

**SAÚDE, FAMÍLIA SAUDÁVEL E CRIANÇA SAUDÁVEL:
CONCEPÇÕES E RELAÇÕES DAS AGENTES
COMUNITÁRIAS***

**Health, healthy family and healthy child: conceptions and
relations of community agents**

Mara Ambrosina Vargas¹
Solange Heckler²

RESUMO

O artigo relata uma das experiências vivenciadas pelas autoras no estágio de uma das práticas de ensino do curso Licenciatura em Enfermagem. No contexto de um projeto de educação continuada desenvolvida com agentes comunitárias do Programa de Saúde da Família, o trabalho aborda a discussão que se desencadeou numa oficina em torno da temática “Saúde, família saudável e criança saudável”, problematizando algumas das manifestações dos sujeitos envolvidos neste processo de capacitação. As autoras concluem que, como estratégia pedagógica, a dinâmica de oficina amplia as possibilidades de se tomar a experiência e o saber que baliza a prática dos sujeitos como base do processo de ensino-aprendizagem.

UNITERMOS: *saúde, família, criança, licenciatura em enfermagem, educação continuada, agentes comunitários, dinâmica de grupo.*

1 SITUANDO O TEMA

Nosso estágio foi realizado no período de março a junho de 1997 e estava inserido em um convênio que a Faculdade de Educação-UFRGS mantinha com a Secretaria da Saúde e Meio Ambiente de Porto Alegre direcionado aos Postos de Saúde do Município e Creches credenciadas com a mesma, tendo como objetivo desenvolver um Projeto de Educação Con-

* Este trabalho relata nossa experiência como estagiárias da disciplina EDU021203- Prática de Ensino I, no curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que desenvolvemos sob a orientação da professora Dagmar Meyer, da Faculdade de Educação da UFRGS. O artigo foi orientado pela professora Dagmar Meyer da Faculdade de Educação da UFRGS.

1 Especialista em Administração Hospitalar, Licenciada em enfermagem; Enfermeira do CTI-HCPA; Professora da disciplina Fundamentos de Enfermagem II na UNISINOS.

2 Especialista em Cuidado ao Adulto em Situação Crítica de Saúde; Licenciada em Enfermagem; Enfermeira do CTI-HCPA.

tinuada. Estes Postos desenvolviam o Programa de Saúde da Família e o nosso público alvo eram os(as) agentes comunitários (as) de saúde que trabalham nos respectivos postos.

O(A) agente comunitário (a) é a pessoa que liga a família ao Posto de Saúde através da visita domiciliar, fazendo o reconhecimento e encaminhando os componentes da mesma ao posto, se necessário. Há continuidade no acompanhamento destas famílias em casa com o levantamento de necessidades familiares e do ambiente quanto a aspectos de saúde.

Houve receptividade da equipe, em especial, das agentes comunitárias (todas eram mulheres), estimuladas para a atividade educativa já que tinham como referência, a instrumentalização para seu trabalho diário. Em geral, as agentes mostravam-se comprometidas com a proposta do Programa de Saúde da Família e os objetivos de seu posto e da comunidade. Mostravam-se pessoas com iniciativa, críticas e motivadas. Isso pode ser também atribuído ao fato de pertencerem à comunidade (moravam no bairro e este era um dos critérios de seleção para o cargo) e estarem inseridas naquele contexto.

Embasadas nas leituras e discussões acerca da concepção e organização de práticas educativas, julgamos necessário seguir os seguintes passos:

- conhecer os objetivos do Programa de Saúde da Família e da Educação Continuada;
- conhecer o público alvo e seu contexto de trabalho;
- identificar suas necessidades e interesses de saber.

“Saúde, doença, família e criança: sua concepção e relações”, foi um dos temas mais solicitados. As agentes comunitárias expressaram suas limitações e dificuldades em abordar questões relativas ao tema nas suas visitas domiciliares, instigando-nos com perguntas: O que se espera de uma família para que seja considerada saudável/doente? E as crianças, quando estão doentes/saudáveis? O que é saúde? Como abordar com as mães infecções respiratórias e/ou diarreias, além das doenças infecto-contagiosas mais comuns na infância? Como trabalhar com a frustração perante os próprios limites ao deparar-se com problemas familiares diversos e gravíssimos?

Baseadas nos conteúdos citados, buscamos ler e discutir com as colegas e a professora temas como saúde, doença, família, comunidade e suas dinâmicas relações sociais, econômicas, históricas, culturais e de gênero. Percebemos os múltiplos fatores que estão imbricados na produção de um conceito. Cientes desta multiplicidade e da característica participativa das agentes comunitárias, optamos por trabalhar a temática escolhida sob forma de Dinâmica de Grupo – Oficina. Relatamos aqui que esta opção foi fruto de nossa dúvida e conflitos iniciais, as quais também geraram perguntas do tipo: E agora? Como trabalharmos com esta temática? O que vamos focar? Como podemos desenvolver esta atividade?

Dúvida e reflexão para executar qualquer trabalho é que valida uma experiência. Como diz Meyer (1998, p.27-34):

“É a capacidade de duvidar que possibilita o confronto constante com os esquemas e as verdades estabelecidas e esse confronto se institui já quando levantamos questões; é essa postura que faz deste modo de pensar uma atividade ao mesmo tempo produtiva, criativa, provisória e conflitiva.”

2 DISCUTINDO A METODOLOGIA PROPOSTA: POR QUE OFICINA E NÃO OUTRA FORMA DE TRABALHAR?

Quando decidimos trabalhar com uma dinâmica de grupo, sentimos uma grande necessidade enquanto educadoras em formação, de obtermos mais subsídios teórico-práticos que nos possibilitassem fugir do imprevisto e imagináveis inconvenientes que decorrem disso. Importavam o processo e os resultados que pudessem ser alcançados, já que as diferentes dinâmicas de grupo têm se colocado como demanda espontânea e crescente em trabalhos de caráter educativo por parte, inclusive da população.

Como já referido anteriormente, realizamos uma série de atividades prévias que pudessem facilitar nossos objetivos. Pretendíamos oferecer situações para que as agentes comunitárias discutissem e, somente depois, construir os conceitos; procurávamos com isso não só motivá-las, mas também, conhecer suas concepções prévias e, a partir dessas concepções, propiciar a multiplicidade de novas idéias e conhecimentos. Logo, podemos dizer que a oficina que realizamos fundamentou-se na visão de ensino que considera o aluno como um sujeito constituído por sua inserção em um grupo social onde lida com diferentes tipos de conhecimentos, produzidos a partir de idéias, valores e crenças, os quais estruturam as influências sócio-culturais que acabam por definir sua vivência. Dessa maneira, acreditamos que cada aluna constitui-se por sua cultura, por suas experiências relacionadas com a sua maneira de perceber, vivenciar e interpretar o mundo que conhece. Ensinar, sabendo disto, viria a ser para nós uma tarefa inovadora e fugiríamos da postura de professor-colecionador de conhecimentos.

3 ... DOS CONCEITOS SAÚDE-DOENÇA, FAMÍLIA SAUDÁVEL E CRIANÇA SAUDÁVEL

Devido a variáveis sociais, culturais, econômicas e históricas e a necessidade de discutirmos diferentes vertentes teóricas que problematizam estes conceitos, diferente ou complementarmente, trabalhá-los com as agentes comunitárias foi um desafio. Procuramos conceitos que contemplassem as características do programa global (Programa de Saúde

da Família) e da realidade social em que as agentes estavam inseridas.

Mas afinal, o que é saúde-doença? Concordamos com Meleis (1992, p.41), quando diz que “a busca por uma definição única de saúde não é apropriada, possível ou útil”, pois entendemos que a concepção de saúde precisa ser entendida no contexto de sua enunciação.

Em geral, saúde é pensada como saúde do indivíduo. É vista como ausência de doença, estado de equilíbrio biopsicossocial, capacidade de adaptar-se às adversidades e enfrentar desafios, promover auto-conhecimento e satisfação. Rocha (1987, p.37-38) sinaliza para o fato de que:

“A saúde seria não o completo bem-estar biopsicossocial e sim a vitalidade plenamente gozada, onde se inclui a capacidade de reagir às agressões impostas pelo meio ambiente, pelo meio social ou pelo meio interno. ... A compreender por esta perspectiva, saúde e doença são um mesmo fenômeno e não propriamente fenômenos distintos.”

Aborda-se também conceitos de saúde-doença através da experiência de diferentes modelos criados e/ou significativos dentro de uma sociedade. Dentro desta perspectiva temos a visão científica clássica de saúde, onde há indicadores médicos da presença ou ausência de doença. A tarefa é reprimir sintomas, remover a causa, ou substituir a parte adoentada. Mesmo a atual medicina alternativa ou tratamentos não convencionais, onde se busca ver o paciente como um todo, sustenta uma relação terapêutica em que o indivíduo é o maior responsável pela sua saúde/doença.

A visão cultural/social/política, por sua vez, aborda o papel do ambiente natural, social ou político, tanto no processo da doença como no da saúde. Esta visão defende intervenções dentro do contexto de sociedades, culturas e sistemas políticos. Logo, poder-se-ia entender saúde como a relação do homem consigo mesmo, com os outros e com o meio ambiente em sentido amplo. Entender saúde como questão social, significa refletir sobre como as condições do meio (natural, social e cultural) influenciam na saúde, como as condições de trabalho influenciam na saúde do trabalhador e na produção. A possibilidade de acesso ao sistema de saúde também influencia a forma de pensar saúde. Pessoas com acesso à rede privada tendem a pensar saúde como dimensão do indivíduo. As que não tem este acesso, entendem saúde como condições necessárias para “obter” saúde, inclusive, o acesso ao atendimento por profissionais da área da saúde e locais de atendimento. Nessa perspectiva é que Valla (1994, p.125) aponta “como ponto de partida a compreensão de que saúde está referida ao quadro de condições de vida e de trabalho da população”.

Entender saúde em sua dimensão cultural, significa compreender que crenças e práticas relacionadas a problemas de saúde, fazem parte de qualquer sociedade. Por isso, segundo Helman (1994, p.27):

“Não podemos compreender as reações das pessoas à doença, morte ou outros infortúnios sem compreender o tipo de cultura em que foram educadas ou assimilaram por convivência-isto é, a ‘lente’ através da qual elas percebem e interpretam o mundo. Além do estudo da cultura, é necessário também examinar a organização social de saúde e doença daquela cultura (o ‘sistema de assistência à saúde’). Isso inclui as formas com que as pessoas são reconhecidas como ‘doentes’, o modo como apresentam a doença aos outros, os atributos daqueles a quem a doença é apresentada, e as formas com que a doença é tratada. Um grupo de ‘curandeiros’ de diferentes tipos pode ser encontrado em todas as sociedades.”

O conceito de família também é motivo de vários estudos, pois, assim como saúde, tem mudado com o passar do tempo. Isto possivelmente está ligado às mudanças sociais (famílias menos numerosas, possibilidade do divórcio, não obrigatoriedade do casamento), econômicas (mulheres e mães ocupando espaço no mercado de trabalho) e culturais (mulheres buscando espaço social/trabalhista, casais homossexuais) que tem se processando nas sociedades industriais e pós-industriais das quais fazemos parte.

Mesmo assim, a família pode ser vista como unidade e particularidade. A particularidade das pessoas compreende as suas necessidades e a possibilidade da sua satisfação é posta aqui no complexo social. Da concepção de família, decorre o entendimento do que seja família saudável e consideramos aqui o conceito desenvolvido pelo GAFEPAM (Grupo de assistência, pesquisa e educação na área da família) (Penna,1992, p.92):

“Família saudável é vista como uma unidade que se auto estima positivamente, onde os membros convivem e se percebem mutuamente como família. Tem uma estrutura e organização flexível para definir objetivos e prover meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar de seus membros. A família saudável se une por laços de afetividade exteriorizados por amor e carinho. Tem liberdade de expor sentimentos e dúvidas, compartilha crenças, valores e conhecimentos; aceita a individualidade de seus membros; enfrenta crises, conflitos e contradições, pedindo e dando apoio a seus membros e as pessoas significativas. A família saudável atua conscientemente no ambiente em que vive, interagindo dinamicamente com outras pessoas e famílias, em diversos níveis de aproximação, transformando e sendo transformada. Desenvolve-se com a experiência, construindo sua história de vida.”

Este conceito aborda aspectos importantes como auto-estima mú-

tua, respeito, compartilhar valores, buscar crescimento e construir uma história. E como se pode compreender, em sua relação com o conceito de família, a criança saudável? O que deve ser considerado? Teoricamente poderia ser uma criança com saúde numa família saudável. Torna-se difícil defini-la como conceito, pois os conceitos são relativos, como já foi visto anteriormente. Porém, seguiu-se a linha sugerida por (Elsen; Hense; Eckert 1992, p.30):

“Para a criança ser considerada saudável, são levados em conta sua atuação em diferentes campos, como o estado de espírito, a atividade, a presença/ausência de queixas, o funcionamento biológico do organismo, entre outras, e não apenas a ausência da doença.”

Sabemos que as concepções trazidas até aqui excluem/incluem outras possibilidades de entender saúde/doença, família e criança saudável. No entanto, para além de considerarmos a sua pertinência (ou não), esta discussão como primeira atividade a ser desenvolvida na oficina, implicou na possibilidade de elaboração/constatação de novas/outras ou semelhantes concepções considerando-se o contexto em que o trabalho foi desenvolvido.

4 A OFICINA...

No dia marcado para o primeiro encontro, preparamos o ambiente previamente (isto incluía dispor as cadeiras em círculo).

Como seriam cinco encontros, era importante introduzir a dinâmica com uma tarefa, pois sabemos que as pessoas tendem a se proteger no que já conhecem, ou seja, “clima de aula tradicional”. Assim, após o momento em que as pessoas tiveram que se apresentar umas às outras, iniciamos a oficina distribuindo uma tarefa ao grupo. Nossa proposta era que se dividissem no máximo em grupos de três pessoas, a fim de elaborar um cartaz em que fossem ilustrando com imagens retiradas de revistas, as suas concepções acerca de família, criança, saúde e doença.

Distribuir a tarefa em pequenos grupos visava possibilitar a maior troca de informações e de papéis. Queríamos que conhecer e viver não fossem desvinculados na atividade pedagógica proposta.

Durante o período da elaboração dos cartazes, conversávamos com as participantes somente se solicitadas e para repetir as mesmas informações já fornecidas de outra forma, mas não proporcionando maiores explicações. Com esta proposta pretendíamos motivá-las a demonstrarem seus conhecimentos prévios e, mais do que isso, a construir alternativas para abordar o assunto e, assim, identificar os limites das abordagens utilizadas.

Depois de cada grupo apresentar seu cartaz para o grande grupo, iniciamos o debate onde foram discutidas suas percepções, compreensões, tendo-se que defendê-las através de argumentação. É entendido argumentação, neste caso, a situação de cada uma expor como e porquê. Assim saúde, doença, família saudável e criança saudável foram apresentadas de uma forma específica pelo grupo.

Nosso papel de educadoras em formação era o de colaborar com a construção do conhecimento das alunas problematizando as “múltiplas verdades” que iam sendo apresentadas e confrontando-as com o cotidiano das agentes comunitárias.

Surgiram algumas indagações mas, preponderaram as afirmações sobre como o grupo estava atuando naquele momento. As afirmações baseavam-se na vivência diária de uma experiência que, de certa forma, representava um denominador comum entre os diversos grupos de agentes comunitárias. Algumas falas foram selecionadas para serem analisadas face à bibliografia discutida previamente no curso de licenciatura.

“Para se ter saúde, precisamos de infraestrutura mínima. Como tratar diarreia, sem saneamento básico? No mínimo água por encanamento.”

Esta foi uma afirmação trazida por todo o grupo. Enfatizaram orgulhosas o fato de terem conseguido água tratada para uma vila que apresentava alta incidência de diarreia e verminoses. Estabeleceram uma relação direta das possíveis conquistas de uma comunidade com a sua inserção nas atividades políticas e sociais. Reforçaram as diferentes realidades dentro de um mesmo bairro, ou seja, famílias com toda a infraestrutura, assim como, famílias morando em favelas e em condições precárias, inclusive, em local de risco no morro.

Ao problematizarmos o exposto acima podemos nos reportar a Valla (1994, p.18) que sinaliza “morar em favelas é habitar no espaço da escassez, da resistência. É, antes de mais nada, o espaço da conquista diária da vida.”

Isto nos mostra que é muito difícil trabalhar em contextos como esse, visto que manter a vida neles é a principal prioridade. Os diferentes lugares de reprodução social da vida devem ser olhados e trabalhados de forma a abranger as diferenças e necessidades.

Por outro lado, sabemos que um ambiente pode tornar-se também um fator que motiva, exige, valoriza, provoca contradições e conflitos e que cria responsabilidades. Através da fala das agentes comunitárias, percebíamos que ao estarem inseridas naquele contexto, representavam múltiplos papéis. Em sua prática diária foram desafiadas a trabalhar em e com diferentes grupos. Convém repensar aqui, como concebemos grupo. Para isso, nos referimos a Zimmerman et al. (1997, p.26):

“O ser humano é gregário por natureza e somente existe, ou subsiste, em função de seus inter-relacionamentos grupais. Sempre, desde o nascimento, o indivíduo participa de diferentes grupos, numa constante dialética entre a busca de sua identidade individual e a necessidade de uma identidade grupal e social.

Um conjunto de pessoas constitui um grupo, um conjunto de grupos constitui uma comunidade e um conjunto interativo das comunidades configura uma sociedade.

Um grupo não é um mero somatório de indivíduos; pelo contrário, ele se constitui como nova entidade, com leis e mecanismos próprios e específicos.”

Logo, o cotidiano destas agentes está fortemente demarcado por conquistas no e com o grupo a que pertencem. A expressão máxima disto, mesmo que concebido sob interesses políticos e atuais práticas de saúde, é apontar um caminho. Gastaldo (1998, p.157) ao obter informações junto aos postos de saúde do Rio Grande do Sul, em uma pesquisa realizada em 1993, relata que:

“... a participação comunitária é concebida de várias formas. Entre aqueles que mencionam algum tipo de participação, há referências a comunidades auxiliando em campanhas de vacinação ou redigindo reclamações e pedidos para serem colocados na ‘caixa de sugestões’. É rara a presença de um representante comunitário (informalmente escolhido ou formalmente eleito) nos postos de saúde.”

Pudemos perceber que atualmente o panorama é um pouco diferente e que estas agentes comunitárias são, muitas vezes, representantes formais e/ou informais da comunidade a que pertencem.

“Até acho que é possível um casal de homossexuais criar uma criança e constituir uma família. Está tudo mudado mesmo.”

“Eu mesma, moro com minha mãe, meu filho de 4 anos, numa casa de 3 peças e esta é a minha família.”

Durante as apresentações dos cartazes, quase todas as concepções de família trazidas eram de família nuclear (pai/mãe/filhos) mas, durante a discussão, as falas mostraram outras possibilidades. Mesmo mobilizando tensões e reflexões, reconhecer família fora do conceito nuclear não exclui o preconceito; evidencia, sim, a percepção da mudança social e cultural da sociedade e como podemos/precisamos nos movimentar dentro dela. Através destas falas, entende-se família como um grupo de pessoas que interatuam e que se abrem à trocas e mudanças. É um todo de

relações que se sobrepõem e legitimam espaço, independente de quem as originou. Funda-se uma nova ordem. Isto implica uma nova concepção de família.

Além disso, tínhamos em mente que as agentes comunitárias exerciam múltiplos papéis: agentes de saúde, educadoras, mulheres, muitas como mães, esposas e alunas, etc. Logo, é relevante o que veiculam e como veiculam. O veicular ultrapassa a órbita do dito. Muitas vezes, o não dito é o mais importante. Seus múltiplos papéis com certeza significavam muito mais do que a concepção linear do orientar descomprometido. Trabalhar com o envolvimento e com a complexidade das relações que passam a ser representativas num determinado contexto, foi uma das formas de abordar este fato.

“Na nossa vila, há muitas pessoas que vieram do interior para trabalhar e não conseguiram emprego. São famílias grandes e há sempre alguém que ‘cai na bebida’. A família é composta, nestes casos, de avó, avô, pai, mãe, filhos, sobrinhos, etc...”

“Quando é uma família totalmente desestruturada e apática, eu me sinto angustiada e parece que nada adianta... Estes dias me envolvi tanto com uma situação, que pensei em abandonar este emprego. Me senti impotente. As pessoas não se ajudam e não querem mudar. Aí fica difícil.”

Diferentemente das falas anteriores, estas podem ser interpretadas como referindo-se a concepções das agentes comunitárias sobre o que consideram família não saudável. O não-saudável, aqui, contempla as discussões sobre os fatores sócio-econômicos (desemprego, migração do campo para a cidade) que desencadeiam uma alteração no “perfil” de família no bairro. As pessoas vêm do interior pela impossibilidade de manterem-se na zona rural desempenhando uma função agrária. Ao se depararem com a realidade dos centros urbanos, com atividades que não correspondem a sua formação, voltada para a terra, não conseguem adaptar-se. A expressão “cai na bebida” pode significar total falta de perspectiva dentro da infraestrutura do centro urbano. Há uma lógica subjacente que supõe que pessoas teriam/deveriam ter condições de ficar no lugar de origem. O mudar-se deveria ter outras razões e não ser decorrência de uma questão social. Tem sido demonstrado que muitas famílias se desestruturam ao chegarem nos centros urbanos. Muitas vezes a inserção neste espaço é praticamente inviabilizada. Mas como mostra a segunda fala, a desestruturação ocorre também dentro do centro urbano, motivada por muitos fatores que operam a exclusão social.

Uma maneira de abordar estas falas foi problematizar o que as agentes entendiam por “desestruturada e apática”. Sabemos que drogadição, alcoolismo e depressão são situações vivenciadas, em tempos atuais, mui-

tas vezes, independentemente da inserção de classe social. Há um fio de preconceito que vincula isso com pobreza e ignorância. Assim, trabalhamos com as agentes comunitárias levantando possibilidades de atuação com estas famílias considerando a situação de alcoolismo, drogas, depressão, apatia, etc... Ao contemplarem as diferenças, poderia haver o reconhecimento de formas de intervenções dentro deste contexto apresentado. Lautert (1998, p.3) aponta que “A existência humana perfaz um caminho de relacionamento importante, sendo o sistema familiar o mais significativo, deixando claro a necessidade de se viver em grupo.” Logo, as agentes ao reconhecerem o contexto estabelecem formas de intervenções com o grupo familiar.

Outra questão que pode ser analisada é relativo à “impotência”. Ora, dentro da perspectiva já abordada acima, o não querer se ajudar e/ou mudar pode ser relacionado ao fato de não serem contempladas as diferenças. Por que mudar? Por que se ajudar? É preciso considerar os limites de quanto cada agente comunitária pode/deve suportar. Para isso, dentro do discurso de ajudar, muitas vezes, é mais forte a necessidade de querer mudança. Busca-se esta mudança e, para isso, qualquer forma de intervenção passa a valer. Sabemos que transformação (enquanto educação) e inscrição no social devem andar juntos. Uma não precede a outra. Há uma construção de identidades mútua, tanto destas agentes comunitárias quanto das pessoas com quem trabalham nas comunidades locais. Não se pode resolver todos os “problemas”, mas, ao haver um reconhecimento da cultura local, abre-se um caminho para relativizar quais problemas podem/devem ser resolvidos.

“Tem muita mãe preguiçosa que não cuida dos filhos, e há aquelas que trabalham e, mesmo os pais (quando tem) quando ficam em casa, não cuidam. Os irmãos mais velhos é que cuidam”.

“Criança precisa de carinho. Precisa de pai e mãe presentes.”

Mães trabalhando e delegando parcialmente as atividades domésticas, assim como o cuidado dos filhos pequenos, para os filhos mais velhos, é fato. Não percebemos atualmente, como alterar esta lógica e nem motivos pelos quais se deva, simplesmente, alterá-la. Das falas referidas, poderíamos inferir que somente os pais deveriam cuidar dos filhos e, mais ainda, que há ambientes concebidos, a priori, como adequados para o desenvolvimento da criança. É preciso considerar que delegar as atividades não significa necessariamente não cuidar, mas implica discutir a forma como é possível cuidar. Ou seja, dentro de famílias numerosas esta passa a ser a forma encontrada a fim de liberar a mãe para participar ativamente do sustento da família. Isto, quando ela não é a única a conseguir/poder realizar esta tarefa. Sabemos que mães, por exemplo, da classe média alta também delegam parcialmente esta atividade. A diferença é que a infraestrutura

que montam para isso está legitimada dentro da sociedade (creches, empregada doméstica, babá, carro, telefone, etc...). Logo, abordar com as agentes comunitárias como redirecionar suas concepções e atuações frente a esta realidade era um de nossos objetivos.

Compreendíamos que para algumas agentes comunitárias com uma trajetória de “donas de casa”, criando seus filhos e atuando paralelamente dentro de suas comunidades, tentando não comprometer essas atividades, torna-se difícil aceitar, num primeiro momento, essa realidade diferente. Para elas, sua inscrição no social de maneira formal deu-se somente após os filhos estarem crescidos.

Problematizamos também, o que é ser mãe “preguiçosa”. Sabe-se que normalmente mães/pais doam aquilo que não teriam para doar. Ao considerar “criança saudável”, enquanto não comprometendo sua atuação em diferentes áreas, nos sentimos autorizadas a constatar que a falta de infraestrutura (água, alimentação variada, esgoto, acesso a escola, vestuário, etc...) seria o maior responsável pelo comprometimento da manutenção da saúde destas crianças, ao invés do pouco interesse de suas mães.

Outro aspecto a ser levantado é a analogia que se faz quando se afirma que famílias numerosas não fizeram planejamento familiar. Quem determina quantos filhos devemos ter são os mesmos que determinam que amamentar é obrigatório, que temos que levar o filho uma vez por mês ao pediatra, mesmo que seja considerado “saudável”, etc... Amamentar, por exemplo, é importante; o que questionamos é o contexto idealizado que se cria em torno desta temática. Mesmo para mães de outras classes sociais, em nossos tempos, a amamentação nos termos propostos é, muitas vezes complicado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante todo o processo, enquanto educadoras em formação, observamos atitudes que demonstravam características do trabalho comunitário, tais como: iniciativa, crítica, motivação e espírito de trabalhar em grupo. Outro aspecto a ser relacionado é o fato de que todas tínhamos, previamente, um emaranhado de fios representados pelos vários fatores que se interrelacionam (cultural, social, científico, etc...) e, a medida que íamos construindo nossa análise, conseguíamos puxar um fio de cada vez, dentro do possível, já que muitos destes fios só se evidenciam quando estreitamente relacionados. Articular a questão da igualdade de direitos e ao mesmo tempo contemplar as diferenças, não é uma questão simples, pelo contrário, isso se constitui como um dos grandes desafios do nosso tempo. A medida que buscamos uma intervenção no social, este desafio se torna mais presente e, ao mesmo tempo, mais complexo.

No que se refere a este trabalho em especial, que constitui o tema deste artigo, pudemos ver que alguns conceitos surgiram sobre saúde, doença, família e criança saudável durante a discussão. Pudemos constatar que saúde/doença, é um processo vivenciado no contexto sócio-econômico. Aliás, essa concepção se equivale à já abordada no texto, através da citação de Helman (1994, p.27). Desta forma, observamos que as idéias manifestadas pelas agentes demonstraram uma aproximação das concepções prévias com o referencial teórico adotado por nós. Uma postura crítica e atuante na comunidade possibilita, tanto exigir infra-estrutura, quanto exercer maior controle sobre opções de obter/ter/compreender saúde a partir das próprias prioridades.

Identificamos que as agentes de saúde conceberam: família saudável como aquela capaz de dar uma resposta às solicitações, mostrando um potencial para interagir no ambiente em que vive; as agentes comunitárias reconhecem outras formas de constituir família – diferente do tradicional modelo nuclear; o conceito de criança saudável apresentou-se relacionado à dinâmica do desenvolvimento infantil – entendido aqui enquanto processo e, a criança seria considerada doente, ao comprometer sua atuação em diferentes áreas.

Como foi dito anteriormente, queríamos que conhecer e viver não fossem desvinculados no processo de Educação Continuada. A oficina foi, pois, uma estratégia que permitiu articular a experiência e o saber que as agentes já possuíam e que norteia o trabalho que elas desenvolvem, com o referencial teórico que pretendíamos trabalhar. Neste, a dúvida como balizadora do trabalho e da busca, foi um pressuposto sempre presente.

ABSTRACT

This article reports the experience lived by the authors during their training time in one of the practical activities of the Nursing Teaching Course. In the context of a Continued Education Project developed with community agents of the Family Health Program, the research approaches a discussion that was triggered off on a meeting about the subject: "Health, Healthy Family and Healthy Child", when some manifestations of persons involved in the project were argued. The authors concluded that, as a pedagogic strategy, the use of group dynamics enlarges the possibilities of using the experience and knowledge that determines the person's action, as a teaching-learning process base.

KEY WORDS: *health, family, child, nursing teaching course, continued education, community agents, group dynamics.*

RESUMEN

El artículo relata una de las experiencias vividas por las autoras en la práctica de una disciplina del curso de Licenciatura en Enfermería. En el contexto de un proyecto de educación continuada desarrollado con agentes de la comunidad del Programa de Salud de la Familia, este artículo aborda la discusión que se hizo en una oficina acerca de la temática "Salud, familia sana y niño saludable, problematizando algunas de las manifestaciones de los sujetos involucrados en este proceso de capacitación. Las autoras concluyen que, como estrategia pedagógica, la dinámica de la oficina amplía las posibilidades de se tomar la experiencia y el saber que baliza la práctica de los sujetos como base del proceso de enseñanza y aprendizaje.

DESCRIPTORES: *salud, familia, niño, licenciatura en enfermería, educación continuada, agentes de la comunidad, dinámicas de grupos.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ELSEN, I.; HENSE, D.S.S.; ECKERT, E.R. Buscando uma compreensão do conceito "Criança saudável". *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.1, n.2, p.20-35, jul./ dez. 1992.
- 2 GASTALDO, D. É a educação em saúde "saudável"? Repensando a educação em saúde através do conceito de bio-poder. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v.22, n.1, p.147-168, jan./jun.1997.
- 3 HELMAN, C. G. *Cultura, saúde e doença*. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. Cap.1, p. 27: Introdução: a abrangência da antropologia médica.
- 4 LAUTERT, L.; UNICOVSKY, M.A.R.; ECHER, I.C. O acompanhamento do paciente adulto hospitalizado. In: COLOQUIO DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM, 6., 1998, Lisboa, Portugal. Lisboa, 1998. p.3.
- 5 MELEIS, A. I. Ser e tornar-se saudável: o âmago do conhecimento de enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.1, n.2, p.36-55, jul./dez. 1992.
- 6 MEYER, D. E.E. A dúvida como postura intelectual: uma abordagem pós-estruturalista de análise dos estudos de gênero na enfermagem. *Nursing- Revista Técnica de Enfermagem*, São Paulo, v.1, n.1, p.27-34, jun. 1998.
- 7 PENNA, C.M. de M. Família saudável: uma análise conceitual. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.1, n.2, p. 89-99, jul./dez. 1992.
- 8 ROCHA, J. M. *Como se faz medicina popular*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
- 9 VALLA, V.; STOLZ, N. I- Um bairro e várias percepções, diferentes lugares de reprodução social da vida. In: VALLA, V.; STOLZ, N. *Educação, saúde e cidadania*. Petrópolis: Vozes, 1994. p.15-8.
- 10 ZIMERMAN, D.E. et al. *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. Cap.1, p.26: fundamentos teóricos.

Endereço da autora: Mara Ambrosina Vargas
 Author's address: Rua Jerônimo Coelho, 184/5B -Centro
 90.010-240 - Porto Alegre - RS