

A construção desigual do conhecimento e o controle social dos serviços públicos de educação e saúde no Rio de Janeiro

Victor Vincent Valla

1. Introdução

Coordenei alguns anos um núcleo de estudos e pesquisas chamado *Educação, Saúde e Cidadania*, cujo objetivo principal é o de subsidiar os movimentos populares na zona norte do Rio de Janeiro através de uma investigação sobre o acesso aos serviços pela população trabalhadora e sobre a própria concepção que os setores organizados têm da saúde. Esta proposta tem obrigado aos membros do núcleo a pensar sistematicamente sobre a relação daqueles que desenvolvem trabalhos acadêmicos, tanto quanto profissionais de saúde e de educação, com os setores organizados da população trabalhadora.

O presente trabalho procura sistematizar e interpretar algumas questões que mobilizaram a atenção do núcleo (e ainda se configuram como extremamente importantes). Para isso, no entanto, é necessário percorrer alguns passos já conhecidos por muitos que trabalham com movimentos populares, educação popular e processos de comunicação (emissão-recepção e imagem).

2. O dinheiro público e o seu destino

O Estado moderno é um prestador de serviços e não apenas um garantidor de situações conquistadas pelos particulares. E para prestar os serviços, que devem ser da melhor qualidade possível, é necessário ter dinheiro. A principal fonte desses recursos é a cobrança de impostos e taxas, que atualmente são muito diversificados, procurando se distribuir com justiça a carga tributária, levando-se em consideração que a renda e o patrimônio das pessoas resultam do esforço de cada um, mas também das condições que a sociedade, em seu conjunto, proporciona.⁽¹⁾

O resultado dessa cobrança, a **verba pública**, é um ponto de partida razoável

para a **discussão da cidadania**. Entendemos que os gastos da verba pública vão em duas direções: para o consumo coletivo e para a infra-estrutura industrial. Quando se fala de consumo coletivo se refere aos serviços básicos fornecidos pelo Estado e necessários para a reprodução da força de trabalho da população. Frequentemente, o termo “consumo coletivo” corresponde aos nomes de *políticas públicas* ou *políticas sociais*.

Hoje em dia entende-se que as políticas públicas são absolutamente necessárias para a reprodução da força de trabalho de qualquer população, e, em particular, a da classe trabalhadora de qualquer país. Basta um exemplo simples para exemplificar este ponto. A velocidade, conforto e preço do transporte público em qualquer cidade grande do mundo hoje determina em grande parte a qualidade da reposição das energias dispendidas durante um dia de trabalho.

Mas, por outro lado, o desenvolvimento de uma economia capitalista dependente requer pesados investimentos, investimentos estes que também são feitos com o dinheiro que o Estado arrecada para atender ao consumo coletivo da população.

Assim como há uma infra-estrutura que a população necessita para se refazer de um dia para o outro, há também uma infra-estrutura necessária para as indústrias poderem funcionar.

Sabe-se que praticamente todos os investimentos públicos para o consumo coletivo são necessários. Questiona-se, por isso, a necessidade e o montante de recursos destinados à infra-estrutura industrial. Este não é um problema de hoje.

Historicamente, os governos brasileiros gastam a verba pública mais com a infra-estrutura do que com o consumo coletivo, pois os interesses dominantes no Brasil, tanto quanto os interesses do capitalismo internacional fazem fortes pressões sobre os governos para gastarem a verba pública dessa forma.⁽²⁾

O raciocínio acima apontado foi o ponto

de partida teórico do núcleo para desenvolver investigações junto aos grupos organizados da população tanto quanto aos funcionários dos serviços públicos, especialmente nas áreas de *educação* e *saúde*. Havia um pressuposto de que os subsídios gerados a partir das investigações poderiam ser úteis, não somente para os setores populares, mas também para profissionais preocupados com essas questões.

Os muitos encontros e reuniões necessários para uma investigação dessa natureza resultaram em convites dos dois setores para falar dos resultados da investigação e de prestar assessoria.

3. Uma proposta de assessoria para profissionais e organizações populares

A necessidade de atender ao grande número de pedidos de assessoria, recebidos não só das áreas investigadas mas também de outros lugares do município do Rio de Janeiro ou de outros municípios do estado (Petrópolis, Niterói, São Gonçalo, Volta Redonda e Duque de Caxias), fez com que a equipe propusesse a Oficina de Estudos de Educação e Saúde, reunindo por um dia inteiro, a cada dois meses, profissionais de educação e saúde com representantes de organizações populares. Mas, se a preocupação inicial era o atendimento do grande número de pedidos, a medida em que as oficinas se realizavam foi possível perceber que havia mais em questão do que, apenas, assessoria.⁽³⁾

Se, de um lado, os representantes de organizações populares vinham buscando informações que não possuíam, por sua vez, os profissionais demonstravam uma preocupação semelhante. Na realidade, suas **formações universitárias revelam lacunas justamente nas áreas de conhecimento que se relacionam com os problemas agudos da população trabalhadora** (problemas de aprendizagem de crianças populares, vigilância epidemiológica e sanitária, saneamento básico, por exemplo).

■ RELATO DE EXPERIÊNCIA

Neste sentido, a ótica elitista dos currículos universitários faz com que assuntos tratados nas universidades freqüentemente passem ao largo de questões de educação e saúde ligadas às necessidades da população.⁽⁴⁾

O que estava-se gestando neste processo de investigação científica do “ponto de vista popular” era a percepção intuitiva dos pesquisadores, profissionais e população de que a reivindicação dos serviços de educação e saúde poderia ter até o lastro de uma discussão política, mas carecia freqüentemente de informações técnicas. Na realidade o que estava nascendo era um processo de capacitação técnica mútua envolvendo pesquisadores, profissionais e organizações populares.

A partir da própria realização das oficinas, era possível perceber que o processo de capacitação técnica dos profissionais e dos usuários podia envolver os dois atores simultaneamente. Dessa forma afastar-se-ia da postura de que os profissionais podiam ser capacitados em primeiro lugar, devido a sua escolaridade, e posteriormente os usuários. O próprio processo que levou os dois grupos a procurarem a assessoria tornou possível pensar essa capacitação no mesmo espaço e tempo, fazendo com que cada participante entrasse com seus conhecimentos e experiências.⁽⁵⁾

4. A Municipalização da saúde e a relação profissionais/população trabalhadora organizada

O quadro teórico esboçado na segunda parte deste trabalho trata-se da relação entre os governos e a população que se desenvolve no Brasil por muitos anos. De certa forma poder-se-ia dizer que a proposta de municipalização dos serviços de saúde, dentro de uma conjuntura de corte “neo-liberal”, vem agravando ainda mais a contradição entre consumo coletivo/impostos pagos pela população/infra-estrutura industrial.

A municipalização dos serviços de saúde traz no seu bojo algumas vantagens teóricas e muitas desvantagens práticas. A principal desvantagem é a de passar a responsabilidade dos serviços de saúde para as prefeituras sem o repasse automático do Governo Federal da verba necessária para a manutenção desses serviços. Outra consequência dessa política de municipalização é a redução ao nível federal dos programas de combate a doenças como malária, hanseníase, tuberculose, hipertensão, dengue e, ultimamente, a cólera.

Outra questão para qual se chama atenção é a de que as epidemias de dengue e cólera também tendem a se tornar endêmicas, isto é, tendem a se fixar no nosso meio de uma forma permanente, como a malária, por exemplo.

O resultado dessa política é o de reduzir a capacidade do sistema de saúde de fazer frente às muitas doenças que vêm afligindo a população por muitos anos, pois a maioria dos municípios não terão nem verba nem capacidade técnica para lidar com essa nova problemática. Se a situação sanitária estava precária antes da municipalização, deve tornar-se mais ainda nos próximos anos.

Esta avaliação é de um outro núcleo de estudos da ENSP que, inclusive, teme que grandes parcelas de população possam ficar sem cobertura e assistência devida à nova conjuntura.⁽⁶⁾ Em formulando sua avaliação, pensa que talvez seja necessário que profissionais de saúde se dirijam a esses setores da população com o intuito de oferecer subsídios que permitam que a população se defenda das ameaças acima apontadas.

Embora as origens das propostas sejam diferentes – uma dos **epidemiólogos** e a outra dos **cientistas sociais** – estas convergem para a questão da relação entre



profissionais de saúde e os setores organizados da população trabalhadora. Há, inclusive, um ponto curioso sobre a preocupação dos epidemiólogos, isto é, sobre sua maneira de formular a questão.

De um lado, falam de um acúmulo de conhecimentos ao nível do governo federal, especificamente no interior do Ministério da Saúde, resultante dos muitos anos de combate às endemias ao nível do Brasil. De outro lado, há a percepção de uma possível perda ou dispersão deste acúmulo, não somente por causa da desvinculação do Ministério destes problemas, mas também por causa da diluição dos funcionários ao nível dos municípios. Trata-se de uma avaliação de que uma cobertura que o governo federal fornecia contra as epidemias, mesmo que fosse precária, já não existe mais e não há clareza da capacidade técnica e financeira dos municípios de fazer frente a estas ameaças.

Essa avaliação aponta para um caminho de reavaliação dessa antiga “cobertura” do governo federal. Se de um lado é válido afirmar que era o que tinha para combater as endemias, ao mesmo tempo permite que se questione sua eficiência e eficácia. Um dos eixos deste questionamento é o do *repasso de informações à população*. Como discutir a aproximação de profissionais à população se o mecanismo do repasse é uma das dúvidas? A dúvida seria formulada da seguinte forma: há um acúmulo de conhecimentos resultante da pesquisa científica, de um lado; e há um acúmulo de conhecimentos resultantes das experiências de vida, escolarização e lutas políticas dos setores organizados da sociedade civil, do outro. É possível um repasse? Repasse de quê? É como se fosse o profissional que estivesse dizendo: daquilo que eu possuo ao nível de conhecimentos científicos, que parcelas interessam os setores que se encontram sem proteção contra as doenças que estudo? Mas, não seria necessário que eu soubesse como esses setores constroem seu conhecimento para poder fazer uma seleção dos conhecimentos com os quais eu trabalho? **Onde seria a ponta entre o transmissor e o receptor? Aliás, há apenas transmissor e receptor em mão única, ou a mão é dupla? Se a mão é dupla, o que é que os setores populares da sociedade organizada oferece?**

O que é que se procura com essa discussão? É conhecer a realidade dessas populações para poder facilitar a transmissão, ou é mais do que isso? A questão

é de facilitar, simplificar a mensagem, ou é de possibilitar uma construção de um outro conhecimento que é resultado de uma relação desigual das duas partes?

O que se discute na realidade é se o conhecimento é um componente essencial na luta contra doenças. Naturalmente, surge a pergunta, *mas que conhecimento é esse?* É o conhecimento necessário para não morrer de cólera porque ensina a dosagem de água sanitária para descontaminar a água com que cozinha e bebe? Ou é um conhecimento que produz esse resultado mas que coloca a questão da verba pública e o saneamento básico como questões essenciais para a cólera não se tornar endêmica?

Há alguns exemplos que apontam para estes questionamentos acima colocados. O primeiro é de um técnico que visita um povoado no interior do país onde a doença de Chagas é endêmica. O técnico conversa com as lideranças da comunidade e ensina a identificar o barbeiro. Borrifa todas as casas e pede na próxima visita que aqueles moradores que perceberem ainda o barbeiro nas suas casas o avisem. Em sucessivas visitas todos os moradores falam que há barbeiros nas suas casas. O técnico fica confuso e frustrado até que, uma noite no bairro, uma liderança revela que quando os moradores ficam sabendo que o técnico visitará a comunidade, saem à procura de barbeiros para colocar em suas casas, garantindo uma “dedetização” completa contra os barbeiros, aranhas, mosquitos e moscas.⁽⁷⁾

O segundo exemplo ocorre no Centro Municipal de Saúde. O técnico explica para as mães que é necessário ferver a mamadeira, o bico da mamadeira e o leite antes de oferecer ao bebê. As mães assimilaram a lição, repetem o procedimento em casa e na hora de viajar de ônibus com a criança, colocam a mamadeira esterilizada numa sacola suja.⁽⁸⁾

O terceiro exemplo ocorre na universidade. O professor ensina para os alunos de medicina e de enfermagem que na hora do desmame precoce deve-se utilizar leite em pó para substituir o leite materno. A justificativa dada é que possíveis distúrbios dessa substituição são reduzidos ao mínimo nos países da Europa Ocidental. O aluno aprende do professor e, quando profissional de saúde faz o repasse daquilo que aprendeu. As mães aprendem do ex-aluno, usam leite em pó após o desmame precoce e alguns dos seus filhos morrem de diarreia.⁽⁹⁾

O último exemplo é de um posto de saúde comunitária. O agente de saúde pesa

a criança na presença da mãe. De acordo com o gráfico, a criança está abaixo do peso normal. O agente demonstra isso para a mãe. Ela volta para casa e alimenta a criança com porções excessivas de farinha e açúcar. Quando volta ao posto e pesa a criança, o balanço acusa peso normal e o agente e a mãe ficam satisfeitos.⁽¹⁰⁾

Pode-se observar que, em cada um dos exemplos citados, não se pode negar que *não houve aprendizagem*. Justamente porque houve o repasse, o receptor (morador, mãe, aluno universitário) aprendeu aquilo que o transmissor repassou. Mas as condições materiais de vida tanto quanto a *maneira de ver a sociedade*, acabaram contribuindo para um resultado de aprendizagem diferente daquilo esperado pelo transmissor. Onde está o impasse, o problema? *Será que o profissional e/ou técnico “esqueceu” de ter incluído “algo que estava faltando”? Ou será algo que algo do receptor teria que fazer parte do que o transmissor pretende socializar, e algo do transmissor teria que fazer parte daquilo que o receptor oferece como discussão?*

Se estas perguntas procedem, estaria em discussão a *necessidade de repensar a questão do repasse*. Nesse caso, o problema principal na relação entre profissional/população não seria um conteúdo estático nas mãos do profissional e ele procurando a forma mais simples e clara de transmiti-lo à população. Parece legítimo, inclusive, perguntar, **se o conhecimento necessário sobre o receptor não faria parte da seleção dos conhecimentos a serem socializados com a população?**

5. Combate às endemias e a culpabilização da vítima

Um dos efeitos mais perniciosos do mau funcionamento dos serviços públicos no Brasil é o do que se chama a *culpabilização da vítima*. Quando a equipe de *Educação, Saúde e Cidadania* realizou sua investigação sobre a classe trabalhadora na Cidade do Rio de Janeiro foi possível detectar *uma imagem construída em torno das condições de vida e de trabalho da população trabalhadora*. De certa forma, poderíamos dizer que a precariedade dos serviços públicos para essas parcelas da sociedade tem, em parte, sua justificativa a partir dessa *imagem construída*. Está se falando do que chamamos a *culpabilização da vítima*, onde a individualização da culpa resulta na explicação de uma prática coletiva. Trata-se

de acusar os pais de um filho desidratado por não oferecerem os cuidados necessários ao filho, ou a criança da classe popular que não aprende na escola por não se esforçar, ou de explicar o acidente sofrido pelo operário como resultado de sua falta de atenção.⁽¹¹⁾

Freqüentemente a *culpabilização* ganha contornos mais sofisticados, quando, por exemplo, se supervaloriza os problemas sócio-econômicos da população, justificando assim os serviços precários. Se, de um lado, há o recurso de explicar o mau funcionamento dos serviços por esse prisma, de outro, cabe perguntar para quê então servem esses serviços. Exemplos dessa forma de raciocínio incluem explicar a repetência na escola pela falta de condições de estudo do aluno morador de favela, ou da não resolução dos casos de verminoses do morador que mora ao lado da vala aberta.

A Folha de São Paulo publicou, em 27/02/91, um artigo onde uma autoridade sanitária brasileira explicou as causas principais da possível chegada da cólera ao Brasil (e que ainda encontra correspondência com a atualidade): saneamento básico precário, alto índice de miséria e pobreza e o baixo nível de instrução da população.⁽¹²⁾ Qual seria o significado do “baixo nível de instrução” no combate à cólera?

Enfim, a inoperância, ausência ou irresponsabilidade das instituições sociais (que resultam em acidentes de trabalho, doenças infecto-contagiosas e fracasso escolar, entre outras ocorrências) acabam sendo justificadas pelo local de moradia, o baixo salário no emprego, o nível de escolaridade.

Uma das justificativas para a *culpabilidade das vítimas* é a da *desqualificação do saber popular*. Assim, o monopólio do saber técnico, seja médico ou de outro tipo, *secundariza o saber acumulado da população trabalhadora quando lança mão da escolaridade formal como parâmetro da competência*. Mas a *“desqualificação”* da classe trabalhadora também *passa pela construção de uma imagem do “bruto”, do “carente”, do “nulo”,* afirmando, aliás, que a família pobre é *igual a doença*. *Essa imagem propagada do trabalhador*, de um lado tem o resultado de apagar as diversidades do interior da própria classe; de outro, procura infantilizar os mesmos trabalhadores, chamando-os de mentirosos quando alegam problemas de saúde e “apáticos” quando demonstram desinteresse na sala de aula, ou acusando-os de não “compreender” os conselhos de prevenção contra

dengue e cólera.⁽¹³⁾

6. A ditadura da urgência

O fenômeno da culpabilização da vítima é geralmente agravado pela chamada ditadura da urgência. A falta de investimento na infraestrutura do consumo coletivo faz com que grandes parcelas da população viva num estado de emergência permanente, onde as emergências suscitam conselhos preventivos de autoridades num ritmo contínuo. Nesse sentido, o “não-cumprimento” dos conselhos pelas razões já apontadas acima acaba colocando o peso da responsabilidade sobre as vítimas das emergências.

De um ponto de vista exclusivamente objetivo, a seqüência dos argumentos em qualquer combate às doenças teria que ser outra, como procuram demonstrar algumas equipes que elaboram cartilhas sobre dengue e cólera no Estado do Rio de Janeiro.⁽¹⁴⁾ Depois de décadas de falta de investimentos dos governos federal, estadual e municipal nas áreas de saneamento básico, e em face de numerosos casos de distribuição irregular de água no Grande Rio de Janeiro, como o ponto de partida da discussão das autoridades com a população pode se “manter tampados os recipientes da água”? *O que significa uma norma para a população favelada que recebe água de oito em oito dias por um período de quatro horas?*⁽¹⁵⁾

Se temos como **pressupostos** a pressão popular como eixo principal para convencer os governos a mudarem a lógica dos investimentos no Brasil, o ponto de partida da discussão com a população teria que ser o dever dos governantes em devolver os impostos já pagos na forma de saneamento básico. Qualquer conselho de medida preventiva, pode, no máximo ser apresentado como proposta de colaboração da população com o governo, que, por sua vez, tem uma dívida social com os trabalhadores.

Uma das questões que se coloca, então, é: **qual é o procedimento dos profissionais nas suas idas à população trabalhadora dentro de uma proposta de construção desigual do conhecimento?** Como garantir a lógica do resgate da dívida social juntamente com as medidas a serem seguidas no combate à cólera, por exemplo?

Certamente, em algum nível, haveria a necessidade de um tipo de investigação social que envolve profissionais e trabalhadores, pois trata-se de descobrir a “ponte” que permite a **construção desigual do conhecimento**, “desigual” significando as

histórias de vida e condições materiais de existência de cada participante.

Num nível de discussão mais aprofundado, Edison Nunes questiona se a argumentação utilizada no início deste trabalho, isto é, da polarização entre os gastos públicos em torno do consumo coletivo e da infra-estrutura industrial, é suficiente para garantir a persuasão dos trabalhadores a se organizar sobre essa problemática.

“Torna-se ocioso, nesta interpretação, perguntar-se sobre a gênese e o significado do conteúdo das reivindicações sociais porque já sabemos, a priori, que elas são o resultado inelutável da dinâmica global da cidade capitalista e que expressam equipamentos necessários à reprodução da força de trabalho e, portanto, à reprodução do capital (...). Deste ponto de vista, quem sofre as necessidades não tem papel ativo em determiná-las como tal (...). Repostas a estas questões não podem sair de “conceitos sem vida”, têm de ser pesquisadas.”⁽¹⁶⁾

Tratando-se de carências e subjetividade, Nunes aponta para a aparente contradição de um exemplo onde:

“a elevação da taxa de mortalidade infantil, por exemplo, ocasionada pela contaminação do lençol freático das periferias e da presença de esgotos a céu aberto não determinaria, por si, a elaboração subjetiva da carência de equipamentos de saúde e saneamento, ainda que esta taxa viesse a chocar profundamente os técnicos da “Organização Mundial de Saúde” ou de uma Secretaria de Estado... é necessário que haja uma atividade do sujeito no sentido de elaborar seu sentimento originado desta vivência, sem o que não existirá carência alguma.”⁽¹⁷⁾

7. Apontando para um caminho de investigação

A discussão desenvolvida até aqui indica uma **tensão** e uma **contradição** que deve permanecer entre nós por muito tempo. Trata-se da necessidade de combater imediatamente toda epidemia que aparece, mas ao mesmo tempo indicar os responsáveis por seu aparecimento. Assim, o **saneamento básico** via investimentos governamentais é a causa principal das muitas diarreias da população infantil, do dengue e eventualmente da cólera, e não os mosquitos ou o vibrião. **Não reconhecer essa lógica é sucumbir à ditadura da urgência**, imitando dessa forma aquele motorista que necessita parar o automóvel a cada 20 minutos porque

o radiador está furado. É claro que cada vez que se enche o radiador, a “*emergência se resolve*”, mas, além do *desconforto de parar sistematicamente*, qualquer deslize poderia causar um desastre.

Torna-se, portanto, necessário *apontar para uma solução duradoura – saneamento básico universal*, por exemplo, mesmo enquanto “*está se apagando o incêndio*”. Não há dúvida que o caminho será longo na tarefa de garantir uma pressão popular com relação aos gastos da verba pública. Mas nada indica hoje que qualquer outro caminho seja mais garantido.

A proposta que não foi explicitada nesse relato, mas que transparece na discussão desenvolvida, é a de **construir uma relação entre epidemiologia e as ciências sociais**. Mas que esta relação não seja uma de “*supermercado*” onde uma disciplina apenas “*compra*” uma consultoria com a outra, mas, sim, um **projeto em comum que permite um “debruçar em conjunto”**.

Há três momentos no trabalho que apontam para a mesma questão: a proposta da capacitação técnica, a preocupação dos epidemiólogos com o repasse e a constatação por Nunes de que aqueles que sofrem necessidades não têm papel ativo em determiná-las como tal. Todos os momentos apontam para a questão de pesquisa. **Mas que pesquisa é essa? Qual é a sua proposta?**

A partir dos dados anteriormente apresentados é possível já constatar **alguns pontos**: há um reconhecimento da necessidade de criar condições para que setores da população trabalhadora se defendam das ameaças de epidemias; mas que sejam contidos nesse ato de *defender-se* as sementes da pressão popular para garantir um saneamento básico universal; os dois participantes – os profissionais e a população trabalhadora – são detentores de um acúmulo de conhecimentos; **cada participante precisa de algo dos conhecimentos do outro para poder se comunicar** e, no final, **garantir sua aprendizagem**.

O que parece ser importante frisar é que um problema foi formulado, mesmo de uma forma ainda incipiente. Trata-se agora de **desenvolver uma discussão metodológica** que busca apontar uma **solução**.

Uma primeira aproximação da discussão metodológica parece indicar uma discussão em torno dos escritos do Paulo Freire, Carlos Rodrigues Brandão e Fals Borda. **A pedagogia do oprimido, a pesquisa participante, a observação participante, a pesquisa-ação** – um programa de “revisitar

esses lugares” a partir da problemática aqui levantada e mapeada.¹⁸

Não é por ser “complexo” ou “difícil” que se deva afastar desse tipo de proposta. Na realidade o que se levanta neste trabalho é apenas o início de muitas outras discussões, como por exemplo, se esse tipo de metodologia é realizado com poucos participantes, como fazer com que os seus resultados tenham sentido para as grandes massas atingidas pelos problemas apontados ao longo do presente relato?

Há outros problemas tão “complexos” e “difíceis” que merecem ser enfrentados no tempo e espaço da academia que, tampouco, garantem uma resposta clara e definida, como, por exemplo, a vacina contra a AIDS, uma maneira de garantir transfusões de sangue sem contaminação etc. Os recursos públicos, no mínimo, devem ser empregados também na solução “imediata” e “visível” não seja garantida num projeto de pesquisa.

Victor Vincent Valla

- Prof. Titular da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). PhD/Washington/USA (1996); membro do Núcleo de Educação, Saúde e Cidadania (Deptº Ciências Sociais); membro do Núcleo de Doenças Endêmicas Samuel Pessoa; Presidente do Centro de Estudos e Pesquisas de Leopoldina (CEPEL).

Nota

Este artigo foi escrito em 1991 e publicado no capítulo IV, pg. 87-100, do livro (esgotado e não reeditado) “Participação Popular, Educação e Saúde: Teoria e Prática”. VALLA, V. V. e STOLTZ, E. N. (orgs.). RJ, Relume-Dumará, 1983, com o apoio da Fundação Oswaldo Cruz, da Escola Nacional de Saúde Pública e do Programa de Apoio à Reforma Sanitária / Fundação W. K. Kellogg.

Referências Bibliográficas:

01. DALLARI, Dalmo de Abreu; Justiça tributária; *Folha de São Paulo*, 19 de abril de 1991.
02. VALLA, Victor Vincent; Cidadania e Saúde na América Latina; in *Medicina e Sociedade*, Buenos Aires, 1991, p.4.
03. VALLA, Victor Vincent; Educação e Saúde: investigação científica, assessoria popular e capacitação técnica; *Rio de Janeiro*, 1990.

04. *Ibid.*
05. *Ibid.*
06. Núcleo de Estudos de Doenças Endêmicas Samuel Pessoa, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, NEESP/ENSP/FIOCRUZ.
07. *O exemplo foi fornecido pela Prof. Carlos Ozanai, NEESP/ENSP/FIOCRUZ.*
07. *O exemplo citado foi fornecido pela Dra. Ana Cecília Sucupira, Secretária Municipal de Saúde, São Paulo-SP.*
08. *O exemplo foi fornecido pelo Professor Marcus Renato de Carvalho, Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ.*
10. *O exemplo foi fornecido por Maria Alice Pessanha de Carvalho, Núcleo de Estudos em Educação, Saúde, Cidadania, ENSP/FIOCRUZ.*
11. VALLA, Victor Vincent; Cidadania e Saúde na América Latina; *op. cit.*
12. *Folha de São Paulo*, 27 de fevereiro de 1991.
13. VALLA, Victor Vincent; Cidadania e Saúde na América Latina; *op. cit.*
14. *Vide a cartilha Se liga gente, o dengue está aí. Programa de Apoio à Reforma Sanitária, PARES/ENSP/FIOCRUZ, 1990.*
15. *As favelas em questão se localizam na região da Penha, Município do Rio de Janeiro, RJ. O município do Rio de Janeiro é um dos mais bem servidos no Brasil no tocante à moradias ligadas à rede de abastecimento de água. A ligação à rede não significa, no entanto, uma distribuição contínua de água.*
16. NUNES, Edison. “Carências Urbanas, Reivindicações Sociais e Valores Democráticos”; in *Lua Nova - Revista de Cultura e Política*, (17):77, 79, junho 1989.
17. *Ibid.* p. 81.
18. *Neste sentido, o problema suscita a metodologia de pesquisa e não o contrário, isto é, listar um arrolamento de metodologias de pesquisas que são julgadas mais ou menos científicas de acordo com critérios acadêmicos estabelecidos a priori.*