

# CONSTRUINDO A RESPOSTA À PROPOSTA DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

**Victor Vincent Valla<sup>1</sup>**

**Maria Beatriz Guimarães<sup>2</sup>**

**Alda Lacerda<sup>3</sup>**

## 1. Introdução

A partir dos anos de 1980, um grupo de profissionais da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz integrante da linha de pesquisa “Educação, Saúde e Cidadania” vem debatendo a questão da educação e saúde. Para desenvolver a argumentação desse artigo, fizemos uma revisão sistemática baseada em um levantamento dos trabalhos mais utilizados no período dos anos 1970 até 2005. O critério de inclusão foi a utilização de textos voltados para a definição de educação e saúde a partir de uma perspectiva histórica, e centrados em uma análise crítica do tema. O que segue, a partir do mosaico de textos selecionados, é um esforço de sistematizar esse debate.

Educação e saúde é tradicionalmente entendida como um conjunto de informações que as pessoas devem incorporar com a finalidade de garantir que sua vida seja mantida em condições saudáveis. Pode-se dizer que educação e saúde é a atividade mais antiga desenvolvida no campo da saúde, e que foi

---

<sup>1</sup> Pesquisador Titular do Departamento de Endemias Samuel Pessoa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz; Professor da Faculdade de Educação da Universidade Federal Fluminense.

<sup>2</sup> Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; Pesquisadora Visitante do Departamento de Endemias Samuel Pessoa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ - Convênio FIOCRUZ/FAPERJ.

<sup>3</sup> Pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio /FIOCRUZ; Dotoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca /FIOCRUZ.

uma espécie de "invenção" dos grupos hegemônicos a ser implementada como forma de controlar "os pobres" ou subalternos, ou seja, os escravos durante o Império e as classes populares na República. Como nos ensinou Marx e Engels, uma das funções-chaves das chamadas classes dominantes é fazer com que seu pensamento seja socializado numa sociedade, de tal forma que seja incorporado pelos subalternos como a principal explicação de como essa sociedade opera.

Em se tratando de educação e saúde, os grupos hegemônicos têm como interesse convencer os trabalhadores a seguirem certas regras com intuito de preservar sua força de trabalho em condições minimamente saudáveis, e garantir que o trabalho executado produza o lucro necessário no processo de acumulação de capital. É importante ressaltar que a extração de lucro no regime da escravatura e também no capitalismo, surgido nos séculos XIX e XX, vem sendo exercida com tanta intensidade e continuidade que as próprias condições de vida dos grupos subalternos podem representar uma ameaça, não somente à saúde deles, mas também a dos membros dos grupos hegemônicos. Desse modo, para garantir o lucro dos grupos hegemônicos é preciso que todos desfrutem de boas condições de saúde. Eis, portanto, a invenção de educação e saúde: dominar, explorar, mas se proteger.

Historicamente tem sido necessária a construção de um "cordão sanitário", uma linha geográfica, que mantenha os pobres afastados com a finalidade de não "contaminar" os ricos. Do mesmo modo que foi preciso construir a idéia de que a raça negra é inferior à branca para justificar o regime escravocrata, a proposta de educação e saúde também criou uma outra lógica que identifica as classes subalternas, ou como diz Cecília Coimbra (2001) as

"classes perigosas", como ignorantes e sujas para a sociedade. É nesse sentido que nas escolas públicas e particulares transparece a noção de que as pessoas que não tiveram acesso à escolaridade são ignorantes, e como consequência, pobres e desempregadas, e que em função dessa precariedade e falta de conhecimento vivem em condições anti-higiênicas. Daí a necessidade de educação e saúde. Nessa perspectiva, poderíamos dizer que, em grande parte, a educação e saúde passa por quatro eixos: água, higiene, habitação e escola.

## **2. Educação e saúde: historicamente um movimento de cima para baixo**

Devido à necessidade de controlar as classes populares por meio de recomendações e regras, a proposta de educação e saúde tem obedecido a um movimento vertical. As orientações partem das autoridades governamentais, professores, profissionais de saúde, em particular médicos, e outras categorias de mediadores para as classes populares. O conhecimento e o saber popular não são levados em consideração.

Certas fases históricas e obras escritas exemplificam este movimento. Podemos citar a questão da habitação popular no início do século XX, evidenciado a partir do ocorrido durante as grandes endemias e epidemias. Costa (1987) adverte que cabia ao Estado exercer pressão sobre as classes populares, no sentido de exigir consentimento e colaboração, que acabava por transformar a liberdade desses sujeitos em imposição e coerção, com objetivo de corresponder aos interesses das classes dominantes.

Nesse contexto, as endemias e epidemias que atingiram a cidade do Rio de Janeiro, principalmente a da febre amarela, resultaram em um projeto de

disciplinarização higiênica dos programas de habitação social, uma vez que tinham como ponto de partida os bairros pobres e em seguida alcançavam os bairros habitados pelas classes dominantes. A polícia sanitária combatia a febre amarela e a tuberculose, e a prática higiênica cumpria a tarefa de normatização da arquitetura do espaço urbano visando acabar "*com a perigosa proximidade dos bairros pobres do centro nervoso das atividades comerciais, e em alguns casos das moradias burguesas*" (Costa, 1987, p.6).

A epidemia da febre amarela foi responsável por inúmeras mortes em todas as camadas da sociedade, inibindo a chegada de navios estrangeiros ao porto do Rio. O que mais chamou atenção dessa epidemia foram os métodos policiaescos de Oswaldo Cruz com a eliminação da doença pela vacina. Porém, as inadequadas condições de vida das classes populares, submetidas a horas excessivas de trabalho, alimentação e habitação precárias, locais de trabalho insalubres, levavam esses sujeitos a morrer em maior número de tuberculose do que da febre amarela, uma doença que não atingia tanto os abastados (Valla, 1986).

Quanto à construção das habitações populares, Leeds & Leeds (1978) constataram em seus estudos que o Conselho de Saúde do Distrito Federal incluía em seus relatórios descrições que chamavam atenção para o fato de que os cortiços do Rio de Janeiro eram higienicamente perigosos, e que os moradores deveriam ser removidos para os arredores onde passavam trens e bondes. Esse Conselho buscava controlar a construção das habitações populares, consideradas prejudiciais à saúde pública e aos preceitos sanitários, e, nesse sentido, sugere destruir as casas anti-higiênicas e reduzir as taxas de

água e limpeza das casas higiênicas para que seus moradores pudessem investir em melhorias de habitação (Leeds & Leeds, 1978; Costa, 1987).

Barata Ribeiro ao iniciar uma guerra de picaretas contra os cortiços e acabar com os casarões infectos, onde se vivia em precárias condições de higiene, inaugura a política de erradicação dos cortiços, que culmina com a reforma urbanística e sanitária realizada pela administração Pereira Passos, no período de 1902 a 1906 (Valla, 1986).

Em 1940, Victor Moura apresenta ao Secretário Geral de Saúde do Governo, Henrique Dodsworth, um plano de estudo para solucionar o problema das favelas. Em 1941, a Comissão sugerida por Moura entrega seu relatório contendo as seguintes recomendações: a) o controle de entrada no Rio de Janeiro de indivíduos de baixa condição social; b) o recâmbio de indivíduos de tal condição para os seus estados de origem; c) a fiscalização severa quanto às leis que proíbem a construção e reconstrução de casebres; d) a fiscalização dos indivíduos acolhidos pelas instituições de amparo; e) promover forte campanha de reeducação social entre os moradores das favelas de modo a corrigir hábitos pessoais e incentivar a escolha de melhor moradia (Valla, 1986, p.36-7).

No ano seguinte, Moura anuncia a ocupação das casas populares construídas pelo governo, e assim que os moradores ocupam essas primeiras casas, na presença do Secretário de Viação e Obras, o prefeito ateia fogo no barracão que eles residiam anteriormente. A destruição do barracão é símbolo da postura das autoridades dessa época, ou seja, a crença de que agindo desse modo estariam erradicando um grave problema de forma definitiva.

Ao lado do Parque Proletário onde foram construídas as casas populares, evidenciava-se a presença da igreja, do posto policial e da escola de educação física, fatores que foram complementados por um programa mais sistemático. Segundo os registros de Leeds & Leeds (1978, p.39):

Todos os moradores tinham carteiras de identificação que apresentavam à noite nos portões guardados que eram fechados às 22 horas. Toda noite, às nove, o administrador, dava um "chá" quando falava num microfone aos moradores sobre acontecimentos do dia, e, aproveitava a oportunidade para as lições morais que eram necessárias.

Como se pode apreender das idéias acima, tem sido criado, na perspectiva da educação e saúde, o preconceito em relação ao pobre. Essa discussão é parte inerente de uma herança da cultura brasileira que permanece imprimida na nossa sociedade até os dias de hoje. Fantin (1997) demonstra isso quando observa a contradição existente na relação entre pobreza e sujeira, já que são os pobres os responsáveis pela limpeza das casas e cidades e a preparação dos alimentos. Segundo essa autora, pode-se pensar que os pobres limpam objetos e casas dos outros, ficando para si “*os restos da sujeira, do cansaço, da revolta, da resistência, da cultura, da marca que cada um imprime na sua vida*” (Fantin, 1997, p.50).

Ainda nessa lógica, Velloso (2005) chama atenção para a necessidade que temos de descartar nosso lixo e evitar a aproximação com a sujeira, o mau cheiro, a contaminação e a doença, e, nesse sentido, adverte para a marginalização social dos profissionais que trabalham com o lixo, estigmatizados como aqueles que vivem das sobras da humanidade, e denominados de modo pejorativo de lixeiros e catadores.

Conforme já assinalado, ao falarmos em educação e saúde de cima para baixo, estamos nos referindo a um discurso, cuja origem provém dos setores dominantes da sociedade, que deixa determinadas idéias "no ar" levando a população a esperar um comportamento submisso das classes populares. Essa forma de abordar a educação e saúde ocorre em várias esferas de conhecimento na sociedade, como se evidencia na discussão em torno da questão do "fracasso escolar".

Estudos (Valla & Hollanda, 1994) indicam que entre as crianças provenientes das classes populares que conseguem acesso à escola pública poucas permanecem, tendo-se, portanto, uma elevada taxa de evasão e repetência na primeira série do primeiro grau, chegando a atingir cerca da metade dos alunos que se matriculam nos estabelecimentos públicos do país. Isto ocorre porque a taxa de "fracasso escolar" é alta, como é o caso das crianças com baixo rendimento, aprovadas com médias mínimas e passando de ano "de raspão".

Hoje em dia existe um grande questionamento da noção de "evasão", porque ela dá a entender que a criança sai por vontade própria da escola, seja porque não se adapta a ela ou porque precisa conseguir trabalho. A noção mais abrangente nesse caso seria a de "exclusão". A escola se organiza e funciona de tal maneira que não consegue contribuir para a aquisição de conhecimentos ou melhoria de vida desses alunos. O que acontece na prática é que eles são obrigados a deixá-la (Valla & Hollanda, 1994).

As causas do fracasso escolar ainda são pouco conhecidas e um dos fatores que dificultam essa compreensão se deve ao fato dele ser visto como uma questão individual, própria de cada aluno e seus "problemas". As altas

taxas de fracasso indicam, por si mesmas, que não podemos responsabilizar apenas os alunos, pais e professores pelos problemas da escola pública. Essa discussão, por sua grandeza, deve ser encarada como uma questão social, coletiva.

Um outro fator que contribui para a dificuldade em compreender o fracasso escolar é a tendência em explicá-lo como uma questão de deficiência de saúde. Assim sendo, ouve-se com frequência justificativas para o mau desempenho escolar, que incluem tanto o fato da criança ter algum problema de saúde física, tais como problemas de visão, audição, desnutrição, distúrbios neurológicos, entre outros, quanto ser portadora de problemas psicológicos ou distúrbios de comportamento, como o excesso de agressividade, apatia ou dificuldade de concentração, que as impedem de aprender e limitam seu desenvolvimento escolar (Valla & Hollanda, 1994).

No entanto, não nos parece casual a utilização da saúde como forma de explicar o fracasso. Para grande parte da população brasileira, seja ela composta de alunos, pais ou professores, explicar o fracasso pela deficiência de saúde seria uma forma de lançar mão de um escudo "científico" que poucos contestariam, já que os profissionais de saúde ainda são vistos com certa mistificação por grandes parcelas da população. Quase sempre o problema de saúde é visto como "sem solução", porém, se ninguém é responsável, quais são as implicações para as crianças fracassadas? Se essas crianças são "doentes", quais são suas possibilidades futuras para uma vida útil - profissional e política?

Como se pode apreender dos exemplos da habitação popular e do fracasso escolar, a questão da educação e saúde permeia vários segmentos

da sociedade. Um outro segmento importante a ser considerado, que representa provavelmente um dos mais perniciosos de todos, é a empresa médica.

Dentro dessa perspectiva, Illich (1975) chama atenção para o fato da empresa médica ter se tornado um grande perigo à saúde, contrariando o seu mito de contribuir para a solução dos problemas de saúde-doença da população. E ressalta que as sociedades providas de sistema médico de alto custo são impotentes para aumentar a esperança de vida, exceto na fase perinatal; que o conjunto de atos médicos é insuficiente para reduzir a morbidade global; e que os programas de ação sanitária e os atos médicos podem resultar em fontes de novas doenças devido a iatrogenia, ou seja, algumas intervenções dos profissionais podem constituir uma “epidemia” mais importante do que qualquer outra, apesar de ser a menos reconhecida.

Nesse contexto, diante da imposição dos profissionais de saúde ao determinar condutas e prescrições, e desqualificar o saber da população, reduz-se necessariamente o nível global de saúde da sociedade inteira ao reduzir o que constitui justamente a saúde de cada indivíduo: a sua autonomia pessoal (Illich, 1975).

### **3. Do vertical para o horizontal**

A questão da educação em saúde representar tradicional e historicamente um movimento vertical, dos dominantes para os dominados, era o eixo central do debate travado nas décadas de 80 e 90 entre os membros do núcleo de Educação, Saúde e Cidadania da ENSP. A argumentação que contribuiu para a criação desse núcleo tinha como fundamento o fato da ENSP

ser uma instituição federal e pública, mantida pelos impostos que a sociedade paga. Seu objetivo principal consistia não somente em formar profissionais em saúde pública, mas também oferecer subsídios técnicos e assessoria a entidades populares da sociedade civil, como os sindicatos, associações de servidores públicos e moradores. Tendo em vista a tendência da educação e saúde expressar um movimento de cima para baixo, uma das principais preocupações desses profissionais era a de se precaver para não reproduzir o mesmo movimento nas suas relações com as entidades da sociedade civil.

Assim, um dos eixos desse questionamento se referia ao modo como se daria o repasse de informações à população. Diante do acúmulo de conhecimentos resultantes da pesquisa científica, de um lado, e dos conhecimentos provenientes das experiências de vida, escolarização e lutas políticas dos setores organizados da sociedade civil, do outro, ficava a dúvida se seria possível um repasse. Além disso, repasse de que? Onde seria a ponte entre o transmissor e o receptor? Há apenas transmissor e receptor em mão única? Bastaria 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 a de possibilitar a construção de um outro conhecimento, que é o resultado de uma relação desigual das duas partes? (Valla, 1997).

Alguns exemplos, descritos a seguir, apontam para esses questionamentos. O primeiro é de um técnico que visita um povoado no interior do país onde a doença de Chagas é endêmica. Ao conversar com as lideranças da comunidade e ensinar a identificar o barbeiro (*Trypanosoma cruzi*), borrija todas as casas e pede para os moradores o avisarem, na próxima visita, se ainda perceberem esse protozoário nas suas casas. Em

sucessivas visitas, todos os moradores relatam a presença dos barbeiros. O técnico fica confuso e frustrado, até que numa noite no bairro uma liderança revela que quando ele avisa aos moradores que visitará a comunidade, estes saem à procura de barbeiros para colocarem em suas casas, garantindo dessa forma uma “dedetização” completa e gratuita contra os barbeiros, aranhas, mosquitos e moscas.

O outro exemplo ocorre num centro municipal de saúde. O técnico explica para as mães a necessidade de ferver a mamadeira e o leite antes de oferecer ao bebê. As mães assimilam a lição, repetem o procedimento em casa, e na hora de viajar de ônibus para trabalhar com a criança, colocam a mamadeira esterilizada numa sacola junto com os sapatos, dinheiro de passagem e outros utensílios (Valla, 1997).

Nos dois exemplos citados acima não se pode negar que não houve aprendizagem, porém, as condições materiais de vida e a maneira de ver a sociedade acabaram contribuindo para um resultado diferente daquele esperado pelo transmissor. Os sujeitos que receberam as informações aprenderam exatamente aquilo que os técnicos repassaram, o que nos leva a questionar se o profissional e/ou técnico “esqueceu de incluir” algo ou se faltou a participação da população nessa discussão (Valla, 1997).

O que antes se compreendia como a “construção desigual do conhecimento” passou a ser visto como a “construção compartilhada do conhecimento”. Com este termo, *“pretendia-se compreender o modo como diversos atores sociais, envolvidos na relação entre sociedade civil e o Estado, demandava a saúde como um serviço e um direito social, e que papéis esses atores desempenhavam, de fato, na formulação das políticas públicas do setor”*

(Carvalho et al, 2001, p.105). A proposta de construção compartilhada tinha, entre outros objetivos, compreender as representações de saúde dos diferentes grupos da sociedade civil, bem como as representações que fazem da população os diversos grupos e instâncias do Estado que fornecem esse bem social; além de oferecer subsídios às organizações civis no que concerne às suas reivindicações no campo de saúde, e aos planejadores do setor, no que diz respeito à adequação dos serviços às necessidades da população e à implementação de propostas oriundas do movimento social.

Os profissionais da ENSP que desenvolviam a discussão sobre o repasse de conhecimento perceberam que estavam lidando com um saber construído por meio de uma relação de poder e dominação, que acontece de forma clara em algumas ações dos serviços públicos de saúde. Desse modo, chegaram a conclusão que embora a construção do conhecimento fosse desigual, não necessariamente havia uma hierarquia dos saberes entre si, mas sim diferenças entre o saber técnico e popular, e que ambos deveriam ser levados em consideração nas práticas de saúde (Valla, 1998; Carvalho et al, 2001).

#### **4. Considerações finais: Construindo a resposta à proposta de educação e saúde.**

A utilização dos termos “resposta” e “proposta” no título desse artigo se refere a uma discussão metodológica desenvolvida no trabalho *Educação e Favela* (Valla, 1986). Nesse estudo, procurou-se analisar as propostas governamentais e as da Igreja Católica para as populações das favelas em cada conjuntura desde 1940. Embora haja um esforço em ver as propostas

dentro de uma perspectiva dialética, ou seja, proposta/resposta e dominação/resistência, tende a ser mais fácil para o pesquisador, devido a sua inserção social, captar as propostas das instituições governamentais e religiosas do que as elaboradas pelos moradores das favelas (Valla, 1986).

A noção de proposta reflete bem as idéias a serem difundidas no que concerne à questão da habitação popular, do fracasso escolar e da empresa médica, onde os interesses dos setores hegemônicos da sociedade tendem a ser justificados ao difundir noções de higiene (habitação), ignorância (fracasso escolar) e expropriação da saúde (empresa médica). A percepção da resposta não é tão fácil, pois às vezes não é algo necessariamente organizado, mas sim criado a partir da própria proposta. Nesse sentido, as epidemias e a ameaça aos negócios e às próprias moradias da burguesia podem ser entendidas como sendo uma resposta.

No que se refere à habitação popular e ao fracasso escolar, as propostas formuladas tinham o efeito de humilhar e controlar os moradores e alunos. As respostas, por sua vez, poderiam ser entendidas como o ambiente insalubre e a constatação de um sistema escolar incapaz de comprovar sua eficácia. Já no caso da empresa médica, onde se tem investimentos num sistema médico mais complexo e sofisticado, a resposta viria pelo aparecimento da iatrogênese e da baixa resolutividade dos problemas de saúde enfrentados.

Apesar das contribuições importantes de diversos pesquisadores em relação ao fracasso escolar (Collares e Moyses, 1985; Souza Patto, 1991) e à empresa médica (Illich, 1975), a socialização das suas idéias desmistificadoras não tem sido suficientemente abrangente para impedir que as "vítimas" do

fracasso escolar e da empresa médica sejam reféns dos efeitos negativos da sua implementação, tais como a humilhação, baixa estima e redução de autonomia pessoal.

A contribuição de pesquisadores como Costa (1987) e Leeds & Leeds (1978) nos ajudam a perceber as propostas dos governantes dentro de uma perspectiva histórica. Mas a detecção das *respostas às propostas*, mesmo num período mais remoto da história, é uma tarefa desenvolvida por alguns historiadores, nos permitindo perceber que, durante períodos mais longos, determinadas propostas oficiais são em última instância respostas às reivindicações de grupos subalternos.

Existem, por exemplo, historiadores que compreendem as “iniciativas” de Getúlio Vargas de criar o salário mínimo e o direito a férias para os trabalhadores como uma resposta daquele governo às reivindicações que os movimentos populares e sindicatos vinham demandando há décadas.

Na mesma linha, a proposta do “favela bairro” (projeto de urbanização de favelas no município do Rio de Janeiro) é, na realidade, uma resposta aos anos de reivindicações das federações de associações de moradores de favelas (FAFEG e FAFERJ). Valla (1986) relata um congresso de associações de moradores de favelas que ocorreu às vésperas das eleições municipais do Rio de Janeiro, onde o debate principal girava em torno das propostas de urbanização das favelas apresentadas por diferentes partidos políticos, incluindo o PT. Após a argumentação dos partidos, várias lideranças criticaram a proposta, ressaltando que os moradores já estavam fazendo há muito tempo a própria urbanização, seja puxando os fios de eletricidade, abrindo ruas, construindo escadas ou providenciando água. O que estava em questão, na

verdade, era a quem pertencia a iniciativa. Nesse sentido, os diversos programas propostos pelas autoridades não são, na realidade, propostas, mas sim respostas às ações dos populares. Com isso pretendemos ressaltar a idéia de “atividade” das classes populares onde tradicionalmente é vista a “passividade” e a “ociosidade” (Valla, 1986).

As discussões apresentadas acima a respeito da “construção desigual” e da “construção compartilhada” do conhecimento pressupõe o diálogo permanente entre os mediadores do Estado e as classes populares, um movimento onde toda proposta antevê uma resposta e vice-versa, construindo assim um processo que produz um conhecimento síntese, ou seja, a produção de um terceiro conhecimento que é a combinação das duas contribuições. Desse modo, o técnico que borrija as casas populares é a proposta; os moradores que “catam” os barbeiros são a resposta. A síntese é a dedetização gratuita das casas.

Por fim, como forma de concluir esse trabalho, procura-se compreender melhor a relação “proposta”/“resposta” e “dominação”/“resistência”. Na perspectiva de um período mais longo, pode-se encarar a empresa médica e a engrenagem de uma biomedicina mais complexa e sofisticada como uma proposta claramente vertical. Porém, durante o século XX, principalmente a partir das décadas de 1950 e 1960, é possível perceber o surgimento de uma resposta à hegemonia da biomedicina com o surgimento dos “beatniks” e dos “hippies” e com a vinda para o Ocidente das propostas filosóficas do Oriente.

Com o tempo, as classes médias começaram a buscar alternativas no campo de saúde por meio da homeopatia, florais, acupuntura, shiatsu, meditação, tai-chi-chuan, entre outras. No entanto, essa “contra proposta” é

inacessível às classes populares devido ao custo financeiro, pois muitas dessas práticas ainda não estão disponíveis nos serviços públicos de saúde.

Assim, por um lado, a procura dessas terapias não convencionais pelas classes médias no mundo todo pode ser compreendida como uma resposta à insatisfação com a resolutividade das práticas biomédicas; por outro lado, o extraordinário crescimento da presença das classes populares em muitos países nas igrejas de todas as religiões, principalmente nas chamadas “evangélicas” e/ou “pentecostais” pode estar significando uma contra-proposta, ou uma resposta das camadas populares à proposta da biomedicina. Tem-se o exemplo dos 500 centros espiritualistas e cinco milhões de fiéis no México que evidencia o sucesso das curas espirituais com sofrimentos crônicos de uma forma que a biomedicina não é capaz de igualar (Valla, 2001).

### **Referências bibliográficas**

- CARVALHO, MAP de; ACIOLI, S & STOTZ, EM. O processo de construção compartilhada do conhecimento. In: VASCONCELOS, EM (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos*. São Paulo: Hucitec, 2001.
- COIMBRA, CMB. Operação Rio: o mito das classes perigosas. Rio de Janeiro/Niterói: Oficina do Autor/Intertexto, 2001. 278 p.
- COLLARES, C & MOYSÉS, MA (Org.). Fracasso escolar - uma questão médica. *Cadernos do CEDES*, 15. São Paulo: Cortez, 1985.
- COSTA, NR. Educação e Saúde. *Cadernos do CEDES*, 4. São Paulo: Cortez. 3ª impressão, 1987.
- FANTIN, M. *Construindo cidadania e dignidade*. Florianópolis: Insular, 1997.

- ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira 1975.
- LEEDS, A. & LEEDS, E. *A sociologia do Brasil urbano*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- SOUZA PATTO, M. *A produção do fracasso escolar*. São Paulo: T. A Queiroz, 1991.
- VALLA, VV (Org.). *Educação e Favela. Políticas para as favelas do Rio de Janeiro*. Petrópolis: Vozes, 1986.
- VALLA, VV e HOLLANDA, E. A Escola pública: fracasso escolar, saúde e cidadania. In: VALLA, VV e STOTZ, EN (Orgs.). *Educação, saúde e cidadania*. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.
- VALLA, VV. A construção desigual do conhecimento e o controle social dos serviços de educação e saúde. In: VALLA, VV e STOTZ, EN (Orgs.). *Participação popular, Educação e Saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.
- VALLA, VV. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, 1998, p. 7-18.
- VALLA, VV. Classes populares, apoio social e emoção: propondo um debate sobre religião e saúde no Brasil. In: MINAYO, MCS e COIMBRA Jr., CEA (Orgs.). *Críticas e Atuantes*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p.77-89.
- VELLOSO, M. Os catadores de lixo e o processo de emancipação social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2005, vol.10, p.49-61.