

ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:

Um Milhão de Ações



CADERNO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: EM FOCO AS NECESSIDADES DE SAÚDE E O CONSUMO PREJUDICIAL DE DROGAS

Participaram da elaboração deste Caderno:

PROFESSORES E ESTUDANTES DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

Cassia Baldini Soares
Celia Maria Sivalli Campos
Elda de Oliveira
Luciana Cordeiro
Luiza Carraschi de Oliveira

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA UBS PARQUE SANTA MADALENA

Ducimaria Gomes da Silva
Gilmara dos Santos Santana
Isadete Pereira Pimenta

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA UBS PASTORAL

Marilda da Veiga Ramos
Marisa Evangelina Fanti
Mônica Pereira da Silva

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA UBS VILA RENATO

Alaíde Oliveira Lima Macêdo
André Luiz S. Nascimento
Edinalva T. da Silva Ferreira
Inês Lourenço da Silva

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA UBS IGUAÇU

Ivone Aparecida da Silva
Joselaine Maria da Silva
Luana dos Santos Gomes
Maria Beatriz de Oliveira Roseo
Maria do Socorro C. da Silva
Maria do Socorro G. B. Justino
Sandra C. T. Ribeiro
Valéria A. da Silva

São Paulo, 2012

| | |
|---|-----------|
| Caderno de trabalho do Agente Comunitário de Saúde: em foco as necessidades de saúde e o consumo prejudicial de drogas. | 4 |
| Identificar necessidades de saúde, que são diferentes de acordo com a classe social a que os sujeitos pertencem, é o primeiro passo para o planejamento das ações que incidam sobre o consumo prejudicial de drogas | 6 |
| CASO 01 - TERRITÓRIO COMO ESPAÇO DE TRABALHO E VIDA: IDENTIFICAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DE NECESSIDADES DE SAÚDE | 8 |
| Os objetivos desta oficina foram: | 9 |
| Estratégias utilizadas: | 9 |
| Apresentação da descrição dos bairros: | 10 |
| O bairro de Sapopemba: território que abriga precárias condições sociais | 10 |
| O bairro Mooca: território que dispõe de melhores condições sociais | 12 |
| A heterogeneidade das necessidades de saúde | 13 |
| Questões para discussão: | 13 |
| Proposta de continuidade | 13 |
| CASO 02 - ELA É UMA BOA MÃE. | 14 |
| Os objetivos desta oficina foram: | 15 |
| Estratégias utilizadas: | 15 |
| Ela é uma boa mãe. | 15 |
| Questões para discussão do caso: | 16 |
| Apresentação da síntese final das discussões dos grupos | 16 |
| A impotência do setor saúde frente aos problemas sociais | 16 |
| Sem Julgamento Moral | 17 |
| Processo de trabalho do ACS: como identificar necessidades de saúde? | 18 |
| Onde identificar necessidades de saúde? | 19 |
| Um caminho a percorrer | 19 |
| Papel do Estado | 19 |
| CASO 03 - AGORA O CASAL NÃO BRIGA MAIS | 20 |
| Os objetivos desta oficina foram: | 21 |
| Estratégia utilizada: | 21 |
| Agora o Casal não briga mais | 21 |
| Questões para discussões: | 22 |
| Síntese da discussão do grupo | 22 |
| Um Caso Muito Comum | 22 |
| Atenção aos problemas de saúde já instalados | 22 |
| Atenção à saúde na dimensão dos determinantes sociais | 23 |
| Ações do Poder Público | 24 |
| Apontamentos finais | 26 |
| Agradecimento: | 27 |
| Referências | 27 |

CADERNO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: EM FOCO AS NECESSIDADES DE SAÚDE E O CONSUMO PREJUDICIAL DE DROGAS.



Este caderno foi elaborado por participantes do Grupo de *Pesquisa Fortalecimento e desgaste no Trabalho e na vida: bases para a intervenção em Saúde Coletiva*, com a participação dos Agentes Comunitários de Saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS): Parque Santa Madalena, Pastoral, Vila Renato e Iguaçu, com a autorização da Prefeitura Municipal de São Paulo.

Esse processo teve início com oficinas para discussão dos temas consumo de drogas e juventude na contemporaneidade. Todo o processo esteve embasado na metodologia da pesquisa-ação e da educação emancipatória, de forma que todos os participantes e pesquisadores estiveram envolvidos de modo cooperativo e participativo. A pesquisa-ação é uma forma de engajamento sócio-político a serviço de problemas da realidade, que merecem investigação, elaboração e condução de ações concretas.

A proposta desse processo, que teve sua finalização com a elaboração conjunta desse Caderno, veio da necessidade trazida pelo cotidiano de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde de encontrar possibilidades de enfrentamento dos desgastes advindos do envolvimento de jovens e adultos com drogas – lícitas e ilícitas - nos espaços sociais onde trabalham.

O material está sendo disponibilizado aqui na esperança que outros trabalhadores diante das mesmas dificuldades possam se valer dos elementos discutidos.

IDENTIFICAR NECESSIDADES DE SAÚDE, QUE SÃO DIFERENTES DE ACORDO COM A CLASSE SOCIAL A QUE OS SUJEITOS PERTENCEM, É O PRIMEIRO PASSO PARA O PLANEJAMENTO DAS AÇÕES QUE INCIDAM SOBRE O CONSUMO PREJUDICIAL DE DROGAS

Quando alguém nos pergunta como são respondidas as necessidades de saúde, quase que automaticamente respondemos como aprendemos, que é com mais hospitais, mais consultas e exames, mais trabalhadores de saúde, especialmente médicos para todos, em qualquer bairro da cidade. No entanto, necessidades de saúde não são necessidades de serviços de saúde. Saúde é consequência das condições materiais de vida. Logo, a quantidade e a qualidade da saúde são consequência das condições de trabalho e das condições de vida (cuja base material é definida pelas possibilidades de inserção no trabalho). Portanto, os serviços de saúde não conseguem respondê-las, a menos que articulem suas ações com as de outros setores da sociedade, a ações intersetoriais. Por isso, defende-se que as necessidades de saúde espelham as condições de vida, a forma da presença do Estado no bairro e as características da participação social dos moradores. Portanto, não são iguais para todos.

Damesma forma, se nos perguntassem como resolver o problema do consumo prejudicial de drogas, muito provavelmente responderíamos automaticamente, como vemos estampado nos meios de comunicação, que é acabando com as drogas ou levando consumidores para tratamento psiquiátrico ou prendendo os traficantes.

Dizemos que o mundo está cada vez mais perdido por causa das drogas, mas dificilmente vemos alguma discussão do por que as drogas tomaram a importância que vem se colocando nelas.

As drogas, tanto o álcool e cigarro quanto as ilícitas, tem gerado muito dinheiro, adquiriram características de mercadoria – são amplamente produzidas, circulam pelo mercado e produzem lucro. Aliás, muito lucro. Portanto, se há produção há que se ter consumidores.

E há consumidores!

De um lado porque a vida está muito difícil com a insegurança no trabalho, a incerteza do amanhã, a preocupação incessante com os nossos queridos e como vão enfrentar as adversidades e assim por diante. Quem de nós não se preocupa? Quantas vezes ficamos mesmo estressados e nos sentimos mal? Algumas drogas acalmam provisoriamente, criam uma sensação de desligamento, diminuem a ansiedade, dissimulam a dor, alienam.

Há consumidores também porque se valoriza muito as competências e o desempenho individuais, sendo muito mal valorizado aquele que não é esperto para agarrar as oportunidades, o que não está ligado. Valoriza-se muito tirar prazer das coisas e dos momentos, sendo até mesmo medicalizados aqueles que aparentam tristeza e

sendo considerados problemáticos os que não se adaptam. A droga combina com tudo isso, algumas proporcionam prazer imediato, são estimulantes do pensamento, e agilizam as ações.

Para agravar, muitos jovens, ainda meninos, são seduzidos a trabalhar no narcotráfico especialmente nas nossas periferias. Há promessas de ganhos inimagináveis com os trabalhos mal remunerados que poderiam conseguir no mercado de trabalho formal e promessas de poder e prestígio, tão valorizados também, para sentir-se participando socialmente.

Na verdade, as necessidades de melhores condições de trabalho e vida estão na base do consumo compulsivo de drogas. Então, trabalhar para enfrentar os problemas de consumo prejudicial de álcool e outras drogas é trabalhar para responder a necessidades de saúde, não de serviços de saúde apenas, mas de condições que sejam favoráveis ao desenvolvimento da vida.

E o trabalho do ACS frente às necessidades que estão na base do consumo de drogas?

O que temos visto em muitos espaços em que os agentes de saúde atuam, quase sempre cobertos pela estratégia saúde da família porque são espaços empobrecidos, é que os problemas com as drogas se avolumam e eles estão entre homens e mulheres idosos, adultos e jovens, quando também não atingem crianças e não se oferecem estruturas sólidas, institucionais, encarregadas de olhar para o problema. O ACS parece ficar isolado e em dúvida, ele vê o problema no bairro, mas não tem instrumentos para lidar com ele. Na maioria das vezes não é sequer chamado a enxergar o problema.

Quando o incômodo é muito grande, há ainda que se vencer o desconhecimento sobre o que fazer. Há preconceito e ideias errôneas sobre o usuário, que são socialmente divulgados. Há medo e apreensão. Primeiro porque se teme o usuário estereotipado como um ser violento e mesmo não merecedor de atenção já que desviou-se das normas. Segundo porque se teme o negócio do tráfico, que vai achar que está sendo prejudicado. Parte disso é assim porque se pensa que para trabalhar com essas necessidades será preciso falar em drogas. Ora, se são as questões sociais que estão na base desse problema, enfrentá-lo não será falando sobre ele, mas sobre suas causas. É sobre suas causas que devemos agir. São suas causas que devemos discutir.

É claro que os ACS não podem ser colocados no lugar de responsabilizar-se sozinhos por esse complexo e imenso problema social. Porém, como ele está esbarrando nele todos os dias no território onde atuam (e vivem), sentem-se mais premidos a buscar soluções.

Este caderno é um instrumento para apoiar o trabalho dos ACS nos territórios junto às equipes de atenção à saúde em UBS.

OS OBJETIVOS DESTA OFICINA FORAM:

- identificar a heterogeneidade social entre diferentes territórios, consequência das desiguais condições de inserção no trabalho e na vida dos diferentes grupos sociais;
- apreender a heterogeneidade das necessidades de saúde dos moradores dos territórios, coerentemente às desiguais inserções na reprodução social que caracterizam os diferentes grupos sociais.
- discutir a natureza das ações dos ACS frente às necessidades de saúde identificadas nos territórios onde atuam.

ESTRATÉGIAS UTILIZADAS:

Inicialmente, de posse de dados do Mapa da Exclusão/Inclusão Social disponível no site da Prefeitura de São Paulo (http://www9.prefeitura.sp.gov.br/semla/mm/index.php?texto=corpo&tema_cod=5), foi solicitado aos ACS que escolhessem dois Distritos da cidade de São Paulo que conhecem.

A orientação foi para que eles escolhessem bairros que representassem a heterogeneidade de São Paulo, em termos de inserção social (por meio da descrição de condições de trabalho e vida dos moradores). Para essa escolha, os participantes começaram por reconhecer características de inserção social de moradores desses distritos e seus bairros. Com esse objetivo responderam, utilizando os dados oferecidos anteriormente, as seguintes questões:

- Qual foi a nota obtida pelos Distritos escolhidos no Mapa de Exclusão/Inclusão Social do município de São Paulo?
- Que dados desses Distritos vocês escolheriam, para justificar a nota obtida no Mapa de Exclusão/Inclusão Social do município de São Paulo?

Os Distritos escolhidos foram Sapopemba e Mooca, focalizando-se neles os bairros de mesmo nome.

Foi proposto que cada grupo relatasse aos demais as características dos bairros escolhidos, por meio de representação gráfica (desenho).

Para estimular a discussão foram indicadas as questões abaixo.

- Qual é a **atividade econômica predominante** no bairro? Existem **atividades** de todos os setores da economia? (setor primário - agricultura, pecuária; setor secundário - indústria; setor terciário - serviços). Em que parte se localizam?
- **Quais são as características das atividades de trabalho e dos trabalhadores deste bairro?** Quais são as **características das atividades de trabalho** desenvolvidas pelos moradores? (atividades desenvolvidas; escolaridade/qualificação exigida para serem

exercidas; horas semanais trabalhadas); **tipo de vínculos empregatícios** (formais – com carteira assinada; informais – sem carteira assinada: bicos, trabalho familiar, trabalho doméstico; outros); famílias mantidas por salário de aposentadoria; dentre outros indicadores das condições de trabalho que o grupo julgar que retratam as características das atividades de trabalho e dos trabalhadores do bairro.

- Vocês avaliam que a **renda** advinda do trabalho é suficiente para garantir condições de vida dignas às famílias dos trabalhadores? Justifique sua resposta; as famílias tem acesso a **outras fontes de renda**? (aluguel; benefícios de programas sociais – seguro desemprego, auxílio do INSS; outros benefícios do trabalho – convênios, vales, entre outros; outra fonte de renda).
- Quais são as **condições de vida das famílias** neste bairro? **características do bairro** (distribuição das ruas com pavimentação e arborização); características das residências (tamanho; tipo de material de construção e de acabamento; distribuição das moradias no território – quais ficam nas partes centrais?; proximidade com áreas de risco; pagamento/isenção de IPTU; característica do acesso das residências a fornecimento de luz, água e esgoto, coleta de lixo; entre outras); acesso das famílias a bens materiais e imateriais (geladeira, TV, computador, entre outros bens materiais; acesso e características de instituições de ensino; acesso e características de atividades de laser); característica do transporte; instituições sociais presentes no bairro (de saúde; de educação, associações, ONGS, entre outras). Quais famílias tem acesso a elas?

APRESENTAÇÃO DA DESCRIÇÃO DOS BAIRROS:

O BAIRRO DE SAPOPEMBA: TERRITÓRIO QUE ABRIGA PRECÁRIAS CONDIÇÕES SOCIAIS

Sapopemba é o nome de uma árvore, segundo Dias (2006), sinônimo de sapopema, que na língua tupi significa raiz chata (Houaiss, s/d).

A principal avenida da região é a Av. Sapopemba que dá acesso a outras regiões como Av. Aricanduva, Parque São Rafael, São Mateus, Mooca, Av. Anhaia Mello, Av. Salim Farah Maluf (braço de acesso à marginal do rio Tietê). A avenida Sapopemba é a mais extensa do município de São Paulo, com 30 km, e a terceira maior do mundo em extensão (Dias, 2006). Essa avenida é ponto de referência do bairro, nas proximidades dela está o comércio local, uma escola particular, uma indústria de linhas e o ponto final de uma linha de ônibus.

No bairro os trabalhos predominantemente oferecidos são no setor de serviços. Neste setor, os trabalhadores do local são geralmente empregados em trabalhos domésticos ou no comércio local (licito ou ilícito), formal ou informal, como são os pequenos pontos de venda, (em espaços externos à residência, como em garagens - ou dentro das casas), que comercializam doces, salgadinhos, enfeites para o cabelo, produtos de papelaria, entre outras pequenas mercadorias. Muitos trabalhadores se inserem em atividades em

outros bairros e há famílias que sobrevivem do recebimento da Bolsa Família (programa do governo federal). Os contratos de trabalho são tanto formais quanto informais, não se conhecendo se há predomínio de algum deles. Parte dos jovens e até mesmo crianças têm envolvimento com o tráfico, trabalhando como “olheiros”.

Em Sapopemba as residências, de desiguais características, se distribuem em diferentes partes do território, de tal forma que quanto melhor é o acesso das famílias a bens, materiais e imateriais, melhor são as condições das moradias e mais centralmente ao bairro elas se localizam. Há famílias residindo em casas de alvenaria com acabamento, próprias ou alugadas, outras que moram em favelas, em casas de madeira ou alvenaria (com e sem acabamento) e também famílias que têm suas residências em área irregularmente ocupada, conhecida pelos moradores como *Chácara*. Há famílias que moram em casas construídas sobre córregos e utilizam pontes instáveis e improvisadas para circular pelo bairro.

Coerentemente às condições de moradia, são heterogêneas as vias de acesso às residências. Os acessos às casas do centro do bairro são melhores do que os para as moradias das favelas, que por sua vez são melhores do que o acesso à *Chácara*, parte do território de difícil acesso, especialmente por pessoas com dificuldades de deambulação, pois para chegar nessa área há muitos degraus, conhecidos como “o escadão”. Nessa parte do território há igrejas evangélicas, pequenos comércios e um lava rápido.

Parte do bairro não conta com serviços básicos de infra-estrutura urbana. Portanto, o acesso à energia elétrica e água encanada é feito por meio de ligações irregulares, o que acarreta riscos à segurança dos moradores dessas áreas e não há coleta de lixo. Ainda como consequência da ausência de urbanização, outro problema recorrente nas proximidades da *Chácara* era a ocorrência de atropelamentos e acidentes de trânsito. Moradores organizaram-se e obtiveram sucesso na reivindicação de um semáforo na *Chácara*, após a instalação desse equipamento houve redução do número de acidentes naquela região.

Quanto a possibilidades de lazer, o bairro não tem instituições nem áreas públicas para esse fim, com exceção do CEU Sapopemba, o qual devido à grande extensão do território acaba sendo distante para parte dos moradores, dificultando o acesso. Há uma praça, mas os moradores sentem insegurança de freqüentá-la, além de um outro espaço público conhecido como o local onde os jovens se reúnem para estar juntos, beber e usar drogas. A escassez de espaços é tanta, que crianças e jovens costumam jogar bola na laje da Unidade Básica de Saúde.

Para a sociabilidade dos jovens, os espaços no bairro são a escola, para os que a frequentam, e baile funk – conhecido como “pancadão”, por causa do característico ritmo da música.

Para atenção à saúde, a região conta com Unidades Básicas de Saúde, que contam com equipes da Estratégia de Saúde da Família, por isso chamadas Unidades de Saúde da Família (USF), e também com um hospital público.

A população tem se queixado que o atendimento oferecido nas USF tem sido prejudicado pela rotatividade de médicos e enfermeiros, que ora são demitidos, ora pedem demissão porque os que ficam na USF não aguentam o grande aumento no ritmo de trabalho

provocado pela saída de colegas. Como consequência o trabalho dos ACS fica ainda mais desgastante, porque esse profissional é pressionado de um lado pelos usuários do serviço que solicitam atendimento, e por outro lado pela equipe da USF, pois precisa cumprir as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e cobradas pela Organização Social que faz a gestão da rede de USF.

Já a atenção de maior complexidade tecnológica é feita no hospital público do bairro, o principal da região. O acesso a ele é feito pela av. Sapopemba. Embora esse hospital não tenha pronto socorro, geralmente os atendimentos de emergência são feitos pelos trabalhadores desse serviço de saúde.

O BAIRRO MOOCA: TERRITÓRIO QUE DISPÕE DE MELHORES CONDIÇÕES SOCIAIS

O bairro da Mooca é conhecido por ser um dos mais antigos da cidade, é o mais antigo da zona leste. Segundo o site “portal da Mooca” (www.portaldamooca.com.br), o nome também é de origem indígena e significa “moo= fazer, oca= casa”, em alusão às primeiras casas construídas pelos habitantes brancos naquela região, já no século XVI.

A Mooca é conhecida por abrigar imigrantes, italianos, portugueses, espanhóis e húngaros (www.portaldamooca.com.br),

Embora haja heterogeneidade social entre moradores do bairro, segundo os ACS esse é um bairro mais homogêneo em termos de acesso das famílias a bens materiais e imateriais, se comparado com Sapopemba.

Segundo os ACS deste grupo de trabalho, a principal avenida é a Paes de Barros e é nas imediações dela que se considera o centro do bairro, “onde muitos artistas moram”.

Grande parte dos trabalhadores que vivem na Mooca trabalham em outros bairros, em trabalhos que exigem qualificação, portanto, com melhores salários. Os que trabalham localmente inserem-se primordialmente no setor de serviços, embora seja uma região onde se localizam fábricas.

Há muitas casas com boas condições de construção e acabamento, e há condomínios fechados.

O bairro é bem servido de transporte coletivo, embora muitos moradores se desloquem de carros próprios. Há, no entanto pouco contato entre os moradores, imaginam os participantes deste grupo. Avaliam que há poucas pessoas circulando a pé pelas ruas e que a “vida diária na Mooca é diferente, tudo é fácil e prático, tudo é perto e também devido ao poder aquisitivo de moradores”.

As ruas são bem arborizadas, são largas, planas, tem calçadas em boas condições. Nesse bairro, disseram os ACS, “a polícia passa para proteger os ricos, tem delegacia de polícia no bairro”.

Além de escolas públicas e privadas, no bairro há o SENAI; os jovens podem frequentar seus cursos sem gastar muito tempo no transporte.

Há espaços para lazer - quadras esportivas, um grande parque e o clube Juventus, com muitos moradores associados. Os jovens tem acesso a atividades em outras regiões da cidade, além de poderem passear e consumir nos shoppings e lojas do bairro.

Para atenção à saúde o bairro conta com vários hospitais privados, há os que são especializados (por ex: CEMA – otorrinolaringologia, IBCC – câncer), além de clínicas, hospitais públicos, Unidades Básicas de Saúde.

A HETEROGENEIDADE DAS NECESSIDADES DE SAÚDE

Após apresentação dos dois desenhos e descrição dos dois bairros os ACS concluíram que as necessidades de saúde não podem ser as mesmas para os moradores desses dois territórios, já que o acesso ao que responde às necessidades também não é o mesmo, ou seja, são desiguais a distribuição de trabalho com carteira assinada e salário digno, transporte de boa qualidade, casas com os serviços de infra-estrutura, acesso à boa alimentação, poder contar com instituições sociais (serviços de atenção à saúde com equipe completa e atendimento resolutivo, creches, escolas, cursos técnicos, espaços de lazer, segurança no bairro), espaços de participação da população, para se juntarem e reivindicarem melhorias para o bairro, como por exemplo um centro de convivência com atividades e passeios para moradores, incluindo idosos, horta comunitária, entre outros espaços, projetos e ações de fortalecimento das condições de trabalho e de vida, que fizessem frente aos desgastes que ameaçam a saúde desses moradores.

QUESTÕES PARA DISCUSSÃO:

- Por que temos que levantar dados sobre a inserção social para entender quais são as necessidades de saúde dos moradores de uma determinada área?
- Quais ações, para além da atenção clínica (consulta, exames etc), considerando os problemas de saúde já instalados, seriam necessárias para responder às necessidades de saúde dos moradores de uma área?

PROPOSTA DE CONTINUIDADE

A partir dessa oficina a proposta de continuidade foi a “discussão de caso” que retratasse situações do cotidiano de trabalho dos ACS, com enfoque no envolvimento de jovens com substâncias psicoativas.

Num encontro seguinte foi então desenvolvida a proposta, na oficina descrita abaixo.

CASO 02
ELA É UMA BOA MÃE.



OS OBJETIVOS DESTA OFICINA FORAM:

- reconhecer as características do envolvimento com drogas em tempos atuais (produção, distribuição e consumo);
- identificar a condição da droga como mercadoria,
- analisar as características da sociabilidade dos jovens na atualidade e nos espaços de atuação dos ACS;
- reconhecer as diversas formas de envolvimento com drogas, coerentemente às desiguais inserções na reprodução social.

ESTRATÉGIAS UTILIZADAS:

Os participantes dividiram-se em grupos de 4 ou 5 componentes, leram e discutiram o caso, fictício, previamente escrito a partir da junção de fragmentos de vários casos verídicos acompanhados pelos ACS. A discussão foi guiada pelo roteiro de questões se segue ao texto.

ELA É UMA BOA MÃE.

Eles moram em uma casa feita metade de madeira e metade de tijolos, que foi erguida ainda quando o pai dos meninos morava lá, depois ele foi morar com outra mulher e nunca mais deu notícias. A mãe é sozinha e trabalha como catadora de papelão, passa a manhã toda puxando carrinho, enquanto os meninos estão na escola. Estar na escola garante o leite, mas não garante a matemática. À tarde, destemidos, eles vão para o serviço e é lá que eles aprendem a somar, multiplicar e dividir e até fazer conta de porcentagem; é importante calcular direito para o patrão não cobrar depois e também para ter a chance de se candidatar a um cargo melhor e tirar até 400 pratas por semana. Emprego desses não se encontra por aí para meninos favelados, quase analfabetos que, assim como qualquer outro menino da idade deles, precisam se vestir bem, se conectar no Facebook pelo iPad, que também toca Racionais e MCs. E ela é uma boa mãe, vive dizendo: “Menino, toma jeito! Não deixa seus tênis espalhados por aí”; e também: “cuida desse resfriado, esse menino vive com o nariz escorrendo e o outro vive com os olhos baixos”. E sempre repetia: “a bronquite vai matar eles!”. Ela cuida da casa simples, lava, passa, cozinha e leva almoço para os meninos lá na “loja”. Exige que estejam em casa à noite e fica preocupada quando eles vão ao “pancadão” no sábado, não dorme enquanto eles não chegam. Ela fica assistindo a Net na TV de 50 polegadas e cuidando da netinha de 8 meses já que a mãe do bebê, uma garota de 14 anos, não tem condições.

QUESTÕES PARA DISCUSSÃO DO CASO:

- Este é um caso em que a equipe de saúde deve atuar?
- Quais são as informações necessárias para elaborar uma estratégia de ação? O caso traz dados suficientes para isso?
- Como supõe que os dados descritos acima foram coletados?
- Como coletar outras informações? Quais? Qual seria o papel do ACS nesta questão?
- Quais são as necessidades de saúde que você identifica nesse caso?
- Que ações poderiam ser realizadas no bairro para responder as necessidades de saúde dessa família? Qual seria o papel do ACS nesta questão?
- Qual é o papel do Estado nesse caso? Qual deveria ser? Como essa família poderia ter suas necessidades de saúde respondidas? A que instituições poderia recorrer para isso? Qual seria o papel do ACS nesta questão?

Após a discussão nos pequenos grupos cada um deles apresentou para os demais, suscitando debate entre eles e conduzindo à síntese final.

APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE FINAL DAS DISCUSSÕES DOS GRUPOS

A IMPOTÊNCIA DO SETOR SAÚDE FRENTE AOS PROBLEMAS SOCIAIS

Buscou-se mediar as discussões e a síntese final desta oficina considerando-se o conceito de necessidades de saúde discutido anteriormente, ou seja, a partir da compreensão de que as condições de saúde estão diretamente ligadas às condições de vida, que são consequência das condições de trabalho. São essas condições que determinam em que grupo social estamos inseridos e são elas que configuram as raízes das necessidades de saúde.

Portanto, se a intenção do projeto assistencial do serviço de saúde for atingir os determinantes das necessidades de saúde – as condições concretas de trabalho e de vida - as práticas devem ser planejadas para atingir mais do que o problema de saúde reconhecido pelo usuário e trazido ao serviço.

Para responder à complexidade das necessidades de saúde são necessárias práticas de vários outros setores, articulados às práticas de saúde, como as do setor da educação, da assistência social, dos esportes, do verde e meio ambiente, entre outros, uma vez que as práticas de saúde não conseguem interferir nas condições concretas de trabalho e de vida dos moradores do bairro.

A única forma de atingir os determinantes das necessidades de saúde é por meio de ações intersetoriais, mas essas ações não têm sido efetivadas entre Unidades de Saúde da Família (USF) e os demais setores. A resposta mais oferecida tem sido a consulta – médica ou de enfermagem –, geralmente focalizada nas doenças e nos mal estares físicos e psíquicos, a solicitação de exames e a oferta de medicação. Por isso os usuários solicitam tanto esses procedimentos, foi o que os serviços de saúde “ensinaram” aos que os procuram.

Mas, uma vez que só as práticas realizadas no setor saúde não respondem à complexidade das necessidades de saúde, os trabalhadores de saúde sentem-se impotentes diante de situações como a dessa “boa mãe” do caso (fictício) relatado acima e passam a avaliar que no setor saúde nada é possível fazer.

Há situações, como essa, para as quais não se pode oferecer a solução, como se oferece um analgésico para uma dor. No entanto, mesmo não tendo respostas, há o que ser feito com práticas do setor saúde.

SEM JULGAMENTO MORAL

O ACS desenvolve a maioria das atividades da sua prática no contato direto com moradores, geralmente dentro das residências. A natureza do trabalho do ACS o coloca numa posição nem sempre confortável, ele é morador da região, às vezes vizinho da família monitorada e até ser ACS entrava nas casas como amigo ou como vizinho e agora entra como trabalhador da USF.

O limite é muito pequeno entre ocupar uma posição ou outra, por isso não é incomum “dar bronca”, dizer coisas que se diria a um amigo e nessas julgar situações com as quais se depara no cotidiano do trabalho. Não é raro nos pegarmos pensando, ou dizendo coisas como: *“mas também, viver do jeito que ela vive só podia dar nisso...”* ou *“dorme até tarde, por isso não arruma trabalho...”* ou *“pois é, dinheiro pra comprar esmalte ela tem, mas pra comprar leite não...”*, *“mora na favela, numa casa que nem acabamento tem, mas tem uma TV LED que nem eu tenho condição de comprar...”*, dentre tantas outras. É uma atitude por vezes automática, mas que não ajuda a pensar em alternativas para ajudar a família a enfrentar os desgastes da vida e ainda por cima coloca a culpa no indivíduo pela situação que está passando, pois julga que se fizesse de um jeito diferente isso não estaria acontecendo, o que não é possível se saber.

Para desenvolver suas práticas é muito importante que os trabalhadores estabeleçam vínculos, relação de confiança com a família, relações que serão mais fortes quanto mais a relação entre trabalhadores e a família for respeitosa e quanto menos fizer julgamentos de situações com as quais se depara no cotidiano do trabalho.

Na discussão do caso dessa família acima os participantes da oficina sinalizaram a necessidade de se desfazer de preconceitos e julgamentos morais. Antes de qualquer coisa, salientaram os participantes, é preciso entender o que há por trás, os motivos que levam as pessoas a tomarem certas atitudes.

Nessa família, os filhos já estavam envolvidos com o tráfico de drogas, muito provavelmente porque não tinham outras possibilidades que lhes permitissem escolhas; encontraram no tráfico a possibilidade de um estilo de vida que não conseguiriam desfrutar se estivessem desempregados, ou inseridos em outra atividade no bairro – que muito provavelmente seria uma atividade sem exigência de qualificação; logo, só teriam acesso a baixos salários. Dessa forma, esses jovens não teriam acesso a bens de consumo que simbolizam o “ter se dado bem na vida”. Portanto, por mais arriscado que seja o envolvimento com a atividade em que se inseriram, é uma oportunidade muito tentadora, quase irrecusável, pelo montante de dinheiro que proporciona.

Certa vez durante uma palestra uma professora carioca, para exemplificar como está incorporada a idéia de sucesso associado à posse de bens, especialmente os considerados de luxo, e de que se deve perseguir o sucesso a qualquer custo, relatou uma frase escrita no muro de uma favela no Rio de Janeiro: “antes ser herói por um dia do que ser Mané a vida inteira”.

Dessa forma, a inserção de jovens em atividades ilícitas, mas que lhes possibilite o consumo de artigos de luxo não é escolha. Ao contrário, é falta de opção.

PROCESSO DE TRABALHO DO ACS: COMO IDENTIFICAR NECESSIDADES DE SAÚDE?

- *Conhecer a família*

A primeira coisa a ser feita, disseram os ACS, é levantar mais dados sobre a família, para conhecer suas percepções e crenças do que é preciso para se ter saúde e, junto com a família e com os trabalhadores da USF, reconhecer quais são as necessidades de saúde dessa família e com isso também as necessidades das famílias moradoras na mesma parte do bairro.

Para planejar práticas ampliadas é imprescindível que o ACS, durante as visitas domiciliares, obtenha informações a respeito dos trabalhadores da família (atividade realizada, se tem registro em carteira de trabalho, número de horas trabalhadas por semana, benefícios que recebe desse trabalho, quem e quantos são os trabalhadores desempregados, entre outras que julgar necessárias. Na ficha A do SIAB consta apenas informação sobre o número de desempregados na família) e também das características de vida (propriedade da habitação, condições de construção da moradia, acesso a serviços de água, luz e esgoto oficiais, posse de bens, entre outras que julgar necessárias. Várias dessas informações das condições de vida constam da ficha A do SIAB).

Os ACS participantes da oficina concluíram que uma de suas funções é, junto com a equipe da USF, identificar necessidades de saúde de moradores da área sob responsabilidade da unidade e como uma das funções do trabalho do ACS é fazer “ponte” entre as famílias que monitora e os trabalhadores da USF, esse trabalhador é importante fonte de informações para o reconhecimento de necessidades de saúde do usuário do serviço, que precisa ser estendido às famílias e ao grupo social em que estão inseridas.

ONDE IDENTIFICAR NECESSIDADES DE SAÚDE?

As informações a respeito das características das formas de trabalhar e de viver das famílias podem ser obtidas no SIAB, nas instituições sociais do bairro, nas visitas domiciliares, além daquelas que o ACS conhece, por morar na região.

Em geral a Estratégia Saúde da Família (ESF) está instalada em bairros considerados pobres e vulneráveis socialmente, isto é, as respostas a necessidades de saúde dos moradores não são contempladas. No caso apresentado as necessidades de saúde são: acesso a serviços de saúde e de educação de boa qualidade, a condições dignas de moradia, alimentação adequada, necessidades possíveis de serem atendidas a partir da inserção dos moradores em trabalhos que lhes possibilitassem esse acesso, bem como a presença do Estado no bairro, garantindo o acesso a serviços sociais.

Para atender necessidades de saúde dessa e de outras famílias do bairro, seria necessária a articulação entre práticas de instituições sociais de outros setores, mas também o fortalecimento da participação social, por meio de movimentos populares que se associem a representantes do Estado (trabalhadores da USF, por exemplo), uma vez que as unidades de saúde, isoladamente, não têm respostas a todas as necessidades de saúde dos moradores do bairro. A alternativa é compor uma rede social, composta por moradores e trabalhadores das diversas instituições sociais do bairro para lutar pela igualdade de direitos dos moradores. Ou seja, atender necessidades de saúde é uma atividade política, pois depende da luta por direitos sociais, como o direito à saúde.

UM CAMINHO A PERCORRER

A título de exemplo, a USF poderia envolver-se na criação de projetos articulados ao projeto pedagógico de escolas, com a finalidade de envolver os estudantes na discussão sobre os valores em pauta na sociedade, bem como valores associados ao aprimoramento humano, propondo atividades coletivas de reconhecimento do bairro, como fotografia, mural, entre tantas, que recuperem suas raízes, em narrativas que recomponham sua história, que permitam sendo de continuidade e de pertencimento, atividades que estimulem os jovens a pensarem a respeito de suas perspectivas de futuro.

PAPEL DO ESTADO

O Estado tem papel de garantir serviços e instituições sociais que contribuam para o aprimoramento das condições de trabalho e vida dos moradores do bairro – escolas que aprimorem a formação crítica dos estudantes; serviços de saúde com trabalhadores que tenham como finalidade o aprimoramento das condições de saúde da totalidade dos moradores do bairro; segurança pública que garanta a segurança da população e não só a punição.

CASO 03
AGORA O CASAL
NÃO BRIGA MAIS



OS OBJETIVOS DESTA OFICINA FORAM:

- identificar e analisar condicionantes e determinantes da situação em que o casal se encontra
- reconhecer necessidades de saúde da família e do grupo social ao qual pertencem
- identificar respostas a necessidades de saúde identificadas.

ESTRATÉGIA UTILIZADA:

Os participantes dividiram-se em grupos de 4 ou 5 componentes, leram e discutiram o caso, previamente escrito a partir da junção de fragmentos de vários casos verídicos acompanhados pelos ACS. A discussão foi guiada pelo roteiro de questões se segue ao texto.

AGORA O CASAL NÃO BRIGA MAIS

Bento mora com Rita, sua esposa, com quem é casado há 35 anos, e um de seus quatro filhos em uma casa simples, mas que nunca faltou nada. Como um bom “cabra macho” ele sempre trouxe o dinheiro para casa para sustentar sua família, às vezes trabalhando de segunda a segunda.

Há dois anos a maioria dos filhos saiu de casa para ter as próprias famílias e Bento se aposentou. Passou a ficar longas horas assistindo televisão e depois de algum tempo ampliou suas atividades do dia a dia: jogava dominó com os colegas no bar da esquina e vez ou outra tomava um aperitivo enquanto jogava. Com o passar dos dias essa passou a ser a principal atividade de Bento, então com 64 anos.

Bento e Rita nunca passaram muito tempo juntos em casa, pois ele trabalhava fora e ela estava sempre ocupada cuidando dos filhos. Após a aposentadoria o casal passou a ter desentendimentos frequentes já que a esposa continuou a ter sua ocupação com a casa sem a ajuda do marido ou do filho e ainda tinha que servir almoço para os dois na hora certa e se haver com a bagunça deles dentro de casa. Às vezes, ainda, a esposa cozinhava e ninguém aparecia em casa.

Com o tempo a relação dos dois foi ficando cada vez mais distante e baseada em gritos e discussões, já que Bento por vezes passava mais de um dia fora de casa, sem avisar, e deixava de contribuir com as despesas da casa. O salário de aposentado, que a princípio supria os gastos da casa, passou a ser insuficiente. Bento sentia-se mal, com dores de cabeça, com o coração acelerado e vivia com as pernas inchadas; todas as vezes que isso acontecia os companheiros davam um jeito de chamar a esposa, que tinha que resolver o problema.

Rita foi deixando de cozinhar e de arrumar tanto a casa. Às vezes não comprava comida e passava o dia deitada, “sem coragem” para nada. Agora o casal não briga mais.

QUESTÕES PARA DISCUSSÕES:

- Este é um caso em que a equipe de saúde deve atuar?
- Quais são as informações necessárias para elaborar uma estratégia de ação? O caso traz dados suficientes para isso? Como supõe que esses dados foram coletados? Como coletar outras informações? Quais? Qual seria o papel do Agente Comunitário (ACS)?
- Quais são as necessidades de saúde que você identifica nesse caso?
- Que ações poderiam ser realizadas no bairro para responder às necessidades dessa família? Qual seria o papel do ACS?
- Qual é o papel do Estado nesse caso? Qual deveria ser? Como essa família poderia ter suas necessidades respondidas? A que instituições pode recorrer para isso? Qual seria o papel do ACS?

SÍNTESE DA DISCUSSÃO DO GRUPO

UM CASO MUITO COMUM

Os ACS participantes da oficina reconheceram semelhanças entre o caso descrito e a realidade de famílias que encontram em seu cotidiano de trabalho.

Para o planejamento de uma estratégia de ação, avaliaram, o primeiro passo seria identificar outros dados dessa família, os disponíveis precisam ser complementados, provavelmente foram coletados sem muito tempo para aprofundar a conversa, diante do conjunto de tarefas diárias que os ACS desenvolvem no trabalho. Para se obter mais informações para auxiliar no reconhecimento de necessidades de saúde é necessário ter mais tempo disponível, para a interpretação dessas necessidades, junto com o usuário, é imprescindível que esteja estabelecida relação de confiança entre as partes envolvidas. Por isso, outras visitas do ACS serão necessárias, uma vez que é esse trabalhador que identifica grande parte das informações e as discute com a equipe de saúde da UBS.

ATENÇÃO AOS PROBLEMAS DE SAÚDE JÁ INSTALADOS

Inicialmente houve um esforço do grupo para dar respostas/soluções imediatas, sugerindo ações direcionadas aos problemas de Bento e Rita, com enfoque nos mal estares físicos deles.

Os ACS sugeriram que o melhor seria começar por discutir o caso com a equipe, para refletirem quais dados precisariam conhecer para identificar necessidades de saúde daquela família. Em seguida realizariam uma visita domiciliar com a enfermeira no domicílio do casal e retornariam as informações para a equipe, favorecendo uma discussão mais aprofundada do caso entre os membros da equipe para que, cada um disponibilizando

os recursos específicos da sua profissão, pudessem planejar respostas às necessidades detectadas.

Rita estava desanimada e triste, parecendo sofrer de depressão, quadro cada vez mais comum nos espaços de atuação dos ACS.

Os participantes da oficina concluíram que esse quadro, que parecia depressão, vinha se desenvolvendo aos poucos, certamente não tinha aparecido assim “do dia para a noite”, disseram. Afinal, desde que os filhos saíram de casa e após a aposentadoria de Bento ela tinha pouco estímulo para encontrar pessoas e conversar. Parece que foi ficando cada vez mais em casa, sozinha, pois Bento ficava o tempo todo no bar e quando voltava para casa só se falavam para brigar. A vida foi se tornando sem sentido, sem projetos, Rita e Bento já não faziam planos para o futuro.

Para Bento, sugeriram começar por sensibilizá-lo da necessidade de consulta médica. Apesar dos ACS considerarem que a dor de cabeça e o começo do hábito de beber tenha sido pela preocupação com a falta de dinheiro e o desgosto de ficar sem fazer nada, no momento ele precisava de cuidados com o inchaço nas pernas, com a sua pressão arterial.

Os participantes da oficina sugeriram que no atendimento de Bento e Rita, desde o acolhimento até o planejamento do tratamento, fosse contemplada a participação deles e não só a equipe dizer o que eles precisam fazer. Só eles é que podem saber o que sentem e qual é o jeito de lidarem com as questões da vida e da saúde-doença.

ATENÇÃO À SAÚDE NA DIMENSÃO DOS DETERMINANTES SOCIAIS

Sabia-se que o casal vivia da aposentadoria de Bento e que o dinheiro andava curto na casa, mas ao menos não pagavam aluguel, pensaram os participantes. Uma forma de estimular a convivência do casal poderia ser realizarem alguma atividade juntos, quem sabe visitar os filhos de tempos em tempos?

Os ACS sugeriram retomar com Bento e sua esposa a memória de como eram as relações familiares antes dele se aposentar e como é o relacionamento do casal com os filhos (com que frequência se encontram, o que fazem juntos). Verificar também o que o casal gostava de fazer, com a ideia de reforçar os vínculos familiares.

Os ACS avaliaram que os filhos deveriam ser informados sobre as condições de saúde dos pais, para ficarem mais próximos deles.

Inicialmente o grupo pensou em como proceder para ajudar a esposa a enfrentar o quadro depressivo.

A primeira providência seria propor a avaliação da tristeza dela, por médico da USF, para diagnóstico e conduta medicamentosa, se necessário. Com o propósito de estimular o convívio dela com pessoas da mesma faixa etária, foi proposto que a ACS fosse aos poucos encorajando-a e estimulando-a a participar de atividades grupais na USF. Ao mesmo tempo, consideraram que na USF são poucas as atividades que promovem encontros para

estimular a sociabilidade. Os poucos grupos existentes em geral são coordenados por ACS, que pelo grande número de visitas domiciliares que precisam fazer para atingir as metas, ficam a maior parte do tempo nas ruas e quando retornam para a unidade têm diversos formulários para preencher, inviabilizando a realização de mais práticas com os usuários da Unidade.

No entanto, os ACS consideraram que só a participação em grupos de atividades não seria suficiente; seria muito bom, mas representaria parte do processo de resposta a necessidades de saúde.

Já em relação à rotina de Bento, que resumia-se em permanecer praticamente o dia todo no bar, bebendo e jogando dominó com os companheiros de copo, ponderou-se que o bairro não oferecia espaços nem possibilidades de atividades que pudessem “fazer concorrência” com o dominó no bar.

Os ACS consideraram que grande parte dos moradores dessa parte do bairro viviam na mesma condição – do trabalho para casa e de casa pro trabalho, não saiam do bairro nem para passear, muitos nem conheciam a av. Paulista.

Portanto, principalmente os homens, depois da aposentadoria, não sabiam como preencher o tempo livre.

Neste segundo momento as necessidades de saúde saíram do âmbito dos resultados do processo saúde-doença, isto é, dos problemas de saúde já instalados e passaram ao âmbito dos determinantes. Destacam-se assim como necessidades de saúde - ausência de espaços para interação entre os moradores do bairro, e para a realização de atividades físicas; poder de consumo muito baixo, o que dificulta também a busca por outras formas de lazer, que requereriam sair do espaço do bairro.

AÇÕES DO PODER PÚBLICO

O bairro precisa de melhorias de ordem estrutural, como implementar espaços de lazer, parques, mais e melhores serviços públicos de educação e de atenção à saúde. O Estado (prefeitura, estado ou federação) deveriam ainda, proporcionar ligação de todas as residências com água encanada, esgoto, luz, coleta de lixo regulares.

Os ACS avaliaram que um bom começo seria mobilizar a participação social, por meio de encontros entre os moradores, nos quais ficasse explícita a ausência do Estado no bairro, e mobilizasse movimentos sociais que pensassem em possibilidades de melhorias para aquele território.

Os ACS sugeriram que a participação dos moradores poderia começar por reivindicar a construção de um centro comunitário de convivência com atividades voltadas a moradores de todas as idades, com horta comunitária, atividades específicas para a terceira idade (ginástica, natação, artesanato, entre outras), que organizasse excursões culturais pela cidade, viagens, entre outras ações que promovessem a sociabilidade.

Pensaram também que esse poderia passar a ser o espaço para os moradores se organizarem para reivindicar os seus direitos, para participarem mais “da vida do bairro”. Esse seria um espaço que acolheria Bento e demais aposentados, para realizarem muitas atividades.

Os ACS também avaliaram que eles próprios precisam reconhecer amplamente o que existe no bairro, para orientar os usuários e para estimular a participação coletiva e o reconhecimento desses espaços e direitos a fim de instrumentalizar os usuários. Os agentes são agentes de direitos humanos.

O Estado tem o papel de organizar o espaço público e oferecer os recursos necessários para que a população viva em melhores condições, promovendo melhores condições de saúde.

Para isso, deve promover concursos públicos para que os profissionais possam ser estimulados a permanecer no local e oferecer atendimento com satisfação. Além disso, o Estado deve proporcionar espaços de trabalho, lazer e educação. Pois essas famílias sentem-se desprotegidas e apresentam um universo cultural muito precário, o que não lhes possibilita fazer projetos.

A que instituições sociais as famílias como as de Bento poderiam recorrer para procurar respostas a suas necessidades de saúde? Basicamente os serviços de saúde que respondem, na melhor das hipóteses com consultas, medicações e pedidos de exames; a escola com poucos recursos, que pouco tem instrumentalizado os jovens para conseguir trabalho ou continuar os estudos em ensino técnico ou universitário; a delegacia de polícia, que mais pune do que protege a população.

O grupo avaliou que o ACS tem papel importante na obtenção de informações e na instrumentalização dos moradores para se organizarem em movimentos que lutem pelos seus direitos e por respostas a suas necessidades de saúde, que para aprimorar as condições de saúde profundamente precisam ser muito mais do que apenas ações em serviços de saúde.

O problema do consumo de drogas de Bento deslocou-se dessa forma da culpabilização individual para a compreensão social. Dessa forma, diminui a impotência e ampliam-se as possibilidades de atuação.

APONTAMENTOS FINAIS

O processo educativo que se realizou entre professores universitários, estudantes de graduação e pós-graduação e ACS, através de pesquisa-ação, desenvolveu-se com a participação dos envolvidos em todas as etapas do processo, procurando expor e compreender os processos sociais envolvidos no consumo atual de drogas.

Foi proposto diante das dificuldades dos trabalhadores de saúde, em especial dos ACS que estão em contato direto e diário com os problemas de moradores de regiões periféricas, de lidar com os problemas relacionados ao consumo prejudicial de drogas lícitas e ilícitas, seja sob o ponto de vista do consumo compulsivo ou prejudicial, seja do ponto de vista do envolvimento com o trabalho no narcotráfico.

Foi proposto diante da irresponsabilidade do Estado em prover suporte real para que o trabalho dos ACS se concretize em ações viáveis para o aperfeiçoamento das condições de saúde dos moradores desses espaços.

O processo educativo tomou por pressuposto que o conhecimento das raízes histórico-sociais das formas capitalistas de consumo de drogas traria elementos para que os agentes de saúde pudessem se sentir preparados para ponderar as situações reais encontradas e analisar, junto à equipe, possíveis encaminhamentos concretos.

Dessa forma, as oficinas de trabalho construíram coletiva e criticamente a compreensão e as propostas de ação, em torno das necessidades envolvidas no processo, a partir de instrumentalização de textos, filmes e outros materiais educativos.

AGRADECIMENTO:

Ao CNPq, Edital Universal - Processo nº 478267/2010-0

À Supervisão Técnica de Vila Prudente/Sapopemba

Às Unidades Básicas de Saúde Parque Santa Madalena, Vila Renato, Iguazu e Pastoral.

REFERÊNCIAS

Soares CB, Campos CMS, Leite AS, Souza CLL. *Juventude e consumo de drogas: oficinas de instrumentalização de trabalhadores de instituições sociais, na perspectiva da saúde coletiva.* Interface. Comunicação, Saúde e Educação. 2009;13:189-199.

Santos VE, Lachtim SAF, Soares CB. *Valores contemporâneos e consumo de drogas: para propor aos jovens a crítica social e a construção de uma nova sociabilidade* [online]. Série Textos de Apoio ao RDH 2009/2010, 2010 (Publicação on-line). Disponível em:<http://www.mostreseuvalor.org.br/publicacoes/index.php?pagina=8>

Trapé CA, Soares CB, *A prática educativa dos agentes comunitários de saúde à luz da categoria práxis.* Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2007; 15(1): 142-149.

Dias D. 2006. Disponível em <http://www.saopaulominhacidade.com.br/list.asp?ID=336>. Acessado em 2 out 2012.

