

A percepção das famílias sobre a cartilha "toda hora é hora de cuidar"^a

The perception of families about the guide "every time is time for caring"

La opinión de familias sobre la guía "toda hora es hora de cuidar"

*Lislaine Aparecida Fracoli**

*Anna Maria Chiesa***

RESUMO: O projeto "Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades" se constituiu em uma estratégia de promoção da saúde que teve como pressuposto apoiar a participação da família na estimulação do desenvolvimento da criança. Para tanto produziu a Cartilha "Toda hora é hora de cuidar". A cartilha era um instrumento de educação em saúde que descrevia ações que deveriam ser realizadas pelas famílias para estimular o desenvolvimento da criança. O objetivo desse estudo foi avaliar a utilização da cartilha pelas famílias. Foram sujeitos do estudo 34 famílias inscritas em uma Unidade Básica de Saúde do município de São Paulo. A coleta de dados foi realizada através de um questionário semiaberto. Os resultados mostraram que a cartilha foi muito utilizada pelas famílias. Por ocasião da pesquisa 72,4% das famílias ainda possuíam a cartilha e 81% conversavam sobre o conteúdo da cartilha com profissionais da saúde da equipe de saúde da família, principalmente com o Agente Comunitário de Saúde. Concluiu-se que a cartilha foi um instrumento adequado de educação em saúde pois viabilizou o diálogo sobre o desenvolvimento infantil entre famílias e profissionais de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção da saúde. Desenvolvimento infantil. Saúde da criança.

ABSTRACT: The project "Our Children: Windows of opportunities" is a health promotion strategy conceived to support the participation of families in stimulating child development. The project elaborated the Guide "Every time is time for caring". The Guide was an instrument of education in health that described actions to be carried through by families for stimulating children development. The aim of this study was to evaluate the use of the Guide by families. Subjects were 34 families enrolled in a Basic Health Unit of the city of São Paulo. Data collection was done with a semi-open questionnaire. Results show that the Guide was very used by families. 72.4% of the families had the Guide and 81% talked about the content of the Guide with health professionals from the Family Health team, mainly with the Communitarian Health Representative. We concluded the Guide is an adequate instrument for education in health, because it allowed a dialogue on children development between families and health professionals.

KEYWORDS: Health promotion. Children development. Children health.

RESUMEN: El proyecto "Nuestros hijos: ventanas de oportunidades" son una estrategia de la promoción de la salud concebida para apoyar la participación de familias en el estímulo al desarrollo de niños. El proyecto elaboró la guía "Toda hora es hora de cuidar". La guía es un instrumento de educación en la salud que describe las acciones que ejecutarán las familias para estimular el desarrollo de niños. La meta de este estudio fue evaluar el uso de la Guía por las familias. Los sujetos fueron 34 familias alistadas en una Unidad Básica de Salud de la ciudad de São Pablo. La colección de datos fue hecha con un cuestionario semiabierto. Los resultados demuestran que la Guía muy fue utilizada por las familias. 72.4% de las familias tenían la Guía y 81% hablaron del contenido de la Guía con los profesionales de salud del equipo de salud de la familia, principalmente con el representante comunitario de salud. Concluimos que la guía es un instrumento adecuado para la educación en salud, porque permitió un diálogo acerca del desarrollo de niños entre las familias y los profesionales de salud.

PALABRAS LLAVE: Promoción de la salud. Desarrollo de niños. Salud de niños.

a. Este artigo integra os resultados da pesquisa "Avaliação do Projeto de Promoção da Saúde – nossas crianças janelas de oportunidades", desenvolvido com apoio do CNPq entre os anos de 2005 a 2007.

* Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Docente do Departamento de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. E-mail: lislaine@usp.br

** Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Docente do Departamento de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Introdução

No Brasil, a Atenção Básica vem sendo estruturada com base na Estratégia Saúde da Família (ESF). A implantação dessa estratégia no município de São Paulo (Estado de São Paulo) tinha como perspectiva recolocar esse município nas diretrizes do Sistema Único de Saúde. A ESF, no município de São Paulo, foi entendida como uma política pública avançada que contempla, além do direito à saúde, a participação da população na gestão dos serviços, a integralidade da assistência e a equidade das ações, como os princípios norteadores¹.

Dentro da proposta municipal, a ESF possibilita uma inserção diferenciada no território, de forma que os profissionais de saúde conhecem a população de uma maneira bastante ampliada, pois reconhecem sua condição social de vida e trabalho e atuam através do trabalho em equipe multidisciplinar. O desafio de implantar o PSF na cidade de São Paulo não se limita somente à contratação de equipes, apesar de já se contar com 730 equipes e aproximadamente 4500 agentes comunitários da saúde atuando nos diferentes bairros do município, mas esbarra na necessidade de se desenvolver tecnologias de cuidado para a Atenção Básica².

Em julho de 2001, a Coordenação do Programa Saúde da Família (PSF) da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo firmou um convênio com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)^{3,4} e a Associação Comunitária Monte Azul para desenvolvimento do projeto “*Nossas Crianças: janelas de oportunidades*”. O projeto visava ao aperfeiçoamento dos cuidados às crianças de zero a seis anos de idade, estimulando as competências, o envolvimento e o fortalecimento da autonomia da família, dos profissionais, dos educadores

e da comunidade para promover melhores condições ao desenvolvimento infantil. Este projeto foi operacionalizado com famílias com gestantes ou crianças de até seis anos de idade, residentes em áreas atendidas pelo PSF no Município de São Paulo, sobretudo, nas regiões sul e leste. Para a implantação do projeto, foram escolhidos 11 Distritos de Saúde, priorizados em razão dos índices de mortalidade infantil e por contarem com equipes PSF em seus territórios: Cidade Tiradentes, Itaquera, São Miguel, Brasilândia, Sé, Vila Mariana, Cidade Ademar, Jardim São Luiz, Jardim Ângela, Parelheiros e Grajaú.

O projeto “*Nossas Crianças: janelas de oportunidades*” teve como finalidade desenvolver tecnologias capazes de instrumentalizar as famílias (e outras pessoas que cuidam de crianças, como educadoras de creches e pré-escolas, profissionais de saúde e Agentes Comunitários de Saúde) a compreender que, mediante o cuidado, a interação e a brincadeira, estabelecem-se vínculos afetivos significativos e essenciais ao bem-estar infantil. A qualidade das experiências infantis proporcionadas à criança, para permitir-lhes ter confiança em si próprias, sentirem-se aceitas, ouvidas, cuidadas e amadas, de forma a lhes oferecer segurança para sua formação pessoal e social; ao desenvolvimento de sua identidade e conquista da autonomia.

Dentro desse projeto o cuidado à criança é definido como uma intervenção de alta qualidade; imbuído de atenção e amor; capaz de gerar confiança e vínculo afetivo entre a criança e o cuidador. O projeto “*Nossas Crianças: janelas de oportunidades*” apóia-se no paradigma da Promoção da Saúde, mais especificamente no eixo da Promoção que trata do processo de aquisição de conhecimentos e práticas que

fortalecem a autonomia dos sujeitos e grupos sociais no controle das condições prejudiciais à saúde. Este projeto está em sintonia com as proposições da Declaração do Milênio, ao postular que, para se atingir o desenvolvimento do pleno potencial de crianças e adolescentes, é preciso que se construam oportunidades para um crescimento e desenvolvimento saudáveis, para que estes desenvolvam seu pleno potencial na construção de comunidades saudáveis e produtivas⁵.

Por ser uma iniciativa interinstitucional, o Projeto “*Nossas crianças: janelas de oportunidades*” contou com a articulação entre técnicos da área de saúde e profissionais da área de ensino e pesquisa de Universidades paulistas na sua formulação. Este trabalho foi realizado em equipe e resultou, como um de seus instrumentos operacionais, a construção da cartilha “Toda Hora é Hora de cuidar”. Esta é um instrumento de educação em saúde para o cuidado à criança. A Cartilha foi formulada para ser utilizada pelas famílias (e seus membros), por médicos, enfermeiros e Agentes Comunitário de Saúde (ACS) que integram da equipe da ESF. A cartilha apresenta informações relativas ao desenvolvimento infantil, à gestação e crescimento saudável, com informações a serem utilizadas pelas famílias em seu cotidiano, além de ser objeto de diálogo entre profissionais de saúde e cuidadores familiares de crianças.

A cartilha chama a atenção para ações simples que, muitas vezes, são pouco valorizadas pelos pais ou cuidadores, mas que têm um impacto muito significativo no desenvolvimento da criança, além de abordar questões tradicionais de saúde pública, como a higiene infantil e a vacinação da criança. Foi distribuída para famílias atendidas pela ESF, que possuíam gestantes e/ou crianças de zero até seis anos

de idade e moravam nas áreas eleitas para implementação do projeto. Dentro do Projeto, a cartilha foi pensada para ser um instrumento que viabilizasse o diálogo sobre o desenvolvimento infantil entre o cuidador familiar das crianças e os ACS, considerando que estes, dentro da ESF, são os profissionais que, diariamente, visitam as famílias em suas casas.

Após dois anos de execução do Projeto Janelas, foi possível questionar quanto às tecnologias e instrumentos propostos que foram incorporados ao trabalho dos profissionais de saúde e ao cuidado das famílias e suas crianças. Assim, a finalidade desta pesquisa é contribuir para a avaliação do potencial da cartilha para a educação em saúde, no sentido de verificar a utilização da cartilha “toda hora é hora de cuidar”, pelas famílias inscritas no projeto.

A promoção da saúde e educação em saúde

A promoção da saúde tem sido descrita como novo e promissor paradigma na saúde. Seus principais constituintes são a ênfase na integralidade do cuidado e prevenção, o compromisso com a qualidade de vida e a adoção da participação comunitária como peça fundamental do planejamento e avaliação dos serviços.

Entre as recentes propostas de reorientação das práticas de atenção à saúde destaca-se uma forte tendência à superação de modelos de atenção excessivamente centrados na doença, na assistência curativa, na intervenção medicamentosa, em favor de outros orientados ativamente em direção à saúde, isto é, às práticas preventivas, à educação em saúde e à busca da qualidade de vida, de um modo mais geral⁶. Essa tendência expressa-se, no seu pólo teórico, por proposições que

vão em busca de construções conceituais nas quais a apreensão de agravos e riscos estejam intrinsecamente relacionados às condições mais gerais de vida e saúde.

As recentes propostas de promoção da saúde guardam estreitas afinidades com a concepção ampliada de vigilância. Estão radicadas, em essência, na mesma compreensão do que seja a tarefa de assistir à saúde e, portanto, de seus objetos e estratégias. Contudo, ainda mais fortemente que na vigilância à saúde, aqui prevalece a concepção de que a saúde não se define apenas pelo monitoramento e controle do que a pode ameaçar. Uma definição negativa de saúde parece limitada sob a ótica da promoção. A ampliação que esta postula aspira intervir não apenas sobre o que se deve evitar para poder viver de forma saudável, mas quer estabelecer patamares a serem alcançados, em termos de aquisições positivas para caracterizar uma boa qualidade de vida do ponto de vista físico, mental e social.

Nesse sentido, a promoção da saúde necessita desenvolver processos de capacitação dos profissionais de saúde para que estes possam construir práticas educativas consistentes para a reorientação das práticas assistenciais, levando em consideração o saber comum e popular. As práticas educativas como objeto da educação em saúde, são amplamente utilizadas pelos profissionais que atuam em atividades dirigidas à população.

Lopes⁷ ao discutir os processos de ensino-aprendizagem utilizados nas tendências pedagógicas mais dominantes na área da saúde, destaca que a intersecção dos campos da educação e da saúde se norteia, a partir de suas práticas educativas, por um “arcabouço de representações de homem e de sociedade que se quer formar” e que o sentido desta combinação (educação

e saúde) estaria na ampliação do nível de saúde e na redução das iniquidades. Considera ainda que muitos profissionais de saúde constroem suas práticas educativas inspirados em Paulo Freire, e concebem o processo educativo como ferramenta de liberdade e de transformação da realidade.

Entre as idéias de Paulo Freire citadas por Lopes⁷ destacam-se a educação é mediada pela própria realidade das pessoas; que não é possível ensinar sem aprender; que o educador tem papel fundamental na sistematização do conhecimento vivido de forma mais elaborada, desde que se deixe educar pelo educando ao aproximar-se da realidade vivida por ele.

Sob a inspiração de Paulo Freire, a educação em saúde se insere como um processo dialógico de comunicação bilateral, inserida no contexto da realidade das pessoas, com o propósito de libertar, de modo que as pessoas possam ser sujeitos sociais capazes de construir opções construtivas para as suas vidas e para a sociedade.

Algumas pesquisas que relatam experiências de intervenções realizadas através de práticas educativas em saúde, apontam caminhos que contemplam a transformação e a emancipação dos sujeitos, no sentido do fortalecimento de suas potencialidades e da participação comunitária, bem como na educação como uma prática de liberdade e de desenvolvimento do pensamento crítico, que pode ser traduzida como “*empowerment education*” ou educação popular⁷.

No entanto, os autores citados concordam na necessidade de reorganização dos serviços de saúde e da capacitação dos profissionais sob esta perspectiva, uma vez que a prática educativa cotidiana dos serviços ainda é predominantemente de caráter normativo, biomédico e padronizado.

A incorporação de práticas pedagógicas críticas e participativas no cotidiano dos processos de educação em saúde, de modo a promover oportunidades de desenvolvimento, autonomia e emancipação dos sujeitos, depende necessariamente da capacitação dos profissionais de saúde.

Constata-se, sob a perspectiva da prática profissional, o distanciamento cotidiano das práticas pedagógicas emancipadoras nas estratégias de educação em saúde; coloca-se em questão por que os serviços continuam a reproduzir uma lógica de educação bancária, normativa? Uma das razões estaria no fato de que os profissionais da área de saúde são formados, de um modo geral, sob a ótica de conteúdos pedagógicos distanciados das estratégias participativas, críticas e emancipadoras, perpetuando a lógica medicocentrada, focada na doença e na transmissão de informação, sob a investidura da autoridade prescritiva e tecnocentrada. A proposta educativa do projeto “*Nossas crianças: janelas de oportunidades*” e da cartilha foi construída com bases nas proposições emancipadoras de Paulo Freire.

É no âmbito mesmo do cuidado, como prática fundamental para a promoção da saúde, que se quer colocar aqui em questão a avaliação em saúde. Entende-se que a avaliação constitui recurso técnico e político extremamente relevante para qualquer busca de reorientação da racionalidade das práticas de saúde, e a promoção da saúde não seria exceção⁸. Um importante aspecto da avaliação que precisa ser examinado quando se tem por norte a promoção da saúde refere-se à necessária revisão daquilo que se quer fazer nas práticas de atenção à saúde. Nesse sentido, a noção de cuidado poderá ser bastante iluminadora, pelo que permite ampliar o sentido dessas práticas para

além do puramente instrumental. Os novos horizontes abertos pelas propostas de promoção da saúde, em sentido lato, reclamam e requerem, para seu pleno sucesso, uma prática avaliativa decidida e consequentemente comprometida com a identificação e a participação na construção de projetos de felicidade humana.

Nesse sentido, para além e junto do monitorar do êxito técnico, instrumental, dos arranjos tecnológicos e gerenciais das práticas de saúde, é preciso que a avaliação elucide e favoreça as potencialidades das práticas de saúde para gerar processos criativos e solidários de melhoria da vida de indivíduos, comunidade e populações⁸ (p. 85). Ou seja, participando como dispositivo de autocompreensão e construção das necessidades e aspirações humanas, as práticas avaliativas devem poder orientar-se continuamente para a obtenção de sucessos práticos⁹.

Considerando que a cartilha “*Toda hora é hora de cuidar*” foi elaborada para ser utilizada pela família na promoção dos cuidados à gestante e à criança de zero a 3 anos, este projeto tem como objetivo geral avaliar o impacto da cartilha junto as famílias incluídas dentro do Projeto “*Nossas Crianças janelas de oportunidades*”.

Procedimentos metodológicos

O cenário de estudo desta pesquisa foi a UBS Humaitá, localizada na região central de São Paulo no Distrito Sé/Santa Cecília. Essa UBS contava com 03 equipes de ESF (equipe vermelha, equipe azul e equipe amarela), cada equipe possui a um médico, uma enfermeira e 5 ou 6 ACS. Cada equipe da ESF possuía entre 750 a 900 famílias sob sua responsabilidade, assim deveriam estar inscritas no Projeto

“*Nossas crianças: janelas de oportunidades*”, cerca de 80 a 120 famílias (estimativa referente ao ano de 2004) por equipe. O levantamento realizado pela UBS Humaitá indicou que no total 150 cartilhas foram entregues para as famílias em 2004, distribuídas entre as três equipes de PSF, em média cada equipe de PSF recebeu e distribuiu 50 cartilhas.

Foram sujeitos dessa pesquisa 34 cuidadores de crianças (tais crianças possuíam entre 0 e 7 anos de idade), podendo ser este a mãe, pai ou outro responsável pelo cuidado. Optou-se por incluir cuidadores de crianças menores de 1 ano e maiores de 3 anos para se conseguir uma amostra significativa para o estudo, já que das 50 famílias que receberam a cartilha, em 2004, muitas haviam se mudado da região.

Para a coleta de dados das três equipes de ESF da UBS Humaitá, escolheu-se a equipe vermelha, porque esta equipe possuía um grande número de profissionais desenvolvendo o projeto janelas. Após selecionar a equipe de ESF o pesquisador juntamente com o ACS localizava as famílias que se encaixavam no perfil do estudo e então realizava uma visita domiciliar para aplicar o questionário para a coleta de dados. O questionário era composto de perguntas abertas e fechadas que buscavam identificar: a) características dos respondentes; b) as percepções dos familiares sobre a estrutura da cartilha (tipo de letra, gravuras, organização dos temas, entre outros tópicos estruturais) e, c) sobre o conteúdo (pertinência dos temas, utilização prática dos mesmos, importância do tema para o cuidado da criança, entre outros). Antes de aplicar o questionário as pessoas eram informadas sobre a pesquisa e assinavam o termo de consentimento livre e esclarecido.

O trabalho foi autorizado pelo comitê de ética da Prefeitura Municipal de São Paulo. Após a coleta de dados estes foram organizados em um banco de dados informatizado e analisados com a ajuda do programa computacional *Excell*.

Resultados e discussão

Famílias e cuidadores

Quanto à caracterização das famílias os resultados mostram que a amostra foi composta por mulheres, sendo as mães das crianças majoritariamente as cuidadoras, entre as cuidadoras apenas uma era avó da criança. A idade média dessas mulheres foi de 31 anos. As famílias eram em sua maioria de estrutura nuclear, com composição tradicional de mãe, pai e filhos. A maioria das residências eram alugadas e o tempo de moradia foi em média de 3 anos, o que pode estar relacionado com o alto número de cortiços presentes na região e com mudanças frequentes de endereços dessa população. Todas as residências eram de alvenaria e possuíam estrutura sanitária mínima, como água da rede pública, vaso sanitário com descarga na residência e esgoto. Entende-se que a origem da água usada para beber e a adequada destinação do esgoto doméstico são fatores que contribuem para a diminuição do risco das crianças contraírem doenças infecciosas. A existência de energia elétrica na residência pode expressar as condições sócio-econômicas da família e caracterizar a área que foi o cenário de estudo. As famílias possuíam mais televisores do que rádios.

As entrevistadas possuíam escolaridade média localizada no ensino fundamental incompleto sendo que nesse grupo a média de anos estudados foi de dois anos. Este dado nos mostra que os instrumentos a serem utilizados para a capacitação das famílias precisam

possuir linguagem simples e ser de fácil compreensão, inclusive utilizando outros meios de comunicação como fotos, gravuras etc.

Utilização da cartilha

Os dados mostraram que entre os entrevistados 61,8% possuíam a cartilha consigo no momento da entrevista e 38,2% não. Entre os que não tinham a cartilha 38,5% não haviam recebido. Dentre as razões relatadas chama a atenção o número de pessoas que recebeu e perdeu a cartilha, o que indica a necessidade de se ter sempre tiragem em número maior que a população para poder suprir tais ocorrências. Das famílias que receberam a cartilha, 79,1% delas relatavam ter a cartilha, contudo algumas das cuidadoras entrevistadas referiram não estar com a cartilha no momento, pois haviam emprestado a mesma para outras pessoas. No grupo de entrevistados a média de tempo decorrido entre a entrega da cartilha e a realização da entrevista foi de 9 meses. O tempo máximo decorrido foi de 36 meses e o mínimo de 3 meses.

Ao se realizar o cruzamento das informações evidenciou-se que entre as pessoas analfabetas, 80% não tinham a cartilha, sendo que dessas pessoas 50% não haviam recebido a mesma. Isso nos mostra que existe uma tendência dos profissionais de saúde, inclusive dos ACS, em não entregarem a cartilha para pessoas que não sabem ler e escrever, provavelmente por entender que estes não irão se beneficiar do material. No entanto, alguns estudos⁹ mostram a importância de priorizar e ampliar as oportunidades de educação para mulheres e mães, já que a escolaridade materna, comprovadamente está associada ao conhecimento que essas mães possuem sobre desenvolvimento infantil. Esse conhecimento, conforme a literatura

tem impacto importante sobre os processos de desenvolvimento infantil. Entendendo que a promoção da saúde tem como finalidade a construção da cidadania da população, a cartilha poderia funcionar como um estímulo para que a cuidadora analfabeta procurasse se alfabetizar e assim melhorar-se-iam as condições de saúde da criança e da família. Segundo os dados coletados o ACS foi o profissional de saúde que mais se envolveu com a distribuição da cartilha às famílias. Observa-se que 15 (44,1%) cartilhas foram entregues pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em Visita Domiciliar. Os enfermeiros ou médicos tiveram uma boa participação neste processo, entregando a cartilha para 14 (41,2%) cuidadores em atividades dentro da UBS, tais como grupos educativos e consultas individuais, sendo que 10 foram entregues em consultas e 4 em atividade de grupo. Dentro da atividade de avaliação da cartilha por parte dos cuidadores, aqueles que não tinham a cartilha, ou seja, 38,5% dos respondentes, sentiram-se a vontade para responder ao inquérito de avaliação da mesma, pois disseram ter tido contato com a mesma nas VD com o ACS ou no grupo realizado na UBS pela enfermeira ou médico.

Assim, segundo os cuidadores, 73,6% conversaram ao menos uma vez com algum profissional da UBS sobre assuntos relacionados aos cuidados e desenvolvimento da criança. A frequência com que essas conversas ocorreram foi entre uma ou duas vezes nos últimos 3 meses (47,1%); sendo que 9 cuidadoras (26,5%) disseram não ter conversado nenhuma vez nos últimos 3 meses sobre os assuntos tratados na cartilha e apenas uma (11,1%) relatou nunca ter conversado sobre esses assuntos com nenhum profissional e 8 (88,9%) relataram ter

conversado sobre essa temática, por mais de 3 meses.

Das pessoas que possuíam a cartilha aproximadamente 80% conversaram com profissionais de saúde do PSF sobre assuntos que sugerem ações para um crescimento saudável e que estão relacionados aos temas da cartilha. Entre as pessoas que não receberam a cartilha apenas 40% discutiram sobre esses assuntos com algum profissional. Esses dados nos mostram que a cartilha é um instrumento importante para disparar o diálogo sobre o desenvolvimento infantil entre profissionais e cuidadores.

Dentre os profissionais da equipe, quem conversa mais com o cuidador sobre o desenvolvimento infantil é o ACS. Conversas entre o cuidador e o ACS correspondem a 44,1% dos relatos, seguidas por 29,4% de conversas entre o cuidador e o enfermeiro e 23,5% entre o cuidador e o médico. Apenas uma pessoa disse não ter conversado com nenhum profissional. Das pessoas que receberam a cartilha, mas não conversaram nos últimos 3 meses sobre algum assunto relacionado aos temas da cartilha, 66% tinham recebido a cartilha do médico ou enfermeira em consulta ou grupo.

Observamos através desses dados que como a cartilha é um instrumento para estimular o diálogo entre ACS e cuidador familiar; quando outro profissional, que não o ACS, entrega a cartilha o diálogo parece não se realizar, e ou porque, talvez, o ACS não fica sabendo que a família recebeu a cartilha ou porque, talvez, o ACS pensa que o profissional médico ou enfermeiro irão tratar desse assunto com o cuidador familiar. De qualquer forma isso denuncia problemas no trabalho (diálogo) em equipe dentro do projeto janelas, no PSF.

Ao avaliarem o formato da cartilha, no que se refere às ilustrações, a quantidade de páginas, ao tamanho das letras e da cartilha, a maioria das entrevistadas demonstra uma aceitação positiva deste aspecto. Em relação ao conteúdo da cartilha 97,1% das entrevistadas classificaram como *bom* os assuntos tratados, bem como sua compreensão. Isso demonstra que os cuidadores parecem ter entendido os assuntos discutidos na cartilha e nos aponta para uma avaliação positiva a respeito da aceitação da mesma já que esta tem como proposta, promover a discussão e o “*empowerment*” através do entendimento dos conteúdos trabalhados no instrumento.

Conclusões

A cartilha que foi entregue, principalmente pelos ACS (como previsto no Projeto) viabilizou o diálogo sobre temas relativos ao desenvolvimento infantil entre os cuidadores e esses profissionais. Porém, muitos materiais voltados para a saúde são produzidos todos os anos sem que, no entanto, sejam observadas mudanças profundas na realidade. Esses materiais (cartazes, cartilhas, *folders*), sozinhos, não trazem a solução dos problemas. É preciso que esses materiais didáticos e informativos em saúde sejam incorporados como materiais de apoio e como pontos de partida para o desenvolvimento de um trabalho baseado em encontros eficazes entre profissionais de saúde e população, com a finalidade de debater os problemas levantados e encontrar soluções.

Os ACS que são profissionais moradores da comunidade, selecionados e treinados para promover a saúde e formar uma ponte entre a

comunidade e o sistema de saúde são os profissionais que mais podem contribuir para fortalecer as famílias e suas competências, no entanto, esses profissionais precisam ser bem qualificados e incentivados a dar continuidade a projetos como esse.

A cartilha mostrou-se um instrumento relevante para a promoção do desenvolvimento infantil e do fortalecimento das famílias. Mostrou-se também um instrumento importante de educação em saúde. Observou-se através desse estudo que existe uma tendência dos ACS a reproduzirem informações de cunho biomédico (como por exemplo, orientações sobre alimentação saudável ou controle do ambiente para evitar acidentes), em detrimento de informações relativas à identificação/construção de redes sociais de apoio. Dentro de uma proposta de promoção da saúde esperava manter-se que as ações de cunho individual e de “*empowerment*” comunitário viessem associadas.

As famílias demonstraram um bom entendimento dos temas trazidos na cartilha, com mais destaque para alimentação e higiene e menos destaque para a dimensão da cidadania.

Conclui-se sobre a relevância do trabalho em equipe para que uma proposta como essa não se esvazie. Ressalta-se ainda a importância de programas de promoção da saúde para a superação dos problemas de saúde da população brasileira, problemas esses que são sempre resultantes de várias condicionantes entre as, sociais e biológicas. É importante pontuar que estratégias de educação em saúde são bastante utilizadas em promoção da saúde, contudo necessitam ser desenvolvidas a partir da inclusão dos saberes e das práticas cotidianas dos indivíduos e famílias.

REFERÊNCIAS

1. Alves Sobrinho EJ, Chiesa AM, Sousa MF. PSF: um sonho possível na cidade de São Paulo. In: Sousa MF, organizadora. Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: HUCITEC; 2002. p. 37-44.
 2. Chiesa AM, Batista KBC. Desafios da implantação do Programa Saúde da Família em uma grande cidade: reflexões acerca da experiência de São Paulo. Mundo Saúde. 2004;28(4):26-42.
 3. São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Programa da Saúde da Família. Toda hora é hora de cuidar. São Paulo: SMS/PSF; 2002. [manual de apoio do Projeto "Nossas crianças": janelas de oportunidade]
 4. São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Programa da Saúde da Família. Toda hora é hora de cuidar. São Paulo: SMS/PSF; 2003. [manual de apoio do Projeto "Nossas crianças": janelas de oportunidade]
 5. Veríssimo MLOR. O desenvolvimento infantil e o cuidado da criança pela família. In: Nossas Crianças: janelas de oportunidades. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, Programa Saúde da Família; 2002. p. 31-6.
 6. Chiesa AM. A Promoção da Saúde como eixo estruturante do trabalho de enfermagem no Programa Saúde da Família. Rev Nursing. 2003;64(6):40-6.
 7. Lopes ALM. Processos educação em saúde na cessação do tabagismo: revisão sistemática e metassíntese [dissertação]. São Paulo: EEUSP; 2008.
 8. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev Saúde Pública. 2000;34(5):547-59.
 9. Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em Saúde: limites e perspectivas. Cad Saúde Pública. 1994;10:80-91.
-

*Recebido em 26 de outubro de 2009
Aprovado em 28 de novembro de 2009*