

1K11
FCT

Sobre a Promoção da Saúde. Debatendo a "ação comunitária".

Victor Vincent Valla

Eduardo Navarro Stotz

1. Introdução

Os vários encontros internacionais sobre a promoção da saúde têm dado um destaque especial para o item "reforço da ação comunitária". Dessa forma, a palavra "comunidade" aparece com frequência nos documentos das conferências. Na Carta de Ottawa, o produto final da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, defende a "capacitação da comunidade" para uma "participação no controle deste processo" (Organização Mundial de Saúde (OMS), 1986). A ajuda recíproca, onde "cada um cuidar de si próprio" é um dos temas centrais de uma proposta de "intensificar a auto-ajuda e o apoio social, para desenvolver sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde" (OMS, 1986).

Tanto a Declaração de Adelaide (OMS, 1988) quanto a Carta de Ottawa (OMS, 1986) chamam atenção de que a "ação comunitária é um ponto central na promoção de políticas públicas saudáveis", onde as comunidades buscam "a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino" (OMS, 1986, 1988). No mesmo espírito, a Declaração de Sundsvall (1991) propõe reforçar a criação de ambientes saudáveis "através de ações comunitárias...de maior controle sobre sua saúde e ambiente ...e maior participação nos processos de tomada de decisões". Por fim, a Declaração de Bogotá (Organização Pan-americana de Saúde, 1992) sugere de que a ação comunitária poderia "fortalecer as capacidades da população para participar nas decisões que afetam sua vida e para optar por estilos de vidas saudáveis... através do diálogo de diferentes saberes".

É claro que documentos que resultaram da participação de representantes de centenas de países, com orientações políticas e visões de mundo diferentes, necessariamente tinham que ser genéricos para poderem chegar a um consenso. Mesmo assim, em todos os documentos há uma tendência a uma certa naturalização do que seria a ação comunitária, fazendo com que não haja um ponto de partida para sua existência. Semelhante a categoria de "participação popular", tanto no sentido das palavras, como na ambigüidade da sua

definição, a "ação comunitária" é um termo composto de palavras cuja definição não se faz clara automaticamente.

2. Antecedentes à discussão da ação comunitária. Contextualizando o termo.

A dificuldade em definir a "ação comunitária" está no fato de que é um resultado de outros fatores e não se define por si mesmo. Uma questão que não pode ser deixado de lado é a de que o ponto de partida para a comunidade discutir os serviços de saúde é que a população paga impostos e que os governantes devolvem esses impostos à população através de serviços. Com a crise ocasionada pela globalização, os governantes tendem a deixar de lado desse discurso, mas mesmo assim, é o ponto de partida necessário.

A devolução desses impostos através de serviços se dá por dois movimentos: pelo consumo coletivo e pela infra-estrutura industrial. O consumo coletivo consiste nos serviços básicos necessários para a reprodução da força de trabalho, tais como a água e esgoto, saúde, educação, transporte, eletricidade, etc. Mesmo que se privatizem alguns desses serviços, os governos continuam responsáveis para a garantia da sua qualidade. A infra-estrutura industrial normalmente trata dos grande projetos que todo governo é obrigado a construir ou mandar construir para que o funcionamento das atividades econômicas seja garantido. Alguns exemplos de infra-estrutura industrial incluem rodovias, ferrovias, barragens e usinas.

Dada a inserção dependente das economias latino-americanas no circuito econômico mundial, não somente os grupos de capitais nacionais, mas também os grupos de capitais internacionais disputam a verba pública a fim de sugerir e construir as obras da infra-estrutura industrial de qualquer país. Já que a verba pública de qualquer país, estado ou município serve ao mesmo tempo tanto para o consumo coletivo como para a infra-estrutura industrial, a tendência é para que as obras da infra-estrutura industrial serem disputadas por grande *lobbies*, dessa forma consumindo grandes parcelas da verba publica e prejudicando a quantidade e qualidade das obras do consumo coletivo. A força desses grupos de capitais nacionais e internacionais é tão grande que se não houver uma pressão dos grupos da sociedade civil sobre os governos, a tendência é para um consumo coletivo aquém das necessidades da população. Quando se discute, por exemplo, os problemas que existem para garantir o financiamento dos serviços de saúde num determinado município, isso não quer

2

dizer que não há necessariamente dinheiro público para esses serviços; significa que os governos estão utilizando o dinheiro público para outras finalidades, tais como o pagamento das dívidas externa e interna, salvar os bancos privados na beira de falência, embelezamento de aeroportos e bairros mais abastados.

A contradição posta pela crise do Estado provedor é justamente a de que enquanto alguns Estados não contam com recursos suficientes para garantir serviços de qualidade para suas populações (alguns países africanos, por exemplo), outros, como o Estado brasileiro, embora contando com os recursos, não se dispõe a gastá-los na direção das políticas públicas (Fernandes, 1994).

As dificuldades de arrecadação são múltiplas, às vezes fugindo ao controle das autoridades, às vezes criadas por elas mesmas. Por exemplo, é comum determinado governo não arrecada o suficiente para cobrir seus gastos, porque muitos cidadãos sonegam suas contribuições, ou porque, em virtude de uma alta taxa de desemprego, cresce o mercado informal, e poucos impostos são gerados. É comum, no entanto, haver arrecadação suficiente, cuja redistribuição beneficia em demasia, alguns setores da sociedade. Atualmente vinte e dois dos Estados brasileiros têm acumulado dívidas tão grandes que seria necessário gastar tudo que arrecadam num ano para saldá-las (Rodrigues, 1998). De qualquer forma, parece importante chamar atenção para o fato de que, mesmo com a redução de gastos do Estado na área de saúde, que ainda há grandes somas disponíveis nas mãos dos governos.

Parece importante situar este processo dentro de um quadro histórico da América Latina onde a defesa dos pobres quase nunca foi uma política governamental, e hoje esta capacidade é quase inexistente nestes países. Cabe anotar também que o autoritarismo de muitos dos governos (federal, estaduais e municipais) tende a aumentar na medida em que os recursos escasseiam, pois chamar a sociedade a discutir o orçamento abre brechas para uma multiplicidade de pressões.

É claro que face ao quadro acima descrito é necessário trabalhar para que setores da sociedade civil preocupados com a saúde no Brasil se organizem e demandem mais investimentos dos governantes para contornar a crise (VALLA, 1994). Embora se julgue que tal proposta seja correta, e que deve continuar sendo prioritária, o que se observa em quase toda a América Latina é uma certa perplexidade quanto aos resultados obtidos. O rígido controle fiscal exercido a partir do Governo Federal, e conseqüentemente, através dos estados e municípios, como também o forte monitoramento que o Fundo Monetário

Internacional e o Banco Mundial exercem sobre as contas brasileiras, geram um ambiente de penúria e controle de tal modo que os governantes contam com estes limites para poder ignorar as reivindicações dos setores organizados da sociedade civil de caráter popular.

A recente epidemia de cólera no Peru, por exemplo, teve como desfecho uma surpreendentemente baixa taxa de mortalidade, mas muito mais em função da iniciativa dos grupos populares do que em função dos investimentos do governo peruano. Simbolicamente denominado o "duplo caminho", este movimento, de um lado, cobrou do governo o que seria da sua responsabilidade, e, de outro lado, quando percebeu que o governo não respondia com os recursos necessários para combater adequadamente a epidemia, implementou uma política própria de mutirão para salvar os atingidos (VALLA, 1994).

Na última instância, o que está em discussão é a possibilidade de um caminho complementar ao das reivindicações e demandas para uma melhor distribuição do dinheiro público, não porque as reivindicações não seja justas e legítimas, mas porque possam não serem viáveis politicamente. O "duplo caminho" não abre mão da reivindicação como política, mas questiona essa "via única" nesta conjuntura de globalização.

O debate sobre os Conselhos de Saúde, principalmente os municipais, cabe neste contexto. A importância da participação de representantes dos movimentos sociais na 8ª Conferência Nacional de Saúde, e da aprovação das medidas sobre a participação popular nos Conselhos, podem ter tido o efeito de uma ilusão ótica no tocante a considerar os Conselhos os lugares, "por excelência", de participação popular na área de saúde.

Sem dúvida, os Conselhos representam um espaço importante de participação popular no sistema de saúde, pois são um espaço formal e legal para representantes dos setores organizados da sociedade civil deliberarem sobre os rumos da saúde no seu município. Há, no entanto, uma experiência já acumulada, nos Conselhos, que indica os limites estreitos em conseguir que as medidas aprovadas sejam levadas à prática.

Possivelmente a importância que os Conselhos têm assumido como lugar privilegiado de participação popular no setor de saúde tem resultado numa espécie de "encurralamento" do movimento popular num espaço que muitas vezes é burocrático e de pouca representatividade. Certamente não é por estas razões que o trabalho desenvolvido por

Conselhos deliberativos deveria ser diminuído. Mas é de perguntar se outros variáveis não estão sendo cogitados.

3. A ação comunitária em discussão.

Embora o termo *ação comunitária* é hoje utilizado universalmente, sua aplicação tem um significado especial para a América Latina. A própria idéia de uma participação "popular" ou uma "ação comunitária" surge justamente para se distinguir de uma outra concepção de sociedade, onde quem tem estudo e recursos aponta o caminho "correto" para as classes populares. A ambigüidade do termo não vem somente das várias interpretações que poderiam resultar do seu uso, mas também do fato de que a tradição autoritária da América Latina, e no contexto deste trabalho, do Brasil, contamina tanto os grupos conservadores, quanto os progressistas. Há uma busca de controle do grande contingente da população pobre que mora nas periferias dos grandes centros como também dos segmentos correspondentes que trabalham e moram nas áreas rurais. Controle, para poder por em prática as suas concepções de como deve ser a sociedade brasileira.

Esse uso intenso do conceito de ação comunitária 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 consequência, algo centralizado nas mãos dos técnicos e na burocracia governamental.

A proposta da "integração dos grupos 'marginalizados'" parte do princípio de que a maioria da população, devido à sua pobreza, encontra-se "fora" da sociedade. É como se a dificuldade de acesso aos produtos e serviços básicos fosse uma decorrência da ignorância e passividade, dessas populações "marginais", ou para utilizar um termo mais atualizado, os *excluídos*. Ou seja, que estão "fora", por sua própria culpa, precisando ser "animadas", "incentivadas", "esclarecidas" para poderem participar dos benefícios do progresso econômico e cultural.

Essa concepção tem raízes fortes em nossa sociedade, inspirando inúmeros programas governamentais e religiosos que há muitos anos se vêm desenvolvendo com vistas a "integrar" os chamados "marginalizados".

Esse tipo de participação obscurece o fato de que estes grupos marginalizados sempre estiveram dentro da sociedade, mas participando da riqueza de forma bastante desigual. A "integração" deveria, então, passar necessariamente pela garantia de empregos, melhores salários e serviços básicos.

Uma das formas de ação comunitária mais utilizada é a do "mutirão". Trata-se de um apelo, de um convite à população, principalmente a que mora nos bairros periféricos e favelas, para que realize, com seus próprios trabalhos, tempo de lazer, e às vezes dinheiro, ações e obras da responsabilidade do governo. Em grande parte, os governos brasileiros, tanto o federal como os estaduais e municipais, agem com a população de uma forma bastante autoritária. Quando, no entanto, percebem que não dá conta de um determinado problema (como o dengue ou a cólera, por exemplo), então conclama a população a participar do combate e erradicação do mal através do mutirão.

Merece mais atenção dos estudiosos das classes populares, no entanto, a insistência dessas classes em praticar o mutirão, principalmente na construção de habitações, escadarias e equipamentos de saneamento básico. Há anos os mediadores da classe média assinalam as perdas de dinheiro e energia nesta prática, e as populações pobres continuam produzindo aquilo que um salário mais digno ou um governo mais popular deveriam estar facilitando. É possível estar presente na lógica e na experiência dos pobres brasileiros a idéia de que "não dá para confiar nas promessas dos governos". É possível também que o mutirão nos locais de moradia esteja espelhando valores comuns de solidariedade e reciprocidade.

Há uma cultura e tradição antiga no Brasil, a partir da qual os funcionários dos serviços de saúde e os membros da academia se relacionam com as classes populares verticalmente e de uma forma impositiva. Tal tradição e cultura fazem com que seja difícil para os serviços e para os membros da academia acreditarem que as classes populares construam seu próprio conhecimento e façam sua própria avaliação da realidade. Não é algo intencional, pois faz parte da própria cultura. Coursar a universidade é frequentemente visto como o caminho de se distinguir numa sociedade onde 70% da população é pobre e tem pouca escolaridade.

Uma vez, no entanto, que se aceite a idéia de que as classes populares de fato constroem seus conhecimentos e fazem uma sistemática interpretação da realidade, é possível imaginar como as idéias das pessoas da comunidade podem ser bem diferentes

daquilo imaginado pelos profissionais. Dada a tradição na América Latina de pensar que as classes populares recebem exclusivamente suas idéias de “quem estudou”, pode estar havendo as vezes uma dificuldade da parte dos professores da universidade e dos funcionários dos serviços em compreender o que os membros da comunidade estão falando e fazendo. José de Souza Martins, neste sentido, afirma de que “a crise de interpretação é nossa”, se referindo ao que se chama os mediadores com as classes populares (VALLA, 1997)

Há uma tendência dos serviços de centralizar suas atenções na questão da demanda, isto é, do que alguns chamam de “demanda espontânea” ou “demanda passiva --de quem se apresenta procurando tratamento e resolutividade. Se, de um lado, tal atenção é fundamental, de outro, é bem possível que o número de pessoas que “não se apresentam “ ou que “não procuram os serviços” esteja aumentando devido ao crescimento do desemprego estrutural e a conseqüente pobreza. Vasconcelos (1997) demonstra como este problema cresce num metrópole como Belo Horizonte, e mesmo durante um mandato de um governo tido como “popular”. Uma das conclusões do estudo do Vasconcelos é que este problema não se resolve sem a participação da população. Neste sentido, a resolução desse problema exige tanto dos serviços como também da comunidade uma relação obrigatoriamente de participação e cooperação. Trata-se de um trabalho de localizar e trazer para os serviços essa parcela da população.

Dentro dessa discussão, merece um comentário do termo “auto-ajuda”, muito utilizado tanto pelos serviços, como também pelas comunidades. O termo “auto-ajuda”. Pode ter uma conotação positiva muito semelhante à do termo “apoio social” (VALLA, 1996); da mesma forma, pode assumir uma conotação negativa.

Quando a auto-ajuda aponta para a questão preventiva e questiona a hegemonia médica e o ponto de vista exclusivamente curativa nos serviços de saúde, ganha uma conotação positiva. Trata-se de uma abordagem, tanto individual como também coletiva, que percebe que os serviços de saúde não são necessários para todos os problemas de saúde que a população carrega. Mas, dentro de uma perspectiva de conotação negativa, há de ter cuidado com o uso do termo, se referindo ao fato de que “não há outra solução”, dada à incapacidade dos serviços de atender toda a população. A auto-ajuda vista dessa forma é

nada mais do que uma sutil forma de empurrar na população a culpa por não se cuidar adequadamente.

A questão da demanda passiva como também a da auto-ajuda estão intimamente relacionadas com o que se chama de desemprego estrutural. Este termo se refere ao fato de que, no contexto de globalização, a perda de um emprego não implica na substituição do demitido, mas o desaparecimento da vaga; o desemprego então cresce a um ritmo muito além do normalmente esperado. Tal situação está se tornando comum na América Latina e significa a desintegração de famílias acompanhada por alcoolismo e o crescimento de crianças vivendo uma grande parte dos seus dias nas ruas das cidades mendigando o dinheiro suficiente para garantir o jantar em casa à noite.

O fato de que há parcelas grandes da população que não se interessam em participar dos trabalhos comunitários não significam que estão paradas ou passivas. Pode significar que entenderam o convite de participar e não aceitaram, ou porque não gostaram, ou porque não possuem condições materiais para participar (tempo disponível, recursos materiais, por exemplo). Pode significar também que não entenderam a proposta comunitária, o que geralmente significa que "entenderam outra coisa".

Uma forma de ação comunitária que sempre existia, mas que vem sendo examinada mais cuidadosamente é a do apoio social. Define-se como sendo qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material, oferecidos por grupos e/ou pessoas, já conhecidas, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, isto é, que tanto gera efeitos positivos para o recipiente, como também para quem oferece o apoio, dessa forma permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas e que desse processo se apreende de que as pessoas necessitam umas as outras (MINKLER, 1985). Essencialmente, o debate em torno da questão do apoio social se baseia em investigações que apontam para o seu papel na manutenção de saúde, na prevenção contra doença e como forma de facilitar a convalescença. Outro possível resultado do apoio social seria sua contribuição geral da sensação de coerência da vida e o controle sobre a mesma, que, por sua vez, afeta o estado de saúde de uma pessoa de uma forma benéfica (CASSELL, 1976).

Em momentos de muito *stress*, o apoio social contribui para manter a saúde das pessoas, pois desempenha uma função mediadora. Estudos têm demonstrados, inclusive, de que os apoios disponíveis de determinadas organizações sociais podem influir beneficemente no sentido de proporcionar fatores de proteção contra o aparecimento de doenças, oferecendo melhorias de saúde física, mental e emocional (CASSELL, 1974). Trata-se da noção de *empowerment*, isto é, um processo pelo qual indivíduos, grupos sociais e organizações passam a ganhar mais controle sobre seus próprios destinos (MINKLER, 1985). Neste sentido, um envolvimento comunitário, por exemplo, pode ser um fator psicossocial significante em melhorar a confiança pessoal, a satisfação com a vida e a capacidade de enfrentar problemas. Assim é possível pensar a participação social como forma de reforçar o sistema de defesa do corpo e diminuir a suscetibilidade à doença.

Toda crise tende a levar as pessoas a “abrir janelas” que talvez não tivessem sido abertas não fossem pela própria crise. Embora a proposta de apoio social não seja uma solução para a crise de saúde, foi a própria crise de saúde que permitisse sua discussão. Neste sentido, serve como uma espécie de trampolim para rever a saúde com a questão médica.

Se, de um lado, o apoio social oferece a possibilidade de realizar a prevenção através da solidariedade e apoio mútuo, de outro, oferece também uma discussão para os grupos sociais sobre o controle do seu próprio destino e autonomia das pessoas face à hegemonia médica, através da “nova” concepção do homem como uma unidade só (TOGNONI, 1991; VALLA, 1994).

Em todos os países do mundo industrializado e em muitos dos países em desenvolvimento - e neste caso o Brasil é um exemplo impar - houve uma ênfase da privatização da assistência médica juntamente com a sua especialização e tecnificação, resultando-se numa medicina menos humana e numa vida mais medicalizada (COX, 1995; LUZ, 1996). Madel T. Luz (1996) chama a atenção para o fato da insatisfação de parcelas de todos as camadas sociais do Brasil com os serviços de saúde. O que parece evidente é que a crise do “acesso aos serviços” é apenas um dos problemas que a população brasileira -- e no caso deste trabalho, os pobres -- enfrentam com relação à saúde. Se a prevenção, o tratamento e a recuperação não são apenas questões do corpo e sim, como propõe a teoria do

apoio social, uma de relação corpo mente, ou, se quiser, corpo alma, é muito provável que a grande procura das camadas populares pelas igrejas hoje significa mais que refugio da crise e da desordem.

Assim, a busca simultânea por grandes parcelas das classes populares pelo alívio dos seus sofrimentos, mas também a procura da solidariedade e conforto do apoio social fazem com que “abaixo da linha-d’água, move-se um vasto conjunto heteróclito de articulações...em contextos de religiosidade e magia que são não-governamentais, sem fins lucrativos, e no entanto, informais...”(Fernandes, 1994). De um lado, o próprio processo do crescimento da urbanização, juntamente com a conseqüência do aumento das demandas dos bens coletivos e individuais; e, de outro, a dilapidação dos direitos sociais e humanos -- tudo isso faz com que as “formas tradicionais de ajuda mútua...as reservas de ação social existentes à margem das instituições tipicamente modernas” atraem a atenção dos mais variados setores da sociedade civil (Fernandes, 1994).

O sacrificio que está sendo imposto a milhões de pessoas reabre a discussão dos problemas sociais como não sendo questões apenas do Estado. A crescente oposição no mundo contra uma intervenção maior do Estado indica a percepção de que não é mais possível confiar ao governo a tarefa de solucionar todos os problemas sociais. E o crescente interesse no fortalecimento da sociedade civil passa pela crença e experiência de que ela é mais flexível, disponível e aberta às pessoas comuns, à vida cotidiana.

Necessariamente, a formação do mundo neo-liberal excludente, “cria novas ‘autonomias’ na base da sociedade(...) e remete para a construção de um outro mundo, com um novo tipo de consciência social, estimulada pela solidariedade, que se traduza em atos concretos vivenciados pelas pessoas no seu cotidiano” (Genro, 1997).

4. Conclusão

Dentro do contexto que se julga necessário para discutir o reforço da ação comunitária, é imprescindível que sua conotação política seja ressaltada. Se não, pode facilmente o conceito passar a significar “atenção em saúde para os pobres”. Na medida em que as demandas das populações aumentem no campo da saúde, e na medida em que os governos tendem a limitar os seus gastos, corre o risco de “fazer o melhor possível” para um

limitado número de cidadãos. Nesta perspectiva, “sobra” a ação comunitária para os pobres que não conseguiram ser atendidos.

Assim, é necessário que a ação comunitária, ou seja, que os moradores das comunidades, tenham uma prática que se relaciona com a fiscalização do orçamento do seu município. O que não deve ser tolerado é uma concepção de ação comunitária que não tem nenhuma vinculação com a maneira em que a secretaria de saúde municipal emprega seu orçamento. Propor ação comunitária num país africano com poucos recursos para saúde é bem diferente do que discutir ação comunitária em países com Argentina, Brasil e Chile.

5. Referências bibliográficas: inclui referências citadas e sugestões de leitura.

ALMEIDA, Adir Luz - *Por um tema menor: democracia e participação ativa (o medo e a luta produzindo relações democráticas na escola pública)*. Dissertação de mestrado. Niterói. UFF. 1995.

ANTANOVSKY, Aaron - *Health, Stress and Coping*. San Francisco. Jossey-Bass Publishers. 1979.

BARROS e SILVA, Fernando de - “Pesquisadora vê democracia religiosa”. In: *Folha de São Paulo*, I-6, 26 de dezembro de 1995.

CASSELL, Eric J. - “An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology.” In: *American Journal of Medicine*. Vol. 64, No. 11, p. 1040-1043, 1974.

-----*The Healer's Art*. New York. J.P. Kippincott Company. 1976.

-----”the nature of suffering and the goals of medicine.” In: *New England Journal of Medicine*. Vol. 306, No. 11, p. 639-645, 1976.

CHUAI, Marilena - “Notas sobre cultura popular”. In: *Cultura e democracia*. São Paulo. Cortez. 1990.

CENTRO DE DEFESA DOS DIREITOS HUMANOS BENTO RUBIÃO - *Relatório final sobre as organizações populares em favelas do Rio de Janeiro na década dos anos oitenta*. Rio de Janeiro. 1994.

COIMBRA, Cecília - *Guardiões da ordem. Uma viagem pelas práticas psico Brasil do “milagre*. Rio de Janeiro. Oficina do Autor. 1995.

COX, Harvey - *Fire from Heaven. The Rise of Pentecostal Spirituality and the Reshaping of Religion in the Twenty-first Century*. New York. Addison-Wesley. 1995.

CUNHA, Marize Bastos de - *Parque Proletário, Grotão e outras moradas: Saber e história nas favelas da Penha*. Dissertação de Mestrado em Educação. Niterói, UFF, 1995.

ENG, Eugenia; HATCH, John e CALLAN, Anne - “Institutionalizing Social Support Through the Church and into the Community.” In: *Health Education Quarterly*. Vol. 12 (1): 81-92, 1985.

EVERS, T.; Muller-Plantenberg, C.; Spessart, S. - “Movimentos de bairro e Estado: Lutas na esfera da reprodução na América Latina”. In: MOÍSES, José Álvaro (Org.) - *Cidade, povo e poder*. Rio de Janeiro. Paz e Terra. 1985. 2ª Edição.

FERNANDES, Ruben Cesar - *Privado porém público. O terceiro setor na América Latina*. Rio de Janeiro. Relume Dumará. 1994.

- Finkler, Kaja - *Spiritualist Healers in Mexico - Successes and Failures of Alternative Therapies*. New York. Praeger. 1985.
- GENRO, Tarso - "O enigma do México". In: *Folha de São Paulo*, 1-3, 25 de fevereiro de 1996.
- GLIK, Deborah C. - "Participation in Spiritual Healing, Religiosity, and Mental Health." In: *Sociological Inquiry*. Vol. 60, No. 2, 1990, p. 158-176.
- "Symbolic, Ritual and Social Dynamics of Spiritual Healing." In: *Social Science Medicine*, vol. 27, No. 11, 1988, p. 1197-1206.
- GRAMSCI, Antônio - *Concepção dialética da História*. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira. 1966.
- KARK, Jeremy D.; SHEMI, Galia; FRIEDLANDER, Yechiel; MARTIN, Oz; MANOR, Orly; BLONDHEIM, S.H. - "Does Religious Observance Promote Health? Mortality in Secular vs Religious Kibbutzim in Israel?" In: *American Journal of Public Health*. March 1996, Vol. 86, No. 3, p. 341-346.
- LENIN, V. I. - *El desarrollo del capitalismo em Rusia*. Barcelona. Ariel. 1974.
- LUZ, Madel T. - *A arte de curar versus a ciência das doenças*. São Paulo. Dynamis. 1996.
- MARIZ, Cecília Loreto e MACHADO, Maria das Dores Campos - "Pentecostalismo e a redefinição do feminino". In: LANDIN, Leilah (Org.) - *Pentecostes e Nova Era: Fronteiras, passagens*. Rio de Janeiro. Instituto Superior de Religião (ISER). Série Religião e Sociedade, 17/1-2, 1994.
- MARTINS, José de S. - "Dilemas sobre as classes subalternas na idade da razão". In: *Caminhada no chão da noite*. São Paulo. HUCITEC. 1989. MARTINS, J. S., 1989. Dilemas sobre as classes subalternas na idade da razão. In: *Caminhada no chão da noite*. (J.S. Martins, Org.) São Paulo: HUCITEC.
- MINKLER, M., 1985. Building supportive ties and sense of community among the inner-city elderly: The Tenderloin Outreach Project. *Health Educational Quarterly*, 12: 303-314.
- MINKLER, M., 1992. Community organizing among the elderly poor in the United States: A case study. *International Journal of Health Services*, 22: 303-316.
- MOISÉS, J. A. 1985. O Estado, contradições urbanas e movimentos sociais". In: *Cidade, povo e poder*. (J.A. Moisés, Org.) Rio de Janeiro. Paz e Terra.
- NUNES, E., 1989. Carências urbanas, reivindicações sociais e valores democráticos. *Lua Nova. Revista de Cultura e Política*. 17: 75-92.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - *Carta da Ottawa*. 1986.
- *Declaração de Adelaide*, 1988.
- *Declaração de Sundsvall*, 1991.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE - *Declaração de Bogotá*. 1992
- RODRIGUES, F., 1998. Dívida de vinte e dois Estados supera receita *Folha de São Paulo*. 1-6, 11 de janeiro.
- RODRIGUES, J. C., 1992. *Ensaio em antropologia do poder*. Rio de Janeiro: Terra Nova.
- SAIDÓN, O., 1991. As loucas da Praça de Maio: carência ou intensidade? *Tortura Nunca Mais, Boletim Informativo do Grupo Tortura Nunca Mais/RJ*. 3: 8.
- SERULNIKOV, S., 1994. When looting Becomes a Right: Urban Poverty and Food Riots in Argentina. *Latin American Perspectives*. 21: 69-81.

- STARN, O., 1991. - *Reflexiones sobre rondas campesinas, protesto rural e nuevos movimientos sociales*. Lima IEP. Ediciones.
- TOGNONI, G., 1991. Epidemiologia comunitária. *Salud Comunitaria*. Lima, 1: 3-9.
- VALLA, V. V., 1986. *Educação e favela. Políticas para as favelas do Rio de Janeiro, 1940-1985*. Petrópolis. Vozes/ABRASCO.
- VALLA, V.V., 1994. Nova ordem mundial e condições de vida no Brasil: modificando as relações entre sociedade civil e educação popular. *Educação e Realidade*. Porto Alegre, 19: 23-39.
- VALLA, V.V., 1995. *Movimentos sociais, educação popular e intelectuais: entre algumas questões metodológicas*. Trabalho apresentado na XVIII Reunião Anual de Pesquisa e Pós-Graduação em Educação (ANPED). Caxambú. (no prelo)
- VALLA, V.V., 1996. A crise de interpretação é nossa. Procurando compreender a fala das classes populares. *Educação e Realidade*, 21: 177-190.
- VALLA, V.V., 1997 a. *Educação popular e saúde: A religiosidade popular como expressão do apoio social*. Trabalho apresentado na XX Reunião Anual da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Educação (ANPED). Caxambú. (no prelo)
- VALLA, V.V., 1997 b. A construção desigual do conhecimento e o controle social dos serviços de educação e saúde. In: *Participação Popular, educação e saúde Teoria e prática* (V.V.Valla e E.N.Stotz). Rio de Janeiro. Relume Dumará. 2a edição.
- VALLA, V.V. & STOTZ, E.N., 1991. *Participação popular e saúde*. Petrópolis. Centro de Defesa dos Direitos Humanos (CDDH) e Centro de Estudos e Pesquisas da Leopoldina (CEPEL), 2a edição.
- VALLA, V.V. & STOTZ, E.N., 1996. *Educação, Saúde e Cidadania*. Petrópolis. Vozes. 2a edição.
- VALLA, V.V. & STOTZ, E.N., 1997. Apresentação. In: *Participação Popular, Educação e Saúde: Teoria e Prática*. (V.V.Valla e E.N. Stotz, Org.) Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2a Edição.
- VALLA, V.V.; ASSIS, M.; CARVALHO, M., 1993. *Participação popular e os serviços de saúde: O controle social como exercício da cidadania*. Rio de Janeiro. PARES/ENSP/FIOCRUZ. 1993.
- VASCONCELLOS, E. M. 1997. Comentários sobre o trabalho Apoio Social e Saúde: Buscando compreender a fala das classes populares. In: VALLA, V.V. (1997) *Apoio social e saúde: Buscando compreender a fala das classes populares*. Trabalho apresentado no Intercâmbio do GT Educação Popular, ANPED, João Pessoa. (no prelo).
- WERNER, S.A., 1994. *Participação social em saúde: A experiência do Conselho Municipal de Saúde de Niterói*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro. 1994

Victor Vincent Valla é professor do Departamento de Endemias Samuel Pessoa, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, do Mestrado em Educação, Universidade Federal Fluminense e Presidente do Centro de Estudos e Pesquisas da Leopoldina.

Eduardo Navarro Stotz é professor do Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, e Vice-Presidente da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO).