

LA PRÁCTICA EDUCATIVA DE LOS AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD A LA LUZ DE LA CATEGORIA PRAXIS

Carla Andrea Trapé¹
Cássia Baldini Soares²

Este estudio tuvo como objetivos: analizar las concepciones de educación en salud que orientan las prácticas educativas de los agentes comunitarios de salud en el Programa de Salud de la Familia de la Coordinación de Salud de la Alcaldía menor de Butantã en la ciudad de São Paulo, Brasil; y analizar el carácter de esas actividades educativas. La colecta de datos ocurrió por medio de grupos focales y entrevistas individuales con 39 agentes. Los procedimientos de análisis siguieron las recomendaciones del análisis temático, teniendo la praxis como categoría de análisis. En relación a la actividad teórica, componente de la praxis, se constató que gran parte de las concepciones de educación en salud se basaba en la transmisión de informaciones normativas aprendidas con los técnicos de salud. Esa actividad teórica acabó por guiar una actividad práctica característica de la praxis reiterativa, en que los agentes no participan del planeamiento del proceso de trabajo en salud y no dominan el "objeto ideal", reproduciendo tareas planeadas por otros.

DESCRIPTORES: educación en salud; agente comunitario de salud; programa salud de la familia

EDUCATIVE PRACTICE OF COMMUNITY HEALTH AGENTS ANALYZED THROUGH THE CATEGORY OF PRAXIS

This study aimed to: analyze the conceptions of health education that guide educational practices of community health agents in the Family Health Program of the Butantã Health Coordination, São Paulo, Brazil, and analyze the character of these educational activities. Data were collected through focus groups and in-depth semi-structured interviews with 39 agents. The analysis procedures followed the recommendations of thematic content analysis, and praxis was the analytical category. Regarding theoretical activity as a component of praxis, we found that most health education conceptions were based on the transmission of normative information learned from health technicians. This theoretical activity ended up guiding a practical activity typical of repetitive praxis, in which the agents do not participate in the health work planning process and do not dominate the "ideal object", reproducing tasks planned by others.

DESCRIPTORS: health education; community health agent; Family Health Program

A PRÁTICA EDUCATIVA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE À LUZ DA CATEGORIA PRÁXIS

Este estudo teve como objetivos: analisar as concepções de educação em saúde que norteiam as práticas educativas dos agentes comunitários de saúde do Programa de Saúde da Família da Coordenadoria de Saúde da Subprefeitura do Butantã da cidade de São Paulo, e analisar o caráter dessas atividades educativas. A coleta de dados ocorreu por meio de grupos focais e entrevistas individuais com 39 agentes. Os procedimentos de análise seguiram as recomendações da análise temática, tendo a práxis como categoria de análise. Em relação à atividade teórica, componente da práxis, constatou-se que grande parte das concepções de educação em saúde se pautava na transmissão de informações normativas aprendidas com os técnicos de saúde. Essa atividade teórica acabou por guiar uma atividade prática característica da práxis reiterativa em que os agentes não participam do planejamento do processo de trabalho em saúde e não dominam o "objeto ideal", reproduzindo tarefas planejadas por outros.

DESCRIPTORES: educação em saúde; agente comunitário de saúde; programa saúde da família

¹ Enfermeira, Mestre em Enfermagem em Saúde Coletiva, Técnica, e-mail: carlaens@usp.br; ² Enfermeira, Doutor em Educação, Docente, e-mail: cassiaso@usp.br. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

INTRODUCCIÓN

El objeto del presente trabajo es la educación en salud como una práctica social realizada por el Agente Comunitario de Salud (ACS), el cual es percibido como un agente de cambio frente a la implantación del Programa de Salud de la Familia (PSF). La educación en salud constituye uno de los instrumentos de intervención, como esta establecido y reconocido por el Ministerio de Salud, en la Ley 10.507, que crea la profesión de ACS, caracterizándose por el ejercicio de actividades de prevención de enfermedades y promoción de la salud realizadas de acuerdo con las directivas del SUS, y bajo la supervisión del gestor local⁽¹⁾.

Se partió en este trabajo de la documentación sobre la figura del ACS en el Estado de São Paulo reunida a partir de 1981, en el Proyecto de Expansión de los Servicios Básicos de Salud y Saneamiento en el Área Rural (Proyecto DEVALE), que integraba la red del Programa de Interiorización de las Acciones de Salud y Saneamiento (PIASS)⁽²⁾.

El PIASS, ejecutado a mediados de la década de los 70, se consideró como uno de los Programas de Extensión de Cobertura (PEC) mas expresivos en salud. Establecido por las concepciones de Medicina Comunitaria de los Estados Unidos, el programa tuvo como objetivo facilitar, por medio de acciones focales, conflictos producto de las desigualdades sociales⁽³⁾.

La acción comunitaria buscaba actuar sobre los problemas de salud existentes, las acciones se restringieron al ámbito de consumo, no alcanzado al ámbito laboral. Se basó en la participación de la comunidad con la intención de proporcionar orientaciones establecidas por el personal de salud, estando la palabra final a cargo del técnico. Así mismo, la participación de la población fue solicitada con la finalidad de resolver problemas utilizando recursos locales limitados en perjuicio de las transformaciones estructurales que atendían las necesidades de salud de los grupos sociales que conformaban una determinada comunidad⁽³⁾.

A final de la década de los 60, los programas de acción comunitaria y el movimiento de Medicina Comunitaria fueron traídos para América Latina y Brasil, por medio de la Organización Panamericana de la Salud (OPAS) y fundaciones privadas norteamericanas⁽³⁾.

La creación de proyectos como este estaban asociados a la resolución de la ONU (Organización de

las Naciones Unidas), en la cual países ricos deberían promover auxilio a los países pobres, luego de la II Guerra Mundial, como una estrategia para alejar el peligro de expansión de ideologías comunistas en el este europeo. De esta forma, los EUA promovieron proyectos de asistencia técnica a los países de la periferia del capitalismo, principalmente de América latina, incluyendo al Brasil, realizando innumerables experiencias que al inicio enfocaron regiones rurales y pequeñas localidades que fueron tema de diversas investigaciones⁽⁴⁾.

Este principio se robusteció a partir de la década de los 70, con la crisis del capitalismo, cuya respuesta fue el proyecto económico, político e ideológico del neoliberalismo. A través del combate al Estado del Bienestar Social, el capital globalizado ganó adhesión de un Estado que oficializó los modelos racionales de asistencia a la salud pública, con gastos mínimos, permitiendo al sector privado la explotación de la salud como una mercancía⁽⁵⁾.

“Frente a este cuadro es importante pensar sobre los significados que de forma creciente están siendo dados con respecto al derecho a la salud, en una esfera en la cual los pactos entre el sector público y el sector privado no siempre están establecidos en una racionalidad exclusivamente ética, donde la miseria y las situaciones denominadas de vulnerabilidad social definen el proyecto singular de políticas sociales (...) [y en el cual] La forma de financiamiento y operacionalización de las políticas sanitarias están dirigidas para la articulación pública - privada, dispensando al Estado de su rol de garantizar los derechos”⁽⁶⁾.

De esta forma, el PSF acabó por constituirse en un programa de compensación dentro de un marco de transformaciones de los servicios públicos en las Organizaciones Sociales⁽⁷⁾, no siendo “difícil asociar este modelo de atención al de medicina de la familia/comunitaria. Es evidente que, para ofrecer el *paquete esencial mínimo*, no es necesaria la presencia de médicos especialistas, así como de las especialidades básicas, sin embargo se hace necesaria la calificación y modernización de la red de servicios (...)”⁽⁸⁾.

Tomando como presupuesto que los ACS participan institucionalmente de la concretización de este proyecto, así como desarrollan acciones educativas dirigidas siendo su finalidad responsabilizar al individuo y la familia por sus problemas de salud, el presente trabajo tuvo como objetivo: analizar las concepciones de educación, salud y educación en

salud que orientan las prácticas educativas de los ACS; analizar el carácter de las actividades educativas realizadas por los ACS de la Coordinación de Salud de la Subprefectura de Butantã.

CONSIDERACIONES TEÓRICAS

La praxis se presenta como una categoría y análisis de gran poder para explicar la conexión/discusión entre el conocimiento acumulado (experiencia/capacitación para el trabajo/intencionalidad de los agentes comunitarios de salud como agentes del proceso de trabajo en salud) y la concretización de este proyecto.

La praxis se refiere a la acción del hombre que transforma la naturaleza, fundamentada en la teoría que, debe existir para guiar la acción, es decir, "la praxis se nos presenta como una actividad material, transformadora y moldeada a los objetivos. Fuera de ella, esta actividad teórica no se materializa en la medida en que es una actividad espiritual pura. Sin embargo, por otro lado, no existe praxis como actividad puramente material, es decir, sin la producción de finalidades y conocimientos que caracterizan la actividad teórica".⁽⁹⁾

Lo que caracteriza la actividad propiamente humana es la conciencia de las acciones, las que están dirigidas a un objeto con la finalidad de transformarlo, siendo el resultado final intentar aproximarse a lo que fue idealizado. De esta forma, la **praxis** es una actividad práctica material, que se guía de la conciencia (teoría) para transformar la naturaleza a partir de un proyecto con un propósito definido, el cual se diferencia de la actividad en general.⁽⁹⁾

La teoría se puede presentar como actividad teórica en la medida en que transforma percepciones, concepciones o conceptos, es decir, cuando existe producción de objetivos como de conocimientos. Por otro lado, la actividad teórica por si sola no transforma la realidad, pues "su actividad no se objetiva o materializa"⁽⁹⁾, característica imperativa de la praxis y por eso no se puede hablar de praxis teórica.

La **actividad teórica** se distingue de la práctica en el objeto, finalidades, medios e instrumentos. Si el *objeto de la actividad práctica es la naturaleza*, la sociedad o los hombres, *la finalidad es la transformación del mundo* natural o social, este *resultado es una nueva realidad* material; dentro de la *actividad teórica* el *objeto* son las *percepciones*,

conceptos, teorías y representaciones, siendo la finalidad obtener *productos, teorías que expliquen la realidad* presente o *describir finalidades* que anticipen idealmente la transformación de la realidad, sin que esta realmente se pueda dar⁽⁹⁾.

Por otro lado, la forma como la conciencia esta presente en la actividad práctica del sujeto, configura diferentes niveles de praxis. Por lo que es posible distinguir la praxis creadora de la praxis repetitiva. "La praxis se presenta o como praxis repetitiva, es decir, conforme con la ley previamente establecida, y cuyo desarrollo se reproduce en múltiples productos que muestran características análogas; o como praxis innovadora, creadora, cuya creación no se adapta plenamente a una ley previamente establecida, y culmina con un producto nuevo y único"⁽⁹⁾.

La praxis repetitiva propicia la multiplicación cuantitativa de un cambio cualitativo provocado por la praxis creadora. Como el hombre no vive en eterno estado creador, él solo se ve obligado a crear frente a alguna necesidad, él repite y no crea. Por otro lado, esta repetición necesita ser transitoria, pues es creando que el hombre transforma el mundo y se transforma a si mismo⁽⁹⁾.

Debido a la unidad entre la conciencia que proyecta y la mano que realiza lo que fue proyectado, en la praxis creadora se acaba de cierto modo la diferencia entre el trabajo manual e intelectual⁽⁹⁾.

Históricamente, este carácter creador del trabajo representado por el trabajo artesanal fue siendo sustituido por el trabajo mecanizado debido a las exigencias en el aumento de la producción de la sociedad capitalista. Como consecuencia del propio avance técnico, vino la creciente división y especialización del trabajo. "[Así], los trazos característicos de la praxis creadora desaparecen del trabajo (...) [del hombre]. La actividad dividida, unilateral y monótona del operario fue previamente establecida, sin que él tuviese ninguna participación. Es decir, no solo se establece por anticipación o por el término de la finalidad de sus actividades, el objeto ideal debe realizar todos y cada uno de los pasos que él dará, los que son también determinados con anticipación, sin posibilidad de desvíos"⁽⁹⁾.

PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

Se trata de una investigación cualitativa de carácter exploratorio. El estudio fue conducido en

Unidades Básicas de Salud (UBS) de la región bajo la responsabilidad de la Coordinación de Salud de la Subprefectura de Butantã*, que abarca el extremo oeste del municipio de São Paulo, congregando una población de 359.656 habitantes, dispuestos en un área geográfica de 56,1 km², divididos en cinco Distritos Administrativos.

Las unidades enfocadas en esta investigación - UBS Jardim Boa Vista con 36 ACS, UBS Vila Dalva con 30 ACS, UBS Jd. San Jorge con 36 ACS y Centro de Salud Escuela Butantã (CSEB) con 12 ACS - eran las únicas que contaban con ACS en el momento del estudio.

La población de estudio estuvo conformada por todos los ACS de la coordinación, siendo que 114,39 eran voluntarios para participar de la investigación. La recolección de datos fue realizada durante los meses de junio, julio y agosto de 2004, por medio de entrevistas individuales con dos agentes de cada servicio y en grupo - 1 grupo con 5 ACS de la UBS Boa Vista, un grupo con 6 del CSEB, uno con 10 ACS de la UBS San Jorge y otro grupo con 10 ACS de la UBS Vila Dalva.

Fueron utilizadas las consideraciones éticas estipuladas en la Ley 196/96, siendo el proyecto aprobado por el Comité de Ética de la Prefectura del Municipio de São Paulo. Los entrevistados firmaron el Término de Consentimiento Libre y Aclarado autorizando la investigación y la divulgación de los resultados.

La entrevista en grupo fue seleccionada a partir de las consideraciones de especialistas en grupos focales que utilizan un enfoque emancipador⁽¹⁰⁾. En esta dirección se realizó la sensibilización de los ACS a quienes se les fue solicitado que reflexionaran con relación a las situaciones vividas en la escuela que tuvieran gran significado en sus vidas. Los temas abordados que constituyen el recorte de este artículo fueron: concepción de la educación, salud y educación en salud de los ACS, así como lo realizado en educación en salud.

Las entrevistas individuales fueron conducidas con agentes que no habían participado de la discusión en grupo, utilizando una guía semi-estructurada que abordó los siguientes temas: concepción de educación en salud, descripción de acciones educativas y descripción de la supervisión del equipo.

Las entrevistas individuales y discusiones en grupo fueron grabadas con el consentimiento de los participantes y transcritas para proceder al análisis. El análisis de los datos fue por temática de acuerdo con las siguientes etapas⁽¹¹⁻¹²⁾: captación de las entrevistas individuales y en grupo; transcripción de las entrevistas de forma íntegra, realizado por la propia investigadora o con la ayuda de otra persona; fueron hechas varias lecturas de cada entrevista individual o en grupo con la finalidad de conocerlas e interpretarlas de la forma más adecuada posible; fichas de entrevistas, anotándose en el margen del texto los temas y sub-temas con los problemas previamente formulados, así como los nuevos temas y sub-temas que fueron surgiendo durante el proceso de lecturas sucesivas; fragmentación de los discursos que permitieron el proceso de construcción de unidades de significación o temas, buscando percibir otras categorías empíricas y analíticas a partir de las expresiones de los participantes, con la finalidad de organizar e interpretar su contenido; análisis de contenido a partir de los presupuestos teóricos y categorías de análisis previamente establecidos, así como aquellos que surgieron a partir del material empírico.

Los servicios de salud están identificados por las siglas UBS I, UBS II, UBS III y UBS IV; siendo respetado el orden de aplicación de la entrevista en los grupos. Las expresiones producto de las entrevistas individuales fueron identificadas por la letra E y por un número que se refiere al orden de la aplicación de la entrevista considerando el grupo de unidades.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Actividades teóricas: las concepciones de la educación en salud por los agentes comunitarios de salud

La gran parte de expresiones de los agentes tanto en los grupos focales como en las entrevistas individuales permitieron percibir que la concepción de educación en salud que guía el trabajo está establecida a través de la transmisión de informaciones y de recetas para mantener la salud, siendo caracterizada por ser una actividad de **prescripción y normativa**. Consecuentemente, una frecuencia

* Denominación utilizada a inicios de 2005, cuando hubo cambios de gobierno y en consecuencia una reestructuración de las coordinaciones de salud que pasaron de 31 para 5. La Coordinación de Salud de la Subprefectura de Butantã fue unida a la Coordinación de Salud de la Región Centro-Oeste.

menor en las expresiones explicitaran la concepción de educación en salud como resultado de una construcción basada en el respeto a los conocimientos y experiencias de los usuarios, considerando sus conocimientos y percepciones con respecto a su salud.

La educación en salud de tipo prescripción se caracteriza por ser un proceso de transmisión de recetas para conservar o alcanzar salud. Los sujetos del proceso educativo están conformados por un "público - foco" pasivo, objeto que debe aceptar las orientaciones de los técnicos, quienes poseen el conocimiento científico. Los ACS se presentan como pseudo - técnicos porque acaban reproduciendo las orientaciones sin tener dominio y fundamento de este conocimiento.

Dentro de las expresiones de educación en salud de tipo prescripción las más frecuentes se encuadran en el tema "educar es brindar informaciones focales sobre cuidar la salud".

[Educar en salud es] Hablar de una enfermedad, hablar como tratar la enfermedad, ser capaz de informar como la persona debe proceder. La persona enferma, por ejemplo, la persona cardíaca, tu le vas a decir como esta persona debe proceder, orientar sobre determinadas enfermedades... (UBS I).

Otros temas como "educar es atemorizar a los usuarios para que prevenga la enfermedad" fue representado por.

Esta persona no tomaba el medicamento para la presión, para hipertensión, ella no hacía nada, ella no se media la presión, ella no se interesaba y después de esto tuve que asustarla, fue a base de amenazas que yo pude... (sonrisas). (UBS III).

El carácter de prescripción se reproduce en los temas: "educar es promover cambio de hábitos", "educar en salud es repetir varias veces la información", "educar en salud es realizar un trabajo de convencimiento".

Se percibe que la concepción de educación en salud gira en torno al objetivo de cambiar comportamientos, sea por medio instrumental de convencimiento, por transmisión repetida de informaciones o por medio de estrategias de propagación de temor.

Esta comprensión del trabajo educativo se aproxima mucho a la educación en los moldes de los Sistemas Locales de Salud (SILOS)⁽¹³⁾, que se caracteriza por culpabilizar al individuo de estar enfermo, cayendo en él, por lo tanto la responsabilidad por el control de su enfermedad. De esta forma, se busca mejorar la situación de vida de las personas a partir de recursos individuales sin que esto este acorde

con la estructura y dinámica del modo de producción, los cuales son las raíces que generan los problemas de salud.

De este modo, la educación en salud tendría los siguientes objetivos: a) depurar, extraer de los individuos las creencias e ideas desfavorables al comportamiento esperado por el conocimiento académico hegemónico; b) normar, ordenar la vida de los individuos de acuerdo con los patrones previamente establecidos, sin considerar los conocimientos y experiencias anteriores de los sujetos, así como las diferencias de inserción social c) legitimar las prácticas y los contenidos institucionales, cuyo conocimiento es considerado valedero⁽¹⁴⁾.

En esta perspectiva, la educación es practicada como la delegación de responsabilidades para el individuo, y como una acción complementaria a la acción médica, que tiene por finalidad disminuir costos de las políticas sociales. La manera como la educación en salud es llevada, acaba atribuyendo la "ignorancia" y la "falta de conciencia" de los individuos debido a los fracasos en las acciones de salud⁽¹⁴⁾.

Para superar la "falta de conciencia" muchas veces se recurre a estrategias de refuerzo, de orientaciones y de control sobre los cuerpos de los individuos⁽¹⁵⁾ dentro de los moldes de campañas en salud pública⁽¹⁶⁾. Muchas veces se niega el saber popular y se impone el saber científico, desconsiderando la capacidad de los grupos sociales al reconocer sus problemas y actuar para transformar la realidad correspondiendo al técnico el normar la vida⁽¹⁴⁾.

Por otro lado, también se debe estar atento para posturas que caractericen el extremo opuesto, o el hecho de considerar que el saber popular es válido, adecuándose el profesional a la "realidad cultural de la comunidad", sin crítica, sin conflictos, lo que puede servir de justificativa para la utilización de estrategias baratas a partir de recursos locales, propagando la lucha de la población por la conquista de sus derechos⁽¹⁴⁾.

Otro punto a tratarse es que la educación en salud, al ser direccionada para la prevención y tratamiento de enfermedades, responde a los intereses del capital que transforma las legítimas necesidades de salud de la población en mercancías (industria farmacéutica y de medicamentos). Se evidencia un mecanismo contradictorio, por un lado, la industria médica y de medicamentos resalta la

necesidad de que se consuman estos productos para tener salud, por el otro, aquellos que se encuentran con dificultades de reproducción social no tienen acceso a estos productos⁽¹⁴⁾.

Contrariamente a esas concepciones, se encuentra la concepción de educación como construcción colectiva del proceso educativo en salud que, en lugar de reproducir la ideología dominante, busca romper con "los modos de relaciones humanas por los cuales somos programados para el trabajo y la vida (como si esta fuese la orden natural del mundo) (...) [De esta forma], se coloca la posibilidad de una educación en salud popular, a través de la construcción de un sujeto histórico que, al reconocerse como individuo genérico en desarrollo, es capaz de apropiarse del discurso que le da la posición de "asistido", "excluido", "desposeído" y de oponerse a él, creando un nuevo discurso, donde se constituye en un nuevo sujeto. En este proceso, construido colectivamente, toman parte los profesionales y la población (...) "⁽¹⁴⁾.

En esta perspectiva, se verificó en los grupos focales y entrevistas individuales las siguientes expresiones de agentes comunitarios: "educación en salud es respetar la cultura, la realidad y los límites del otro", "intervenir en la situación de vida", "discutir ciudadanía", "preguntar patrones a través de la media", "permitir la participación de la población en el proceso educativo", "orientar con respecto a la utilización del servicio". Otro tema frecuente fue "movilizar a la población en busca de sus derechos".

(...) cuando yo comencé, yo tenía como visión de agente comunitario de salud, el hecho de trabajar con las familias para divulgar la prevención de la salud. Llegar y decir; "usted tiene que tomar este medicamento". Esta era mi visión como agente, cuando empecé. Hoy en día veo, no de forma diferente sino que también debo cuidar de esa comunidad en busca de sus derechos que les son brindados (...). (UBS III)

En estas expresiones se verifica la finalidad del proceso educativo, el cual no solo se restringe a la prevención de enfermedades, sino que se amplía a la esfera de derechos y la construcción de la ciudadanía, procurando discutir la raíz de los problemas de salud dentro de los moldes de un proceso político y diálogo que permitan la reflexión sobre la realidad social y su transformación⁽¹⁷⁾. Así mismo, se evidencia que en las expresiones se concentra el entorno de la vida, del barrio, del consumo. No consiguiéndose alcanzar las relaciones entre salud y trabajo, pues son las que determinan las formas de vivir.

De esta forma, en esta perspectiva las experiencias anteriores son consideradas, y la población tiene participación activa en el proceso educativo dentro de los moldes de educación de emancipación⁽¹⁸⁾. Verificándose, el carácter contra-ideológico de esta educación en la medida en que se contestan los patrones mostrados por la media con relación a lo que "se debe hacer para tener salud".

De esta forma, se verifica que la actividad teórica (concepción de educación, de salud y de educación en salud) que guía la praxis de los ACS (actividad práctica de transformación de la realidad), tiene carácter contradictorio, presentándose tanto con características progresistas y transformadoras de orden dominante, contestando a una realidad de desigualdad social, como con características de predominancia conservadora, que responden a los intereses del capitalismo y reproducen la ideología dominante.

Praxis: lo que realizan los agentes comunitarios de salud

El carácter de la actividad práctica de los agentes comunitarios acompañó la oscilación verificada en la actividad teórica, siendo a veces, praxis creativa o praxis repetitiva, con predominio de esta última, como se puede verificar en las actividades referidas por los agentes tanto en los grupos focales como en las entrevistas individuales en los cuales relatan situaciones de su trabajo diario.

Las prácticas que caracterizan una praxis creativa se presentan en los temas: "brindar educación en salud y ampliar la visión del servicio sobre las necesidades de salud de la población", "brindar educación en salud es realizar acciones intersectoriales", "brindar educación en salud es tener liderazgo para transformar la realidad".

Nosotros (...) somos liderazgo de la comunidad, porque la propia asociación no participa de muchas cosas que se dan en la región de Butantã ... (...) A veces estamos en reuniones que la asociación de vivienda ni sabe, y debería estar, porque es importante, pero no está (...) Yo veo esta parte de liderazgo en la comunidad en nosotros... porque yo percibo esto, estamos en cuestiones de medio ambiente, educación de los niños, de adolescentes... para mejorar la comunidad estamos en problemas de zoonosis por causa de ratones, de la prefectura, es decir en todo... La asociación es puro nombre (UBS IV).

Aquí los agentes buscan ampliar las prácticas esencialmente curativas, buscando incluir estrategias

en mejora de la marginalidad en la cual viven. Así muchas veces se rescata su rol de líder en movilizaciones, considerando que la mayor parte de los agentes en el presente estudio tenía dentro de su currículo algún vínculo con grupos y asociaciones.

Se resalta que las transformaciones propuestas se dan en el ámbito de las condiciones de vida, no existiendo expresiones que busquen contestar efectivamente a la estructura de la sociedad. Siendo así, la praxis de los agentes no parece constituir una actividad política, sino productiva. "La praxis productiva es la praxis fundamental, porque en ella el hombre no solo produce un mundo humano o humanizado, en el cual un mundo de objetos satisfacen las necesidades humanas, los cuales puede ser producidos en la medida en que se plasmen las finalidades o proyectos humanos; así como el hombre se reproduce, forma o transforma a sí mismo (...).[Por otro lado] la praxis social es una actividad de grupos o clases sociales que lleva a transformar la organización y dirección de la sociedad, o a realizar ciertos cambios mediante la participación del Estado. Esta forma de praxis es justamente la actividad política"⁽⁹⁾.

Esta constatación es coherente con la discusión presentada por otros autores⁽¹⁹⁾ que, al analizar el carácter del proceso educativo en la formación de auxiliares de enfermería dentro del Proyecto Larga Escala, se verificó, el énfasis en el sentido técnico de las capacitaciones pedagógicas y la comprensión política limitada del proceso educativo.

La praxis guiada para el plan de producción muchas veces se restringe a la ejecución de actividades, caracterizándose como una praxis repetitiva que, en el presente estudio, correspondió a las actividades prácticas mostradas por los grupos focales al mencionar "brindar educación en salud es ser los ojos del puesto en la comunidad", "brindar educación en salud es una misión de vida para ayudar al prójimo", "brindar educación en salud es ser `tapa de hueco` para esconder las limitaciones del servicio".

Actualmente somos `tapa de hueco, aquí en el puesto, todo lo que se necesita "tiene que hacerse". Se necesita hacer un trabajo administrativo, a hacer un sobre, el ATA que gana dos veces mas que nosotros, aún así tenemos que hacer el trabajo de él, nos deja en la ventanilla y se va a pasear, a leer revista y uno tiene que atender, después, si uno se equivoca es porque uno lo hizo (UBS I)

La praxis repetitiva también estuvo representada en las expresiones de las situaciones

vividas, siendo verificado que las intervenciones tienen por objetivo, la prevención y tratamiento de las enfermedades en el ámbito individual o familiar, aún así las propuestas para resolver conflictos eran establecidas por actividades de tipo moralizante, utilizándose estrategias de convencimiento y miedo.

De esta forma, gran parte de las actividades de los agentes parece tener un carácter instrumental conformando una praxis repetitiva en que el sujeto actúa sobre la realidad por medio de la repetición de tareas para poderse adaptar a esta realidad. Además de suplir limitación en el servicio, estas tareas se resumen en actividades de "lleva y trae" de informaciones de la comunidad para la UBS y viceversa. Lo cual fue también constatado en otro trabajo⁽²⁰⁾ al verificar que una gran parte del trabajo de los agentes se destina a "llevar mensajes" como las fechas de consulta para la población.

Así mismo se evidenció, que las actividades prácticas también poseen características mesiánicas, de ayuda al prójimo, explicando el carácter ideológico de la actividad teórica que la fundamenta. Se verificó aún que en la praxis repetitiva los agentes no mencionan la intención o finalidad del trabajo, consecuencia de la división social y técnica propia de la alineación. De esta forma, los agentes se sienten impotentes de tomar para sí la responsabilidad de atender a toda la comunidad. Sin saber como enfrentar esta situación, los ACS utilizan estrategias de convencimiento y de miedo que condicionan a la población a seguir sus orientaciones.

CONSIDERACIONES FINALES

Se verificó que tanto la praxis de los agentes como la actividad teórica que la fundamenta, poseen características contradictorias, oscilando entre las características más transformadoras y las más conservadoras, haciendo que estas predominen y estén representadas por la concepción de prescripción de la educación en salud, así como por la praxis repetitiva.

Aún así, algunos agentes consiguen brindar la praxis creativa en la medida en que iluminan sus prácticas con concepciones teóricas que sobrepasan el sentido técnico y que por eso van más allá del modelo biomédico de la salud, fundamentando sus acciones de transformación de la realidad dentro del ámbito de consumo.

La superación de la praxis repetitiva en dirección de una praxis creadora se dará por medio de la calificación de los agentes - sea por medio de formación en curso, como a través de las supervisiones en servicios. Por medio de la calificación se trabajarían las concepciones de educación, salud y educación en salud de acuerdo con el referencial de salud colectiva objetivando instrumentalizar los sujetos para una práctica social en base a la realidad histórica, propiciando nuevas estrategias de respuestas, pues a pesar de constituirse la educación en un elemento estructural de las relaciones de producción, esta se manifiesta como componente super estructural capaz de instrumentalizar las *clases subalternas* para la comprensión de los determinantes del proceso salud-enfermedad. Así, la actividad práctica dejaría de constituirse en una simple repetición de tareas, para volverse en un principio educativo bajo la perspectiva de una praxis transformadora.

Se resalta que la tarea de calificar a los agentes depende fundamentalmente de la concretización del SUS en modelos de atención que superen la alineación en el trabajo, es decir, la calificación debe pasar también por el perfeccionamiento de aquellos que son los responsables de la capacitación de las fuerzas de trabajo en salud y de los agentes en particular. De esta forma, la superación de la praxis repetitiva en dirección de una praxis creadora se daría por medio de la calificación del trabajo de todo el personal de salud, perfeccionando las concepciones y el saber operante - de educación, salud y educación en salud, bajo la perspectiva de la salud colectiva - que permiten observar el recorte del objeto e instrumentalizar la práctica, para apoyar conjuntamente dos grupos sociales, el proceso de transformación de la realidad en salud y la construcción de una *ciudadanía plena*.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castro JL, Vilar RLA, Fernandes VP. Precarização do trabalho do agente comunitário de saúde: um desafio para a gestão do SUS. Observatório RH 2005 [citado 2005 mai 10] Disponível em: <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/artigoPoitica.php?codigo=195>
2. Ministério da Saúde (BR). Atenção primária de saúde: avaliação da experiência do Vale do Ribeira. Relatório. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1986.
3. Rosas EJ. A extensão da cobertura dos serviços de saúde no Brasil. [dissertação]. Brasília (DF): Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz; 1981.
4. Ammann SB. Ideologia do Desenvolvimento de Comunidade no Brasil. São Paulo (SP): Cortez; 1985.
5. Merhy EE, Franco TB. Programa de Saúde da Família: somos contra ou a favor? Saúde em Debate 2002; 26(60):118-22.
6. Nogueira VMR, Pires DEP. Direito à saúde: um convite à reflexão. Cad Saúde Pública 2004; 20(3):753-60.
7. Calipo SM. Saúde, Estado e ética Nob/96 e lei das organizações sociais: a privatização da instituição pública na saúde? [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2002.
8. Misoczky MC. A agenda para reformas do Banco Mundial e a política de saúde: algumas notas para reflexão. Saúde em Debate 1995; 47: 4-7.
9. Vázquez AS. Filosofia da práxis. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 1977.
10. Padilla R. Using dialogical research methods in group interviews. In: Morgan DL, editor. Successful focus groups: advancing the state of the art. Newbury Park: Sage; 1993
11. Aguiar ZN, Soares CB A qualificação dos atendentes de enfermagem: transformações no trabalho e na vida. Rev Latino-am Enfermagem 2004 julho-agosto; 12(4):614-22.

12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
13. Vargas MN, Soares LTR. O trabalho educativo em saúde nas comunidades rurais: as experiências de enfermagem no Brasil e no Peru. Esc Anna Nery Rev Enfermagem 1997; 1(2):54-71.
14. Gonzaga FRSR. Para além do cotidiano: reflexões acerca do processo de trabalho em educação em saúde. [dissertação]. Florianópolis (SC): Centro de ciências da Saúde/UFSC; 1992.
15. Foucault M. Vigiar e Punir. Petrópolis (RJ): Vozes; 1984.
16. Costa NR. Estado, Educação e Saúde: a higiene da vida cotidiana. Cad CEDES 1987; 4: 44-53.
17. Soares C, Swider SM, McElmurry BJ. The Training of Community Health Advocates for Urban U.S. Communities: A Program Evaluation. In: McElmurry BJ, Tyska C, Parker RS, organizadores. Primary health care in urban communities. Chicago: NLN Press; 1999. p.35-53.
18. Freire P. Pedagogia da Autonomia. Saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 1996.
19. Almeida AH, Soares CB. A dimensão política do processo de formação de pessoal auxiliar: a enfermagem rumo ao SUS. Rev. Latino-am Enfermagem 2002 setembro-outubro; 10(5):629-36.
20. Silva JA, Dalmaso ASW. Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2002.