 e 1900, foram realizadas 21 descobertas de microorganismos e correspondentes doenças por eles provocadas (Costa, 1985).

No início do século XX, em meio à crise sócio-econômica e sanitária provocada, sobretudo, pela febre amarela, o discurso da higiene dava sustentação às ações da polícia sanitária. Os explosivos efeitos sobre a economia cafeeira se faziam sentir tanto pela rigidez da mão-de-obra, especialmente dos emigrantes que substituíam os escravos, como pelos prejuízos para a exportação do café através dos portos do Rio e de Santos. Assim a ideologia sanitária da época deu sustentação à reestruturação urbana, principalmente das cidades portuárias, imposta pelas necessidades reais de criação, concentração e acumulação do capital.

Um fato marcante dessa época foi a Revolta da vacina obrigatória contra a varíola, que mobilizou significativos segmentos sociais e que foi amplamente criticada pela opinião pública (Carvalho, 1987; Chalhoub, 1996; Benchimol, 1982). A Diretoria Geral de Saúde Pública, em 1903, comandada por Oswaldo Cruz, passou a enfrentar as epidemias que grassavam a cidade através de Brigadas Sanitárias compostas de mata-mosquitos operários de limpeza pública, geralmente acompanhadas de soldados da polícia. Os alvos preferidos das visitas eram, predominantemente, as áreas mais pobres e de maior densidade demográfica. As epidemias-alvo de combate eram a febre amarela, a peste bubônica e a varíola.

As instituições de saúde atuavam, principalmente, no sentido de executar o saneamento dos portos através de campanhas sanitárias circunscritas. O controle de algumas doenças de grande magnitude, com caráter epidêmico e alta letalidade, contribuiu para a legitimação das campanhas como políticas sociais, mas de grande eficácia (Sabroza, 1995).

Até o início da década de 1920, a estrutura sanitária brasileira era caracterizada pela criação de unidades especializadas para fazer frente a problemas específicos. Já era evidente o impacto das ações focais dos serviços de saúde no controle de algumas doenças como a malária e a febre amarela. No entanto, o êxito das campanhas sanitárias não era o mesmo quando o problema dizia respeito às doenças menos agudas, como a tuberculose e outras doenças transmissíveis, que estavam amplamente distribuídas em diferentes segmentos da população. Tornava-se necessária uma nova organização dos serviços de saúde.

No novo modelo de organização,

*“... a higiene e a educação sanitária contribuíram de modo decisivo para a elaboração de discursos e práticas que tinham como objetivo normatizar o modo de vida daqueles segmentos da classe de trabalhadores envolvidos nos setores econômicos que precisavam ter sua produtividade protegida”* (Sabroza, 1995, p. 183).

Assim, emerge nos anos 20 uma nova concepção de serviços de saúde, denominada Saúde Pública. Junto com essa concepção de Saúde Pública emerge, também, uma prática de educação voltada para a saúde, denominada *educação sanitária*. A partir dessa época, a estrutura sanitária brasileira passa a ser influenciada decisivamente pela estrutura sanitária norte-americana. A educação sanitária, ao lado da criação dos centros de saúde, passa a fazer parte das ações preventivas que poderiam incorporar enormes camadas da população nos caminhos estreitos do progresso nacional e na formação do *novo homem brasileiro*. Como afirma Melo (1984, p.28), *“a educação sanitária seria a base da ação sanitária, sendo reduzido ao máximo o poder coercitivo da polícia sanitária”*.

Essa nova proposta de ação sanitária, de inspiração norte-americana, acompanhou a presença e influência econômica dos Estados Unidos da América, que se consolidavam, após a Primeira Guerra Mundial, em toda a América Latina (Agudello, 1984).

Lançavam-se, assim, as bases para a estruturação dos serviços de saúde que se consolidariam a partir de 1930, com a ditadura Vargas.

Com a quebra da hegemonia da economia agrícola e dinamização da indústria nacional, acelerando os fluxos migratórios rural-urbano, a partir de 1930, colocava-se em evidência a transformação do mundo urbano em espaço predominante de luta política.

## O Estado e a questão da saúde

A partir dos anos 30, o Estado aparece como instância mediadora dos conflitos entre capital/trabalho e entre capitalistas. Estruturou-se, economicamente, o capitalismo monopolista de Estado, configurando-se uma nova organização do *território nacional*. Especialmente, os locais de produção separam-se dos locais de reprodução social e o espaço dos conflitos sociais não é mais o lugar e sim o território, que passa a ser definido por critérios político-administrativos. As grandes vias de comunicação, e não mais os portos e estradas, passam a ser os principais articuladores entre as diversas unidades (sub-espços) que passam a constituir o território (Santos, 1988).

A crescente industrialização nos grandes centros urbanos, especialmente no Rio e em São Paulo, provocou um grande impacto na vida das camadas populacionais neles atuantes. O novo espaço urbano, também espaço industrial, trouxe consigo novas condições de vida e de trabalho e, com elas, os acidentes, a subnutrição e a emergência de outras doenças.

Nesse contexto, passou a assumir importância a necessidade de controle de doenças como a malária, a esquistossomose, as verminoses, Chagas, tuberculose, lepra, tracoma, boubá e a desnutrição. O enfoque, que até então era voltado para as *doenças pestilenciais*, volta-se para as *doenças de massa*<sup>1</sup> (Luz, 1979).

<sup>1</sup> “O conceito de doença de massa foi utilizado para incluir também os problemas de saúde de grupos sociais urbanos que não conseguiram ser integrados no processo de industrialização, objeto de determinadas políticas sociais mas privados dos direitos de cidadania” (Sabroza, 1984, p. 187).

O importante crescimento demográfico e as grandes diferenças regionais, resultantes do rápido processo de industrialização, inicialmente limitado ao Rio e São Paulo, com manutenção de domínios políticos conservadores praticamente inalterados, possibilitam uma visão dualista, dividindo o país em moderno/desenvolvido X atrasado/subdesenvolvido.

Com a criação do Ministério da Educação e Saúde, no início dos anos 30, passaram a se desenvolver campanhas permanentes, com forte organização burocrática, com atuação potencial em todo o território nacional<sup>2</sup>. Essas campanhas, no entanto, eram bastante distintas das campanhas higienistas do período anterior. Na avaliação de Sabroza, as campanhas

*“... deixaram de ser a resposta eficaz às crises localizadas que limitavam a expansão dos negócios e passaram a expressar, por meio de novas práticas, formas de organização dos serviços e modelos de explicação das causas das enfermidades, a estratégia de controle das doenças transmissíveis dentro de um projeto político de desenvolvimento capitalista tardio”* (Sabroza, 1995, p. 184).

O controle social passou a ser exercido pelo aparelho burocrático de Estado e os serviços de saúde foram parte integrante de sua consolidação. Não era mais apenas o controle da doença que interessava, mas também a presença do Estado.

A organização das instituições de saúde, a partir de 1930, é reflexo de um duplo movimento. De um lado, é resposta às reivindicações dos movimentos sociais da década de 20 e, de outro, é resposta de um sistema de poder que tentará a realização do processo de industrialização da sociedade brasileira com o mínimo de transformações sociais que impliquem repartição de riqueza e de decisões (Luz, 1979).

Com o projeto de saúde organizado pelo Estado voltado para o aumento da capacidade produtiva da força de trabalho, inicia-se também o período áureo da educação sanitária. Até metade dos anos 40, a educação sanitária era introduzida na sociedade via interior da saúde pública - através dos Centros de Saúde e das Campanhas Sanitárias; ou via interior da educação - através do ensino formal.

Segundo Costa (1984), até meados dos anos 40, as ações de educação sanitária foram mediadas pelas tentativas de regularização da vida cotidiana através de dispositivos higiênicos pautados na ideologia do eugenismo<sup>3</sup>. Utilizando-se um discurso cientificista de superioridade genética, os eugenistas buscavam justificar a posição social das classes *superiores*, que se viam ameaçadas pelos protestos socialistas que defendiam o igualitarismo social.

Com o fim do regime autoritário do Estado Novo e a derrota mundial do fascismo, em meados dos anos 40, “a educação higiênica procurou transformar-se em dispositivo ‘técnico apolítico’ [...] e os intelectuais da higiene, diante dos ventos democráticos, optaram de imediato pela ideologia do sanitarismo” (Costa, 1984, p.26).

É nesse mesmo período que surge a noção de *participação* da população nos programas de governo. Esta noção está ligada, possivelmente, a essa interpretação de necessidade de modernização e à idéia de que, em lugares muito pobres e do interior, onde a população não conhecesse as formas modernas de vida, seria necessário que técnicos de saúde, educação, habitação, e agricultura levassem conhecimentos técnicos que seriam capazes de transformar as pessoas para a construção de uma nova sociedade. Acreditava-se, portanto,

<sup>2</sup> Até 1930, as atividades de saúde estavam alocadas no âmbito do Ministério da Justiça e Negócios Interiores.

<sup>3</sup> Originária de países capitalistas europeus, em fins do século XIX e início do século XX, a ideologia do eugenismo visava impedir a reprodução dos seres humanos considerados indesejáveis, prevenir a *degenerescência*, impedir a multiplicação dos inaptos e favorecer a reprodução dos mais aptos. (Costa, 1984).

que, na medida em que os pobres e interioranos tivessem acesso a esses conhecimentos *modernizantes*, poderiam transformar sua realidade e passar a ter uma vida com mais saúde (menos doença) (Ramos, 1986).

Na América Latina, esta prática se intensificou enormemente a partir da Segunda Guerra Mundial, quando se passou por uma verdadeira invasão de técnicos americanos que chegavam para ensinar *métodos modernos* em diversas áreas de conhecimento. A modernização da América Latina fazia parte dos interesses políticos estratégicos dos EUA contra os *perigos do comunismo*. Segundo seu entendimento, o *povo ignorante e atrasado* seria facilmente *aprisionado* pelos ideais comunistas e era necessário chegar antes nesta corrida/ disputa.

Valla et al. afirmam que,

*“... no período pós-Segunda Guerra Mundial, a ONU, caracterizada pela hegemonia dos países do Primeiro Mundo, sugere o desenvolvimento comunitário como forma explícita de mobilizar as populações carentes contra a miséria e, implicitamente, como forma de conter o avanço do comunismo (Valla et al., 1981, p.1).*

Sob diversas denominações, como Desenvolvimento Comunitário, Organização da comunidade e finalmente Desenvolvimento e Organização da comunidade, intensificou-se uma prática de *ajudar* as populações mais pobres a *reconhecer suas necessidades de modernizar-se* e também de assumir responsabilidades cada vez mais crescentes na resolução de seus problemas.<sup>4</sup>

Com esse movimento, técnicos se espalhavam pelos quatro cantos do país e se proporcionou muita transferência e consumo de tecnologia agrícola, médica, de educação, de engenharia etc.

No campo da saúde pública, cabe destacar a importância da criação do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP – em 1942. Como parte integrante de acordo com os EUA para a exploração da borracha e de minérios em solo brasileiro, o SESP foi criado com o objetivo de instalar a infra-estrutura médico-sanitária que possibilitasse essa exploração. Com o SESP foram sendo introduzidas, interior adentro, inovações metodológicas e novas técnicas de educação sanitária - a educação de grupos, recursos audiovisuais e do Desenvolvimento e Organização Comunitária – DOC - (Melo, 1984).

Melo (1984) assinala que, nesse período áureo da educação sanitária no Brasil, a Fundação SESP não foi responsável apenas pela introdução da ideologia de desenvolvimento da comunidade, participação comunitária e educação de grupos. Acabou por imprimir mudanças na própria formação dos profissionais que atuavam em educação sanitária. Na análise da situação de saúde, os *fatores sociais, econômicos e culturais* são incorporados na maneira de perceber e explicar o binômio saúde/doença. A educação sanitária devia considerar esses fatores, que seriam *barreiras* para a ação educativa. A doença era percebida apenas como fenômeno individual e não como expressão de uma situação coletiva. Era preciso vencer essas *barreiras* sociais, econômicas, culturais e até psicológicas que as populações atrasadas ofereciam às necessidades de *modernização da sociedade*.

Com a preocupação de educar o homem rural e do interior e outros *marginalizados*, a educação ganha uma nova dimensão: a educação de adultos. Acompanhando essa tendência, a educação sanitária ganha um novo espaço para além do interior dos centros de saúde e do ensino formal: o espaço comunitário (Melo, 1984).

<sup>4</sup> Como aponta Valla (1981), as atividades voltadas para o Desenvolvimento Comunitário fazem parte de um conjunto de ações de educação extra-escolar, desenvolvidas e apoiadas pelo Estado, que incluíram também a alfabetização de adultos e os cursos profissionalizantes.

Assim, a partir da década de 50, o discurso da higiene se fez presente nas justificativas para as ações exercidas pelo Estado e pela sociedade civil, visando enquadrar as camadas populares e grupos marginais urbanos.

Vale mencionar, como exemplo, a experiência de educação popular, citada por Valla (1986), voltada para o desenvolvimento comunitário, formulada pela Fundação Leão XIII, ligada à Igreja Católica, nas favelas cariocas. Foi uma experiência que, em consonância com as políticas estatais para favelas, destinava-se explicitamente a dar assistência material e moral, propondo soluções para os problemas de moradia e também mudanças nas normas e hábitos de higiene.

No entanto, no mesmo processo histórico que gerou uma educação para o *desenvolvimento e integração nacional*, também surgiu a educação popular, em que pessoas aliadas aos interesses das classes trabalhadoras procuraram atuar dentro e fora do espaço da educação formal, buscando contribuir para a criação de uma educação mais *popular*, possibilitando a organização da população em torno de seus interesses e necessidades (Valla, 1981; 1986). Assim, o surgimento da educação popular pôde propiciar, de um lado, uma capacitação e organização da população trabalhadora na conquista de seus direitos e, por outro lado, sendo fruto do sistema capitalista, propiciou também formas indiretas de acumulação de capital (Valla, 1981).

O discurso da educação sanitária, articulado à proposta de desenvolvimento e organização comunitária, participação e integração dos setores *atrasados* no desenvolvimento nacional, atravessa os anos 60. No entanto, já a partir de meados dessa década, com a instalação do regime autoritário, altamente repressivo, centralizador e concentrador de renda, as questões sociais passam para a ordem da segurança nacional. A possibilidade de socialização da política é controlada via o fechamento de diversos partidos e de entidades representativas dos trabalhadores e tanto a educação como a saúde são descobertas como um setor de investimento.

A modernização capitalista imposta pelo projeto autoritário, a partir de 1964, promoveu, simultaneamente, a integração do espaço nacional, através das redes rodoviárias e de comunicação, e a implantação de condições necessárias ao modelo de planejamento centralizado. Fortaleceu-se, assim, a possibilidade de centralização de decisão de uma burocracia especializada.

A repressão política, que por mais de uma década impediu a organização da sociedade civil de caráter popular e as reivindicações por melhores condições de vida, passou a ter as suas estruturas abaladas a partir dos meados dos anos 70. O fim do *milagre econômico* abalou a pouca legitimidade do regime militar.

A insatisfação política da população com o regime ficou evidente com os resultados das eleições de novembro de 1974, com a vitória do MDB - único partido de oposição que estava autorizado a se organizar.

## **Ciência, informação e serviços de saúde**

No mesmo período, começa a ganhar força na organização dos serviços de saúde a proposta dos sistemas nacionais de informação. São criados o SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade) e o SIVE (Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.) A informação começa a ganhar importância dentre as ações de controle social. Começa a se generalizar pelos países do Terceiro Mundo a predominância dos meios técnico-científicos. Apesar de começar a se configurar esta estrutura, é somente no início dos anos 80 que se consolida.

Milton Santos assinala que o período técnico-científico se caracteriza

por grandes dados como: ciência, técnica, informação e organização. Iniciou sua configuração a partir da Segunda Guerra Mundial e foi se generalizando pelos países do Terceiro Mundo a partir da década de 60. Nesse período, a informação passou a ganhar “*mais profundidade, uma nova amplitude, e o conhecimento do mundo se tornou possível graças a satélites e a outros meios. A informação se torna instantânea e os objetos, eles próprios, ganham conteúdo em informação*” (Santos, 1993, p. 10).

Embora esses sistemas (SIM e SNVE) tivessem sido organizados dentro dos limites de prioridades definidas pelo Estado, permitiram um melhor conhecimento da distribuição dos agravos e de sua magnitude, por parte da burocracia especializada (Sabroza, 1995).

A urbanização acelerada e a introdução de novas tecnologias que permitiam o uso intensivo do capital no campo, ao lado da manutenção de uma política econômica altamente concentradora de renda e da terra sob domínios conservadores, foram determinantes importantes do aumento do desemprego e desvalorização do salário real.

Chegou-se ao limite da incorporação dos migrantes nos processos econômicos formais, evidenciado pelo aumento dos contratos informais de trabalho, mobilidade no emprego, ausência de seguridade social, insuficiência de investimentos públicos em bens de consumo coletivo e precarização das habitações.

Nesse cenário favoreceram-se condições para a criação de um conjunto de características ambientais, sociais e comportamentais que permitem a reprodução de novas doenças e de sua manutenção, aumentando a probabilidade de introdução de doenças numa dada área espacial. Nas grandes cidades brasileiras passaram a ganhar importância as doenças de transmissão pessoa-pessoa. As epidemias de meningite meningocócica que eclodiram em diversas cidades brasileiras entre 1973 e 1976, ao lado do aumento da mortalidade infantil nas áreas periféricas de diversas capitais, contribuíram para colocar em xeque a legitimidade do projeto de desenvolvimento capitalista dependente (Sabroza, 1995).

A censura da divulgação de informações sobre a emergente epidemia de meningite foi uma tentativa de acalmar a opinião pública. No entanto, com o crescente número de casos, o Estado foi obrigado a efetivar a vacinação de milhões de pessoas, em todo o país, em caráter de urgência. Essa medida, ao mesmo tempo que possibilitou o controle da doença, limitando-a a áreas muito restritas, serviu para colocar na pauta do dia a discussão sobre as condições de vida de amplos setores da população, que estavam submetidos a um elevado grau de desgaste do processo de reprodução da força de trabalho (Barata, 1988).

Colocava-se, cada vez mais por parte dos conservadores, a necessidade de viabilização de políticas sociais compensatórias que permitissem, ao mesmo tempo, a reprodução da força de trabalho e a minimização da insatisfação popular. No campo da saúde, a rede de atendimento foi bastante ampliada, seja através de implantação direta de serviços ou através da contratação da rede privada. Com isso a atenção à população passa, cada dia mais, a ser concentrada na medicalização dos problemas de saúde e ainda pode proporcionar enormes lucros para os interesses privados.

Ao lado dos movimentos populares urbanos que eclodiram no final dos anos 70, emergiu também a insatisfação de diversos profissionais da rede e serviços e de intelectuais que estavam encurralados nos espaços acadêmicos.

Passou a ser necessário produzir uma reacomodação na forma de organização das políticas sociais. Com o processo de *abertura* política, elaboraram-se novas estratégias de atuação nos serviços de saúde. Iniciou-se o processo de

<sup>5</sup> Em Melo (1984), podemos verificar uma evolução dos termos para designar ações de educação voltadas para a área da saúde.



descentralização dos programas, primeiramente através da articulação entre equipes do nível central do Ministério da Saúde com coordenações nas Secretarias Estaduais de Saúde e, mais tarde, para os municípios.

No auge do período autoritário, especialmente a partir de 1967, as práticas de educação voltadas para a saúde passaram a denominar *educação em saúde*<sup>5</sup>. As equipes de educação em saúde passaram a ser constituídas por diversos profissionais de saúde e não só por educadores. Nos últimos tempos, as ações de educação em saúde passaram a ser estruturadas em diversas Secretarias Estaduais de Saúde e tinham forte influência das ações desenvolvidas pela Fundação SESP (Melo, 1984).

Entre o final dos anos 70 e início dos anos 80, os problemas de saúde priorizados pelo Estado não eram mais aqueles de distribuição focal nem aqueles considerados doenças de massa. O que interessava eram aqueles problemas/doenças que podem ser amplamente disseminados entre as camadas da população mais integradas economicamente e produzir impacto na opinião pública (Sabroza, 1992).

Em quase 50 anos de ação direta do Estado nas políticas de saúde, as doenças infecciosas, caracterizadas como de áreas subdesenvolvidas, foram diminuindo acentuadamente, aumentando significativamente as ditas doenças crônico-degenerativas. Acreditava-se que, com o desenvolvimento econômico, os óbitos ocasionados por doenças cardiovasculares, neoplasias (cânceres) e por causas externas passariam a ser motivos de preocupação dos serviços.

Parecia que a ação do Estado estava sendo suficiente para acabar com as *doenças do atraso*. A idéia de transição epidemiológica, importada de países desenvolvidos, previa que, com o processo de desenvolvimento e urbanização, ocorreria a diminuição da importância das doenças infecciosas e parasitárias e o aumento das crônico-degenerativas. No entanto, o que se verificou foi uma diminuição das doenças infecciosas em função do aumento da rede de serviços, que possibilitou manter essas doenças em áreas restritas sem contudo diminuir a capacidade potencial para a sua produção.

Assim, no final de quase 50 anos de ação estatal direta na saúde no Brasil, passam a coexistir, lado a lado, as doenças infecto-parasitárias e as crônico-degenerativas. Com um agravante: a população excluída das políticas públicas é obrigada a conviver simultaneamente com os dois tipos de agravos, caracterizando uma situação de profunda desigualdade social e de desgaste corporal (Possas, 1989). Emergem *novas e velhas* doenças transmissíveis que se acreditava estar sob controle. As epidemias de dengue em vários estados, a urbanização da malária, a reintrodução do cólera e a permanência e aumento da tuberculose e da hanseníase, ao lado da pandemia de AIDS, voltam a fazer parte do cenário da saúde no Brasil.

A partir da década de 80, o país passou a viver uma profunda crise econômica, caracterizada pela recessão econômica com descontrole da inflação, conseqüência do endividamento externo e posterior ao ajuste econômico imposto pelo sistema financeiro internacional. Essa crise teve enormes repercussões sobre as condições de saúde da população, agravando as condições de vida, aumentando o desemprego, a desnutrição e a mobilidade dos grupos sociais menos protegidos socialmente.

Os critérios de investimentos de recursos adotados pelo modelo de desenvolvimento que se esgotava privilegiou os centros urbanos mais dinâmicos e não foi capaz de eliminar as desigualdades entre diferentes grupos sociais e regiões do país.

No início dos anos 80, é notificado o primeiro caso de AIDS, que pode

ser caracterizada como a doença símbolo do novo período econômico que passou a se configurar, o capitalismo pós-industrial. A necessidade de integração total da economia, imposta pela nova forma de organização capitalista, colocou novas condições de recepção de vulnerabilidade para ocorrência de doenças (Sabroza, 1995). A integração total da economia possibilita também uma dinâmica populacional bastante complexa e, com ela, a emergência de novos processos de produção de doenças.

Com a nova dinâmica imposta pelo novo tipo de configuração sócio-econômica que emerge nos anos 80, diversos atores sociais têm buscado respostas para os desafios e os novos processos sociais daí advindos. De um lado, surgem respostas de representantes de interesses do mercado, denominado genericamente de neoliberalismo. Lançam um conjunto heterogêneo de diretrizes econômico-político-ideológicas para a reorganização do capitalismo em escala mundial e para se adequar aos desafios da globalização da economia. De outro lado, existem os movimentos sociais, associações civis, ONGs e cidadãos que constituem coletivamente a sociedade civil, encaminhando respostas no sentido de criar espaços alternativos de atuação, enfrentamento e busca de soluções para os problemas gerados pelos processos de globalização (Scherer-Warren, 1999).

## O pensamento intelectual sobre as camadas populares

Se acompanharmos o breve relato histórico apresentado acima, ao lado da discussão que apresentamos a seguir, sobre o pensamento intelectual no Brasil com respeito às camadas populares desde a Primeira República, poderemos perceber que as práticas de educação voltadas para a saúde, desenvolvidas pelo Estado e também por outros agentes sociais, desde o momento em que começaram a ser organizadas, estão envoltas por uma imagem de ausência e de carência sobre as camadas populares da sociedade brasileira. Essa imagem pode ser evidenciada pelo interesse permanente de levar uma civilidade, buscada em elementos externos, aos indivíduos pertencentes aos grupos populares da sociedade brasileira.

Estudo realizado por Sader e Paoli (1986) sobre as classes populares no pensamento sociológico brasileiro aponta que foi no pensamento político gestado durante a Primeira República que apareceu pela primeira vez uma representação sistemática e substantiva sobre os trabalhadores, os pobres, os dominados da sociedade brasileira - o *povo brasileiro*. Assinala-se que, neste período, o pensamento político, interessado em oferecer soluções para os problemas que atingiam o país durante a Primeira República, estava voltado para a interpretação da Nação. A sociedade brasileira era vista como atrasada e fragmentada. A sua integração e homogeneização eram apontadas como elementos fundamentais para a Ordem e o Progresso da Nação. De posse dessa *verdade*, apresentava-se uma outra *verdade*: a única entidade capaz de reorganizar o *povo brasileiro* e integrá-lo nacionalmente era o Estado.

Essa representação do *povo* e do *caráter popular* brasileiro "*inventou uma fórmula que fez eco por todo o pensamento intelectual do século*" (Sader; Paoli, 1986, p. 42).

Avalia-se ainda que, em certos aspectos, essa imagem se mantém presente nas interpretações políticas e acadêmicas posteriores, resistindo inclusive às novas conceituações que se seguiram aos novos campos simbólicos

gerados e à posterior precisão dos instrumentos analíticos de conhecimento. Ressaltam-se como alguns traços que perduraram na figura construída a respeito das camadas populares: a) a heterogeneidade de sua composição, como obstáculo para qualquer construção ordenada sobre sua identidade como povo único e singular; b) o efeito nefasto que essa heterogeneidade provocaria sobre a capacidade de ação política coletiva popular, exigindo uma intervenção de fora que incorporasse e organizasse este povo disperso; c) a falta crônica de aptidão para a coletivização que esse povo sofreria, pois os grupos que o compõem seriam carentes de integração entre si e com o resto da sociedade, portanto, sem vocação para a solidariedade e para a universalidade.

Embora assumindo outras dimensões, nem o pensamento de esquerda teria ficado imune à incorporação dessa interpretação na sua militância. Certamente, não foi por outra razão que, por exemplo, a ação política da *esquerda* da época utilizava como palavras-chave a *solidariedade*, a *universalidade* e a *identidade* para se caminhar para o objetivo único e maior: a revolução.

Aquilo que mais particulariza a sociedade brasileira, que é a diversidade de práticas culturais no meio da população, é apresentado como obstáculo social e político para os projetos dos agentes externos. Assim, pode-se afirmar que a interpretação sociológica sobre as classes populares da época está condicionada por um desejo final (externo), ou de se construir a Nação da ordem e progresso, ou de se fazer a revolução.

Neste sentido, a representação sobre as camadas populares esteve mediada por uma idéia de falta/ausência/carência de algumas - ou de todas - características que, segundo os agentes externos (intelectuais ou não), poderiam facilitar o alcance de seus projetos. Os projetos e desejos dos grupos sociais populares, mesmo quando reconhecidos, eram desqualificados. Para impor/introduzir o desejo dos agentes externos, era preciso tirar/arrancar os traços culturais que mais caracterizavam os indivíduos que compunham as camadas populares. Para executar o seu projeto, era necessário eliminar o sujeito, que sequer era reconhecido como tal.

Com a intervenção do Estado Getulista, intensificou-se a idéia de se alcançar o progresso através da construção de um povo homogêneo e também o esforço de se eliminar a diversidade interna das camadas populares. De outro lado, o Partido Comunista, que lutava pelo poder simbólico que o Estado adquiria, colocava a questão da identidade popular como o elemento que poderia aglutinar as camadas populares para a transformação social.

Foi, no entanto, somente nos anos 50, que as classes populares tornaram-se objeto de estudos acadêmicos que se voltavam para a compreensão do processo de transição da sociedade agrária rural *atrasada* para a sociedade industrial urbana *moderna*. Mais uma vez a imagem das camadas populares aparece associada à existência heterogênea, à falta de identidade social e política coletiva. No entanto, diferentemente do pensamento político da Primeira República, tais representações eram fundamentadas por um referencial teórico que conjugava o modelo de industrialização clássica dos países centrais, o instrumental analítico da sociedade industrial americana e as proposições marxistas da classe operária. Articulada aos problemas colocados pelas mudanças sócio-econômicas, a herança dessas novas referências trouxe para a reflexão sobre as camadas populares temáticas como: a urbanização, a marginalidade urbana e o impacto da experiência urbana sobre os migrantes, alienação e a consciência de classe (Cunha, 1993).

Nesse cenário, a temática da marginalidade passou a influenciar

fortemente a produção de uma imagem das camadas populares marcada pela negatividade: *falta* de integração e de sociabilidade no universo urbano-industrial, *ausência* de valores culturais que permitissem a integração a este universo, *falta* de consciência adequada de classe e impossibilidade de organização coletiva. Era preciso integrar os marginalizados.

Como assinalam Sader e Paoli (1986), a partir dos anos 70 verifica-se uma alteração no modelo de interpretação da história da sociedade brasileira. Condicionado pelas mudanças políticas e sociais que marcaram o país a partir do golpe militar de 1964, especialmente os acontecimentos políticos de 1968, inaugura-se um processo de crise e reavaliação do pensamento político acadêmico e de esquerda no Brasil. Evidencia-se que as análises são direcionadas para a dinâmica de dominação do Estado e do capital. A experiência da repressão do Estado lança uma parcela dos intelectuais para o território dos vencidos, juntamente com o proletariado.

Sendo dominados por um Estado *onipotente* e subjugados pela lógica do capital, os intelectuais e as classes populares passam a ser representados como sendo dominados pelas estruturas e não existe espaço para a dimensão da experiência de vida e das representações humanas que constituem os processos histórico-sociais. O sujeito da história é a lógica do capital. Passa a predominar o discurso economicista e as análises macro-estruturais.

Vale destacar que, apesar de desconsiderarem o sentido criador e relacional da experiência de vida, as análises avançaram na reflexão a respeito do Estado e da produção ideológica (Sader; Paoli, 1986).

A decepção com o Estado autoritário, instaurado a partir dos anos 60, num primeiro momento veio fortalecer a imagem das camadas populares como despreparadas e alienadas e diminuiu a capacidade de articulação das classes dominantes e o papel de repressão do Estado.

Ao mesmo tempo que, no Brasil, se experimentava a repressão do Estado autoritário, pensadores e militantes marxistas de diversos países europeus questionavam a experiência do *socialismo real*, possibilitando a emergência de leituras e interpretações que colocavam um reposicionamento teórico e prático frente às discussões e ações a respeito do Estado e da democracia. Assim, a reflexão teórica, tanto no Brasil como no exterior, mediada pela experiência dos intelectuais, possibilitou a construção de novos modelos de interpretação. Emerge, então, nos anos 70, uma série de estudos que dão ênfase para os *novos movimentos sociais* (Doimo, 1995). Surgem investigações sobre movimentos sociais urbanos, em diversas correntes das ciências sociais. Os primeiros estudos tomaram como referência paradigmas originários de países europeus, com matrizes no marxismo, particularmente a corrente denominada estruturalista. Manuel Castells, Jordi Borja e Jean Lojkine foram os autores que serviram de referência básica para essas investigações.<sup>6</sup>

Ainda na década de 70, surgem estudos sobre os movimentos sociais urbanos influenciados pela corrente culturalista. Essa abordagem, com pouca ou nenhuma relação com o marxismo, predominou no montante da produção brasileira da década de 80 (Gonh, 1992).

A abordagem de cunho estrutural-marxista enfatiza o papel ou a missão significativa de um sujeito na história (a classe operária); pressupondo a existência de uma racionalidade do sistema, preocupa-se sempre com a totalidade mais ampla, cheia de contradições e na qual é possível captar uma lógica de determinações destas contradições, assim a sua preocupação central é descobrir as desigualdades. Já a abordagem de cunho culturalista se preocupa

<sup>6</sup> Castells (1974), Borja (1975) e Lojkine (1981).

com os atores sociais, enquanto representantes de papéis em determinados momentos precisos e em acontecimentos específicos, tendo sempre um caráter localizado, de estudo interno de um fenômeno por suas próprias manifestações e não por suas determinações externas (Gonh, 1992).

Independentemente das divergências existentes entre as distintas correntes, cabe ressaltar a mudança, no sentido de se buscar o rompimento com a representação de classe *atrasada, despreparada, subdesenvolvida, alienada*.

É nesse contexto dos movimentos sociais no Brasil e do pensamento intelectual sobre as camadas populares, que também emerge a crítica das práticas de educação sanitária e da educação em saúde.

Certamente a experiência de alguns intelectuais dentro do *campo dos vencidos* possibilitou o encontro com outro campo de possibilidades de pensamento e ação que não só aqueles, até então prescritos como corretos.

Como afirma Martins (1993), o campo técnico-acadêmico tem uma tradição iluminista que não permite visualizar o que não seja aquilo que denomina-se como estritamente racional, ou ao menos, consegue-se julgar e classificar senão com base na herança da razão. Idéias e realidades que não estão neste âmbito – outras racionalidades – são desprezadas. Daí a dificuldade, como profissionais/técnicos/pesquisadores, de reconhecer a criatividade histórica das *classes populares*.

## Educação em saúde: uma crítica da visão tradicional e a construção de uma nova proposta

A principal crítica elaborada pelos pesquisadores ligados à experiência de educação e assessoria popular em saúde desenvolvida no Centro de Estudos e Pesquisas da Leopoldina – CEPEL –, que também integram o grupo de estudos sobre Educação, Saúde e Cidadania da Escola Nacional de Saúde Pública, era que a prática tradicional de educação em saúde se limitava à prescrição de comportamentos individuais adequados à obtenção da *boa saúde*. Esta prática tradicional teria levado a uma interpretação de que as camadas populares eram as principais *culpadas* por seus riscos de adoecer ou morrer, levando a um processo de *culpabilização da vítima* (Valla, 1992; 1993). Assim, os princípios que nortearam as práticas tradicionais de educação e saúde tinham como pressuposto uma *carência* de informação sobre as experiências de vida dos grupos sociais mais vulneráveis às doenças.

Os profissionais de educação e saúde, ligados às correntes da educação popular em saúde, com as quais o grupo se identificava, apontavam que os cidadãos integrantes dos movimentos populares, geralmente tinham um bom lastro de formação política mas necessitavam de informações técnicas (Valla, 1993). Ou seja, os grupos populares que participavam dos movimentos pela saúde traziam um conhecimento produzido por suas experiências de vida mas careciam de uma *capacitação técnica*. Já os profissionais desconheciam as experiências de vida dos grupos sociais com os quais interagiam nos serviços e nas mobilizações sociais pela saúde. Assim, de um lado, os integrantes das organizações traziam uma *carência*, principalmente no que se refere às dificuldades de acesso às informações técnicas sobre o processo de adoecimento e morte. De outro lado, os profissionais traziam uma carência de informação sobre a realidade vivida pela população usuária dos serviços. Para os grupos ligados à educação popular em saúde, o novo conhecimento construído na relação entre profissionais e população poderia suprir essa *carência* e levaria o movimento social a avançar

nas suas lutas pela conquista de um patamar elevado de condições de reprodução da força do trabalho e do exercício da cidadania. Desta forma, quando se pretendesse ou se conseguisse modificar o orçamento estatal de modo a conquistar a provisão de serviços básicos necessários estariam alcançando uma participação popular *efetiva* (Valla; Stotz, 1993).

Essa participação popular efetiva foi colocada em contraposição a outras formas de participação apreoadas pelos programas governamentais, principalmente quando estes perdem o controle dos agravos que ameaçam a *população como um todo*. Neste sentido, a forma ideal de participação social seria aquela em que os atores teriam a capacidade de apontar as áreas em que julgam necessária a intervenção estatal. Com esse princípio como ponto de partida, o papel que caberia à investigação científica seria devolver à população interessada os dados sistematizados na forma de subsídio técnico (Valla; Stotz, 1991; Valla, 1993).

Estudo realizado por Oliveira (1993; 1996) verificou que, apesar da aparente contradição, o que ocorre no interior dos movimentos populares é a convivência entre diversas formas de participação, cada uma delas com um potencial de mudança, dependendo da significação e dos usos que os grupos populares fazem delas.

Hoje, na conjuntura neoliberal, mais do que nunca, se faz necessário pensar mecanismos de pressão para a inversão das prioridades dos investimentos. Portanto, a análise das possibilidades de transformação não pode ficar restrita apenas aos espaços institucionalizados, onde se dão os embates políticos mais diretos. Não se pode desprezar o fato de que, para grande parte dos integrantes dos movimentos populares, as possibilidades de ação podem ser encontradas em outros espaços e tempos da vida social. Existe uma variedade de ações comunitárias, mediadas por suas histórias e culturas que, apesar de não serem tão visíveis aos nossos instrumentos de observação, representam verdadeiras invenções do ponto de vista da transformação da realidade local. Ao lado das práticas políticas de pressão direta junto ao Estado, podemos encontrar outras práticas comunitárias que, do ponto de vista dos grupos populares, são iniciativas que podem transformar a realidade. Práticas essas que não são melhores nem piores, são apenas diferentes daquelas que costumamos prescrever como corretas.

Victor Valla, que durante longos anos se dedica aos estudos da educação e saúde, tem buscado repensar os eixos teóricos e metodológicos utilizados ao longo de vários anos de pesquisa e de assessoria popular e vem apontando para a necessidade de uma mudança na forma de olhar para as classes populares, principalmente no que se refere à nossa compreensão sobre suas maneiras de conhecer e agir no mundo (Valla, 1996; 1997).

Estudo realizado por Oliveira (1993), sobre o movimento popular por saneamento em favelas cariocas apontou que, de acordo com as interpretações que os grupos populares possam fazer com relação às possíveis alianças e ao seu potencial de resolução, a pressão sobre o Estado pode ser maior ou menor. Em muitos casos a pressão sobre o Estado sequer estava programada. Um bom exemplo é o das ligações clandestinas de água. Quando os moradores das favelas fazem os *gatos* na rede pública de água ou de luz, a única intenção é ter água em seu domicílio, porém essa ação traz problemas para o sistema de abastecimento como um todo, pois as casas com ligações oficiais também passam a sofrer com a falta de água. Desta forma, o Estado se vê obrigado a buscar soluções, mesmo que provisórias, para as comunidades onde o *gato* é dominante.

Na análise sobre a experiência popular dentro do processo de ocupação e da organização comunitária em favelas cariocas realizado por CEPEL-ELOS/

ENSP (1996), constatou-se que grande parte das obras de infra-estrutura nas favelas, ainda que precárias, foram conquistadas através de uma luta que se desenvolveu, simultaneamente, através de iniciativas comunitárias e, quando possível, de pressão política junto aos governos.

Nas favelas, a tarefa de gerenciar e controlar seus problemas coletivos é assumida pela população em função da percepção da ineficiência do Estado que está aí estruturado, que durante anos adia continuamente a realização de obras prometidas por políticos e outros agentes externos. As formas de agir dos sujeitos para alcançar seus objetivos (a arte de fazer) variam enormemente, de acordo com a importância relativa atribuída aos diferentes bens, materiais e simbólicos, que reivindicam e dependem de uma variedade de significados que orientam suas ações (Sader, 1988). Mas dependem, também, da amplitude da rede social de apoio, que pode fornecer o acolhimento necessário para enfrentar os riscos da ação coletiva.

## Informação, educação e saúde

Ao *movimentar nosso binóculo* em direção às experiências de vida dos diversos sujeitos que compõem os grupos sociais vulneráveis, podemos visualizar diversas significações para uma mesma realidade, tempos diferentes se realizando (Cunha, 1996). Notamos que, ao invés de olharmos somente para as suas carências, devemos atentar, também, para as suas potencialidades. Talvez assim, no lugar de sujeitos *apáticos*, possamos encontrar sujeitos portadores de história e cultura comunitárias de invenção e reinvenção permanentes. Estas (re)invenções, no entanto, não podem ser vistas independentemente dos movimentos de reprodução. Pois, como analisa Martins,

*"... fazer história não está apenas no ato intencional de criar o novo e destruir o velho. Uma história assim é, no fundo, uma história sem tensões, sem vida, falsa história. No vivido a práxis é contraditória. Ela reproduz as relações sociais. Mas, Lefebvre observa, não há reprodução das relações sociais sem uma certa produção de relações, 'não há repetição sem inovação'"* (Martins, 1996, p.22).

Na concepção tradicional da educação em saúde, parte-se do princípio do acréscimo de informação e/ou a produção de um novo conhecimento, que faltava para grupos socialmente vulneráveis e que poderiam utilizá-lo na transformação da realidade. Mas, se as ações dos sujeitos são conduzidas muito mais por suas interpretações sobre as possibilidades de conquista do que pelo acréscimo de informação, perguntamos: no que o acréscimo de informação científica estaria contribuindo para *qualificar o movimento*?

Avalia-se que o potencial transformador da relação entre investigação científica e grupos populares não se encontra no fato de se produzirem novas informações, mas principalmente no fato de permitir uma maior articulação de recursos materiais e emocionais que proporcionam o uso das informações que circulam informalmente. Portanto, o ponto de partida é o estabelecimento de uma *rede social de apoio*, uma rede de convivência em que a razão e a emoção, técnica científica e técnica da vida, conflito e solidariedade, caminham lado a lado: o acúmulo de informações é mais uma de suas conseqüências.

Nessa situação, construção do conhecimento, muito mais do que

determinante do fortalecimento dos sujeitos, é uma consequência da estruturação e fortalecimento de uma *rede social de apoio*. Rede que possibilita a ampliação e o fortalecimento dos sujeitos, na medida que articula e fornece suporte para suas ações. A ação transformadora dos sujeitos se dá, então, muito mais pela ampliação e fortalecimento das relações do que necessariamente pela construção de uma nova informação. Quando os sujeitos, mesmo informados, não se sentem apoiados, procuram outros espaços onde estão colocadas outras oportunidades de apoio e invenção. Na medida em que os sujeitos se sentem apoiados, ficam mais seguros para se lançar no mundo, para arriscar, para falar e escrever sua própria história. Assim como ensina Valadares:

*“Os projetos, por mais altruísticos que sejam para os grupos, devem respeitar os sonhos dos sujeitos, porque cada um somente pode conter seu sistema motor e seu corpo se lhe ficar a esperança. A esperança de ter tido uma sustentação que lhe permita suportar descontentamentos, esperança sempre reativada no convívio. Os projetos são uma continuidade dos sonhos. Com o sonho e o pensamento adiamos a descarga motora e escrevemos a nossa história”* (Valadares, 1999, p.33).

Portanto, não se trata de *conscientizar, educar, despertar ou sensibilizar* a população, como pretendem os programas oficiais de educação em saúde. Não se trata, também, de apenas identificar carências, mas de valorizar os sujeitos naquilo que têm de melhor, sua história, seu tempo - a sua capacidade de criação. O que nos faz agir no mundo não é só o que nos falta (carência), mas principalmente o que temos disponível (desejo, sonhos, projetos).

Durante esses anos de prática na educação em saúde, apesar da grande proximidade com os grupos sociais populares, acostumou-se com as grandes generalizações e com a pretensão de *explicar* a dinâmica dos grupos sociais a partir, apenas, das condições objetivas que os envolvem e desconhecendo justamente aquilo que singulariza os movimentos: *“a particularidade de seus imaginários e de sua cultura”* (Sader, 1988, p.42).

Na prática, experimentou-se uma intensa convivência com as pessoas integrantes de grupos populares pelo país afora, que possibilitou construir relações de afeto e de intensa troca de conhecimentos. Porém, na teoria, enfatizou-se muito mais o acúmulo de informações do que o convívio. Seria mais apropriado falar da construção de um ambiente de produção de informações, constituído pela relação de uma diversidade de conhecimentos e conhecedores.

O processo de construção do conhecimento foi se constituindo a partir da inserção numa dada realidade, onde os problemas a serem resolvidos vão emergindo na convivência, efetiva e afetiva, com os grupos populares.

Na convivência os sujeitos estão com suas dúvidas e desejos, é quando se comovem uns com os outros. No registro e recuperação da memória podemos arquivar as histórias a que, quando precisamos, podemos recorrer para nos fortalecermos enquanto indivíduos e também enquanto grupo (Valadares, 1999). No entanto, nem tudo que é memória pode ser registrado pela escrita. Grande parte da memória permanece arquivada nos sentimentos dos sujeitos que viveram a experiência e que são visitados sempre que necessário.



## Repensando o papel da informação no processo de construção do conhecimento

Tradicionalmente, tem-se uma visão na sociedade que imputa à transferência de informação um papel mágico no processo de construção do conhecimento. Lançando mão de estudo elaborado por Vaz (1991), a partir de pressupostos desenvolvidos por Humberto Maturana sobre a *biologia do conhecer*, pode-se estabelecer uma comparação entre o que se considera uma visão tradicional sobre a construção do conhecimento e o que seria a sua crítica.

De um lado, observa-se uma visão tradicional, que tem como princípio a existência de um mundo objetivo que pode ser conhecido pela captação de informações e no qual nos comunicamos pela transmissão de informações através da linguagem. Nesse mundo vivemos independentemente da forma como o descrevemos. A função da linguagem é apenas servir de meio para a transmissão da informação.

Contaminados por essa visão tradicional, buscamos despende esforços no sentido de buscar uma verdade, uma só verdade que represente esse mundo o mais fidedignamente possível. Cada vez mais, buscamos sofisticar, tecnológica e cientificamente, os meios para melhor transmitir a verdade. Ao descrevermos esse mundo, ou um de seus aspectos, o fazemos como uma petição de obediência, na qual a informação transmitida sobre a *verdade verdadeira* deve ser acatada, obedecida.

Assim, os indivíduos ou grupos possuidores de conhecimento, que *sabem das coisas como elas são*, seriam aqueles com acesso privilegiado ao *mundo verdadeiro*. Aqueles indivíduos ou grupos que não têm *o conhecimento*, os *ignorantes*, são aqueles cujo acesso privilegiado à verdade é vedado. Esse dualismo entre conhecedores e ignorantes (iluminados e opacos) tem repercussões importantes nas relações humanas e, de forma especial, no modo como se exerce o poder político. Aqueles que acumulam mais informações sobre a *verdade* estão mais autorizados a transmitir informações sobre a realidade objetiva. Aos *ignorantes*, resta acatar e se submeter aos *conhecedores*.

No campo da educação e saúde, que antes de serem práticas institucionais são também práticas sociais, e, mais especificamente, nas práticas voltadas para a mobilização social em torno das questões de saúde, a visão tradicional ainda é predominante. As repercussões nesse campo levam a uma predominância das ações de controle e vigilância em saúde que têm como base a prescrição de *comportamentos adequados para se ter saúde*. Essas prescrições vão desde o aconselhamento de ações individuais - como cuidados com a higiene pessoal, não fumar, praticar esportes - até aquelas voltadas para a organização social - como se mobilizar, se organizar, participar ativamente. Vive-se o mito do conhecimento construído pela transmissão linear de informação.

Muito provavelmente, a idéia de carência, de falta, sobre as camadas populares da população brasileira que, como apontam Sader e Paoli (1988), acompanha o pensamento social e intelectual por longos períodos da história, talvez esteja muito relacionada às carências materiais a que encontram-se submetidas e que, certamente, pode ter servido para sensibilizar diversos intelectuais e outros indivíduos e grupos da sociedade no sentido de se solidarizar com os *seus* problemas. No entanto, percebemos que quase sempre essa visão de carente extrapola a realidade material e alcança o mundo da produção dos

sentidos, levando a uma interpretação de que os indivíduos que compõem os grupos populares também são desprovidos de consciência que, como diz Wong-Un (1998), “*é o mesmo que dizer sem cultura*”.

Por outro lado, tem-se a crítica à visão tradicional sobre o processo de construção do conhecimento, que tem como ponto de partida o pressuposto de que as realidades dos sujeitos são criadas com outros na linguagem e que suas percepções são tão variadas quanto seus domínios de descrição. Assim, a realidade para cada indivíduo e/ou grupo social é uma construção referenciada em suas histórias e experiências de vida. Suas percepções como sujeitos habitantes do mundo dependem de suas descrições da realidade, são criadas no conviver num ambiente de diversidade de histórias e saberes.

Nesta perspectiva, admite-se a legitimidade de diversos conhecimentos e conhecedores, de acordo com suas distintas realidades. A linguagem deixa de ser apenas meio. Ela, e as explicações que ela permite construir, são fenômenos essencialmente sociais, pois dependem das ações consensuais entre dois ou mais observadores. Portanto, a linguagem faz parte do processo de construção do conhecimento, na medida em que é parte integrante da explicação da realidade de cada um (Maturana, 1997). Ressalta-se que,

*“... os mundos possíveis dependem de nossas estruturas biológicas e de nossas interações com outros [...] somos frutos da história de nossa espécie, mas também somos frutos de nossa ontogenia, que estamos sendo/vivendo em nossas interações com outros”* (Maturana, 1998).

Portanto, conhecer é viver, é conviver, é reconhecer. Conhecer não implica, necessariamente, alcançar o novo, mas sim (re)combinar e relacionar realidades e emoções vividas ou experimentadas.

Tudo que se conhece depende da história biológica e social dos sujeitos, da relação de seus corpos com o ambiente, que envolve tanto o lugar, espaço físico, paisagem e outros seres vivos, como a relação com os outros indivíduos de sua espécie.

Diante dessa visão, os esforços para a construção de novos conhecimentos, ao invés de se voltarem apenas para a busca incessante de acúmulo de informação que represente a verdade, devem se voltar para a *melhoria das condições de convivência* entre distintos saberes e sabedores, com os quais se compartilha a existência (Vaz, 1991). Ao invés de se buscar o controle e a submissão do outro, caminha-se no sentido de se compartilhar saberes. Não se pode afirmar que apenas o reconhecimento do outro enquanto legítimo produtor de conhecimento faria as divergências deixarem de existir. Admite-se que é justamente do tensionamento de interesses, originário da diversidade de conhecimentos/conhecedores, ora conflitante, ora solidário, que está o dinamismo do processo de construção de conhecimento. Não se trata apenas de tolerar o outro, que significaria protelar a negação do outro, mas sim incorporar o outro como distinto, como *eu*, que deve ser respeitado (Maturana, 1998).

Pode-se afirmar, então, que no processo de construção do conhecimento existe uma relação de interdependência entre indivíduo e sociedade.

A sociedade, ao mesmo tempo que maltrata os indivíduos, impondo-lhes os seus limites e suas coações, também oferece estruturas que permitem exprimir suas individualidades. Não podemos conceber a sociedade como simples enquadramento, nem um indivíduo como uma unidade correspondente a um compartimento.

Para a sociedade, os indivíduos produzem *ruído*, muitas agitações aparentemente sem sentido. Atos, palavras e gracejos, que muitas vezes são considerados sem utilidade social. Mas é justamente nesses *inutensílios* aparentes que encontra-se o aspecto de *riqueza metabólica* da relação individualidade/sociedade que é expresso através de “*relações afetivas, de mil pequenas satisfações, de mil efervescências, de mil pequenos nada*” (Morin, 1973).

A sociedade está sempre constituindo normas que buscam o enquadramento dos indivíduos. No entanto, existem condições que permitem a autonomia de pensamento e, correlativamente, condições sociais, culturais e históricas de possibilidades de inovação e evolução do domínio do conhecimento e da ação. As possibilidades de enfraquecimento ou atenuações das normas são diretamente proporcionais à possibilidade de existência de uma vida cultural dialógica, dinamizada pelo calor cultural, em que haja possibilidade de expressão de desvios. Tais condições só surgem em ambientes que permitem o encontro, a comunicação e o debate de idéias.

Isso aponta para a impossibilidade de um conhecimento que seja construído apenas pela instrução (programação) do exterior. A respeito dessa questão, Valadares afirma:

*“Não sabemos, de início nada sobre o ‘Espaço’ onde estamos e o ‘Lugar’ que ocupamos entre aqueles com os quais convivemos: ‘saber’ tem a mesma raiz da palavra sabor, e o verdadeiro saber depende da experiência. Mas depende, também, além de ver valorizada, da sua capacidade de aprender a valorizar a experiência, sempre única para cada sujeito e, por isso, a importância de sua contribuição no delineamento daquilo que, para o homem, realmente, é o mundo. Dessa singularidade da experiência humana ‘sabe’ cada pessoa. A condição de sujeito humano, de não assujeitado, vem de uma insistência, impossível de afastar de nós mesmos, naquilo que ‘sabemos’, naquilo que a vida nos deu. Por isso é impossível um ‘programa de bons comportamentos’ relativo ao ambiente. O próprio corpo – ‘Espaço’ inaugural de todo “saber-sabor” e ‘Lugar’ de início e fim de nossa situação – não permitirá que, por exemplo, pescadores famintos não pesquem, em ocasião de desova. Algo deve ser feito pela ‘sustentação’ e ‘Situação do Sujeito’, que é mais que a possibilidade de sobreviver – é possibilidade de ‘vida’, de história e histórias, e por isso, precisa ele de convívio. Somente se sustentado, acolhido, o sujeito pode começar a pensar em auto-sustentação do ambiente” (Valadares, 1999, p.37).*

Considera-se, portanto, que, ao partir da experiência de vida dos sujeitos que vivem concretamente uma situação de saúde, é possível relacionar consciência e ação, que é uma das grandes preocupações da educação em saúde. Pois é da experiência que os homens, enquanto sujeitos de razão e emoção, retiram a sua sabedoria. E a vida cotidiana é um permanente fazer de novas experiências que modificam continuamente o mundo. Não se quer afirmar que a partir das experiências se saiba mais ou menos do que antes, mas sim que é a partir delas que o mundo constituído pela consciência tem um caráter radical de ser mais verdadeiro que o anterior: novas experiências vão aumentando, mais e mais, a verdade de cada um (Monedero, 1998). Não é que cada vez se saiba mais coisas, é que o fato de a consciência estar sempre experimentando novas experiências torna possível seu enriquecimento em sabedoria e o conhecimento do mundo lhe é cada vez mais verdadeiro e autêntico.

## Considerações finais

Quando se constrói a crítica das práticas de educação em saúde, apontando-se a necessidade de uma *participação popular efetiva* como uma meta ideal a ser alcançada, mesmo que sejam incorporadas as informações da população, corre-se o risco de estar tratando as *experiências de vida* dos grupos populares apenas para ilustrar um diagnóstico de condições de vida e de necessidades sociais definidas *a priori*. Corre-se o risco de desprezar aquilo que as experiências de vida têm de mais potente: conhecimento sobre as trajetórias percorridas dentro de um determinado campo de possibilidades de ação.

Quando não são valorizados os caminhos apontados pelo conhecimento gerado na experiência de vida dos sujeitos, acaba-se por fazer submergir os seus sonhos, projetos e desejos que de fato são a sua condição de sujeito da história. Verifica-se, então, que qualquer forma de prescrição do ponto de vista da consideração do papel de sujeito, seja ele integrante de grupos populares ou não, é um equívoco. No entanto, considera-se que a prática da educação e saúde possibilitou o exercício de convivência entre profissionais e grupos populares, abrindo-se brechas para que distintos sujeitos sabedores articulem meios para a busca de soluções para os problemas levantados em grupo. Podemos então falar da produção de um conhecimento em que a ação social é o ponto de partida e as informações que emergem dessa convivência têm um potencial de mobilização social.

Movimento para se movimentar tem que ter uma força que o desloque. Essa força certamente não é dada apenas pela consciência da existência do problema, mas sim no mundo dos suportes sociais (externos) e individuais (internos) que os sujeitos têm disponibilizados para que se sintam apoiados para se lançarem na aventura do mundo da esfera pública.

Não basta conhecer os determinantes biológicos ou sociais das doenças para haver mobilização individual e/ou coletiva. Esta só ocorre quando são disponibilizados para os indivíduos e grupos suportes para tal. Esses suportes não são dados, eles são construídos no convívio entre os distintos sujeitos da ação. No convívio, os sujeitos podem sentir e saber quais os meios racionais e emocionais com que podem contar no enfrentamento dos riscos da mundanidade. A informação científica é apenas um dentre tantos outros suportes necessários para tal.

Acreditando que o acúmulo de informações, por si só, é capaz de dar sustentação a ações coletivas, está se realizando um exercício de fé na existência de uma correlação direta entre consciência (conhecimento) e liberdade. Embora considere-se fundamental reconhecer que a compreensão das condições que influenciam a conduta humana é incorporada na ação e pode produzir transformação, não se pode admitir que a autoconsciência ou o autoentendimento racional seja a mesma coisa que autonomia. Pois, um escravo, por exemplo, pode apreender lucidamente as circunstâncias de sua subordinação e, não obstante, permanecer escravo.

A motivação para correr o risco encontra-se na segurança das relações de convivência. Apenas a tomada de consciência dos problemas não é suficiente para motivar os sujeitos, pois o limite de sua ação é dado pela sustentabilidade oferecida pelos grupos de convívio social e não apenas pela quantidade de informação acumulada. Não havendo reconhecimento de sustentação do grupo, *é melhor estar só do que mal acompanhado*.

Nos espaços de convivência social, circulam razão e emoção, técnicas e afetos, e distintos sujeitos podem articular os conhecimentos e meios para a

busca de soluções para os problemas considerados pelo grupo. Esse talvez seja o verdadeiro sentido dos *subsídios técnicos* que cada um dos saberes e sabedores podem oferecer para a ação social. Geralmente, as informações difundidas fora dos ambientes de convívio social têm o objetivo de apontar *o que fazer*. Na convivência não basta apontar *o que fazer*; é preciso estar disposto a construir junto o *como fazer*.

O problema da concepção tradicional da educação em saúde não estaria apenas no fato de imputar aos indivíduos a responsabilização pelo seu estado de saúde. O problema estaria no fato de desconsiderar que a responsabilidade individual é limitada pela existência (ou não) de suportes sociais coletivos que possibilitem o desenvolvimento de um *individualismo positivo* (Castel, 1998). Desconsidera-se, portanto, que "vive-se mais à vontade a própria individualidade à medida que esta se apoia em recursos objetivos e proteções coletivas" (Castel, 1998, p. 609).

Existe, portanto, uma relação de autonomia e dependência entre indivíduo/individualidade e sociedade/coletividade. Não interessa eliminar a individualidade, mas sim fortalecê-la a partir da disponibilização de suportes coletivos. Dentre os diversos suportes requeridos para o exercício de uma individualidade saudável, devem estar tanto os bens materiais quanto os bens espirituais - a compaixão, a solidariedade, o respeito - que também dão sustentação à ação.

Quem gosta, cuida. Cuidar implica agir junto. Nesse agir conjunto, a racionalidade técnica em estado bruto perde sentido: atuar junto exige ser respeitado em seus desejos e projetos de vida, que é o que de fato é capaz de colocar nossos corpos em movimento.

Muito provavelmente, as diversas mudanças de concepção sobre as práticas de educação em saúde ao longo de sua recente história no país estão relacionadas ao grande esforço de convívio social em torno de problemas específicos vivenciados e experimentados pelos grupos subalternos da população brasileira.

Caminha-se caminhando um percurso que nem sempre é simples, pois não está preliminarmente dado. Um caminho em que a ameaça do fracasso, enquanto sentimento do corpo, deve ser reinventada. Buscar, procurar, percorrer num movimento, muitas vezes invisível, mas carregado de emoção e de desejo de um lugar de acolhimento no mundo, que transmita uma sensação de segurança. É preciso acreditar.

## The construction of knowledge in health and education practiseses

This paper discusses the knowledge construction process based on the relationship between professionals and the people amid the educational practices of the Brazilian health services. It describes the organization of the educational practices of health services in different social, economic and sanitary contexts since the middle of the XIX century, emphasizing the relationship between professionals and the people. It discusses the traditional point of view and the emergence of a critical proposal that includes popular knowledge aiming at an *effective popular participation*. The analysis of health education practices is based on a comparison between traditional and critical perspectives of health education and their results upon health service practices. It concludes that the new proposal, made by critics of the traditional point of view, does not consider the potential of the personal connections and emotions between the agents of the process of knowledge construction.

Key-words: Knowledge; Health education; Social movements; Public health

## Referências

- AGUDELO, S. E. *Saúde e imperialismo: a ação anti-malárica na América Latina e a Fundação Rockefeller*. Rio de Janeiro: PEC/Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, 1984. (Textos de Apoio. Ciências Sociais, 2).
- BARATA, Rita C. B. *Meningite: uma doença sob censura?* São Paulo: Cortez, 1998.
- BENCHIMOL, J. L. *Pereira Passos, um Haussmann tropical: as transformações urbanas na cidade do Rio de Janeiro no início do século XX*. 1982. Dissertação (Mestrado). IPPUR-COOPÉ/UFRJ, Rio de Janeiro.
- CARVALHO, J. M. de. *Os bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.
- CASTEL, R. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- CERTEAU, M. de. *A invenção do cotidiano*. 1. Artes de fazer. Petrópolis: Vozes, 1994.
- CHALHOUB, S. *Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- CHARTIER, R. *A história cultural entre práticas e representações*. Rio de Janeiro: Bertran-Brasil; DIFEL, 1990.
- COSTA, N. do R. Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana. *Cadernos CEDES*, São Paulo, n.4, p.5-27, 1984.
- COSTA, N. do R. *Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1985.
- CUNHA, Marize B. da. Movimentando o binóculo: das análises que imobilizam às falas que interrogam. *Cadernos CEDES*, São Paulo, n. 38, 1996.
- CUNHA, Marize B. da. *Movimentos sociais: história e questões*. Niterói: UFF, 1993.
- CUNHA, Marize B. da; OLIVEIRA, Rosely M. (Coord.). *Relatório técnico de pesquisa construindo indicadores sobre as condições de vida nos bairros e comunidades da região de Leopoldina*. Rio de Janeiro: CEPEL/ELOS/ENSP/FIOCRUZ, 1997. v.2: Parte analítica.
- DOIMO, Ana M. *A vez e a voz do popular: movimentos sociais e participação política no Brasil pós-70*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ANPOCS, 1995.
- LUZ, Madel T. As Conferências Nacionais de Saúde e as políticas de saúde da década de 80. In: GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo A. W. (Org.). *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- LUZ, Madel T. *As instituições médicas no Brasil: Instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. (Coleção Biblioteca de Saúde e Sociedade).
- MARTINS, J. de S. *A chegada do estranho*. São Paulo: Hucitec, 1993.
- MARTINS, J. de S. *Cidadania, movimentos sociais e entidades de mediação*. Discutindo a assessoria popular IV. Rio de Janeiro: FASE/IAJUP, 1992. p. 6-17. (Coleção Seminários, 17).
- MARTINS, J. de S. *As temporalidades da história na dialética de Lefebvre*. Henri Lefebvre e o retorno à dialética. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MATURANA, H. *Emoções e linguagem na educação e na política*. Belo Horizonte: ED. UFMG, 1998.
- MATURANA, H. *A ontologia da realidade*. Belo Horizonte: ED. UFMG, 1999.
- MELO, J. A. Cardoso de. Educação sanitária: uma visão crítica. *Cadernos CEDES*, São Paulo, n.4, p.28-43, 1984.
- MONEDERO, C. *Antropología y psicología*. Madrid: Pirâmide, 1998.

- MORIN, E. *O paradigma perdido: a natureza humana*. 5.ed. Portugal : Europa-América, 1973.
- OLIVEIRA, R. M. Construindo o conhecimento sobre o saneamento básico nas favelas através das “falas” e informações da população. *Cadernos CEDES*, São Paulo, n. 3, 1996.
- OLIVEIRA, R. M. *A distribuição desigual dos serviços de água e esgoto no município do Rio de Janeiro: o caso da Região da Leopoldina*, 1993. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- OLIVEIRA, R. M. *A produção do conhecimento em saúde em escala local: repensando a relação entre a investigação científica e a experiência dos grupos populares*. 2000. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- PEREGRINO, Mônica. Picadas, becos, vielas: caminhos do saber. *Cadernos CEDES*, São Paulo, n.38, 1996.
- POSSAS, Cristina. *Epidemiologia e sociedade*. (Heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil). São Paulo: HUCITEC, 1989.
- RAMOS, Célia L. Participação popular nos programas de saúde. In: MINAYO, Maria Cecília de S. (Org.). *A saúde em estado de choque*. Rio de Janeiro : FASE: Espaço & Tempo, 1986.
- SABROZA, P. C.; KAWA, H.; CAMPOS, W. S. O. Doenças transmissíveis: ainda um desafio. In: MINAYO, Maria C. de S. (Org.). *Os muitos brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo; Rio de Janeiro: HUCITEC; ABRASCO, 1995.
- SABROZA, P. C.; TOLEDO, L. M.; OSANAI, C. H. A organização do espaço e os processos endêmicos epidêmicos. In: LEAL, M. C. et al. (Orgs.). *Saúde, ambiente e desenvolvimento*. Rio de Janeiro: HUCITEC; São Paulo: ABRASCO, 1992. v.2.
- SADER, Eder. *Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo (1970-80)*. São Paulo: Paz e Terra, 1988.
- SADER, Eder; PAOLI, M. Célia. Sobre as “classes populares” no pensamento sociológico brasileiro. In: DURHAM, E. R. et al. (Org.). *Aventura antropológica teoria e pesquisa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- SANTOS, M. Materiais para o estudo da urbanização brasileira no período técnico científico. In: PAVANI, Aldo (Coord.). *A questão epistemológica da pesquisa urbana e regional*. Brasília : Editora UnB, 1993. p. 9-21. (Cadernos do CEAM/NEUR).
- SANTOS, M. *A metamorfose do espaço habitado*. São Paulo: HUCITEC, 1988.
- SANTOS, M. Metrópole: a força dos fracos é o seu tempo lento. *Ciência & Ambiente*, Santa Maria, RS, ano 4, n. 7, jul./dez. 1993.
- SCHERER-WARREM, Ilse. *Cidadania sem fronteiras: ações coletivas na era das globalização*. São Paulo: HUCITEC, 1999.
- VALADARES, J. C. *Comunicação oral*(anotações de aula da disciplina Espaço e Situação do Sujeito). Rio de Janeiro: Pós-Graduação em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ, 1997.
- VALADARES, J. C. Espaço-ambiente e comportamento humano. In: MELLO FILHO, L. E. de et. al. *Meio ambiente & educação*. Rio de Janeiro: Gryphus, 1999. (Coleção Educação em diálogo, v.3).
- VALLA, V. V. Apoio social e saúde: buscando compreender a fala das classes populares. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 5. CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 5. *Trabalho apresentado*. Águas de Lindóia, SP: [s.n.], 1997.
- VALLA, V. V. A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 21/22, p.177-191, 1996.
- VALLA, V. V. *Educação e favela*. Políticas para as favelas do Rio de Janeiro, 1940-1985. Rio de Janeiro: Vozes; ABRASCO, 1986.
- VALLA, V. V. Educação, saúde e cidadania: investigação científica e assessoria popular. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.8, n. 1, p.30-40, 1992.

VALLA, V. V. Participação popular e saúde: a questão da capacitação técnica no Brasil. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. *Educação, saúde e cidadania*. Petrópolis: Vozes, 1994.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (Org.). *Participação popular, educação e saúde*. teoria de prática. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. *Participação popular e saúde*. 2.ed. Petrópolis, RJ: CDDH - CEPEL, 1991.

VALLA, V. V.; CARVALHO, M. A. de; ASSIS, M. de. *Participação popular e os serviços de saúde*. o controle social como exercício da cidadania. Rio de Janeiro: PARES/SDE/ENSP, 1993.

VALLA, V. V. et al. *Para a formulação de uma teoria da educação extra-escolar no Brasil*: ideologia, educação e as favelas do Rio de Janeiro, 1980-1990. Relatório Final. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos Avançados em Educação/FGV, 1991.

VAZ, N. Com o olhar de um biólogo. In: SEMINÁRIO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE. *Anais...* Rio de Janeiro, SENAC, 1991.

WONG-UN, J. *Correr o risco*. entre as ordens e a reviravolta. Como a saúde para as comunidades bate de frente com a saúde das comunidades. Rio de Janeiro: UFRJ/Programa de Pós-graduação em Antropologia Social — Museu Nacional. 1998. (Monografia de conclusão da disciplina Antropologia e Meio Ambiente).