

Acceso de Agentes Comunitarios a tecnologías de educación en salud: un relato de experiencia

Isabela Silva Cancio Velloso

Doctora en enfermería, Profesora Adjunta de la Escuela de Enfermería de la Universidade Federal de Minas Gerais
isacancio@gmail.com

Gilberto Simeone Henriques

Doctor en nutrición, Profesor Adjunto de la Escuela de Enfermería de la Universidade Federal de Minas Gerais
gilberto.simeone@gmail.com

189

Resumen

Este artículo presenta el relato de experiencia de un proyecto de extensión, que tuvo como objetivo promover el acceso de Agentes Comunitarios de Salud a tecnologías de prácticas educativas que favoreciesen su cambio de actitud y de comportamiento, delante a la necesidad de redimensionamiento de las prácticas de educación en salud junto a la población. Para eso, se consideró que la educación en salud es un proceso de construcción o resignificación del conocimiento, que tiene por principio la ampliación de la autonomía del sujeto sobre su cuidado, posibilitando el ejercicio de la ciudadanía y el control social. Fueran realizadas acciones educativas en una vertiente dialógica, emancipadora, creativa y anclada en la subjetividad inherente a los seres humanos. Son relatados cuatro encuentros con los Agentes, en los cuales fueran discutidos los siguientes temas: el papel del Agente Comunitario de Salud en la perspectiva de la educación en salud, concepto de las enfermedades y agravios no transmisibles, polifarmacia y hábitos de nutrición saludable.

Palabras-clave: Educación en salud. Agente comunitario de salud. Enfermedades y agravios no transmisibles.

INTRODUCCIÓN

La institución del Sistema Único de Salud (SUS) por la Constitución Federal de 1988 y la declaración de la salud como un derecho de todos y deber del Estado impusieron al Brasil el desafío de la reestructuración de su sistema de salud. En la perspectiva de reorientación del modelo asistencial, en 1991, fue instituido el Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS), que, posteriormente, en 1994, fue redimensionado con la implantación de las primeras Equipos de Salud de la Familia (ESF), marco inicial del Programa de Salud de la Familia (PSF).

El PSF tiene como propuesta actuar en la perspectiva de la Vigilancia a la Salud, lo que implica en la acción integral sobre los diferentes momentos o dimensiones del proceso salud/enfermedad, siendo basadas en tres ejes fundamentales: el territorio, los problemas de salud y la intersectorialidad (MENDES, 1999). Con el Programa, se propone el rompimiento con el protagonismo del saber dominante de la práctica médica y se pretende dar énfasis a los procesos de prevención y promoción. Se espera que la ESF esté calificada para la asistencia integral y continua a las familias del área descrita, para identificar situaciones de riesgo a la salud de la población, para enfrentar, en conjunto con la

comunidad, los determinantes del proceso salud/enfermedad y para desarrollar acciones educativas de promoción para salud.

La incorporación de las visitas domiciliarias apunta para una reestructuración y reorganización de las prácticas de salud para allá de los límites de las unidades de salud, transformando la familia y su contexto en alvos estratégicos de acción, siendo el Agente Comunitario de Salud (ACS) uno de los elementos centrales de esa práctica (TRAD; BASTOS, 1998). El hecho de ACS ser una persona que convive con la realidad y las prácticas de salud de la región donde vive, pero que está inserido en un escenario con fuerte influencia de referenciales biomédicos, hace de ello un actor que vehicula las contradicciones y que, a la vez, tiene la posibilidad de un diálogo profundo entre esos dos saberes y prácticas (NUNES *et al.*, 2002).

En ese contexto, frente a la amplitud del papel del ACS, aunque el mismo pueda ser comprendido como el ligule que permite el vínculo entre el equipo de salud y la comunidad asistida, hay que se reconocer la necesidad de repensar su formación y calificación para el desempeño de las funciones que le son atribuidas, entre las cuales está la de educación en salud. Ese proceso de calificación debe ser concebido a partir de la realidad en la cual el Agente está inserido, considerándose su ambiente y la cultura local (MARZARI; JUNGES; SELLI, 2011; HELMAN, 2006). La educación en salud puede ser entendida como un proceso de construcción o resignificación del conocimiento, que tiene por principio la ampliación de la autonomía del sujeto sobre su cuidado, posibilitando el ejercicio de la ciudadanía y el control social. Para eso, se necesita la realización de acciones educativas en una vertiente dialógica, emancipadora, creativa y anclada en la subjetividad inherente a los seres humanos.

Importantes discusiones teóricas sobre educación en salud en la Atención Primaria a la Salud (APS) tienen sido realizadas con base en la pedagogía de la autonomía de Paulo Freire y de otras corrientes del pensamiento moderno en educación. Entre tanto, se observa que la mayoría de las acciones educativas, en ese contexto, permanece dentro de un abordaje tradicional, favoreciendo poco el diálogo y priorizando la transmisión de informaciones y la imposición de conocimientos. Generalmente, se limitan a la aplicación de estrategias de aprendizaje, no dedicándose al desenvolvimiento de método pedagógico crítico, capaz de generar nuevos paradigmas de interacción y de redimensionar las relaciones entre los actores de las prácticas de salud, bien como de discutir cómo las mismas son conducidas y qué resultados pretenden atingir, considerando las concepciones de conocimiento de los sujetos que integran la acción pedagógica y potencializando su hecho transformador.

El presente relato tiene como escenario la experiencia de un proyecto de extensión que fomentó la actuación de los ACS como agentes inseridos activamente en las prácticas de educación en salud, actuando junto a los usuarios de su área de alcance, de forma articulada con los demás miembros de la ESF. Para eso, se tomó como base el modelo pedagógico que tiene por objetivo la creación de conocimientos emanados de las percepciones y de la realidad de la comunidad, creyéndose poder modificarla a través de la transformación de conocimientos, actitudes y comportamientos frente a los problemas enfrentados, a partir de la calificación de los individuos para asumieren una posición activa delante del equipo de salud y de los usuarios de la unidad, lo que le atribuyó más valorización en el escenario de las prácticas en cuestión. El proyecto de extensión tuvo como objetivo promover el acceso de los ACSs a tecnologías de prácticas educativas que favoreciesen su cambio de actitud y de comportamiento, delante a la necesidad de redimensionamiento de las prácticas de atención a la salud de la población.

La trayectoria recorrida

El presente trabajo presenta los resultados de un proyecto de extensión desarrollado en un municipio de la región metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais. Se trata de un municipio con población alrededor de 35.085 personas, de acuerdo con el Censo de 2010 (IBGE, 2010). El sistema de salud del municipio dispone de 14 Unidades Básicas de Salud (UBS), en las cuales funcionan la Estrategia de Salud de la Familia, que garantizan el 100% de cobertura de la población, además de dispositivos de media complejidad que amplían la eficacia de la red de atención a la salud. Hay aproximadamente 85 ACSs para actuaren en las áreas urbana y rural.

Se partió del principio de que apenas la transmisión de informaciones sobre los problemas de salud y de formas de prevención de complicaciones es insuficiente para el cambio de actitud y de comportamiento. Así, considerando que el comportamiento traduce valores, creencias y representaciones, se buscó trabajar con distintos lenguajes que agregasen más significado al proceso educativo, además de utilizaren pedagogías interaccionistas, que permitiesen la construcción de conocimientos preexistentes.

El primer paso para el desarrollo del proyecto fue la realización de reuniones con el equipo gestor de la Atención Primaria de la Secretaría de Salud del municipio, para la discusión sobre los temas a ser incluidos en la propuesta, bien como definición de cuestiones estratégico-operacionales que viabilizasen la ejecución de las acciones.

Considerándose las recomendaciones de la Organización Mundial de Salud (OMS), que tiene direccionado su enfoque para la promoción a la salud, con el objetivo de reducir el crecimiento de las enfermedades y agravios no transmisibles (DANT) como un gran desafío contemporáneo, se hace necesario desenvolver acciones efectivas y de costo sustentable en esa área (BRASIL, 2004a). De acuerdo con la OMS, en el inicio del siglo XXI, las DANT fueron responsables por 60% de los 56,5 millones de óbitos en el mundo, representando aproximadamente 46% de la carga global de enfermedades, con expectativa de que en 2020 atingirá cerca de 57% (BRASIL, 2004b). En Brasil, las DANT son responsables por 55,2% de los óbitos totales y 58,0% de los años de vida perdidos por muertes prematuras (BRASIL, 2004a).

Las DANT favorecen la reducción de la expectativa y de la calidad de vida de la población acometida, denotando la necesidad de estrategias de promoción de educación en salud. Delante eso, el Plan de Acciones para Enfrentamiento de las DANT del Ministerio de la Salud prioriza, entre otras metas, el cuidado integral y la promoción de la salud, cuyas principales acciones son la capacitación de los equipos de la Atención Primaria en Salud, calificando la respuesta a las DANT y la ampliación del atendimento en domicilio. Así, las DANT fueron electas como tema central del proyecto, teniendo como enfoque principal el abordaje de estrategias de promoción a la salud, direccionadas para la intervención en los principales factores de risco modificables (BRASIL, 2011). Fue propuesta, para ese momento, la realización de cuatro encuentros con grupos de aproximadamente 70 ACSs, coordinados por un profesor enfermero y un profesor nutricionista, que contaron, todavía, con la participación de alumnos de iniciación científica, siendo dos alunas de grado en enfermería y una de nutrición.

Primer encuentro: el papel del ACS en la perspectiva de la educación en salud

El objetivo de ese encuentro era sensibilizar los ACSs cuanto al su papel de educador en la comunidad, de la capacidad de alcance de sus acciones y consecuente posibilidad de resultados exitosos en ese proceso. Inicialmente, fue hecha una presentación del grupo y de la propuesta de desenvolvimiento de las acciones. Enseguida, se dio inicio a las actividades específicas de la estrategia planeada.

La primera temática discutida con el grupo estaba relacionada a las características del trabajo en equipo y los desafíos para su efectucción. Fue exhibido un video de contenido motivacional, con duración de aproximadamente un minuto, cuyo abordaje enfatizaba los efectos del trabajo en equipo. En los 15 minutos que se siguieron a la exhibición, el grupo fue encorajado a exponer sus impresiones sobre el contenido presentado en la película y a asociarlo a las relaciones de trabajo vividas en sus equipos. Del análisis del grupo, emergió la percepción de que la motivación y las actitudes de coraje y de enfrentamiento son elementos que interfieren en el resultado final del proceso de trabajo y que los beneficios inciden sobre la colectividad. Delante a eso, los participantes concluyeran que los obstáculos también deben ser enfrentados colectivamente.

En la secuencia, fue exhibido un segundo video, este con duración de diecinueve minutos, cuya propuesta era situar el agente comunitario en el contexto de la Atención Primaria a la Salud, su importancia en el sistema de salud del Brasil y el reconocimiento, por profesionales de salud de otros países, de su participación en la consolidación de las prácticas de salud brasileiras. En los 40 minutos siguientes, se propuso una discusión norteada por algunas cuestiones.

La primera cuestión fue: ‘cuáles los pre requisitos para ser un bueno ACS?’ Cómo elementos centrales de esa cuestión, fueron mencionados: actitud, motivación, gaño colectivo, disposición para vencer obstáculos, amor y respeto al próximo, gustar de lo que se hace, dedicación, apoyo familiar, saber oír, paciencia y tolerancia.

La segunda pregunta lanzada fui: ‘usted, como ACS, se reconoce como parte integrante del sistema de salud brasileño?’ Las respuestas fueron mayoritariamente positivas y acompañadas de relatos espontáneos de ejemplos de cómo los ACSs se identificaban con las escenas del video exhibido, principalmente en lo que se refería al papel ejercido por ellos en la comunidad, a su carga de trabajo, al perfil de las visitas domiciliarias y a la necesidad de ser oído en sus dificultades.

La tercera y última pregunta era: ‘a qué usted atribuye la importancia del trabajo de los ACS?’ Esa cuestión tuvo un impacto interesante y las respuestas culminaron en charlas que asociaban la existencia y actuación de los ACSs al tamaño de la población y de los problemas de ella misma. Después la discusión sobre esa cuestión, fue distribuida la letra de la canción “Enquanto houver sol”, de Titãs, para una breve reflexión y cierre de la actividad.

Segundo encuentro: conceptuando las DANT

Ya se sabe que, en función de las transiciones epidemiológica, demográfica y nutricional, las recomendaciones de la OMS tiene direccionado su enfoque para la promoción a la salud, con el objetivo de reducir el crecimiento de las DANT con acciones de promoción a la salud efectivas y de costo sustentable (BRASIL, 2004a). Delante a eso, la actividad propuesta para ese encuentro tuvo como objetivo discutir con los ACSs cuestiones conceptuales sobre las DANT, con enfoque principalmente en el diabetes, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica, además de estrategias de prevención de esas enfermedades y de complicaciones de ellas decurrentes.

La actividad tuvo inicio con la aplicación de un pre teste, con algunas cuestiones básicas sobre las DANT que serian abordadas. Se observó cierta resistencia inicial del grupo para responder al cuestionario, pues los participantes manifestaron preocupación con respuestas correctas, además de la comparación con los compañeros. Así, fue aclarado para los participantes que la finalidad de pre teste era evaluar la efectividad de la actividad propuesta y no, necesariamente, sus conocimientos relacionados a esas enfermedades. Fue

interesante notar que la aplicación de ese teste funcionó como un instrumento para despertar interés por la elucidación de las dudas que surgieron de las cuestiones propuestas.

Después de la colecta de los pre testes respondidos, fue proyectado un video de animación, de lenguaje simples, sobre el diabetes, pero con un abordaje bastante completo sobre el tema. Luego de una breve discusión sobre ese video, fue iniciada una discusión con el grupo, utilizando la dinámica de los ‘mitos y verdades’ relacionados a la hipertensión a la diabetes y a la enfermedad renal crónica.

Para esa dinámica, uno de los profesores asumió el papel de facilitador. Fueron seleccionadas diez afirmativas sobre las enfermedades que, generalmente, son fuente de duda para las personas. Cada una de esas afirmativas fue presentada para el grupo, en *data show* con la pregunta: ‘eso es un mito o una verdad?’ Enseguida a las respuestas y argumentos del grupo, fueron discutidas cuestiones conceptuales sobre el tema en cuestión, con las debidas soluciones de las dudas y equívocos relatados por los ACSs. Enseguida, fue realizado el post teste, con las mismas cuestiones del pre teste. Para finalizar, fue entregado, a cada uno de los participantes, una apostilla confeccionada por los alumnos y profesores del proyecto, con todas las preguntas utilizadas en la dinámica y sus respectivas respuestas.

Tercer encuentro: DANT versus polifarmacia

El tema abordado en ese encuentro fue la polifarmacia y la estrategia escogida fue el juego popularmente conocido como ‘ahorcado’. Para favorecer la participación de los ACSs, el grupo fue dividido en dos grupos menores. De acuerdo con criterio adoptado por el Centro Ibero-Americano para la tercera edad, se entiende la polifarmacia como el uso de cinco medicamentos o más por un paciente (SILVA; SCHIMIDT; SILVA, 2012) y se constituyó un riesgo para la seguridad del paciente, principalmente por aquellos acometidos por enfermedades crónicas.

La actividad tuvo inicio con la exhibición de un documental que abordaba los cuidados con medicamentos y su uso en domicilio. En el vídeo, fueron abordadas cuestiones como el adecuado almacenamiento de medicamentos, estrategias para el uso de las vías de administración adecuadas y para organización de los horarios de los medicamentos, entre otras. Después de una discusión de aproximadamente 15 minutos acerca de las informaciones presentadas en el video, se inició la actividad con el juego de la ‘ahorcado’.

Ampliamente difundido en Brasil y en varios lugares del mundo, se trata de un juego en el cual el jugador tiene que acertar cual la palabra propuesta relacionada a un determinado tema, con base en el número de letras de la palabra. El jugador elige una letra de cada vez y, a cada letra errada, es dibujada una parte del cuerpo del ahorcado. El final de la rodada se da con el acierto de la palabra o con la ocupación de todo el dibujo del cuerpo del ahorcado.

Para la actividad propuesta, fueron seleccionadas palabras o termos relacionados a la farmacología, como, por ejemplo, polifarmacia, principio activo, medicamento genérico, contraindicación, interacción medicamentosa, efecto adverso, benzodiazepínicos y etc. Para que todos los participantes pudiesen participar de todas las rodadas del juego, fue hecha una adaptación en el juego. Las sillas fueron dispuestas en círculo y, en la secuencia de ese círculo, cada ACS podría elegir una letra para la palabra de la vez. Aquello que acertase la palabra era simbólicamente premiado con un chocolate. Después de la finalización de cada rodada, eran discutidas con el grupo las cuestiones conceptuales sobre la palabra revelada bien como su relación con la polifarmacia.

Se observó expresiva participación y involucramiento de los ACSs en el juego y su interés en compartir, con el grupo, sus experiencias personales y profesionales, bien como sus conocimientos relacionados al tema. La estrategia de la premiación simbólica con el chocolate también puede ser observada como un elemento motivador de la participación de las personas. Al final, fui distribuido, a los participantes, un Glosario de Termos Farmacológicos con las palabras utilizadas en la actividad, además de otras que podrían enriquecer la práctica profesional de los ACSs. Tal material fue elaborado por los alumnos y profesores del proyecto.

Cuarto encuentro: vida saludable, nutrición saludable

Para abordar la temática de nutrición y salud, fue desarrollado un circuito sobre alimentación saludable. Después de discusiones preliminares sobre la estrategia permanente de la acción – los 10 pasos para una alimentación saludable – fue elaborado el diseño de la estrategia, siendo definidas seis estaciones para componer el circuito de los hábitos de nutrición saludables, los cuales son descritos en el Cuadro 1.

Cuadro 1 – Estaciones del circuito de los hábitos de nutrición saludables

Estación del circuito	Estrategia de abordaje
Puerta de entrada	Se procedió a la evaluación de la presión arterial y de la glicemia de todos los participantes, que sucedió previamente como punto de partida del taller y que sirvió también como un punto de congregación y distribución de los ACS para las diferentes estaciones de actividades.
“Muy además del peso”	Se proyectó un trecho del documental “Muito além do peso”, que abordó aspectos negativos que los alimentos ultra procesados pueden ofrecer para la sociedad. Fue propuesta una discusión con el grupo, mediada por los profesores, que aclararon algunos puntos importantes y polémicos sobre la nutrición, suscitados por el video.
Consumo oculto de sal, de azúcar y de aceite	En ese momento, fueron trabajados los conceptos de cantidades ‘ocultas’ de sal, azúcar y aceite en los alimentos que consumimos. Fueron presentados algunos productos ultra procesados, como galleta rellenas, fideo instantáneo, lata de gaseosa y chips. Los agentes fueron invitados a pesar estos ingredientes en una balanza y verificar y comparar las cantidades encontradas. Al mismo tiempo, los facilitadores de la oficina hacían colocaciones a respecto de lo que esas cantidades en exceso representaban en la salud de un individuo.
Consumo de alimentos	Fueron trabajados los conceptos de número de refecciones, distribución de los alimentos en las refecciones y números de porciones por grupos alimentares.
Importancia del agua en los alimentos e hidratación	En esta estación, fue tratada la ingestión de agua diaria, suscitándose la importancia de la hidratación y del consumo de alimentos que tienen, en su composición, cantidad significativa de agua.
Degustación	La última estación fue una confraternización, con la degustación de un jugo saludable hecho con la participación de algunos de los ACSs. El jugo fue acompañado del consumo de torta de manzana, hecho con aprovechamiento integral del alimento. Delante de la imposibilidad de producción de la torta durante la actividad, fue presentado un video en el cual esa etapa fue mostrada.

Fuente: elaborado por los autores.

Durante la actividad, los facilitadores, profesores y alumnos, se dividieron entre las estaciones, se responsabilizando por la organización, preparación de materiales necesarios y por la conducción de cada una de ellas. Las actividades buscaron propiciar la interacción entre los ACSs y la participación activa de los mismos en su desenvolvimiento. Al final, fue entregado, a los participantes, un material impreso con un consolidado de los temas abordados en el encuentro y algunas recetas consideradas saludables, incluso la de la torta y del jugo degustados por los participantes.

CONSIDERACIONES FINALES

Se entiende que el acceso a metodologías de educación en salud puede ser un factor transformador de las prácticas cotidianas de los ACS's y que esa transformación puede, por consiguiente, transformar la propia condición de salud de los usuarios del sistema de salud. Así, las actividades realizadas en este proyecto vislumbraron ampliar las posibilidades de acciones educativas de los Agentes junto a la comunidad, instrumentalizándolos para actuar en la promoción de cambios necesarios en los cuidados de salud.

Es importante resaltar que todas las actividades desarrolladas a lo largo del proyecto fueron elaboradas y ejecutadas de forma que puedan venir a ser reproducidas con los usuarios de las comunidades atendidas por los ACS. Fueron elaboradas y entregadas a los Agentes, al final de cada encuentro, descripciones detalladas de las dinámicas realizadas, más importante, las mismas pueden ser aplicadas con recursos materiales disponibles básicos, disponibles en las propias unidades de salud.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen el apoyo financiero de la Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (Fapemig) para la realización de ese proyecto de extensión.

Access of Health Agents to health education technologies: an experience report

Abstract

This paper reports the experience of an extension project that aimed to promote to Community Health Agents access to technologies of educational practices that supported their change of attitude and behavior before the necessity of resizing health care practices. To this end, it was considered that health education is a process of knowledge construction or reframing, which has, in principle, the expansion of individual autonomy over their care and that provides the exercise of citizenship and social control. Educational activities were carried out in a dialogical, emancipatory and creative perspective and based in inherent human beings' subjectivity. Four meetings with the Agents were reported, within which the following topics were discussed: the Community Health Agents role in the perspective of health education, concept of non-communicable diseases, polypharmacy, and healthy nutrition habits.

Keywords: Health education. Community Health Agent. Non-communicable diseases.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não-transmissíveis: Brasil, quinze capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro: INCA, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Análise de Evidências da Estratégia Global da Organização Mundial de Saúde para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde**. Brasília: 2004b. Disponível em <http://www.saude.gov.br/alimentacao>. Acesso em 15 ene. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>.

MARZARI, C. K.; JUNGES, J. R.; SELLI, L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, Supl. 1, p. 873-880, 2011.

MENDES, E. V. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1999.

NUNES, M. O. *et al.* O Agente Comunitário de Saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 06, p. 1639-1646, 2002.

SILVA, R. S.; SCHIMIDT, O. F.; SILVA, S. Polifarmácia em geriatria. **Revista da AMRIGS**, v. 56, n. 02, p. 164-174, 2012.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família: uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 02, p. 429-435, 1998.

Fecha de envío: 15/04/2016

Fecha de aceptación: 30/08/2016