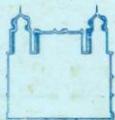


PARES

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
Programa de Apoio à Reforma Sanitária



PARTICIPAÇÃO POPULAR E OS SERVIÇOS DE SAÚDE:

O Controle Social como Exercício da Cidadania

Victor Vincent Valla (coordenador)
Mariângela de Carvalho
Mônica de Assis



Apresentação

O presente trabalho é uma síntese de alguns dos principais pontos da experiência, que o Núcleo de Educação, Saúde e Cidadania/G.T. Participação Popular¹ (Ensp/Fiocruz) vem desenvolvendo há cinco anos.

O eixo temático desta experiência é a reflexão sobre a Educação e Saúde, tendo como linha orientadora o fortalecimento da sociedade civil na luta por serviços públicos de qualidade e pelos direitos fundamentais de cidadania.

Os trabalhos produzidos pela equipe do Nesc, no período de 1988 — 1991, constituem a base da discussão aqui apresentada. Por essa razão, optamos por integrá-los organicamente ao texto e citá-los apenas ao final, nas referências bibliográficas.

A intenção principal deste trabalho é contribuir para o debate sobre a participação popular e saúde e oferecer algumas pistas que possam estimular ações mais amplas em torno da defesa da saúde e da qualidade de vida.

¹ - Grupo de Trabalho do Pares (Programa de Apoio à Reforma Sanitária).

Introdução

A participação popular, no modelo assistencial dominante nos serviços de saúde, tem significado tradicionalmente a busca de adesão da população aos programas médico-sanitários, sobretudo em momentos pontuais, quando são urgentes ações para o controle de certas epidemias.

Nessa lógica vigente nos serviços, fica implícita uma concepção de Educação e Saúde, que tende a culpabilizar o indivíduo por sua doença, desconsiderando os determinantes sócio-político-econômicos desse processo. A saúde é, então, vista como uma questão de hábitos e comportamentos individuais, abstraídos de seu contexto histórico, de suas relações com as condições de vida e trabalho da população.

A superação dessa concepção restrita de saúde impõe, na prática, um redimensionamento do papel dos profissionais de saúde e de suas relações com a população. É nessa perspectiva que a participação popular é aqui enfocada, como um instrumento potencial de reorientação dos serviços e das práticas educativas aí existentes, no sentido de um maior compromisso com a melhoria das condições de saúde e de assistência.

Dentro dessa linha, a vigilância epidemiológica e o diagnóstico participativo são aqui destacados como práticas, que podem ser redirecionadas ou apontadas no sentido do controle social da saúde e de uma articulação efetiva entre os profissionais e os movimentos populares no nível local. Nessa articulação, é

também, sinalizada a importância do papel dos intelectuais e das instituições de ensino, pela contribuição significativa que podem oferecer às lutas sociais.

Na segunda parte do texto, é apresentado um relato da experiência em torno do movimento "Se Liga Leopoldina", que reuniu profissionais de saúde, educação e população organizada, numa ação de "defesa civil", quanto à gravidade do problema da epidemia de dengue no município do Rio de Janeiro, no ano de 1990. Essa experiência constituiu um exemplo de uma articulação política contra o descompromisso dos governos com a situação sanitária e pela busca de ações permanentes, sobretudo quanto à garantia de condições dignas de vida para a população, como forma de não se permanecer indefinidamente no nível de uma situação emergencial, cujas soluções tendem a ser precárias e parciais.

A proposta de criação do Sinal (Sistema de Informação de Nível Local), enfocada por fim, foi um desdobramento do movimento "Se Liga Leopoldina" e representa uma resposta à necessidade de se constituir espaços de produção e divulgação de informações que possam contribuir na luta pela afirmação real dos direitos de cidadania para o conjunto da população.

A proposta do Sinal traz para o debate a importância do papel político das ONGs, pela força que podem assumir, ao lado de profissionais da academia e dos serviços e do movimento popular organizado, no processo de construção da democracia no país.

A busca de redefinição da participação popular nos serviços e do sentido educativo das práticas de saúde pode constituir, no âmbito institucional, uma importante contribuição nesse processo.

A Verba Pública e o Consumo Coletivo

A experiência aqui analisada tem como ponto de partida fundamental a discussão sobre a verba pública no Brasil e a forma como tem sido utilizada pelos governos.

A verba pública é o conjunto de impostos coletados pelos governos (federal, estaduais e municipais). Essa coleta é feita, a partir dos impostos de renda das pessoas e sobre os produtos consumidos pela população. Praticamente, tudo o que se compra no Brasil tem um imposto a pagar, e esse valor já é incluído no próprio preço dos produtos.

Esse grande volume de impostos coletados pelos governos não tem, porém, retornado para a população na forma de serviços básicos fartos e eficientes. Ou seja, esse dinheiro não se reverte na forma de amplos e adequados sistemas de água e esgotos, transporte público eficiente, mais e melhores escolas e serviços de saúde.

O que, freqüentemente, os governos têm feito é alegar que não conseguem oferecer à população tudo o que ela tem direito porque não dispõem de dinheiro

suficiente. Essa evasiva entra em contradição com as tradicionais promessas dos governantes de servir aos trabalhadores. Mas o próprio fato de prometer muito e entregar pouco, acaba sendo uma forma da população trabalhadora fazer com que os governantes anunciem o que deveriam estar fazendo.

Essa evasiva tem, porém, razões históricas que se relacionam com o desenvolvimento específico do capitalismo no Brasil.

A história brasileira revela que a verba pública tem servido, prioritariamente, aos interesses de grupos privatistas, em lugar de se destinar, de fato, ao bem do "público", isto é, da grande maioria da população.

Ao contrário da história dos Estados Unidos e dos países europeus, em que se entendia que os governos deveriam investir em áreas sociais, enquanto aos capitalistas se destinavam as atividades mais lucrativas, como as indústrias, no Brasil foi o próprio governo que acabou montando uma grande parte do primeiro parque industrial. É o que alguns chamam de **industrialização pela base pobre**, isto é, feita com o dinheiro da própria população trabalhadora.

A destinação dessa verba para garantir condições de funcionamento das indústrias, que vem sendo sistematicamente feita pelo governo brasileiro, repercute em prejuízo na oferta de serviços básicos à população. O que se entende por **consumo coletivo**, isto é, o consumo que a população, em particular a população trabalhadora, precisa para reprodução de sua força de trabalho, é secundarizado frente aos investimentos na **infra-estrutura industrial**, relativos não só à construção propriamente de indústrias, mas principalmente a serviços, como abastecimento de água, eletricidade, construção de estradas, viadutos e pontes, necessários ao seu funcionamento.

Ao favorecer esse aspecto, os governos nada mais fazem que atender aos interesses dominantes no país, que fazem fortes pressões para que a verba pública seja gasta dessa forma. Exemplos que ilustram essa questão são, dentre outros, a construção das usinas nucleares em Angra dos Reis, da rodovia Transamazônica e a viabilização de condições de instalação de algumas multinacionais — obras nas quais grandes somas do dinheiro público foram empregados, sem consulta popular e apesar de muitos protestos de técnicos, pesquisadores e população organizada.

A repressão no período da ditadura militar foi o campo propício para essa **privatização da verba pública**. Foram durante esses anos que os governos tomaram muitos empréstimos sem a autorização do Congresso, resultando hoje na grave questão da dívida externa, paga também com os impostos que deveriam financiar o consumo coletivo.

A população trabalhadora acaba, assim, sempre "pagando o pato". Paga por serviços aos quais não tem acesso regular, nem qualidade garantida, sendo

obrigada, de certa forma, a "criá-los", com seus minguados salários, buscando saídas para sua própria sobrevivência, através da autoconstrução, da moradia em favelas, do armazenamento de água em latões etc. Tudo isso, implicando um desgaste excessivo de sua força de trabalho e, em decorrência, efeitos obviamente desastrosos sobre as condições de saúde.

É com essa população que se depara o serviço público de saúde. Apreender essa lógica que há por trás das difíceis condições de vida, aqui entendidas como resultado do precário investimento dos governos em políticas públicas, impõe, como se verá, a necessidade de se repensar o próprio modelo assistencial e os sentidos (existentes e possíveis) da participação popular aí presentes.

Os Serviços de Saúde e a Busca de um Novo Modelo

O mal direcionamento da verba pública, responsável, como visto, pelo enorme saldo de miséria e doença no país, repercute nos serviços de saúde na forma de um precário investimento nas condições de assistência.

A falta de equipamentos e materiais, a não-manutenção dos mesmos, os baixos salários, o desestímulo e a conseqüente evasão dos profissionais, são problemas marcantes no Sistema Público de Saúde. Não bastasse, então, ter que adoecer de inúmeras causas evitáveis, a população sofre ainda mais no momento em que busca o atendimento, dado o sucateamento e as deficiências materiais e organizacionais da rede pública assistencial.

As dificuldades que existem hoje no plano da assistência à saúde, agravadas pela tendência neoliberal do Governo brasileiro de desresponsabilização do controle de importantes problemas de saúde pública, revelam o verdadeiro abismo entre as recentes formulações, quanto à constituição de um Sistema Único de Saúde no país e a realidade da prática. O que foi conquistado no plano político-jurídico, em termos de configuração de um novo modelo assistencial, bem pouco tem sido incorporado às práticas dos serviços, delas ainda estando

distantes a concretização de uma atenção integral, voltada não só ao nível terapêutico/curativo, mas, também, às ações de prevenção, promoção, de saúde coletiva e de reabilitação. Carvalho (1991).

Esses avanços no campo da legislação expressam a busca de implantação de uma política de saúde no país que se oriente no sentido de uma efetiva Reforma Sanitária, de um reordenamento da prestação de serviços de saúde que garanta o acesso a todos e uma assistência de qualidade capaz de ter impacto sobre a saúde da população.

Esse movimento no sentido de mudanças, cujas dificuldades de sair do papel têm sido muito grandes, traz, porém, um risco implícito de não significar mais do que uma "racionalização dos serviços, uma reorganização no sentido de uma maior eficiência e eficácia, mas que se mantém ainda restrita ao modelo vigente, individualizante e 'curativo'."

Ir além dessa lógica dominante, recuperando no contexto assistencial a dimensão coletiva do processo saúde/doença, é uma exigência da própria afirmação constitucional do direito à saúde. Conforme o artigo 196 da Constituição Federal de 1988.

"A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua prevenção, proteção e recuperação."

A necessidade de se operacionalizar essa conceituação ampla de saúde na realidade dos serviços, aponta para um repensar da relação entre profissionais e população e uma retomada crítica dos sentidos de participação popular e controle social na saúde.

2.1 Participação Popular

No conjunto de discussões que há alguns anos vem se intensificando sobre os rumos técnicos e políticos do sistema nacional de saúde, um destaque frequente tem sido dado à questão da participação popular.

Esse uso intenso do conceito de participação popular é marcado, entretanto, por ambigüidades que expressam as diferentes perspectivas com que é tomado.

O tom vago e difuso com que essa proposta aparece em textos oficiais, ao lado de sua frágil normatização, tende a torná-la, em conseqüência, algo centralizado nas mãos dos técnicos e da burocracia governamental.

Nos textos relativos à reforma sanitária, distritos sanitários, SUDS, SUS etc, o que se pode observar, na fluidez no uso do termo, é um certo "ufanismo" para algo que se gesta com grande dificuldade numa sociedade autoritária, como a brasileira.

Para se compreender um pouco mais o sentido da participação popular, é interessante situar brevemente algumas definições de "participação social".

De forma geral, esta compreende as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para poderem influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas na área social (saúde, educação, habitação, transporte etc). Os sentidos mais correntes da participação social, além da participação popular aqui destacada, são a modernização, a integração dos grupos "marginalizados", o mutirão e o desenvolvimento comunitário.

Modernização

O termo modernização tem o sentido de superar "atrasos" tecnológicos e culturais de uma determinada sociedade. Equivale ao desenvolvimento de novas formas de produzir e consumir, a inovações tecnológicas (DDD, robôs industriais, caixa automática nos bancos...) e culturais (divórcio, hábito de lanches rápidos, tipo macdonald's, aquisição de eletrodomésticos...), que estariam introduzindo profundas mudanças na sociedade, nas quais a população como um todo deveria participar. Isso levaria à construção de um novo país, moderno, integrado às mesmas inovações e atividades de países como os Estados Unidos, Europa Ocidental e Japão. A melhoria de vida da população seria uma decorrência dessa modernização.

A realidade brasileira não confirmou, porém, esse pressuposto. Embora as inovações citadas tenham sido introduzidas, não há indicação de que tenham permitido uma maior participação da população no acesso a elas. Tampouco o padrão de vida da maioria da população melhorou. Muito ao contrário.

Integração dos Grupos "Marginalizados"

Essa proposta parte do princípio de que a grande massa da população, devido à sua pobreza, encontra-se "fora" da sociedade. É como se o não-acesso aos produtos e serviços básicos fosse uma decorrência da ignorância e passividade, por parte dessas populações "marginais". Ou seja, que estão "fora", de uma forma ou de outra, por sua própria culpa, precisando serem "animadas", "incentivadas", "esclarecidas" para que possam participar dos benefícios do progresso econômico e cultural.

Essa concepção é fortemente enraizada em nossa sociedade, inspirando inúmeros programas governamentais e religiosos que há muitos anos vêm se

desenvolvendo com vistas a "integrar" os chamados "marginalizados".

Esse tipo de participação, obscurece o fato de que estes sempre estiveram dentro da sociedade, só que participando de forma bastante desigual da riqueza. A "integração" que se busca deveria, então, passar necessariamente pela garantia de empregos, melhores salários e serviços básicos. Mas nunca foi essa a tônica dos programas.

Mutirão

Trata-se de um apelo, de um convite à população moradora nos bairros periféricos e favelas, para que realize, com seu próprio trabalho, tempo de lazer, e às vezes seu dinheiro, obras que são da responsabilidade do governo. O discurso aqui se utiliza de imagens como "povo independente" "auto-suficiente", que "toma a vida nas próprias mãos". Geralmente são os governos, grupos políticos e religiosos que propõem o mutirão.

Esse tipo de participação social, apesar de trazer alguma vantagem para a população, significa que esta acaba pagando três vezes por uma obra que é direito seu: paga com os impostos, paga com a compra de material e, ainda, gasta seu tempo de lazer.

Desenvolvimento Comunitário

Trata-se de associativismo, de comunitarismo, onde a população planeja e toma suas próprias decisões com pequena participação financeira do Estado. Na verdade, é uma forma sofisticada de mutirão, sendo, como nos outros casos, uma forma sutil que os grupos dominantes têm para convidar a população trabalhadora a aderir aos planos de desenvolvimento sem aumentar sua participação na riqueza produzida.

O conceito de **participação popular** diferencia-se dessas formas até aqui discutidas, por se tratar de uma participação política das entidades representativas da sociedade civil em órgãos, agências ou serviços do Estado responsáveis pelas políticas públicas na área social.

A contradição presente nesta forma de participação se baseia no fato de que, se de um lado legítima a política do Estado diante da população, de outro ela significa um canal para que as entidades populares disputem o controle e a destinação da verba pública.

No caso específico da saúde, a participação popular assumiu um papel importante nas formulações da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1988), no sentido de construção e fortalecimento das propostas progressivas de reorientação da política do setor. As discussões, nesse processo acumuladas, resultaram na consagração institucional da saúde como "direito de todos e dever do Estado" e,

posteriormente, deram origem à Lei Orgânica da Saúde (1990), a qual se constitui, apesar dos vetos presidenciais, um importante instrumento na configuração jurídico/política de um novo modelo assistencial, capaz de ter impacto na saúde da população.

Os avanços legais na formulação de um sistema único de saúde, regionalizado, hierarquizado, com atenção integral, não têm, por sua vez, operado transformações efetivas na realidade dos serviços. O que assistimos, ao contrário, é uma grande crise no setor público da saúde.

A participação popular, nesse contexto, significa uma força social imprescindível para fazer sair do papel o que foi conquistado e impulsionar as mudanças necessárias. Como se sabe, o interesse de muitos grupos é exatamente o contrário, ou seja, que o serviço público permaneça sempre deficitário, impotente, desacreditado pela própria população que o mantém. É assim que os seguros-saúde (Amil, Golden Cross etc...) conseguem crescer, aparecendo como a melhor saída diante do caos da rede pública.

Essa situação torna-se crítica se considerado que, para a grande maioria da classe trabalhadora, a única opção é a assistência pública. Torná-la efetiva, consagrá-la pelo bom padrão de qualidade e resgatar sua legitimidade junto à população é, deste modo, uma necessidade coletiva da maior relevância. Além de ser uma forma de se revalorizar seu caráter público, uma vez que são serviços mantidos pela sociedade e não concessões estatais.

A possibilidade de contribuir nesse processo, que significa fortemente, no momento atual, buscar a viabilização do SUS, é aparentemente resguardada pela institucionalização da participação popular nos diversos níveis do sistema de saúde.

Tal como apresentada no decreto 94.654 (1987), que cria o SUDS, a participação popular preconiza a criação de uma:

"(...) identidade recíproca entre os serviços e a população, onde haja uma mútua transparência, resgatando-se as pessoas como sujeitos dos serviços a elas oferecidos, e não como simples objetos. De tal forma que a população reconheça nos serviços os seus serviços na população a sua população, criando-se assim uma identificação que de um lado permitirá a abordagem epidemiológica e de outro, o controle social dos serviços".

A contradição implícita na incorporação da participação popular pelo Estado reside no risco de que sua burocratização não leve a resultado nenhum. Que o

Estado, como nos demais sentidos de participação social anteriormente vistos, se utilize ideologicamente da participação popular, fazendo transparecer uma feição democrática que não corresponde, no nível concreto, a investimentos reais nas políticas públicas. Ou seja, mais uma vez "jogando a poeira embaixo do tapete".

No nível local, da unidade de saúde, o risco se objetiva na possibilidade de redução da participação popular ao simples controle dos horários dos funcionários por parte dos moradores. A utilidade desse "controle social" é dar o máximo de eficiência aos recursos. Aos olhos do poder, pouco importaria a/criação de uma identidade serviços/população, sendo até interessante a certa hostilidade que se cria entre profissionais e usuários, do ponto de vista de que inviabilizaria a necessária aliança entre esses dois segmentos para o resgate do serviço público.

Apesar desses riscos e contradições, os espaços institucionais de participação popular na saúde não deixam de representar um potencial de interferência, quer no nível decisório dos Conselhos Municipais/Estaduais de Saúde, quer no nível das próprias unidades locais prestadoras de serviço.

Nessa instância, a participação popular abre espaços importantes a uma relação mais orgânica entre os serviços e a população, ampliando-se as possibilidades de um trabalho conjunto em torno da saúde, tomada de fato na abrangência do seu conceito.

2.2 O Controle Social da Saúde: Possibilidades no Nível Local

A reflexão que vem sendo desenvolvida pelo Núcleo apontou, em um certo momento, a importância da **vigilância epidemiológica** e do **diagnóstico participativo** como espaços possíveis de participação popular e controle social da saúde.

Vigilância Epidemiológica

A vigilância epidemiológica é definida pelo Ministério da Saúde como:

"(...)o conjunto de atividades que proporcionam a informação indispensável para conhecer, detectar ou prever qualquer mudança que possa ocorrer nos fatores condicionantes do processo saúde-doença, com a finalidade de recomendar e adotar oportunamente as medidas indicadas que levem à prevenção e controle da doença". (1985:9)

As atividades da vigilância epidemiológica devem ser realizadas em todos os níveis da prestação de serviços, caracterizando-se por serem ações voltadas

ao controle de doenças no nível coletivo.

A base de um sistema de vigilância epidemiológica é a notificação, isto é, o registro da ocorrência da doença no nível local e sua comunicação aos níveis regional e central. Há uma relação de doenças que são consideradas de notificação obrigatória e que constituem, tradicionalmente, o objeto da vigilância. O conhecimento da ocorrência dessas doenças na população possibilita orientar as ações de controle por parte dos serviços.

A realidade de sistema de vigilância epidemiológica tem, porém, deixado muito a desejar. São clássicos os problemas com a subnotificação, o atraso e a falta de sistematicidade nas notificações, a não-adscrição da clientela e a pouca agilidade na consolidação e divulgação dos dados. Não raramente a vigilância tende a se caracterizar como uma atividade burocrática que funciona de modo precário.

Apesar desse quadro, a vigilância epidemiológica se constitui como uma das formas mais importantes de se produzir informação sobre as condições de saúde de uma população numa determinada área. É através da vigilância epidemiológica que o centro de saúde reúne dados demográficos e ambientais, como o número de habitantes da área, perfil por idade, condições de saneamento, habitação, aspectos culturais etc, além dos dados sobre a ocorrência de doenças.

O conjunto dessas informações é fundamental ao diagnóstico de saúde e pressupõe uma inserção real do serviço de saúde em sua área, uma proximidade com a população que permita conhecer as formas como vive, trabalha e se organiza em torno das questões cotidianas.

Essa relação mais orgânica entre os serviços e a população não só potencializa as tradicionais ações de controle de doenças transmissíveis (dengue, sarampo, diarreia etc...), como também abre espaços a uma concepção mais abrangente de vigilância epidemiológica, que permita pensá-la como monitoramento dos riscos de adoecimento e morte, como espaço permanente de alerta sobre os "agravos" à saúde.

Essa visão é partilhada por Becker (1989), quando problematiza o objeto da vigilância epidemiológica. Segundo o autor, esta não necessariamente deveria corresponder apenas àquelas doenças já estabelecidas por critérios técnicos, pois muitas vezes pode não estar aí incluído o principal agravo à saúde dos moradores de um determinado local. Desse ponto de vista, os acidentes de trânsito, por exemplo, poderiam ser vistos como um agravo que necessitasse de controle — vigilância — numa realidade específica.

Um exemplo de uma experiência nesse sentido foi a implantação de um sistema de vigilância epidemiológica de doenças ocupacionais em Cubatão. Dada a importância das mesmas na realidade epidemiológica local, definiu-se por

integrá-las a um programa de vigilância de modo que, com a sistematização das informações, fosse possível o estabelecimento de nexos causais entre os agravos à saúde do trabalhador e a exposição ambiental. Os dados mais importantes eram repassados aos trabalhadores com vistas a auxiliar sua organização contra a nocividade do ambiente de trabalho. Nessa proposta, a vigilância epidemiológica é vista como

"(...) um instrumento que permite estabelecer a união do técnico com o operário na troca de conhecimentos e no estabelecimento de uma ação conjunta para a prevenção de doenças ocupacionais e de acidente de trabalho (...)"

Augusto e Haick

De modo semelhante, pode-se pensar a vigilância epidemiológica no nível local dos serviços. As informações sobre a realidade de saúde da área podem ser organizadas para e com os moradores, visando contribuir em suas lutas pela defesa da saúde e da qualidade de vida. Um aspecto a se destacar é que esse potencial da vigilância está presente mesmo se a considerarmos nos marcos estritos das doenças transmissíveis. Estas, via de regra, são expressões de condições ambientais e de vida desfavoráveis, revelando pontos críticos em termos de necessidades coletivas, que podem ser re-significadas de modo a permitir uma ampliação da consciência sobre saúde, assim como das possibilidades de ações, visando superar essa realidade.

Ainda quanto a esse aspecto, pode-se mencionar a tendência do Estado a se omitir, frente ao agravamento de certas situações sanitárias. O caso do dengue no Rio de Janeiro, como se verá adiante, é um exemplo que mostra a importância das informações para se exigir intervenções por parte do Estado. A vigilância epidemiológica, nessa perspectiva, constitui uma estratégia oportuna de integração com os usuários e o movimento popular organizado. A participação desses tende a favorecer um conhecimento mais alargado da realidade de saúde local, ampliando as possibilidades de aliança com os profissionais em torno da busca de soluções efetivas para o enfrentamento dos graves problemas sanitários. Trata-se de "vigiar" de fato, e utilizar da forma mais proveitosa possível o produto dessa ação.

Diagnóstico Participativo

A idéia do diagnóstico participativo é semelhante ao que foi discutido sobre a vigilância epidemiológica. Um dos pontos de partida é, por sua vez, a distinção que pode ser feita entre demanda ativa e demanda passiva.

É uma constatação relativamente corriqueira nos serviços de saúde que uma

parte da população a que deveriam cobrir, por razões diversas, não chega até eles. Em geral, são moradores de áreas especialmente carentes e de difícil acesso, que tendem a não estabelecer um vínculo com o serviço, mas buscar assistência apenas em momentos de maior gravidade. Essas pessoas são as que teoricamente mais "precisariam" dos serviços de saúde, ou que dele se beneficiariam de modo especial, dadas suas maiores necessidades. Esta é o que poderíamos considerar **demanda ativa**.

Por outro lado, a **demanda passiva** seriam as pessoas que efetivamente chegam aos serviços e que constituem sua clientela rotineira.

O que ocorre quando o trabalho da unidade de saúde centra-se basicamente na demanda passiva é que a mesma passa a ter uma visão parcial da realidade de saúde da população de sua área. Não conhecendo a situação epidemiológica em sua totalidade, nem estabelecendo estratégias quanto a isso e para ampliação dos níveis de cobertura, os serviços acabam planejando e organizando as ações sem que isso corresponda, efetivamente, às necessidades reais de sua população adscrita.

Uma possibilidade de enfrentamento dessa questão é a construção de um diagnóstico participativo da situação de saúde no nível local. Este envolveria não só os técnicos, mas os grupos organizados, as associações de moradores, as escolas etc, de forma que possibilitasse uma melhor apreensão da realidade: a percepção sobre a oferta de serviços, as condições de vida dos moradores, as características ambientais, dentre outras.

Tal proposta integra-se à concepção ampliada de vigilância epidemiológica, e dela faz parte, caracterizando-se pelo aspecto de participação da sociedade civil no plano político-operativo dos serviços. O diagnóstico participativo tem o caráter aglutinador de forças sociais num processo coletivo de autoconhecimento, que não se restringe ao mapeamento de doenças, mas se preocupa com qualquer situação ou problema que possam provocar agravos à saúde.

Movimentos sociais/capacitação técnica

Nessas possíveis formas de controle social da saúde, a idéia do fortalecimento da organização popular é uma referência fundamental.

Parte-se do princípio que o poder público, no Brasil, sem a pressão dos movimentos sociais, seria incapaz de materializar as políticas públicas e de gerir os serviços básicos de modo a garantir condições mínimas e dignas para a reprodução da força de trabalho.

Essa afirmação resulta da constatação de que os governos se subordinam às exigências do capital internacional e nacional, impedindo a apropriação da

verba pública para fins de consumo coletivo. A consequência prática na saúde, como anteriormente vista, se expressa no perfil crítico de saúde da população, assim como da rede pública destinada à assistência.

A articulação com a sociedade civil organizada é uma das principais estratégias de superação desse quadro. Profissionais de saúde e população estabeleceriam alianças, integrando esforços em torno da afirmação prática dos direitos de cidadania. Note-se aqui que o profissional/funcionário de uma instituição pública é igualmente cidadão e convive com problemas em boa parte semelhantes ao da população a que presta serviços como baixos salários, qualidade ruim do meio ambiente, dificuldade com os serviços básicos etc.

A construção coletiva nesse processo de apreensão da realidade e busca de mudanças supõe a apropriação de informações técnicas e conhecimentos específicos que instrumentalizem as ações. A idéia de capacitação técnica do movimento popular surge dessa necessidade e aponta, no limite, para a importância da relação entre as instituições de pesquisa e ensino e a sociedade civil. O trabalho acadêmico poderia fornecer insumos que favorecessem o crescimento da autonomia e iniciativa do movimento popular, ao mesmo tempo que a qualificação progressiva dos profissionais, já que a formação desses tem por tendência geral ignorar conhecimentos relevantes da questão saúde, ainda não incluídos nos currículos das escolas e universidades.

A relação entre a produção intelectual, os serviços e a população organizada é vista, dessa maneira, como um campo fértil de fortalecimento das lutas pela saúde. No nível local dos serviços, as possibilidades de expressão dessa relação devem ser parte das preocupações dos profissionais, ponto sensível de produção de uma nova lógica de assistência que recupere o coletivo em suas práticas, redimensionando o aspecto educativo e o sentido da participação popular aí presentes.

2.3 SERVIÇO PÚBLICO PARA O PÚBLICO

Visualizar formas de participação popular e controle social da saúde no contexto da crise profunda em que vivemos, ao contrário do que seria lógico pensar, não é tarefa fácil.

Como concluiu CARVALHO em sua tese:

"(...) há pouca esperança para quem está no nível local: não se consegue manter o básico, muito menos transformar o velho, criando o novo.

Os salários, as condições de trabalho, enfim, as per-

pectivas profissionais para os que trabalham a este nível levam ao desestímulo, à emigração constante para outros níveis e até mesmo ao abandono da rede pública."

(1990:239)

Essa desmobilização gerada pelo pouco compromisso dos governos com o setor saúde e o conjunto das políticas sociais, ao mesmo tempo em que se coloca como entrave, reafirma a necessidade de busca de saídas coletivas, de mudanças no nível macro como forma mais substantiva de superação dos graves e crônicos problemas dos serviços públicos de saúde.

As dificuldades que se colocam são, sem dúvida, bastante reais, mas a pura e simples acomodação a elas apenas leva a que permaneçam intocáveis os tradicionais pactos, do tipo "eles fingem que me pagam e eu finjo que trabalho", eternizando situações inteiramente contrárias ao interesse público e à saúde coletiva.

Na busca de um novo modelo de atenção à saúde, um dos princípios orientadores deve ser exatamente o resgate do caráter público dos serviços estatais. A lógica presente nas concepções de participação popular e controle social da saúde sustenta-se pelo direito da população a uma ampla integração com seus serviços, e à conquista da saúde, no plano político mais geral, como expressão de condições plenas de existência.

Reorientar os serviços nesse sentido implica uma redefinição das relações entre os profissionais de saúde e entre eles e a população atendida.

Quanto à equipe de saúde, a interdisciplinariedade se coloca como possibilidade de se estruturar "uma prática de saúde alargada", onde "(...) as dimensões coletivas existentes nos problemas individuais de saúde passam também a ser explicitadas e enfrentadas." (Vasconcelos, 1991). A ausência do trabalho em equipe tem sustentado um padrão de intervenção fragmentado e individualizante que não responde aos princípios da integralidade. Como afirma Carvalho:

"A viabilização da atenção integral — lato sensu, como se preconiza só será possível se houver uma equipe multiprofissional em cada Unidade e mais do que isto, numa atuação e abordagem interdisciplinar do indivíduo e da população na realidade em que se inserem." (1991:36).

Na relação com a população, trata-se de restabelecer a dimensão ética do trabalho em saúde, assegurando a transparência dos serviços, o amplo acesso às informações, maior atenção e respeito nos atendimentos prestados. Além disso,

é preciso se buscar formas não-convencionais de estreitamento do vínculo com a população, que favoreçam uma apreensão mais ampliada dos problemas de saúde, com vistas a ações efetivas por mudanças. A vigilância epidemiológica e o diagnóstico participativo, no sentido anteriormente comentado, ilustram essa perspectiva, abrindo espaços a um redimensionamento do caráter educativo presente nas relações entre profissionais de saúde e população.

Essas são algumas indicações possíveis no sentido de se buscar superar as distorções e limites das práticas de saúde no modelo assistencial dominante. Cabe assim descobrir, no cotidiano dos serviços de saúde, os caminhos que favoreçam superar a complexidade maior ou menor existente nessas ações por mudanças e ousar percorrê-los. É dessa forma que poderemos estar em melhores condições de constituirmos, na prática, um serviço público, de fato, para o público.

A seção seguinte tem por objetivo ilustrar a discussão feita até aqui, apresentando algumas experiências, desenvolvidas pelo Nesc (Ensp/Fiocruz), orientadas pela lógica da participação popular.

Educação, Saúde e o Exercício da Cidadania

O projeto Educação, Saúde e Cidadania, elaborado e executado pela equipe do Núcleo de Educação, Saúde e Cidadania (DCS/Ensp), foi desenvolvido por meio de um trabalho de pesquisa na região da Penha (XI R.A.), durante seis anos (1986—1992). A pesquisa teve como objetivos apreender a realidade das camadas populares, suas representações sobre saúde e suas relações conflituosas com o Estado em torno das reivindicações por serviços públicos, que se inscrevem como direitos de cidadania. Além disso, pretendia fornecer subsídios às camadas organizadas na sua luta pelos serviços de consumo coletivo, e aos planejadores dos serviços de saúde, a fim de que pudessem pensar ações de saúde adequadas às necessidades da população.

Como desdobramento do trabalho da equipe do Nesc surgiram vários pedidos de assessoria por parte das organizações populares, o que levou à criação das Oficinas de Educação e Saúde e Participação Popular, em 1989, nas quais se discutiam, a cada dois meses, questões relativas à saúde. Percebeu-se, contudo, que a população demandava o acesso a informações, o que também acontecia com os profissionais, pois no trabalho de Educação e Saúde encontravam

defesa contra proliferação do mosquito e da doença.

O movimento "Se liga Leopoldina" visava levar à população a discussão sobre a conexão entre saúde e condições de vida. Os folhetos distribuídos pelo governo do estado e as informações veiculadas pela televisão eram insuficientes e mascaravam a realidade, pois divulgavam conselhos individuais para evitar a doença. Não bastava retirar plantas da água, furar pneus, tampar latões, se grande parte dos moradores de favelas da Leopoldina recebia água uma vez por semana ou em período maior, durante algumas horas, tendo que estocá-la em latões para satisfazer suas necessidades diárias. E, como é sabido, o *Aedes aegypti* se reproduz em água limpa. Colocava-se, então, a premência do saneamento básico.

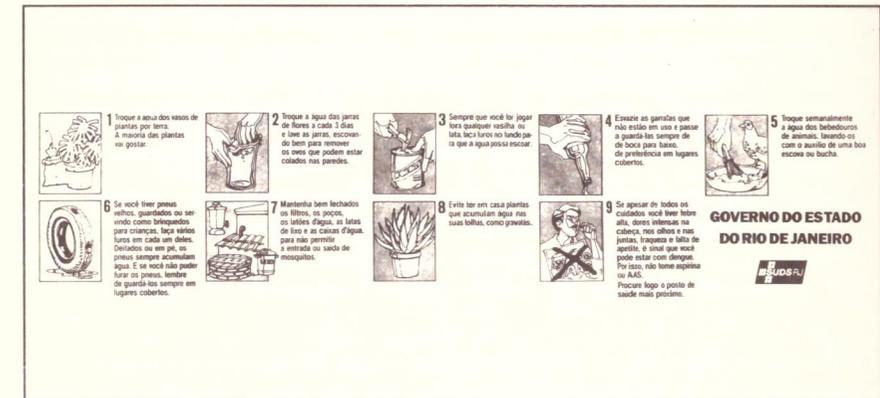


Especificamente à questão do dengue, o abastecimento regular de água é imprescindível. O que acontece, porém, na maioria das localidades de baixa renda, é que os moradores têm que estocar água em latões, pois não a recebem todos os dias. E a água limpa serve de criadouro para o mosquito *Aedes*. Qual a eficácia, então, do conselho dos folhetos distribuídos pelos governos que recomenda que "Não se deve deixar os latões de água destampados"?

O movimento pretendia, deste modo, levar à população a outra parte da informação: se todos somos cidadãos, pagamos impostos e taxas que são descontados de nossos salários, por que nem todos têm acesso aos serviços básicos necessários à sua saúde sobrevivência? Para onde vai a verba pública que deveria retornar sob a forma desse tipo de serviço? Ao se chamar a população a combater o mosquito, os governos individualizavam a questão: o culpado direto pela doença seria o mosquito transmissor e o culpado indireto seria a população,

Além do mais, a qualidade da água armazenada é duvidosa, pois ao ficarem muito tempo vazios os canos absorvem a sujeira de fora (pressão negativa) e quando a água passa carrega todas as impurezas. As ligações clandestinas também comprometem a qualidade da água consumida, pois pode haver contato do encanamento de água com o de esgoto. Por que, então, nem todas as pessoas recebem água de boa qualidade 24 horas por dia?

se contraísse a doença, por não ter seguido corretamente os conselhos de prevenção e combate ao mosquito e à doença. É o que se chama "culpabilização da vítima" para esconder o mal funcionamento dos serviços públicos e o descompromisso dos governos com tais serviços.



Ilustramos aqui o conteúdo antigo (informações do folheto) em comparação com o conteúdo novo (informações da cartilha). O que os governos costumam fazer é responsabilizar a população pelo combate ao mosquito e à doença através de conselhos individualizados porque, apesar de os governos reconhecerem que a causa principal da doença é a falta de saneamento, em situações de emergência como as epidemias, não se poderia esperar o investimento em obras de saneamento. E assim, aca-

da ano, o mesmo quadro se repete e com agravamentos sem, porém, as informações verdadeiras chegarem à população. O "Se liga Leopoldina" levantou a discussão de que ambas as questões (as medidas de combate individuais e o direito ao saneamento básico) devem ser tratadas simultaneamente, que os conselhos não devem escamotear a compreensão de que o dengue só será erradicado, quando houver saneamento básico de qualidade para toda a população.

O Estado vem se eximindo de suas responsabilidades de provedor de serviços básicos de consumo coletivo, o que tem favorecido o aparecimento de diversas enfermidades que estão se tornando endêmicas. O contexto apresentado atualmente é o da população, tendo cada vez mais que assumir uma defesa civil da vida, quando deveria atuar em caráter de participação social efetiva na definição das políticas sociais, ou seja, apontar os serviços prioritários, sua distribuição, qualidade e adequação à realidade da população.

O movimento popular não tinha, na sua relação com os órgãos públicos, as informações necessárias sobre os serviços básicos prestados (ou que deveriam ser prestados), informações estas que poderiam subsidiar suas lutas pela aquisição desses serviços em qualidade e de acordo com sua realidade. No confronto com o Estado torna-se, então, necessária a apropriação de informações pela população (sua "capacitação técnica") para que se possa estabelecer uma nova relação com o Estado na luta pela garantia de serviços públicos de qualidade.

Ilustrações da Cartilha "Se Liga Gente, o Dengue Está Ai."



O afastamento dos governos no tratamento de questões básicas que afetam diretamente a saúde da população, além do não-compromisso com a preservação ecológica de uma maneira mais geral, tem permitido o reaparecimento de doenças como o dengue e a cólera e a vinda de doenças antes restritas às regiões de florestas para o meio urbano. Exemplos disso são a malária e a febre amarela, cujos mosquitos transmissores se adaptaram às cidades graças às más

condições de saneamento existentes, principalmente nas áreas de baixa renda. Diante da retirada do Estado de suas responsabilidades, torna-se necessária a ação coletiva da população em direção ao acesso às informações que lhe permitirão visualizar um outro panorama da realidade, fortalecendo-a de modo que possa estabelecer uma outra relação com o Estado na cobrança de seus direitos.

O Estado sabe o que fazer e como fazer

para acabar com o mosquito transmissor — se não o faz é por motivos políticos e não técnicos ou financeiros. Daí ser de grande importância a relação entre os integrantes da sociedade civil organizada

(profissionais, associações de moradores, sindicatos, clube de mães etc) na produção, tratamento e divulgação das informações que contribuem para a garantia de seus direitos de cidadania.

Fazendo parte da "sociedade civil de caráter popular", estavam, também, os profissionais de saúde e educação e os sindicatos, que participaram do movimento, assumindo sua condição de cidadãos, habitantes da cidade. A questão profissional x cidadão foi colocada em pauta e bem exemplificada, quando dois profissionais de saúde foram proibidos por suas instituições de dar entrevista sobre a epidemia de dengue em curso, o que levou um deles a falar à imprensa, no dia do ato, como cidadão participante. Uma profissional de educação também foi proibida de participar em nome da instituição para a qual trabalhava. O conflito girava em torno do fato de que, a princípio, os profissionais de saúde, principalmente, têm mais acesso aos dados, o que lhes confere maior credibilidade. Mas tendo como eixo de toda a discussão o exercício da cidadania, acredita-se que uma de suas práticas seja a pressão da sociedade civil sobre o Estado ao acesso às informações, não esquecendo que a população é uma grande produtora de dados, que em grande parte os órgãos governamentais prestadores de serviços não possuem.

Três situações exemplificam bem esse ponto:

1. Um grupo de moradores da Vila Cruzeiro (Penha) vem discutindo a questão da qualidade e distribuição da água que é fornecida pela Cedae e distribuída pela associação de moradores todos os dias, uma vez por semana, ou em período maior de tempo. A discussão é aberta, através de um jornal produzido pelo grupo.
2. Os dados sobre saneamento básico nas favelas de Nova Holanda (Maré) e Vila Cruzeiro estão sendo levantados por dois moradores dos respectivos locais como parte de uma pesquisa promovida pelo Cepel que vem sendo desenvolvida desde outubro de 1991.
3. A associação de moradores da Penha entrou em conflito com a empresa Cortume carioca, desde 1977, por causa das atividades poluidoras que comprometiam a saúde dos moradores da área. Após vários anos de enfrentamento, em 1990, a Divisão Química da empresa, localizada no bairro da Penha, foi finalmente transferida para o distrito industrial de Santa Cruz. Em uma das fases do conflito, a associação de moradores, com apoio do sindicato dos químicos, fez um levantamento das receitas de medicamentos anti-alérgicos de pessoas consultadas nos serviços de saúde da área. Estes, por sua vez, não fizeram a provável conexão das enfermidades com a poluição, provocada pela indústria, revelando um nítido processo de medicalização do problema. Os moradores,

portanto, produziram um conhecimento que os serviços de saúde não tiveram o interesse de produzir e que serviu para fortalecer o movimento contra a poluição e pela preservação da saúde.

Como instrumento de socialização do conhecimento, considerando as condições de vida das camadas populares, foi produzida a cartilha "Se Liga Gente, O Dengue Está Aí", que amplia a discussão sobre a doença, levantando questões não-apontadas pelos governos e que não são passageiras, como o verão. Constitui um produto das discussões que o "Se Liga Leopoldina" levantou, tendo sido elaborada após o ato público e a partir da aquisição de um novo conhecimento produzido pelo saber técnico mais o saber popular. Possui como eixos principais o direito à cidadania e a construção do conhecimento, onde a conjunção dos conhecimentos técnicos com a experiência de vida da população permite visualizar um outro panorama da situação até então não-revelado.

A cartilha constitui-se num instrumento que vem a contribuir com as práticas educativas em saúde, sendo subsídio para os profissionais, pois sem a construção de um novo saber, o trabalho em saúde não alcança os objetivos desejados — as doenças continuam atingindo a população, fazendo-nos perguntar qual a eficácia e finalidade de nossa atuação como profissionais em defesa da saúde e da vida.

Sinal — Sistema de Informação de Nível Local

Como desdobramento da experiência bem sucedida do "Se Liga Leopoldina" na luta pelo direito à informação e à saúde, surgiu a proposta de criação de um sistema de informações de nível local (Sinal), que foi assumida pelo Cepel. Inscreve-se como uma rede informal na qual os participantes atuam na condição de cidadãos, produzindo de uma forma sistemática dados sobre as condições de vida da população da Leopoldina e que permitem subsidiar a luta do movimento popular por serviços de consumo coletivo de qualidade necessários à sobrevivência da população.

A manipulação, ausência ou dificuldade de acesso à informação pelas vias oficiais dificulta o trabalho de técnicos no desenvolvimento das ações de saúde e não permite a visão dos grupos populares sobre os determinantes de suas condições de vida e trabalho. A metodologia do Sinal segue, então, o objetivo da construção coletiva do conhecimento, ou seja, profissionais de saúde e educação e representantes das camadas populares contribuem com seu conhecimento para a produção de informações a serem divulgadas aos serviços e entidades populares, entre outras, através de um boletim trimestral, batizado de "Se

Liga no Sinal".

Dentro da perspectiva do "Se Liga Leopoldina", o Sinal tenta trabalhar as informações referentes às queixas e reivindicações da população, revelando uma outra face da realidade que não é mostrada pela grande imprensa, e que permite muni-la com dados que promovam sua capacitação na cobrança de seus direitos. O Estado muitas vezes emprega soluções técnicas de baixo custo para problemas enfrentados pela população, sem ouvi-la e sem considerar, tampouco, suas necessidades reais.

Com a responsabilidade da composição de uma rede de informações, o Sinal tem como objetivos:

- A capacitação do movimento popular a fim de promover uma melhor compreensão sobre seus problemas e o embasamento de suas lutas por serviços básicos de qualidade, dentro da perspectiva da construção coletiva do conhecimento;
- Compartilhar da luta dos segmentos organizados da população pelo direito à informação.

Dentre as atividades realizadas, destacam-se:

1. A formação de um banco de dados sobre as condições de vida e trabalho da população Leopoldinense, pela seleção e verificação das reivindicações feitas, através da grande imprensa, dados obtidos pelos serviços de saúde e educação e dados produzidos por representantes da população que participam do Sinal. Essas informações são, também, apresentadas sob a forma de um mapa síntese para melhor visualização dos problemas enfrentados com respeito às várias áreas: saúde, saneamento, educação, habitação, lazer etc.
2. A realização de diagnóstico participativo sobre as condições de saneamento de duas localidades da Leopoldina: Vila Cruzeiro (Penha) e Nova Holanda (Maré), que está sendo encaminhado por dois moradores que participam do trabalho do Sinal.
3. A veiculação de informações de interesse da população, através de um boletim trimestral chamado "Se Liga no Sinal", dirigido a profissionais de saúde, educação e grupos populares, além de outras entidades.

O Sinal é o resultado do envolvimento de parte da sociedade civil (moradores, sindicatos, profissionais da academia e dos serviços) pela melhoria das condições de vida da população da Leopoldina, através da produção de informações necessárias à mudança, e que revela um novo olhar para os problemas sociais.

A proposta do Sinal está em constante discussão pela equipe participante, visando seu aperfeiçoamento e a garantia de seu objetivo principal, que é o direito de cidadania ao acesso à informação sem manipulações ou restrições.

O relato da experiência do "Se Liga Leopoldina" e a formação de uma rede local de informações (Sinal) mostra que, apesar dos limites, é possível a aliança entre profissionais e a população na construção de um novo conhecimento pela defesa dos direitos a uma existência digna. Revela, também, que a produção e socialização de informações, a realização de pesquisas, a aproximação com os problemas dos grupos populares etc, atividades realizadas por entidades da sociedade civil, como o Cepel, são possíveis de serem desenvolvidas por instituições públicas, como os serviços e as universidades. Estes deveriam estar mais voltados para as reais necessidades da população, visando à busca conjunta de soluções.

O estreitamento dessa relação, ao que foi visto, pode originar uma prática ainda pouco experimentada, mas possível e oportuna de se visualizar, que é o diagnóstico participativo. Isto é, um trabalho conjunto, onde profissionais das Unidades de Saúde e de outros serviços básicos, junto aos movimentos sociais e intelectuais comprometidos com suas lutas, possam efetivamente conhecer a realidade de saúde da área, extrapolando a racionalidade técnica que tende a se restringir a contabilização de doenças (quando o faz), para ir em direção às formas de viver da população, às condições que concretamente obstruem a conquista de melhores níveis de saúde.

Nesse processo de construção coletiva do conhecimento, é destacado o papel dos técnicos e das instituições de ensino na capacitação técnica dos movimentos sociais. Capacitação esta considerada relevante para que a população possa romper com a desinformação a que é submetida e com a exclusão de processos que dizem respeito à sua própria sobrevivência.

O "Se Liga Leopoldina", como visto, foi um movimento que buscou atuarnesse sentido; um movimento que significou um exemplo concreto de toda a discussão aqui apresentada, da articulação possível e necessária entre profissionais dos serviços, da academia e sociedade civil organizada, pela defesa da saúde e pela afirmação dos direitos de cidadania.

Por fim, a experiência enfocada acerca do Sinal pretendeu chamar a atenção para a criação de espaços que possibilitem essa articulação de uma forma mais permanente. Neste exemplo, essa possibilidade ocorre no espaço de uma organização não-governamental (Cepel), direcionada ao fortalecimento dos movimentos populares de uma extensa área do município do Rio de Janeiro, denominada Leopoldina. As questões apontadas nessa experiência remetem-se à necessidade de se (re)fundar espaços públicos de informação e discussão, esvaziados no contexto da tradição política autoritária que marca a sociedade brasileira; à necessidade de se garantir o acesso a informações que são, freqüentemente, omitidas ou distorcidas, pelas intenções de preservação do poder político e econômico.

Nessa perspectiva, a proposta educativa em torno do Sinal, ao tomar como eixo a relação saúde/condições de vida, se encaminha no sentido de ampliar a visão dominante que restringe a saúde a uma questão de hábitos individuais, abstraídos do contexto social e das possibilidades efetivas de adoção dos mesmos pela população. Um direcionamento semelhante nos serviços de saúde, possivelmente, implica um repensar das práticas educativas, realizadas junto à população, bem como na ampliação do sentido de participação popular. Os esforços nesse sentido, como aqui se pretendeu sugerir, devem passar pelo estabelecimento de relações que extrapolam os serviços, que objetivem a articulação de profissionais, entidades e movimentos no encaminhamento de questões do interesse coletivo.

Referências Bibliográficas

- AUGUSTO, L.G.S. e HAICK, D. *Vigilância Epidemiológica. Instrumento de controle da nocividade ambiental*. São Paulo. (Mimeo) s/d.
- BECKER, R. Comunicação coordenada sobre Epidemiologia. *Congresso Nacional da ABRASCO*, julho, 1989.
- BRASIL, Ministério da Saúde. SNABS/DNE. *Guia de Vigilância Epidemiológica*. Brasília: Centro de documentação, 1985.
- CARVALHO, M.A.P. *A propósito do diagnóstico participativo como instrumento para o controle social dos serviços*. Rio de Janeiro, Ensp/Fiocruz, agosto/1990 (mimeo).
- _____. *Vigilância Epidemiológica: a busca do controle social das formas de viver, adoecer e morrer; o controle do destino*. Rio de Janeiro, Ensp/Fiocruz, jan/90 (mimeo).
- CARVALHO, M.R. *Modelos Assistenciais de Unidades Básicas de Saúde e Integralidade*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 1991.
- GOMES, M.L. *Vigilância Epidemiológica, serviços públicos de saúde e a sociedade civil*. Rio de Janeiro, Ensp/Fiocruz, jan/90 (mimeo).
- LANDIM, L. *Sem fins lucrativos. As Organizações não-governamentais no Brasil*. Rio de Janeiro: Iser, 1988.
- NÚCLEO DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E CIDADANIA (Ensp/Fiocruz) et al. *CARTILHA "SE LIGA GENTE! O DENGUE ESTÁ AÍ."* Rio de Janeiro: PARES, 1991.
- ROQUE, A.P. O papel das ONGs na diplomacia mundial. *Políticas governamentais*. Rio de Janeiro, vol. VII, nº 77, p.14-16, fev/mar, 1992.
- SIQUEIRA, S.A.V. e BRANDÃO, E.R. *Oficina de Estudos de Educação e Saúde — uma proposta de trabalho*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, jan/1990.
- SOUZA, H. *As ONGs na década de 80*. (mimeo) s/d.

VALLA, V.V. *Movimentos sociais, saúde e a questão da verba pública*. Petrópolis: CDDH, 1987.

_____ *Investigação científica, assessoria popular e capacitação técnica no Brasil*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 1989. (mimeo)

_____ *Participação Popular e Saúde. A questão da capacitação técnica no Brasil*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 1989. (mimeo)

_____ e STOTZ, E.N. *Participação Popular e Saúde*. 2ª ed. Petrópolis: CDDH/Cepel, 1989.

VASCONCELOS, E.M. *A Educação Popular como instrumento fundamental na construção de um novo paradigma de atenção primária à saúde*. 1991 (mimeo)

_____ *Educação Popular nos Serviços de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1989.

_____ *A Medicina e o pobre*. São Paulo: Paulinas, 1987.

WOLFE, A. *Três caminhos para o desenvolvimento: o mercado, o Estado e a sociedade civil*. Texto apresentado no I Encontro Internacional de ONGs, Rio de Janeiro, 6-9 agosto/91.

Esta publicação integra a série "DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE": "INSTRUMENTOS PARA A PRÁTICA" produzida pelo Programa de Apoio à Reforma Sanitária — PARES, da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, com financiamento da Fundação W. K. Kellog.

