**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Juliana Martins

**Avaliação de tecnologia inovadora para promoção do desenvolvimento
infantil, segundo agentes comunitários de saúde.**

SÃO PAULO

2007

Juliana Martins

**Avaliação de tecnologia inovadora para promoção do desenvolvimento infantil,
segundo agentes comunitários de saúde.**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação da Escola de Enfermagem
da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em
Enfermagem

Área de Concentração:
Enfermagem Pediátrica

Orientadora:
Profª Drª Maria De La Ó Ramallo
Veríssimo

São Paulo

2007

Catálogo na Publicação (CIP)

1 Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Martins, Juliana.

Avaliação de tecnologia inovadora para promoção do desenvolvimento infantil, segundo agentes comunitários de saúde. / Juliana Martins. – São Paulo, 2007.

127 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^ª Dr^a Maria De La Ó Ramallo Veríssimo

1. Desenvolvimento infantil 2. Educação em saúde 3. Promoção da saúde 4. Modelos de atenção à saúde (avaliação).

I. Título.

Folha de Aprovação

Juliana Martins

Avaliação de tecnologia inovadora para promoção do desenvolvimento infantil, segundo agentes comunitários de saúde.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Área de Concentração: Enfermagem
Pediátrica

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof^{ca} Dr^a _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof^{ca} Dr^a _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof^{ca} Dr^a _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*A minha família, em especial à minha mãe Maria por todo o carinho, amor e
dedicação.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ter guiado meus passos até aqui e ser a minha fortaleza nos momentos difíceis.

À minha grande família: meus pais, Maria e Cecéu (in memória), minha madrinha Nice, meus irmãos Ieda e Vagner, minha cunhada Lucinda e aos “irmãos” postigos Ana e Luiz. Vocês são o meu porto seguro, obrigado pelo amor, paciência, compreensão, apoio e os momentos felizes em todos estes anos.

Ao meu noivo, Marcio, pelo amor, paciência, compreensão, incentivo e apoio em mais uma fase da minha vida.

Aos meus sobrinhos, Igor, Isabela e Julia, por serem a alegria da minha vida.

À Prof^a Maria De La Ó, minha orientadora e amiga, pelo apoio, compreensão e a forma carinhosa de “orientar”.

A todo o grupo de pesquisa do projeto Janelas, em especial à Maria Agnes, aluna de iniciação científica que me auxiliou na coleta dos dados.

Às amigas Roberta, Vivian e Gislene que estiveram comigo durante todo este tempo.

A Karine, pela cooperação e orientações estatísticas.

A Nadir e Maria Alice pela ajuda nas referências bibliográficas.

Às Prof^{as} Magda Rezende e Rita Bertolozzi pela orientação no exame de qualificação.

A todos os funcionários das UBS participantes do projeto e em especial aos agentes comunitários de saúde que participaram da coleta de dados.

Aos funcionários da Pediatria e Clínica médica do Hospital Universitário da USP, pelo auxílio, compreensão e apoio durante a realização deste trabalho.

Ao CnPq pelo apoio e financiamento à pesquisa.

*“Ainda que eu tivesse o dom da profecia,
o conhecimento de todos os mistérios e toda a ciência;
ainda que eu tivesse toda a fé,
a ponto de transportar montanhas,
se não tivesse o amor,
eu nada seria.”
I Coríntios 13;2*

Martins J. Avaliação de tecnologia inovadora para promoção do desenvolvimento infantil, segundo agentes comunitários de saúde.

RESUMO

Este estudo objetivou contribuir para a avaliação da efetividade da cartilha e do manual “Toda Hora é Hora de Cuidar” do projeto “Nossas Crianças: janelas de oportunidades” (projeto Janelas). Entendendo que o desenvolvimento infantil saudável depende de cuidados afetivos, responsivos e estimulantes, e ambiente promotor de saúde, o projeto Janelas foi desenhado com o objetivo de ampliar as ações das equipes do Programa Saúde da Família (PSF), tendo como princípio superar a abordagem tradicional da assistência, centrada em aspectos biológicos, para outra, voltada a ações integradas, em diferentes níveis, valorizando os cuidados que promovem o desenvolvimento infantil. Está baseado em uma abordagem emancipatória de educação em saúde, visando contribuir para *empoderar* as famílias na promoção do desenvolvimento infantil, mediante compartilhamento do conhecimento e ampliação de sua participação no processo de atenção à saúde da criança. Para tal, foram elaborados a cartilha e o manual de apoio “Toda hora é hora de cuidar”, enquanto tecnologias a serem utilizadas pela equipe de saúde na promoção do desenvolvimento infantil. A cartilha é voltada à família e o manual à equipe de saúde. Abordam temas como: alimentação, higiene, prevenção de acidentes, amor, segurança, brincadeira e direitos da criança, da gestação até seis anos de idade. Para avaliar a efetividade destes instrumentos com os agentes comunitários de saúde (ACS) foram realizados grupos focais com 29 ACS e questionários auto-aplicáveis com 125 ACS, buscando responder a indicadores de avaliação elaborados no início do projeto. As questões fechadas foram submetidas a análises descritivas e inferenciais e as questões abertas e os grupos focais a análise temática de conteúdo. A maioria absoluta dos ACS considerou o formato, conteúdo e linguagem dos instrumentos adequados para apoiar suas ações na promoção de desenvolvimento infantil. O material é utilizado em visitas domiciliares e grupos educativos em serviços de saúde e creches. Há dificuldades no trabalho com as famílias, dadas as adversidades que as marcam e o pouco envolvimento da equipe de saúde com as ações do Projeto. Os instrumentos são de fácil compreensão, abordam assuntos cotidianos, foram bem aceitos pelos ACS e legitimam suas ações nas atividades com as famílias. Porém, as mudanças políticas ocorridas na área de implantação do projeto, a sua não incorporação ao cotidiano de trabalho nas unidades, e as dificuldades que o ACS encontra na implantação do PSF interferiram nas atividades e levaram ao seu enfraquecimento. Considerando a avaliação positiva dos ACS em relação à adequação do material, e os relatos de experiências produtivas nos locais envolvidos com o projeto, pode-se afirmar que os instrumentos são adequados para apoiar os trabalhadores na promoção do desenvolvimento infantil. Para tal, faz-se necessário um maior envolvimento das equipes de saúde na proposta inovadora do projeto Janelas, sendo de fundamental importância o investimento no processo de capacitação e acompanhamento das atividades desenvolvidas pelo ACS.

Descritores: avaliação; promoção em saúde; desenvolvimento infantil.

Martins J. Evaluation of a innovative technology to promote infantile development according to the health community agents.

ABSTRACT

This study aimed to contribute to evaluate effectiveness of the guide book and the manual entitled “ *Every time is time to take care*” part of the project “*Our children: windows of opportunities*” (The Windows Project). Considering that infantile development depends on emotive, responsive and stimulating care and also of a health environment, the *Windows project* was designed aiming to extend the staff’s actions of the Family Health Program (FHP) intending to overcome the traditional approach of assistance centered in biological aspects, working towards integrated actions in different levels, emphasizing care actions which promote infantile development. It is based on an emancipating health approach, aiming to contribute to family *empowerment* in the promotion of infantile development, through knowledge sharing and increasing their participation in the process of the child’s health attention. Consequently, the “*Every time is time to take care*” guidebook and the support manual were elaborated as technologies to be used by the health staff to promote infantile development. The guidebook aimed to be used by the families and the manual by the health staff. The instruments approached the following themes: feeding, hygiene, prevention of accidents, love, safety, play and child’s rights, from gestation up to the age of 6 years old. To evaluate effectiveness of these instruments with the health community agents (HCA), focal groups with 29 HCA were formed and self-applied questionnaires were answered by 125 HCA, to obtain indicators of evaluation elaborated in the beginning of the project. The closed questions were submitted to descriptive and inferential analysis and the open questions and the focal groups to the thematic analysis of the content. The great majority of HCA considered the format, content and language of the instruments appropriate to support their actions to promote infantile development. The material was used in home visits and educational groups in services of health and day-care centers. They found difficulties when working with the families due to difficulties inherent to them and the slight involvement of the health staff with the project actions. The instruments are of easy comprehension, the content approached daily issues and they were well accepted by the CHA and legitimate their actions in the activities with the family. But, due to some political changes occurred in the area to implant the project, the non adherence in the work activities in the units and the difficulties that CHA found to settle the FHP led to interfere in the activities and failing. Considering the CHA evaluation as positive in relation to the material used and the reports of the experiences were effective in the areas involved with the project, we may state that the instruments are adequate to support workers in the promotion of infantile development. To reach this objective a greater involvement into this innovating *Windows* project by the health staff is needed, emphasizing the importance to invest in personnel training schemes developed by the CHA.

Descriptors: evaluation; health promotion, infantile development

Sumário

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Promoção da Saúde e o Programa Saúde da Família	18
1.2 O cuidado como categoria central no desenvolvimento infantil	22
2 OBJETIVOS	27
3 METODOLOGIA	29
3.1 Avaliação em Saúde	30
3.2 Grupo Focal	36
3.3 Inquérito	41
3.4 Análise dos dados	43
4.0 ASPECTOS ÉTICOS.....	46
5.0 RESULTADOS	48
5.1 Implantação do projeto Janelas com os ACS	53
5.2 Utilização dos instrumentos do projeto Janelas na rotina de trabalho dos ACS	56
5.2.1 Formas de utilização dos instrumentos	57
5.2.2 Facilidades e dificuldades para o uso dos instrumentos	61
5.2.3 Contribuições para a prática	72
5.2.4 Outros temas	74
5.3 Adequação do formato, conteúdo e linguagem dos instrumentos do projeto Janelas	75
5.3.1 Opiniões dos ACS quanto ao formato dos instrumentos	75
5.3.2 Opiniões dos ACS quanto ao conteúdo dos instrumentos.....	82
5.3.3 Opiniões dos ACS quanto à linguagem dos instrumentos	87
5.4 Sugestões e comentários.....	91

6.0 DISCUSSÃO	96
7.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	108
REFERÊNCIAS.....	111
ANEXOS.....	118

nossas crianças

JANELAS DE OPORTUNIDADES

1 Introdução

O presente estudo integra o projeto "Avaliação da implantação de novos instrumentos para o fortalecimento das ações de promoção do desenvolvimento infantil, na área de atuação do Programa Saúde da Família do Município de São Paulo". Visa à avaliação do projeto "Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades" (projeto Janelas), implantado a partir de 2003 em algumas regiões do Município.

O projeto Janelas foi elaborado pela equipe responsável pela implantação do Programa Saúde da Família (PSF) neste Município, com o objetivo de ampliar as ações das equipes de saúde e instrumentalizá-las para a promoção do desenvolvimento infantil, tendo como um de seus princípios superar a abordagem tradicional da assistência, centrada em aspectos biológicos, para outra, voltada a ações integradas, em diferentes níveis, valorizando os cuidados que promovem o desenvolvimento infantil¹.

A elaboração do projeto Janelas teve início em julho de 2001, mediante parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e outras instituições com experiências distintas e complementares, a saber: Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN), vinculado à Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Pastoral da Criança da Arquidiocese de São Paulo, Núcleo de Apoio às Atividades de Cultura e Extensão: Assistência de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (NACE-AENSC, EEUSP), técnicos da Coordenação da Gestão Descentralizada da SMS, área temática da Saúde da Pessoa com Deficiência, e Associação Comunitária Monte Azul, parceira na implantação do PSF e responsável pela execução financeira do projeto.

No que diz respeito à equipe de saúde, o projeto foi estruturado para:

- ampliar a visão de desenvolvimento para o conjunto de relações experimentadas e apreendidas pela criança e por toda a família na sua rotina familiar e social;

¹ Chiesa AM, Solymos G, Fracolli L, Veríssimo MLÓR. Avaliação da implantação de novos instrumentos para o fortalecimento das ações de promoção do desenvolvimento infantil, na área de atuação do Programa Saúde da Família do Município de São Paulo. [projeto de pesquisa] 2003.

- favorecer vínculo, proximidade e confiança entre todos os envolvidos no cuidado à criança;
- definir passos e estratégias para desenvolver formas de cuidado que precisem ser incentivadas;
- favorecer decisão conjunta sobre a necessidade de intervenções específicas nas questões de difícil superação.²

O objetivo da equipe técnica foi produzir material que pudesse servir de tecnologia a ser utilizada pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) na promoção do desenvolvimento infantil. O grupo trabalhou de maneira integrada com a rede de saúde, mediante oficinas de trabalho e, em maio de 2003, foram lançados os instrumentos do projeto: a cartilha e o manual de apoio “Toda Hora é Hora de Cuidar”³ e a “Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção do desenvolvimento infantil” (anexo 1).

A cartilha foi elaborada para ser utilizada com as famílias, mais especificamente aquelas com gestantes e crianças com até 6 anos de idade, e aborda temas diversificados sobre o desenvolvimento infantil, em linguagem simples e com apoio de ilustrações. Seus conteúdos englobam áreas de alimentação, higiene, prevenção de acidentes, amor e segurança, brincadeira, direitos e participação. Esses temas são discutidos pela família e equipes de saúde da família, seja o Agente Comunitário de Saúde (ACS) durante a visita domiciliar, seja durante consultas e grupos educativos pelos demais trabalhadores. Com o apoio desse material, busca-se aproximar a conversa à realidade encontrada e dirigir o debate para situações concretas vividas pela família (Benevides 2003).

² Chiesa AM, Solymos G, Fracolli L, Veríssimo MLÓR. Avaliação da implantação de novos instrumentos para o fortalecimento das ações de promoção do desenvolvimento infantil, na área de atuação do Programa Saúde da Família do Município de São Paulo. [projeto de pesquisa] 2003.

³ SMS; PSF, organizadores. Toda hora é hora de cuidar. [Manual de apoio do Projeto "Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades"]. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde e Programa da Saúde da Família; 2002. Disponível online em www.unicef.org/brazil/manual.pdf

SMS; PSF, organizadores. Toda hora é hora de cuidar. [Cartilha do Projeto "Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades"]. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde e Programa da Saúde da Família; 2002. Disponível online em www.unicef.org/brazil/cartilha.pdf

O manual de apoio foi elaborado para os profissionais da equipe de saúde, e oferece subsídios para o trabalho e o aprofundamento do diálogo, segundo os tópicos da cartilha, além de orientações práticas sobre como trabalhar com as famílias.

A Ficha serve como um roteiro para sistematizar o acompanhamento da situação de cuidados e oportunidades oferecidos às crianças e foi elaborada para ser utilizada pelos médicos e enfermeiros da equipe de saúde da família nos contatos com as crianças. O anexo 2 apresenta algumas páginas da cartilha e do manual, que demonstram seu estilo.

As regiões nas quais o projeto piloto foi implantado foram selecionadas a partir dos seguintes critérios: maior concentração de famílias com renda inferior a cinco salários mínimos, maior incidência de partos prematuros, maior número de partos em mulheres menores de 20 anos e maiores taxas de mortalidade infantil. Foi considerado, também, o envolvimento dos parceiros do PSF no projeto. As áreas selecionadas foram: M'Boi Mirim, Parelheiros, Cidade Ademar e Grajaú (Região Sul), Brasilândia, Sé, Vila Mariana⁴ (Região Centro-Norte), São Miguel, Itaquera e Cidade Tiradentes (Região Leste).

A tabela a seguir apresenta a situação dos distritos em relação aos critérios definidos.

⁴ Foi incluída devido a ser área de atuação do CREN, mas não se engajou no Projeto, portanto, não aparecerá a seguir.

Tabela 01: Situação dos Distritos de Saúde em relação aos critérios de inclusão na fase piloto de implantação do Projeto Janelas.

Distrito de Saúde	Famílias com renda inferior a 5 salários mínimos (%)	Gravidez na adolescência (%)	Partos prematuros (%)	População < 6 anos de vida (%)	Mortalidade Infantil (%)
Cid.Tiradentes	33,8	22,0	7,6	16,0	18,3
Itaquera	19,9	18,6	7,3	12,5	14,1
São Miguel	31,9	18,7	6,9	13,2	19,3
Brasilândia	32,5	20,0	8,5	14,2	17,3
Sé	14,9	7,5	7,4	7,5	15,4
Vila Mariana	7,0	6,4	6,7	6,6	9,8
Cid. Ademar	25,9	18,7	7,4	12,9	16,1
M'Boi Mirim	40,8	18,7	6,2	14,0	19,03
Parelheiros	26,8	18,4	7,5	13,0	18,6
Grajaú	29,6	19,1	7,4	15,4	17,2

Fonte: São Paulo 2002. Balanço de um ano de implantação do PSF.

No período de agosto a outubro de 2003, ocorreu a capacitação das pessoas indicadas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para serem os multiplicadores do projeto nesses locais.

A capacitação teve um caráter inovador, foi realizada no formato de oficinas, nas quais foram adotadas estratégias participativas para discussão dos temas, tendo como referência o “Manual de apoio à cartilha Toda hora é hora de cuidar” e também foram apresentados aos trabalhadores os instrumentos do projeto. Vários conceitos foram discutidos, como: os conceitos de autonomia e resiliência, conceito de necessidades essenciais para o desenvolvimento infantil, relativas à alimentação, higiene, prevenção de acidentes, brincadeira, amor e proteção, direitos e participação social. Esses temas foram debatidos tendo em vista a importância da participação da família e da rede social de suporte no desenvolvimento infantil e o aproveitamento dos cuidados cotidianos como um espaço para a estimulação da criança e promoção de seu desenvolvimento (Chiesa 2005).

A partir de novembro 2003, iniciou-se a implantação do projeto nas UBS. Durante todo o ano de 2004 ocorreram reuniões para o acompanhamento do projeto com os multiplicadores, verificando-se que a implantação em cada unidade variou de acordo com as condições estruturais e individuais de cada local. As mudanças de Secretário de Saúde, de Coordenador da Atenção Básica, de Coordenadores e Supervisores Regionais, saídas de multiplicadores das unidades, entre outros fatores, dificultaram a implantação do projeto.

Tendo em vista que o Projeto Janelas encontra-se implantado em uma área que envolve várias Coordenações de Saúde do Município de São Paulo, coloca-se a necessidade de avaliá-lo, quanto ao processo desenvolvido no âmbito de sua implementação e sua relação com a melhoria da atenção à saúde pelas equipes e dos cuidados familiares à criança. Isto visa à identificação de modificações necessárias para sua expansão para as demais Coordenações de Saúde do Município.

O Ministério da Saúde entende que a avaliação tem como propósito final (Ministério da Saúde 2005a, p.7).:

“dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, deve subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população”

O presente estudo pretende contribuir com a avaliação do projeto Janelas, enfocando a utilização do manual e da cartilha pelos ACS, portanto, a efetividade dessa nova tecnologia na prática desses trabalhadores. Entende-se efetividade como: *“a medida do resultado da aplicação de uma intervenção em situações usuais, não controladas (da prática habitual ou da “vida real”)”*⁵.

Considerando que o Projeto foi proposto como uma nova tecnologia, voltada ao atendimento da necessidade de construção de nova abordagem assistencial que atendessem ao paradigma da Promoção da Saúde, faz-se apropriado apresentar os

⁵ Caetano R, Vianna CMM. Avaliação tecnológica em Saúde: introdução a alguns conceitos básicos. Texto didático preparado para o mestrado profissional em administração em saúde. Ministério da saúde/IMS_UERJ, Disciplina de Gestão Tecnológica, outubro de 2001.

conceitos de promoção da saúde e de cuidados essenciais para o desenvolvimento infantil, relacionando-os à proposta de intervenção.

1.1. Promoção da Saúde e o Programa Saúde da Família

A partir da segunda metade do século XX, ocorreram profundas modificações econômicas e sociais e um grande avanço da ciência e tecnologia, o que repercutiu com melhorias à saúde da população, mas também surgiram, com a complexidade do mundo pós-moderno, várias situações de difícil enfrentamento, tais como o crescimento da população urbana e o aumento das doenças crônico-degenerativas (Lefèvre e Lefèvre 2004). Com estas mudanças, a concepção de saúde predominante, o modelo biomédico, entrou em crise. Esse modelo enfatiza a dicotomia entre curativo e preventivo, entre individual e coletivo, e tem suas práticas fortemente centradas em hospitais, mostrando-se ineficaz para o enfrentamento da complexidade dos quadros sanitários presentes no mundo (Lefèvre e Lefèvre 2004).

Em vários países, intensificou-se a discussão sobre os conceitos de saúde e de promoção da saúde, sendo que o primeiro movimento voltado a pensar a reconceitualização de promoção da saúde surgiu no Canadá, em maio de 1974, com a divulgação do documento “*A New perspective on the health of Canadians*”, também conhecido como *Informe Lalonde*, delineado por *Marc Lalonde*, então Ministro da Saúde do Canadá. Esse foi o primeiro documento oficial que questionava a abordagem exclusivamente médica e fundamentava-se no conceito de “campo da saúde”, composto por 4 componentes: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde - dentro dos quais, distribuem-se inúmeros fatores que influenciam a saúde (Buss 2003).

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) convocou a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, onde se discutiu este novo enfoque para o campo da saúde, com grande repercussão mundial.

A partir de então, para ampliar e aprofundar essa discussão, ocorreram Conferências Internacionais sobre Promoção de Saúde.

A primeira Conferência foi realizada em Ottawa, em 1986. Nesta, definiu-se que a promoção da saúde consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer maior controle sobre a mesma, bem como que a saúde trata-se de um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, e as capacidades físicas. Para atender a essa visão, a promoção da saúde não se restringe como responsabilidade exclusiva do setor sanitário. Foi também firmado um compromisso em favor da promoção da saúde, no qual os participantes da Conferência se comprometeram a reconhecer que os indivíduos constituem a principal fonte de saúde; apoiá-los e capacitá-los em todos os níveis para que eles, suas famílias e amigos mantenham um bom estado de saúde; do mesmo modo se comprometem a aceitar que a comunidade é porta-voz fundamental em matéria de saúde, de condições de vida e de bem estar geral (Organização Panamericana da Saúde 2005).

Nessa ótica, a concepção de saúde deixa de ser a simples ausência da doença e passa a ser compreendida como resultante de um conjunto de fatores individuais e coletivos, sociais, econômicos, políticos, étnicos, religiosos, culturais, psicológicos, laboratoriais, biológicos e ambientais, entre outros, interagindo num processo dinâmico. Neste novo cenário, a promoção da saúde passa a ser vista como um rompimento da concepção biomédica, representando uma nova maneira de interpretar as necessidades e ações de saúde, não mais numa perspectiva unicamente biológica, individual e específica, mas numa perspectiva contextual, histórica, coletiva e ampla (Pereira et al 2000).

No Brasil, em consonância com este repensar do modelo de saúde, que ocorria em todo o mundo, estabeleceu constitucionalmente em 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado em 1990, com a Lei nº 8080 (Brasil 1990).

O SUS aborda esta nova concepção de saúde tendo como seus princípios e diretrizes fundamentais: universalidade de acesso, integralidade e igualdade de assistência, descentralização político administrativa e participação da comunidade (Brasil 1990). Atualmente, o SUS ainda está sendo implantado no país e encontra dificuldades para cumprir os seus princípios. Entre estas dificuldades, pode-se destacar a fragmentação do processo de trabalho e da rede assistencial, precária

interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção, baixo investimento na qualificação dos trabalhadores e modelo assistencial centrado na relação queixa-conduta (Ministério da Saúde 2004).

Buscando superar esse quadro, em 1994, foi concebido pelo Ministério da Saúde, o Programa Saúde da Família (PSF), que pretende substituir o modelo assistencial historicamente centrado na doença e no cuidado médico individualizado, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios. No PSF, a atenção está voltada para a família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que permite uma compreensão mais ampliada do processo saúde-doença (Franco, Merhy 1999; Schere, Marino e Ramos 2005).

O PSF é formado por uma equipe multidisciplinar composta, minimamente, por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde que tiveram a profissão reconhecida em 2002 através da lei 10.507 (Brasil 2002).

O ACS tem desempenhado um papel fundamental na implementação do PSF, tendo como atribuições específicas: promover integração da população com a UBS, cadastrar e manter atualizado o cadastro das famílias de sua microárea, desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e vigilância à saúde por meio de visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas (Ministério da Saúde 2006).

O ACS não tem nenhuma formação específica prévia; no entanto, dentro da equipe, é o profissional que detém algum conhecimento a mais sobre a comunidade e a população. (Martines 2005)

A equipe multidisciplinar tem importantes compromissos, tais como citado por Souza (1999 p.24):

“entender a família, o seu espaço social como núcleo básico da abordagem e não mais o indivíduo isoladamente; assistência integral, resolutive, contínua e de boa qualidade; intervenção sobre os fatores de risco; humanização das práticas de saúde, criação de vínculos de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a comunidade; desenvolvimento de ações intersetoriais através de parcerias; democratização do conhecimento do processo saúde-doença, da organização do serviço e da produção social da saúde; estimular o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e organização da comunidade para efetivo exercício do controle social”.

Neste sentido, o projeto Janelas visa à construção de uma abordagem emancipatória de educação em saúde, conforme a promoção da saúde. Assim, embora o projeto apresente como instrumentos a *cartilha* para a família e o *manual* de apoio, termos clássicos utilizados para descrever instrumentos da educação tradicional, baseada em repasse de informações de quem “mais” sabe (profissionais) para quem “menos” sabe (população), pretende colocar-se em outra esfera.

No que diz respeito à questão do saber, o projeto Janelas pretende contribuir para empoderar⁶ as famílias para serem promotoras do desenvolvimento infantil, mediante compartilhamento do conhecimento e ampliação de sua participação no processo de atenção à saúde da criança. Segundo Foucault (1979), saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder.

O compartilhamento de saberes, portanto, é necessário para construir novas formas de relacionamento entre trabalhadores de saúde e população. Se, por um lado, a informação técnica, especializada, apropriada pelos profissionais de saúde durante sua formação, é fundamentada cientificamente e qualificada como verdadeira, por outro, existe a informação e o conhecimento leigo, oriundo da experiência e da apreensão da própria ciência, que também é verdadeiro, uma vez que existe e orienta as ações da população. Assim, os profissionais, nesse processo de compartilhar conhecimentos, devem fazê-lo de forma qualificada mediante uma relação comunicativa de tipo dialogal e de troca com a população (Lefèvre e Lefèvre 2004). Com isto, amplia-se a compreensão de ambos acerca dos fatores relacionados ao processo saúde-doença.

Entendendo isto, os materiais produzidos para o projeto colocam-se como pontos de apoio e de partida para o “*desenvolvimento de um trabalho mais profundo de transformação da realidade, baseado em encontros eficazes entre os profissionais de saúde e a população, onde podem ser debatidos os problemas e encontradas as soluções*” (Benevides 2003, p.19). Tal perspectiva fundamenta-se nos marcos teóricos de Freire (1985) e Vasconcelos (1999).

⁶ Adaptação para o idioma português do termo inglês *empower*, que se refere à ampliação do controle, poder e influência sobre a própria vida.

Ao mesmo tempo, o projeto Janelas tem como base de sustentação a abordagem das redes sociais de apoio enquanto recurso e patrimônio das famílias na promoção da saúde e desenvolvimento infantis.

Toda a estratégia do Projeto Janelas busca utilizar a capacidade de abrangência das ESF para abordar o desenvolvimento infantil, além da atenção biológica concretizada nas ações de medir, pesar, vacinar, e realizar controle e assistência a doenças, enfocando também as dimensões social e humana relacionadas à saúde. Sua implementação pretende contribuir para os campos da promoção da saúde, quais sejam: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; reorientação dos sistemas e serviços de saúde.

1.2 O cuidado como categoria central no desenvolvimento infantil.

A criança é uma pessoa que tem sua maneira de pensar, sentir e reagir, aprende e constrói sua própria identidade através das relações com as pessoas a sua volta; cada criança é única, enquanto produto da interação de sua herança genética e experiências de vida (Veríssimo e Rezende 2004).

Os primeiros anos de vida são decisivos para o desenvolvimento do ser humano. Nesta fase, corpo, mente e afetividade encontram-se em estágios de maturação e desenvolvimento que são particularmente susceptíveis aos efeitos tanto benéficos quanto maléficos do cuidado que recebe, sendo que *“o cuidado pode ser considerado a essência da saúde, pois é uma necessidade para o desenvolvimento e manutenção da sobrevivência do ser humano”* (Veríssimo e Rezende 2004, p.71).

Segundo Brazelton (2002, p.12) existem necessidades essenciais, isto é, cuidados sem os quais as crianças não podem crescer, aprender e se desenvolverem, que, portanto, *“são experiências e tipos de cuidados aos quais toda criança tem direito”*. Veríssimo e Rezende (2004) adaptaram a classificação das necessidades essenciais infantis de Brazelton (2002), propondo-as como se segue:

- *Proteção física e de saúde*: implica em fornecer nutrição, calor, manutenção da integridade, prevenção de agravos mediante proteção contra infecções, acidentes, criação de hábitos saudáveis, e tratamento de doenças.
- *Relacionamentos protetores contínuos que forneçam segurança emocional, afeto e atenção*: a criança precisa de relacionamentos seguros, empáticos e sustentadores. Para o desenvolvimento de sua identidade e conquista da autonomia, necessita de experiências que permitam ter confiança em si própria, sentir-se aceita, ouvida, protegida e amada, oferecendo segurança para sua formação pessoal e social.
- *Cuidados que respeitem as diferenças individuais*: implica em estar atento não só a suas características únicas de como assimilam o ambiente e respondem a ele, como também a seu contexto familiar e social.
- *Cuidados e oportunidades adequados ao processo de desenvolvimento*: o processo de desenvolvimento resulta em características e vulnerabilidades específicas, devendo-se oferecer o cuidado de forma diferenciada compatível com cada fase do desenvolvimento.
- *Participar de uma rede social estável e amparadora*: a rede social (família, amigos, parentes, vizinhos, creches, escolas) a que a criança pertence ajuda a criar e manter a identidade, os hábitos, as crenças, os costumes e os valores que formam a criança.

Nota-se que o cuidado referido como essencial engloba aspectos físicos, psíquicos e sociais. Estudos da neurociência também apontam que o bom desenvolvimento infantil depende, em grande parte, dos cuidados na primeira infância, isto é, da atenção, nutrição, estimulação, acolhimento, compreensão e carinho. Quando estes cuidados faltam, são inadequados ou insuficientes, as consequências podem ser decisivas e de longa duração, determinando a capacidade de aprender, de se relacionar e de regular emoções (Shore 2000). Hoje, sabe-se que “*the impact of the environment is dramatic and specific, not merely influencing the*

general direction of development, but actually affecting how the intricate circuitry of the human brain is 'wired'”⁷ (Shore 2000, p.15).

Ao nascimento, o cérebro humano está pouco desenvolvido. A maioria dos 100 milhões de neurônios ainda não estão ligados em rede, isto é, não estabeleceram sinapses. *“The ways that parents, families, and other caregivers relate and respond to young children, and the ways that they mediate their children’s contact with the environment, directly affect the formation of neural pathways”⁸ (Shore 2000, p.27).* As sinapses em rede, ao serem utilizadas e reforçadas na vida diária, passam a fazer parte do circuito permanente do cérebro; caso não sejam utilizadas frequentemente ou com certa continuidade, elas serão eliminadas.(Shore 2000).

Evidencia-se, então, porque o cuidado inicial é decisivo e tem impacto duradouro sobre o desenvolvimento e a capacidade de aprender e de lidar com as emoções: a forma como a criança é cuidada interfere na formação e manutenção de suas ligações neurais.

Além disso, embora o cérebro humano tenha capacidade notável de transformação, existem períodos críticos durante os quais tipos específicos de aprendizado são melhor realizados. Tais períodos críticos e de sensibilidade, ou *janelas de oportunidades*, ocorrem quando o cérebro demanda um certo tipo de estímulo, para criar ou estabilizar algumas estruturas duradouras. Da mesma forma, há períodos em que experiências negativas ou ausência de estimulação podem levar a efeitos sérios e duradouros (Shore 2000).

Nesse sentido, o cuidado infantil deve ser, tal como afirma Veríssimo (2002), um cuidado de alta qualidade, isto é, imbuído de atenção e amor, capaz de gerar confiança e vínculo afetivo entre a criança e o cuidador.

Em nossa sociedade, cabe às famílias a responsabilidade primeira pelo atendimento das necessidades da criança, oferecendo-lhe oportunidades de estimulação adequada, relacionamento e aprendizado. As famílias podem

⁷ “o impacto do ambiente é dramático e específico; ele não apenas influencia a direção geral do desenvolvimento, mas afeta diretamente a maneira como o intrincado circuito cerebral é desenhado” (tradução livre da autora)

⁸ “A maneira como pais, familiares e outros cuidadores relacionam-se e respondem às crianças pequenas, e as formas pelas quais eles mediam seu contato com o meio ambiente, afetam diretamente a formação das sinapses cerebrais” (tradução livre da autora)

desenvolver tais competências, desde que recebam o apoio de que necessitam para isso. É papel das redes sociais engajar as famílias em processos de aprendizado e aquisição de habilidades para cuidarem de suas crianças em casa, de forma a promover o seu desenvolvimento nas áreas física, emocional, social e cognitiva (Unicef 2001).

Isso se justifica por ser o desenvolvimento humano um processo muito amplo e complexo, intimamente relacionado a aspectos econômicos, sociais e culturais, que não são do domínio das famílias somente. Nesse sentido, a promoção do desenvolvimento infantil não pode ser vista como tarefa exclusiva das famílias, implicando na necessidade de formulação e implementação de políticas públicas que considerem essas dimensões (Chiesa 2005).

Ao fornecer apoio para as famílias, é importante entender as formas como elas assimilam, organizam e processam informações, bem como planejam suas ações (Brazelton 2002). A atuação dos profissionais da saúde na promoção do desenvolvimento infantil, portanto, requer o estabelecimento de uma relação de confiança com a população, favorecida pelo uso de técnicas de comunicação que permitam a escuta e o diálogo, com vistas a fortalecer os cuidadores no equacionamento do cuidado cotidiano.

A cartilha e o manual “Toda Hora é Hora de Cuidar” foram elaborados para serem instrumentos da equipe de saúde na promoção do desenvolvimento infantil, considerando o cuidado como categoria central no desenvolvimento infantil, conforme discutido acima. Faz-se necessário, no entanto, avaliar o uso destes instrumentos na prática das equipes de saúde, para conhecer sua efetividade. Para tanto, este estudo visa a verificar com os ACS, que são os profissionais da equipe que utilizam com maior frequência os instrumentos, suas opiniões sobre a adequação do material e seu uso com as famílias.

2 Objetivos

Este estudo tem como objetivo geral contribuir para a avaliação da efetividade da cartilha e do manual “Toda hora é hora de cuidar”. Para tanto, seus objetivos específicos são:

1. Avaliar a aceitação da cartilha e do manual pelos Agentes Comunitários de Saúde.
2. Avaliar o uso referido destes instrumentos na rotina de trabalho dos ACS.
3. Levantar dificuldades e facilidades encontradas pelos ACS na implantação de tais instrumentos.
4. Identificar as opiniões dos ACS quanto ao conteúdo, formato e linguagem da cartilha e do manual.

3 Metodologia

Local e população

O presente estudo foi realizado nas coordenadorias de saúde nas quais o projeto “Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades” foi implantado: M'Boi Mirim, Grajaú, Parelheiros, Cidade Ademar, Brasilândia, Sé, São Miguel, Itaquera. A coordenadoria de Cidade Tiradentes não foi incluída porque não havia iniciado o trabalho com famílias.

A população a princípio seria constituída pelos Agentes Comunitários de Saúde das UBS que haviam capacitado os funcionários e estavam trabalhando com o Projeto Janelas em novembro de 2004, conforme informado pelos multiplicadores, em um seminário realizado com a rede de multiplicadores do projeto Janelas em dezembro de 2004.

Nesse seminário foi informado que 40 UBS haviam capacitado os funcionários para utilizarem os instrumentos do projeto Janelas. Foi então solicitado à Secretaria Municipal de Saúde uma lista com o nome dos ACS pertencentes a estas UBS e que totalizaram 1035 ACS. No entanto, ao entrar em contato via telefone com estas UBS, verificamos que a lista estava desatualizada. Visando definir a população corretamente, foi efetuado contato telefônico com cada UBS, solicitando ao coordenador/diretor da unidade que nos enviasse a lista com o nome dos ACS capacitados e que já estivessem há 6 meses trabalhando com o projeto. Das 40 unidades básicas contatadas, apenas 26 retornaram a solicitação, o que totalizava 653 ACS, sendo que 447 deles capacitados e trabalhando com o projeto Janelas.

Tipo de pesquisa

Com base nos objetivos, propôs-se um estudo de avaliação, mediante estratégias qualitativas e quantitativas. Assim, para a coleta de dados, foram utilizadas duas estratégias metodológicas: grupo focal e inquérito. Os grupos focais tiveram como objetivo apreender a percepção dos ACS quanto à aceitação, utilização do material em sua rotina de trabalho, dificuldades e facilidades no uso dos materiais. O inquérito utilizou um questionário estruturado para identificar suas opiniões acerca do conteúdo, formato e linguagem do material.

3.1 Avaliação em saúde

A partir da década de 50, a questão da avaliação em saúde, enquanto objeto de investigação científica, foi consolidada, sendo que no Brasil este tema ganhou maior abrangência apenas nos últimos anos (Nemes 2001). Desde 2003, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo diversas ações para a construção de uma política de avaliação da atenção básica, com o objetivo de institucionalizar a avaliação, incorporando-a no cotidiano de gestores e profissionais (Ministério da Saúde, 2005a).

Para Tanaka e Melo (2001), “*avaliar significa expor um valor assumido a partir do julgamento realizado com base em critérios previamente definidos*”. Nemes (2001,p.10) diz que avaliar é julgar, atribuir valor, e coloca o julgamento como conceito operativo central da avaliação. Segundo esta autora, “*uma avaliação – uma ‘boa avaliação’ – deve julgar. Uma ‘boa’ e ‘completa’ avaliação julga e explica*”.

O Ministério da Saúde define avaliação em saúde como “*um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde*” (Ministério da saúde 2005a, p.18). Contandriopoulos et al (1997, p.31) afirmam que a avaliação consiste “*em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão*”.

Nemes (2001) afirma que, para que um processo avaliativo tenha sucesso, é preciso ter respostas razoáveis para as perguntas: Por que avaliar? Para quê avaliar? O que avaliar? É possível avaliar? Como avaliar? Pensando no presente projeto, as respostas a tais questões estão expostas no quadro 01.

Quadro 01. Questões norteadoras e justificativas para a realização do processo avaliativo.

Questões norteadoras para a definição do processo avaliativo	Justificativas para a realização do processo avaliativo
<i>Por que avaliar?</i>	A razão é a necessidade de verificar a efetividade dos instrumentos do projeto Janelas.
<i>Para quê avaliar?</i>	A finalidade é obter subsídios que orientem a expansão do projeto para as demais regiões do Município.
<i>O que avaliar?</i>	O foco da avaliação são as formas, dificuldades, facilidades e perspectivas da utilização dos instrumentos.
<i>É possível avaliar?</i>	O projeto é exequível, uma vez que os usuários dos instrumentos estão disponíveis para participar do processo, dado seu caráter de construção conjunta, bem como há pesquisadores capacitados para realizar a avaliação.
<i>Como avaliar?</i>	O formato da avaliação prevê utilização de recursos metodológicos apropriados para a apreensão do objeto de estudo.

Contandripoulos et al (1997) diferenciam a avaliação em dois tipos: a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa. Na primeira, o julgamento sobre uma intervenção é feito através de critérios e normas, e na segunda este julgamento é feito usando métodos científicos com o objetivo de ajudar na tomada de decisão.

Para Novaes (2000), as pesquisas avaliativas podem ser definidas em três grandes tipos: investigação avaliatória, avaliação para decisão e avaliação para gestão. São definidas a partir de critérios que procuram embasar a construção do processo de avaliação. Tais critérios são: objetivo da avaliação, posição do avaliador, enfoque priorizado, metodologia predominante, contexto da avaliação, utilização da informação, tipo de juízo formado e temporalidade.

Com base nestes critérios, esta pesquisa enquadra-se na modalidade pesquisa avaliativa, sendo uma investigação avaliativa, caracterizada como descrito a seguir.

Um primeiro aspecto é o objetivo do trabalho, que visa à produção de conhecimento que servirá como fator orientador de decisão, isto é, a modificação ou não dos instrumentos em foco e a justificativa de expansão para as demais regiões do Município. No presente estudo, o enfoque priorizado é o impacto produzido por estes instrumentos na prática de trabalho dos ACS. A informação produzida será utilizada para validar os pressupostos iniciais e o juízo formado estará relacionado a estes pressupostos. A posição do avaliador é externa, o que, por um lado, favorece a isenção no processo de julgamento, mas, por outro, não garante a implementação dos resultados, uma vez que o avaliador não pertence ao grupo gestor da instituição prestadora de serviço de saúde. Buscando objetividade e possibilidade de generalização dos resultados, bem como um certo controle do contexto, utilizam-se estratégias metodológicas quantitativa e qualitativa, com critérios de seleção específicos da população e amostragem aleatória. Trata-se de avaliação transversal, posterior à implantação do Projeto nas unidades de saúde.

A avaliação pode ainda ser caracterizada de acordo com diferentes áreas especializadas (Novaes 2000):

- Avaliação tecnológica em saúde: toma como unidade de análise uma tecnologia, no que diz respeito a suas dimensões técnicas e econômicas.
- Avaliação de programas em saúde: têm como foco de análise os programas de saúde.
- Avaliação, gestão e garantia de qualidade em saúde: tem como objetivo central a qualidade dos serviços.

Neste sentido, o presente projeto enquadra-se na área de avaliação tecnológica voltada às dimensões técnicas da tecnologia, pois visa avaliar a efetividade dos instrumentos, o manual e a cartilha, enquanto tecnologias utilizadas pelos ACS para atuarem com as famílias e fortalecer aspectos da promoção da saúde infantil. Enquanto dimensões de análise, têm-se a adequação dos instrumentos em si

e sua aplicação, que será avaliada pelas formas de utilização, facilidades e dificuldades.

A definição de tecnologias em saúde pode ser ampliada, deixando de referir-se somente aos “*fármacos, dispositivos e equipamentos médicos, procedimentos médicos cirúrgicos e aos modelos organizacionais e sistemas de suporte utilizados no cuidado de saúde*” como é tradicionalmente compreendida⁹. No caso do projeto Janelas, a tecnologia em foco é mediada pelo conhecimento, atitude, compromisso e responsabilidade do profissional, enquanto bases das práticas transformadoras na superação do modelo biomédico no cuidado de saúde.

A fim de proceder à avaliação, é necessário definir indicadores. Segundo Tanaka e Melo (2001):

*“O indicador é uma variável, característica ou atributo de Estrutura, Processo ou Resultado capaz de sintetizar e/ou representar e/ou dar maior significado ao que se quer avaliar. Ele é, portanto, válido para o contexto específico do que se está avaliando. O indicador comumente é representado como uma variável numérica, podendo ser um número absoluto (número de adolescentes multiplicadores participantes do programa) ou uma relação entre dois eventos (número de aconselhadores/número de adolescentes inscritos no programa) ou **uma qualidade do evento** (disponibilidade dos aconselhadores em receber adolescentes inscritos fora do horário agendado).” (grifo da autora).*

No quadro 02 apresenta-se a estrutura seguida na construção dos indicadores que nortearam esta pesquisa, de acordo com as recomendações de Tanaka e Melo (2001).

⁹ Caetano R, Vianna CMM. Avaliação tecnológica em Saúde: introdução a alguns conceitos básicos. Texto didático preparado para o mestrado profissional em administração em saúde. Ministério da saúde/IMS_UERJ, Disciplina de Gestão Tecnológica, outubro de 2001.

Quadro 02. Estrutura analítica para a avaliação dos instrumentos do Projeto Janelas, em relação ao uso pelos Agentes Comunitários de Saúde.

DIMENSÃO QUE SE QUER AVALIAR	VARIÁVEIS OBSERVÁVEIS	PERGUNTA AVALIATIVA	MODALIDADE DE COLETA DE INFORMAÇÃO	FONTES	INDICADOR
Implantação do projeto Janelas com os ACS	Número de ACS que foram capacitados	Quantos ACS foram capacitados?	Dados secundários	Gerentes das UBS	% de ACS capacitados
	Número de ACS que foram capacitados e usam o material	Quantos ACS foram capacitados e usam o material?	Inquérito	ACS	% de ACS capacitados e que utilizam o material
Utilização dos instrumentos do projeto Janelas na rotina de trabalho dos ACS	Formas de utilização dos instrumentos	Como os ACS utilizam os instrumentos?	Grupo focal	ACS	Formas de utilização dos instrumentos
	Facilidades/ Dificuldades no uso dos instrumentos	Quais facilidades e dificuldades encontram?	Grupo Focal	ACS	Facilidades e dificuldades para o uso dos instrumentos
	Contribuições para a prática	Quais contribuições os instrumentos trouxeram para a prática?	Grupo Focal	ACS	Apresentar contribuições para a prática
Adequação do formato, conteúdo e linguagem dos instrumentos	Formas de linguagem dos instrumentos	Qual a opinião dos ACS sobre a linguagem dos instrumentos?	Inquérito	ACS	% de ACS que consideram a linguagem adequada
	Adequação do tamanho dos instrumentos	Qual é a opinião dos ACS sobre o tamanho do material?	Inquérito	ACS	% de ACS que consideram o tamanho adequado.
	Importância dos conteúdos abordados nos instrumentos	Qual a opinião dos ACS sobre o conteúdo dos instrumentos	Inquérito	ACS	% de ACS que consideram o conteúdo adequado.

Para se chegar aos pressupostos da avaliação, é imprescindível a comparação com parâmetros definidos, sendo que “*parâmetro é uma referência adotada por quem está avaliando*” (Tanaka e Melo 2001). Os parâmetros para cada indicador construído estão explicitados no quadro 03.

Quadro 03. Indicadores e Parâmetros para a avaliação da efetividade dos instrumentos do Projeto Janelas, segundo os Agentes Comunitários de Saúde.

Indicadores	Parâmetros
% de ACS capacitados nas UBS integrantes do Janelas	100% dos ACS capacitados
% de ACS capacitados e que utilizam o material	100% dos ACS utilizam o material
Formas de utilização dos instrumentos	Utilização de acordo com o que foi previsto na elaboração do projeto. Busca formas de utilização mais efetivas dos instrumentos, adequadas às características de cada local
Facilidades e dificuldades apontadas pelo ACS no uso dos instrumentos	Facilidades superam dificuldades
Apresentar contribuições para a prática	Relato de contribuições dos instrumentos na rotina de trabalho
% de ACS que acham que o instrumento tem uma linguagem adequada	Pelo menos 2/3 dos ACS consideram a linguagem dos instrumentos adequada
% de ACS que acham o formato dos instrumentos adequado	Pelo menos 2/3 dos ACS consideram o formato dos instrumentos adequado.
% de ACS que acham o conteúdo dos instrumentos adequado	Pelo menos 2/3 dos ACS consideram o conteúdo dos instrumentos adequado.

3.2 Grupo Focal

Segundo Gomes e Barbosa (1999), um grupo focal é um grupo de discussão informal e de tamanho reduzido, com o propósito de obter informações de caráter qualitativo em profundidade, sendo uma técnica rápida e de baixo custo para avaliação e obtenção de dados e informações qualitativas.

A essência do grupo focal consiste em se apoiar na interação entre seus participantes para colher dados, a partir de tópicos que são fornecidos pelo pesquisador sobre um tema específico (Carlini-Cotrim 1996). Segundo Dall'Agnol e Ciampone (1999) esta técnica de pesquisa possibilita que os participantes, a partir dos diferentes ângulos de visões acerca de um fenômeno, elaborem certas percepções que ainda se mantinham em condição de latência.

Westphal, Bógus e Faria (1996) recomendam que cada grupo seja composto por cerca de 6 a 15 pessoas selecionadas a partir do objeto do estudo e que os dados sejam obtidos de mais de um grupo com características diferentes a fim de permitir a identificação e a compreensão de diferenças de percepção. Para Tanaka e Melo (2001), na coleta de dados por grupo focal, o que importa é o significado de uma informação para a situação avaliada, portanto, não existe necessidade de definir uma amostra numericamente representativa.

Inicialmente, fora definido que seriam realizados 5 grupos focais, considerando o total de 40 unidades possivelmente trabalhando na implantação do projeto, o que seria suficiente para garantir a participação de ACS de todas as unidades de saúde. Com um menor número de UBS, decidiu-se diminuir para 03 o número de grupos focais. Foram sorteados cerca de 20 ACS para cada grupo, visando garantir um número mínimo adequado, contando com as possíveis recusas e ausências por outras razões. Para a composição dos grupos, utilizou-se uma proporcionalidade, de acordo com o número total de agentes em cada região, visando garantir a inclusão de todas as unidades, como se segue (Tabelas 02, 03 e 04).

Tabela 02. Distribuição dos agentes comunitários de saúde: total, envolvidos com o Projeto Janelas e sorteados para a pesquisa, segundo unidades básicas de saúde da Região Sul.

Unidades de saúde	Total de ACS	ACS trabalhando com o projeto Janelas	ACS sorteados para a pesquisa
Coordenadoria Capela do Socorro			
UBS Alcina Pimentel Piza	06	06	01
Coordenadoria Parelheiros			
UBS Dom Luciano Bergamin	15	12	02
Coordenadoria M´Boi Mirim			
UBS Chácara Santana	28	28	03
UBS Vila das Belezas	26	26	03
UBS Jd Thomas	27	07	01
UBS Parque Figueira	36	29	03
UBS Zumbi dos Palmares	31	31	03
UBS Jd Kagohara	16	08	01
UBS Jd Guarujá	30	03	01
UBS Chácara Santa Maria	21	21	03
Total	236	171	21

Tabela 03. Distribuição dos agentes comunitários de saúde: total, envolvidos com o Projeto Janelas e sorteados para a pesquisa, segundo unidades básicas de saúde da Região Leste.

Unidades de saúde	Total de ACS	ACS trabalhando com o projeto Janelas	ACS sorteados para a pesquisa
Coordenadoria São Miguel			
UBS Adão Manoel	15	0	0
UBS Jd Maia	30	29	03
UBS Nova São Miguel	20	16	03
UBS Santa Inês	23	19	03
UBS Thersio Ventura	34	33	04
UBS União Vila Nova	16	14	02
UBS Nitroquímica	09	08	02
UBS Cid. Pedro Nunes	15	15	03
Total	162	134	20

Tabela 04. Distribuição dos agentes comunitários de saúde: total, envolvidos com o Projeto Janelas e sorteados para a pesquisa, segundo unidades básicas de saúde da Região Centro-Norte

Unidades de saúde	Total de ACS	ACS trabalhando com o projeto Janelas	ACS sorteados para a pesquisa
Coordenadoria Freguesia do Ó/ Brasilândia			
UBS Brasilândia	12	7	01
UBS Dr. Augusto Leopoldo Galvão	36	17	02
UBS Jd Guarani	32	32	04
UBS Jd. Paulistano	17	11	02
UBS Vila Cruz das Almas	26	26	03
UBS Vila Penteado	33	18	02
UBS Vila Ramos	30	15	02
<i>Coordenadoria Sé</i>			
UBS Humaitá	16	16	02
Total	202	142	18

Os ACS sorteados foram convidados mediante uma carta convite (anexo 3) enviada para região Sul via malote da SMS e, para as demais regiões, via correio, visando maior agilidade na entrega. Junto com as cartas convite foi enviada uma carta direcionada ao gerente da unidade (anexo 4), esclarecendo e comunicando sobre a realização dos grupos.

Para cada grupo foi prevista a duração máxima de duas horas e meia, incluindo possível atraso no início e o lanche que foi oferecido ao final, considerando a recomendação de que cada sessão dure de uma hora e meia a duas horas (Tanaka e Melo 2001, Dall’Agnoll e Ciampone 1999). Planejou-se a presença de um

coordenador/moderador e um observador em todos os grupos, sendo estes a própria pesquisadora e sua orientadora, respectivamente.

A atuação do coordenador é fundamental para garantir o êxito do grupo focal. Este deve atuar como um facilitador da interação entre os participantes, manter a discussão no tema central e auxiliar o grupo na reflexão conjunta. O observador deve registrar todos os acontecimentos no campo grupal, estando atento também à comunicação não verbal. Os papéis do observador e coordenador devem ser complementares (Chiesa e Ciampone 1999).

Para garantir um bom desempenho como coordenadora dos grupos, a pesquisadora havia cursado disciplina oferecida na pós-graduação da EEUSP sobre o assunto, na qual foram realizadas leituras e discussões sobre vários aspectos da técnica de coleta de dados através de grupos focais, bem como participado de outros grupos focais, como observadora.

Tentou-se assegurar que o local disponível fosse apropriado: confortável, de fácil acesso, silencioso e com espaço favorável a um bom contato entre os participantes. Sendo assim, o grupo focal da região Sul foi realizado na Escola de Enfermagem da USP, devido à dificuldade de encontrar um local apropriado na própria região. Nas regiões Leste e Centro-Norte foram realizados em locais indicados pela coordenadoria de cada região. Na região Leste foi realizado em uma sala do Ambulatório de Especialidades Tito Lopes e na região Centro-Norte foi realizado no prédio da vigilância sanitária da região.

Os grupos foram iniciados com o agradecimento da presença de todos, uma rápida apresentação do Projeto Janelas, apresentação da finalidade da pesquisa e orientação sobre a dinâmica da reunião. Em seguida, foi realizada uma dinâmica de apresentação do grupo de participantes, entrega dos termos de consentimento e preenchimento de uma ficha de caracterização dos ACS (anexo 5 e 6). A discussão seguiu um roteiro com questões norteadoras (anexo 7).

3.3 Inquérito

Conforme descrito anteriormente, para verificar a opinião dos ACS sobre o conteúdo, formato e linguagem do manual e da cartilha, foi enviado um questionário, a todos os agentes que trabalhavam com o projeto Janelas (anexo 8). Definiu-se que os inquéritos seriam enviados para todos os ACS para permitir que todos expressassem suas opiniões, caso o desejassem, e considerando, também, ser este um método de coleta referido na literatura com um baixo índice de respostas.

Tanaka e Melo (2001) apontam o termo questionário como qualquer instrumento de coleta de informações e formulário quando este instrumento é preenchido pela população-alvo. Witt (1973) considera que no questionário não há interação pessoal e no formulário ocorre uma interação parcial. Rea e Parker (2002) não diferenciam estes dois termos, usam a palavra questionário para designar qualquer uma das formas. Optou-se pelo termo questionário para designar o instrumento utilizado neste projeto para coleta de dados.

Segundo Rea e Parker (2002), as vantagens do uso da técnica de pesquisa por correio são: custos menores; fornece as respostas mais rapidamente, pois pode ser aplicado simultaneamente a várias pessoas; redução de viés induzido pelo pesquisador e a pessoa ter mais tempo para pensar. As desvantagens seriam: índice de respostas inferior ao de outros métodos; demora na devolução; o fato de não haver um entrevistador presente significa que perguntas obscuras não podem ser explicadas; as reações e informações espontâneas não são registradas.

No processo de elaboração do questionário, buscou-se seguir os passos descritos por Witt (1973) que são: identificar as áreas sobre as quais serão redigidas as questões, selecionar o tipo de pergunta, elaboração das questões, análise crítica das questões, codificação das questões, elaboração de instruções para o preenchimento do questionário, coletar opiniões de outras pessoas acerca do instrumento, revisão geral e pré-teste.

Para abordar os temas propostos, conteúdo, formato e linguagem dos materiais, considerou-se, inicialmente, as vantagens e desvantagens de cada tipo de pergunta, aberta e fechada.

As perguntas fechadas oferecem a vantagem de serem mais fáceis de responder, são limitados os riscos de interpretação pessoal e o esquecimento de uma alternativa de resposta, além de levar menor tempo para o preenchimento, e oferecer maior facilidade de análise (Witt 1973). Porém, apresentam algumas desvantagens, como: o entrevistado pode selecionar ao acaso a resposta, diferenças sutis não podem ser detectadas e pode haver restrição da amplitude do assunto (Rea e Parker 2002).

Já as perguntas abertas apresentam a vantagem de permitirem investigações mais profundas sobre o assunto e a desvantagem de serem mais difíceis de responder, fornecerem um grande número de informações e análises mais complexas (Witt 1973). Portanto, torna-se importante o pesquisador “*usar experiência e critério profissional na construção de uma série de perguntas que maximizem as vantagens e minimizem as desvantagens*” (Rea e Parker 2002).

Com isto, optou-se por um meio termo entre ambos os formatos, com a introdução de uma alternativa que possibilita ao sujeito justificar sua opinião em cada questão e dar sugestões ao final do questionário. Isto se justifica pela necessidade de conhecer porque o participante considera que aquele item é ou não é adequado, importante e etc.

As questões, após serem cuidadosamente elaboradas, foram submetidas à análise pelo grupo de pesquisa do projeto e foram feitas algumas modificações sugeridas. Foram feitas algumas alterações na ficha de caracterização dos ACS, para adaptá-la ao questionário (anexo 9). As instruções sobre o preenchimento, tempo e procedimento para devolução foram especificados com as demais informações necessárias no termo de consentimento da pesquisa (anexo 10) e no próprio questionário.

Aplicou-se um pré-teste com 07 ACS de uma das UBS para avaliação da clareza e abrangência do questionário, e não foi necessário realizar nenhuma modificação no instrumento.

Os questionários foram enviados nominalmente para 440 ACS, o que representa 25 UBS, uma a menos do que inicialmente previsto, pois se constatou que uma das UBS não tinha nenhum ACS capacitado. O envelope com o instrumento continha também duas cópias do termo de consentimento, uma ficha de

caracterização do ACS e um envelope selado e subscrito para devolução, com o prazo de 15 dias para retornarem. Os envelopes dos ACS da mesma UBS foram encaminhados juntos, endereçados à coordenadora de cada unidade com uma carta (anexo 11) explicando sobre a pesquisa e solicitando que os envelopes nominais fossem entregues ao ACS. Foi solicitado que o ACS assinasse um protocolo de recebimento que deveria ser enviado pela coordenadora da unidade.

Após o término do prazo para retorno, houve devolução de 125 questionários, sendo de 13 UBS. Foi então feito contato com as unidades que deixaram de responder, para confirmação do recebimento dos questionários; oito unidades justificaram falta de tempo para o envio dos envelopes e quatro afirmaram que não haviam recebido o material. Para estas quatro unidades foram reenviados os inquéritos, somando 57 ACS, com um prazo de 20 dias para devolução. Nessa “segunda etapa” da coleta, 17 ACS responderam, sendo que apenas uma UBS não retornou.

3.4. Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio de análise qualitativa e quantitativa.

Na análise qualitativa foram utilizados dados provenientes das reuniões em grupos, que foram gravadas e transcritas integralmente, e das questões abertas presentes nos inquéritos. Esses dados foram submetidos à análise de conteúdo que consiste em:

“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”. (Bardin 1977, p.42)

“(...) através da análise de conteúdo, podemos encontrar respostas para as questões formuladas e também podemos confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação (hipóteses). A outra função diz respeito à descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado. As duas funções podem, na prática, se complementar e podem ser aplicadas a partir de princípios da pesquisa quantitativa ou da qualitativa” (Minayo 2004a, p.74)

Dentre as técnicas de análise de conteúdo, seguiu-se a análise temática, a qual *“consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”* (Bardin, 1977, p.105, Minayo, 2004b, p.209).

A análise temática é dividida em 03 etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A pré-análise dos grupos focais teve início com a audição das gravações e leitura do registro de observações sobre as discussões. A seguir, foi realizada a transcrição das fitas, a leitura flutuante do material, visando entrar em contato exaustivo com o conteúdo e prepará-lo para a análise.

Na fase de exploração, os dados brutos foram codificados em temas a fim de alcançar o núcleo de compreensão do texto. Bardin (1977) destaca que a codificação corresponde a uma transformação dos dados brutos, que permite atingir uma representação do conteúdo. Estes temas foram agrupados segundo os indicadores de avaliação elaborados no início da pesquisa. Esses indicadores foram revistos com base na organização do material, e fundamentaram a última fase de análise que é a interpretação final.

Na análise quantitativa, as respostas das questões fechadas dos inquéritos foram armazenadas e analisadas utilizando o programa estatístico SPSS -Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 2003), sendo estabelecidas as análises descritivas e inferenciais pertinentes ao estudo. Nas análises descritivas foram calculadas a frequência simples e a relativa para as variáveis categóricas nominais e ordinais, e a média e o desvio-padrão para as variáveis contínuas.

O teste chi-quadrado de Pearson foi utilizado para comparação da frequência de distribuição dos indivíduos segundo diferentes categorias das variáveis categóricas. Nas situações nas quais foram observadas categorias com número de indivíduos igual ou inferior a cinco, foi utilizado o teste exato de Fischer.

Os resultados provenientes das análises qualitativa e quantitativa foram interpretados de maneira integrada, buscando responder aos indicadores e parâmetros propostos para a avaliação.

4. Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do município de São Paulo (anexo 12). Cada participante foi esclarecido sobre os objetivos do projeto, forma de coleta dos dados e de apresentação no relatório, garantindo o anonimato das informações e a liberdade para integrar o grupo de participantes bem como de deixar o estudo em qualquer momento; sua concordância foi formalizada pela assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (anexos 5 e 10). A pesquisadora colocou-se disponível para prestar esclarecimentos sobre o estudo sempre que solicitados.

5.0 Resultados

Foram realizados 03 grupos focais, com a participação de 29 ACS (49,2% do total convidado e 6,5% do total de ACS), representando 17 UBS (65,4% do total), das regiões Sul, Leste e Centro-Norte, sendo um grupo focal em cada região. A tabela 5 apresenta a caracterização dos ACS que participaram dos grupos focais.

A escolaridade foi agrupada em dois grupos: menos de 11 anos de estudo e 11 anos ou mais, para fins de comparação entre eles.

Tabela 05-Characterização dos ACS que participaram dos grupos focais. São Paulo, 2006.

2	4 Grupos Focais								
3	Caracterização dos ACS	Total		Região Sul		Região Leste		Região Centro-Norte	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Participação	29	49,2*	10	47,6**	08	40**	11	61,1**
	Idade (média/desvio padrão)	39,14 (10,72)		39,40 (10,81)		39,13 (11,81)		39,91 (10,89)	
	Mínimo-Máximo	23-60		24-53		23-55		24-60	
	Mediana	40		40,5		39		35	
	Tipo de equipe								
	PSF	28	96,6	09	90	08	100	11	100
	Pacs	01	3,4	01	10	-	-	-	-
	Sexo								
	Feminino	28	96,6	10	100	08	100	10	90,9
	Masculino	01	3,4	-	-	-	-	01	9,1
	Escolaridade								
	Menos de 11 anos	12	41,4	04	40	03	37,5	05	45,5
	11 anos ou mais	17	58,6	06	60	05	62,5	06	54,5
	<i>Tempo de trabalho como ACS</i>								
	De 1 ano a 3 anos	04	13,8	02	20	-	-	02	18,2
	Mais de 3 anos	25	86,2	08	80	08	100	09	81,9
	<i>Tempo de uso da cartilha</i>								
	Menos de 6 meses	04	13,8	03	30	-	-	01	9,1
	De 6 meses a 1 ano	06	20,7	01	10	-	-	05	45,5
	Mais de 1 ano	17	58,6	04	40	08	100	05	45,5
	Não respondeu	02	6,9	02	20	-	-	-	-
	<i>Recebeu treinamento</i>								
	Sim	26	89,7	08	80	07	87,5	11	100
	Não	03	10,3	02	20	01	12,5	-	-

* Em relação ao total convidado para participarem dos grupos focais.

** Em relação ao total convidado para participarem do grupo focal de cada região.

Em relação aos inquéritos, ao final da coleta foi contabilizado que 142 ACS (31,8%), integrantes de 16 UBS (64%), retornaram os questionários, que somados aos 7 do pré-teste, totalizaram 149 (33,3%). Destes, 24 (16%) foram excluídos por estarem incompletos, em branco ou preenchidos por outro profissional. Sendo que entre os questionários retornados, 44 (29,5%) eram da região Sul, 60 (40,3%) da região Leste e 45 (30,2%) da região Centro-Norte (anexo 13). Estes dados estão representados no gráfico 01.

Gráfico 01 –Inquéritos devolvidos por região.

Os dados de caracterização dos ACS que responderam aos inquéritos estão expostos na tabela 06.

Nota-se que a maioria absoluta pertence à equipe do PSF, e é do sexo feminino. Grande número de ACS trabalha nesta profissão há mais de 3 anos e utiliza a cartilha há mais de 6 meses.

Quanto à escolaridade, mais de 60% dos ACS têm 11 anos ou mais de estudo o que representa ter concluído o ensino médio, sendo que alguns referiram outros cursos como auxiliar de enfermagem e informática. A maioria referiu ter sido treinado há mais de 1 ano (65,5%), e o restante variou de há 1 semana, meses, não se lembravam ou não responderam.

Tabela 06- Caracterização dos ACS que responderam aos inquéritos. São Paulo, 2006.

5	Caracterização dos ACS	6 Inquéritos							
		Total		Região Sul		Região Leste		Região Centro-Norte	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Participação	125	28*	43	34,4**	43	34,4**	39	31,2**
	<i>Idade (média/desvio padrão)</i>	38,57 (9,63)		38,49 (9,68)		37,60 (10,05)		39,72 (9,23)	
	Mínimo-Máximo	21-59		22-57		23-55		21-59	
	Mediana	40		40		37		41	
	<i>Tipo de equipe</i>								
	PSF	121	96,8	39	90,7	43	100	39	100
	Pacs	04	3,2	04	9,3	-	-	-	-
	<i>Sexo</i>								
	Feminino	114	91,2	38	88,4	42	97,7	34	87,2
	Masculino	11	8,8	05	11,6	01	2,3	05	12,8
	<i>Escolaridade</i>								
	Menos de 11 anos	28	22,4	12	27,9	08	18,6	08	20,5
	11 anos ou mais	96	76,8	30	69,8	35	81,4	31	79,5
	<i>Não respondeu</i>	01	8,8	01	2,3	-	-	-	-
	Tempo de trabalho como ACS								
	De 6 meses a 1 ano	05	4,0	04	9,3	-	-	01	2,6
	De 1 ano a 3 anos	23	18,5	06	14	09	20,9	08	20,5
	Mais de 3 anos	96	76,8	32	74,4	34	79,1	30	76,9
	Não respondeu	-	-	01	2,3	-	-	-	-
	Recebeu treinamento								
	Sim	115	92	37	86,1	39	90,7	39	100
	Não	08	6,5	05	11,6	03	7,0	-	-
	Não respondeu	02	1,6	01	2,3	01	2,3	-	-

*Em relação ao total de inquéritos enviados

**Em relação ao total de inquéritos enviados para cada região

Tendo por base a estrutura analítica elaborada na construção do projeto, os resultados são apresentados em relação às três dimensões propostas para a avaliação: Implantação do Projeto; Utilização dos instrumentos na rotina de trabalho; Adequação da linguagem, conteúdo e formato dos instrumentos. O quadro 04 apresenta um resumo dos resultados, baseados nos indicadores e parâmetros propostos na elaboração do projeto, e que serão apresentados detalhadamente à frente.

Quadro 04. Indicadores, Parâmetros e Resultados da avaliação da efetividade dos instrumentos do Projeto Janelas com os Agentes Comunitários de saúde. São Paulo, 2006.

Indicadores	Parâmetros esperados	Resultados
% de ACS capacitados nas UBS integrantes do Janelas	100% dos ACS capacitados	74,5% dos ACS capacitados *
% de ACS capacitados e que utilizam o material	100% dos ACS utilizam o material	81,6% dos ACS capacitados utilizaram ou utilizam o material**
Formas de utilização dos instrumentos	Utilização de acordo com o que foi previsto na elaboração do projeto. Busca formas de utilização mais efetivas dos instrumentos, adequadas às características de cada local	Maior utilização em VD e grupos educativos na UBS e alguns agentes em outros locais da comunidade, como creche.
Facilidades e dificuldades apontadas pelo ACS no uso dos instrumentos	Facilidades superam dificuldades	Dificuldades encontradas no desenvolvimento do projeto superam facilidades, levando ao desuso do material.
Apresentar contribuições para a prática	Relato de contribuições dos instrumentos na rotina de trabalho	Há relatos de contribuições dos instrumentos na rotina de trabalho do ACS.
% de ACS que acham que o instrumento tem uma linguagem adequada	Pelo menos 2/3 dos ACS consideram a linguagem dos instrumentos adequada	A cartilha é adequada quanto a: - linguagem (89,6%) - ilustrações (92%`) O manual é adequado quanto a: - linguagem (84%) - Ilustrações (84%)

Indicadores	Parâmetros esperados	Resultados
% de ACS que acham o formato dos instrumentos adequado	Pelo menos 2/3 dos ACS consideram o formato dos instrumentos adequado.	A cartilha é adequada quanto a: <ul style="list-style-type: none">- número de páginas (85,6%)- tamanho (90,4%)- aspecto (88%) O manual é adequado quanto a: <ul style="list-style-type: none">- - número de páginas (79,2%)- tamanho (80,8%)- aspecto (83,2%)
% de ACS que acham o conteúdo dos instrumentos adequado	Pelo menos 2/3 dos ACS consideram o conteúdo dos instrumentos adequado.	A cartilha é adequada quanto a: <ul style="list-style-type: none">- informações para as famílias (93,6%) O manual é adequado quanto a: <ul style="list-style-type: none">- informações para o ACS (88%)- informações para o trabalho do ACS (84%) - 64% consideram que não faltou conteúdo na cartilha - 70,4% consideram que não faltou conteúdo no manual

7 * relativo ao número total de agentes lotados nas UBS

** relativo ao total de agentes capacitados e que responderam ao inquérito

5.1 Implantação do projeto Janelas com os ACS

Para avaliar a implantação do projeto Janelas, buscou-se responder aos seguintes indicadores: porcentagem de ACS capacitados nas UBS integrantes do projeto e porcentagem de ACS capacitados e que utilizam o material. Ainda, analisou-se a opinião deles quanto ao processo de capacitação.

Os gráficos 02 e 03 representam o uso da cartilha na rotina de trabalho do ACS e o acesso ao manual.

Gráfico 02 - Uso da cartilha pelos ACS

Gráfico 03 - Acesso ao manual

Conforme os coordenadores das 26 UBS que retornaram a solicitação de informes, havia 447 ACS (74,5% do total de agentes nessas unidades) capacitados para trabalhar o projeto Janelas, havendo, portanto, $\frac{1}{4}$ de trabalhadores não capacitados. Dentre os que responderam ao inquérito e participaram dos grupos focais, observou-se maior número de trabalhadores que afirmaram ter recebido treinamento, perfazendo 92% e 89,7% respectivamente.

Dos 92% de ACS treinados, 81,6% usaram, mas atualmente não estão usando a cartilha no seu dia a dia, e 12,3% usam a cartilha no dia a dia. Em relação ao manual, 2,1% dos que receberam treinamento nunca leram o manual, 43,3% leram alguns capítulos e 54,6% leram todo o manual.

A tabela 07 apresenta os dados das variáveis: treinamento, uso da cartilha, conhecer e ler o manual, em relação às regiões. O resultado do teste estatístico para estas variáveis: não foi significativo, indicando não haver diferença entre os grupos.

Tabela 07 – Distribuição dos ACS segundo treinamento, uso da cartilha e acesso ao manual, de acordo com as regiões. São Paulo, 2006.

Variáveis	Total		Região Sul		Região Leste		Região Centro-Norte		p-valor *
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Treinamento									
Sim	115	93,5	37	88,1	39	92,9	39	100	0,093
Não	08	6,5	05	11,9	03	7,1	-	-	
Uso da cartilha									
Nunca usou	11	8,9	03	7,1	03	7,0	05	12,8	0,105
Usou, mas atualmente não usa	97	78,2	29	69	37	86	31	79,5	
Usa regularmente	16	12,9	10	23,8	03	7,0	03	7,7	
Conhecer o manual									
Conhece e tem um exemplar	91	79,1	28	73,7	36	85,7	27	77,1	0,664
Conhece, mas não tem o exemplar	16	13,9	06	15,8	04	9,5	06	17,1	
Não conhece	04	7,0	04	10,5	02	4,8	02	5,7	
Leitura do manual									
Leu todo o manual	54	52,9	18	52,9	18	50	18	56,3	0,932
Leu alguns capítulos	44	43,1	14	41,2	17	47,2	13	40,6	
Não leu	04	3,9	02	5,9	01	2,8	01	3,1	

Nota: * χ^2 = qui-quadrado.

Os ACS puderam, através dos inquéritos, expor suas experiências e sua opinião sobre o treinamento que cada UBS ofereceu para a implantação e desenvolvimento do Projeto “Nossas Crianças: Janelas de oportunidades” com as famílias.

No total, 115 ACS (92,0%) disseram terem sido treinados para o uso da cartilha, sendo que a maioria referiu que o treinamento foi bom, porque proporcionou a possibilidade de ampliar seus conhecimentos para um melhor desenvolvimento e desempenho do seu trabalho com as famílias. Consideraram o treinamento explicativo, claro, dinâmico, objetivo, curto, participativo, pois puderam trocar experiências entre eles, além de terem sido abordados assuntos que orientaram os

agentes no trabalho com a cartilha e também assuntos importantes para o desenvolvimento de um melhor cuidado às crianças pelas famílias.

“O treinamento teve grande importância para o nosso trabalho.”

“O treinamento foi ótimo, pois esclareceu minhas dúvidas.”

“O treinamento trouxe informações importantes para serem passadas para as famílias.”

“O treinamento foi maravilhoso, bem claro e dinâmico.”

“O treinamento foi legal e objetivo.”

“O treinamento foi bem explicativo.”

“No treinamento as orientações foram claras e interessantes.”

Outras respostas, apesar de relatarem que o treinamento foi bom, apontaram algumas objeções como: o treinamento foi insuficiente para preparar o ACS para lidar com a dura realidade das famílias bem como para enfrentar a resistência da comunidade frente à implantação do Projeto Janelas e a necessidade de continuação e ampliação.

“Mas precisamos de um treinamento mais eficaz, pois a situação da nossa população é crítica por causa da própria desvalorização pessoal.”

“O treinamento nos auxiliou muito, apesar de que na pratica é muito diferente.”

“O treinamento foi bom, porém a comunidade não acredita na mesma”.

“Foi bom, mas os pacientes não querem saber.”

“O treinamento foi muito bom, mas deveria ter continuidade, porque depois fica vago, sem resposta.”

“Foi bom, mas deveria ser com maior frequência.”

Embora em menor número, houve agentes que enfatizaram os aspectos negativos, pois referiram que o treinamento foi insuficiente, incompleto, incapaz de subsidiar o enfrentamento das dificuldades com as famílias, e, como outro fator negativo, relataram que a proposta apresentada pelo projeto não condiz com a realidade, não sendo, portanto aplicável na prática.

“No treinamento faltou conteúdo sobre métodos de abordagem, pois temos dificuldades em conquistar e conversar com a família”.

“O treinamento foi muito superficial”.

“No treinamento tivemos uma orientação, mas não foi suficiente”.

“Não achei bom, pois na realidade isso não funciona.”

Na tabela 08 aparecem os dados dos cruzamentos do treinamento em relação ao uso dos instrumentos. Notamos que há uma diferença significativa entre os grupos, sendo que aqueles que referem ter sido treinados, usam ou usaram mais a cartilha, conhecem e leram em maior número que aqueles que não foram treinados.

Tabela 08 – Distribuição dos ACS segundo uso da cartilha, conhecimento e leitura do manual em relação ao treinamento recebido. São Paulo, 2006.

em relação ao treinamento recebido. São Paulo, 2006.							
Variáveis	Total		Recebeu treinamento		Não recebeu treinamento		p-valor *
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
<i>Uso da cartilha</i>							
Nunca usou	11	09	07	6,1	04	50	0,00**
Usou, mas atualmente não usa	95	56	93	81,6	02	25	
Usa regularmente	16	13,1	14	12,3	02	25	
<i>Conhecer o manual</i>							
Conhece e tem um exemplar	90	79,6	89	84	01	14,3	0,00**
Conhece, mas não tem o exemplar	15	13,3	14	13,2	01	14,3	
Não conhece	08	7,1	03	2,8	05	71,4	
<i>Leitura do manual</i>							
Leu todo o manual	53	53	53	54,6	-	-	0,03**
Leu alguns capítulos	44	44	42	43,3	02	66,7	
Não leu	03	03	02	2,1	01	33,3	

Nota: * χ^2 = qui-quadrado; ** estatisticamente significante.

5.2 Utilização dos instrumentos do projeto Janelas na rotina de trabalho dos ACS

Buscando avaliar a dimensão “Utilização dos instrumentos do projeto Janelas na rotina de trabalho dos ACS”, foram realizados os grupos focais. Os dados foram agrupados em categorias, baseadas nos indicadores estabelecidos, e foram elaboradas outras para contemplar todo o conteúdo discutido durante os grupos focais.

Os grupos focais foram analisados inicialmente em separado, e devido à concordância dos resultados, são apresentados como um único conjunto de dados, destacando em cada tema as diferenças em relação às regiões, quando houve.

5.2.1 Formas de utilização dos instrumentos

Quanto às formas de utilização dos instrumentos do projeto Janelas na rotina de trabalho do ACS, o objetivo era avaliar as formas de utilização da Cartilha e do Manual “Toda Hora é Hora de Cuidar”. Entretanto, apareceram também discussões sobre a utilização da ficha de Acompanhamento. Não havia sido incluído este objetivo, porque esse instrumento deveria ser primordialmente utilizado pelos médicos e enfermeiros, havendo apenas um espaço de registro de ações realizadas pelos ACS relativas ao projeto. Porém, em diversas unidades de saúde a Ficha está sendo utilizada exclusivamente pelo ACS, o que colocou a necessidade de incluir as informações a ela referentes na apresentação dos resultados.

Utilização da Ficha de Acompanhamento

Nos grupos realizados nas três regiões apareceram citações de que a ficha é preenchida somente pelos ACS seja durante as visitas ou nos grupos, além das situações em que o preenchimento é feito pela enfermeira e pela auxiliar de enfermagem. Trabalhadores de três unidades referiram que não estão utilizando a ficha devido à falta de material.

“... na nossa é a enfermeira.” (Região Sul)

‘... vem uma ficha para a gente preencher(...). O enfermeiro preencheu tudo direitinho...” (Região Sul)

“.. .aquela ficha com as perguntas das crianças que a gente usa até hoje nos grupos...” (Região Centro-Norte)

“... no começo eram os agentes comunitários nas visitas(...) no momento estamos fazendo grupos e a enfermeira que está preenchendo.” (Região Centro-Norte)

“Na nossa unidade é feita pela gente nas visitas.” (Região Centro-Norte)

Os ACS que assumem totalmente o uso da ficha não encontram uma justificativa que considerem plausível para que tivessem assumido essa função, afirmando que o fizeram devido à indefinição quanto a quem competiria o preenchimento.

“... isso deveria ser no consultório com a enfermeira ou com o médico, já que eles já estão fazendo a consulta deles, eles vão perguntando e eles

dão os dados necessários, não sei se era para eles o trabalho, mas acabou caindo nas nossas costas...” (Região Leste)

“... na primeira vez quando vinha ficou indefinido quem preenchia, acabou ficando para os agentes preencherem as fichas e fazerem aquele questionário.” (Região Sul)

Na região Leste houve pouca citação sobre a ficha, tendo-se afirmado que em uma das unidades inicialmente havia se incumbido os ACS do preenchimento, mas eles rejeitaram a incumbência, devolvendo esta responsabilidade para os médicos e enfermeiros.

“... a gente achou melhor esta parte o médico e a enfermeira preencherem...” (Região Leste)

Nas regiões Leste e Sul foram citadas orientações que os ACS receberam para aplicar a ficha com as famílias. A ênfase nas orientações para uso do instrumento, segundo esses trabalhadores, direcionou-se a não formulação explícita das questões, com preenchimento do instrumento fora da presença das famílias.

“... essas perguntas que a gente tinha que fazer para as famílias era com muito cuidado, a mãe não percebia que a gente estava fazendo a pergunta e a gente respondia fora da casa o questionário(...)” (Região Leste)

“... a psicóloga nos orientou a muita pergunta ali não fazer, a gente observar, só observar...” (Região Sul)

Utilização da Cartilha “Toda Hora é Hora de Cuidar”

Quanto ao uso da cartilha pelos ACS, aparecem situações em relação à organização do trabalho, isto é, como os ACS operacionalizaram a distribuição das cartilhas e em relação à dinâmica de trabalho, ou seja, como eles trabalham a cartilha no dia a dia.

Organização do trabalho com a cartilha

Em todas as regiões há citações de que foi necessário os ACS selecionarem as famílias que receberiam o material, porque o número de cartilhas enviadas não foi suficiente. Foram priorizadas as famílias consideradas “necessitadas”, ou “em

situações de risco”, bem como aquelas cuja faixa etária das crianças fosse mais adequada ao material.

“... foram poucas as cartilhas mandadas para a UBS, não tinha como distribuí-las para todas as famílias (...) foi questionado a idade, qual seria a faixa etária de idade.” (Região Sul)

“... como não dá para ser para todo mundo, eles pediram para cada agente escolher uma quantidade de famílias que têm mais fator de risco, que necessitam mais de orientação, cuidado especial, para estar trabalhando com estas famílias.” (Região Sul)

“... as cartilhas foram poucas, somos em 15, vieram poucas cartilhas, a gente escolheu algumas famílias.” (Região Leste)

“... quando a gente estava na época de implantação da cartilha com um número muito grande de pacientes, acabou se dando prioridade para as famílias mais necessitadas, que é isso que a cartilha também pede.” (Região Centro-Norte)

As UBS distribuíram as cartilhas para as famílias durante as visitas e nos grupos e duas pessoas citaram que em suas unidades cada equipe escolhe como trabalhar o projeto. Na região Leste houve citações de distribuição da cartilha durante o programa federal da bolsa família. Houve ainda referência ao uso da cartilha com membros da família.

“O pessoal da minha equipe recebeu o material, foi distribuído para todas as famílias, todas receberam.” (Região Sul)

“... cada equipe toma conta do jeito que vai fazer, vai lidar com a apostila.” (Região Sul)

“... a gente aproveitou o bolsa família porque sabia que o pessoal ia...” (Região Leste)

Dinâmica de trabalho com a cartilha

Quanto à dinâmica utilizada para desenvolver o projeto, apareceram várias estratégias de uso da cartilha de acordo com a realidade de cada local. Em todos os grupos aparecem citações de que os ACS utilizam a cartilha como instrumento durante as visitas domiciliares, escolhendo um tema para discutir com as famílias, lendo a cartilha para as famílias, ou estudando o manual com as famílias.

“... lá na nossa unidade: todas as vezes que a gente vai visitar, a gente lê, eu dou seqüência na leitura, continuo, dou continuidade a não ser que uma das mães queira pular, aí eu leio a cartilha para ela, e tem a fichinha onde a gente coloca a data da visita e o tema que foi lido para a mãe.” (Região Sul)

“... a enfermeira mandava a gente levar [o manual] para poder estar lendo, e estudando com a família, mas no dia-a-dia não dá para a gente fazer...” (Região Leste)

“... fora o trabalho que a gente desenvolve de casa em casa também.” (Região Leste)

Nas regiões Centro-Norte e Leste, há equipes que discutem os casos das famílias que precisam de ajuda, para desenvolverem o projeto Janelas com elas.

“... a gente faz reunião de equipe, discute o caso na equipe, da família mais carente que precisa desta atenção...” (Região Centro-Norte)

Também foi citado por todos os grupos o uso da cartilha em grupos educativos realizados nas unidades, como os grupos de gestantes e de puericultura.

“... a gente está passando principalmente nos grupos de gestantes, a gente tem passado e orientado as famílias...” (Região Centro-Norte)

“... cada criança tem seu e prontuário e tem seu número de família no livrinho, então quando eles vêm no grupo a gente dá um livrinho para elas depois recolhe, por que a gente começou a dar para levar para casa quando eles vinham para o grupo não traziam...” (Região Centro-Norte)

“... por que é muito tempo para levar [a cartilha até a casa da família], tem gente que tem área que leva vinte minutos para chegar lá, aí resolvemos fazer os grupos para entregar a cartilha por que a pessoa ia na unidade e a gente entregava, e assinava um termo.” (Região Leste)

“... pelo menos na minha equipe, estamos divididas por equipe, nós trabalhamos no grupo das crianças.” (Região Sul)

Nas regiões Leste e Sul houve citações de grupos realizados nas creches da comunidade.

“... então nós pensamos e resolvemos desenvolver o trabalho do janelas nas creches, a gente montou grupos (...) a gente tentou orientar aqueles que cuidavam mesmo, o outro cuidador da criança, foi um trabalho legal.” (Região Leste)

“... este ano elas voltaram a fazer os grupos nas creches e na comunidade também, de pesagem...” (Região Sul)

Na região Sul, duas unidades disseram não estar trabalhando com a cartilha, sendo que uma unidade distribuiu a cartilha e a outra não chegou a distribuí-la para as famílias.

“A nossa unidade só recebeu material para a capacitação (...).” (Região Sul)

“... só foi mesmo no primeiro momento, de estar indo junto e estar preenchendo e entregando, mas só foi isso.” (Região Sul)

Na região Sul há uma unidade que está discutindo como adaptar o projeto à realidade da unidade, situada em área rural.

“... a gente vai, quer continuar trabalhando mas assim estudar que maneira, o que nós vamos trabalhar com estas crianças. Cada um tem uma realidade eu estou mostrando a nossa realidade.” (Região Sul)

Na região Centro-Norte uma ACS referiu que reuniu as crianças para ler a cartilha, pois a mãe não se interessava.

“... juntei as crianças e disse vamos ler, eu consegui ler não foi um dia só, mais eu li porque se não a mãe... é interessante que as crianças prestaram atenção...” (Região Centro-Norte)

5.2.2 Facilidades e dificuldades para o uso dos instrumentos

Quando introduzido o tema sobre as facilidades e dificuldades que os ACS encontram com o uso dos instrumentos do projeto Janelas, foram referidas várias situações nesse sentido, sendo que a maioria está implicada na implantação e desenvolvimento do Projeto Janelas no âmbito de ação do próprio PSF e não especificamente no uso dos instrumentos do projeto.

Facilidades no uso dos instrumentos

As principais facilidades encontradas pelos ACS dizem respeito à receptividade das famílias em relação à cartilha. Segundo os trabalhadores, há melhor aceitação por mães adolescentes e de primeiro filho, por trazer um conteúdo novo para elas, por famílias carentes, e por famílias que estão dispostas a realizar as recomendações do ACS.

“Essas cartilhas foram bem mais aceitas por mães com o primeiro bebê, isso aí com certeza para elas é novidade...” (Região Sul)

“... é mais fácil abordar quando é mãe de primeira viagem (...) porque elas ainda estão aprendendo.” (Região Sul)

*“É muito bacana a cartilha para estar trabalhando com os adolescentes.”
(Região Leste)*

“... por ser famílias carentes é mais aceitável você entrar, por que as famílias carentes têm essa necessidade...” (Região Leste)

Houve discussão no grupo da região Centro- Norte, e também foi citado no grupo da região Sul, sobre a receptividade das crianças, que sempre estão atentas e têm facilidades de transmitir as informações para outras pessoas.

“... a mãe ouviu e a criança também ouviu, mas ele assimilou e deu mais atenção e começou a prestar atenção nas coisas lá.[em casa].” (Região Centro-Norte)

“... as crianças estão atentas sempre a tudo, a criança leva despertar a mãe e o pai...” (Região Centro- Norte)

“... a criança é tão comunicativa, tão esperta vai passar até para o primo, para os vizinhos, na escola...” (Região Centro-Norte)

Também apareceu em todos as regiões como facilidades no uso da cartilha o conteúdo e a linguagem acessíveis e apropriadas para trabalhar com as famílias, além de trazerem informações que são o dia-a-dia do ACS e da família, e o fato do ACS conhecer a família.

“... então valeu a pena, a linguagem, o dom da cartilha, porque é simples a linguagem, ela é fácil, (...) acaba falando a mesma linguagem que a dela...” (Região Leste)

“... é legal, a linguagem que usa, é simples e direta a linguagem da cartilha, sempre tem uma coisinha diferente igual a idéia da foto.” (Região Leste)

“... é uma cartilha de fácil entendimento, linguagem bem acessível, sem termos técnicos.” (Região Centro-Norte)

“... a cartilha é um resumo dele [manual], só que mais simples para as famílias entenderem.” (Região Sul)

“... ela [a cartilha] é o dia-a-dia da família.” (Região Leste)

Outra facilidade que os ACS encontram no uso dos instrumentos é que eles podem ser utilizados em atividades que já realizavam na sua rotina de trabalho, como os trabalhos em grupos nas unidades.

“... a gente já tem uma facilidade porque a gente já faz outros tipos de grupo também.” (Região Leste)

“... até mesmo antes da cartilha, a gente já fazia mais ou menos esta parte de orientação nas famílias.” (Região Centro-Norte)

Em todas as regiões os ACS falam que apesar das dificuldades é importante insistir no projeto pois há aquelas mães que acabam valorizando o que é dito e porque a proposta do projeto é importante e poderia contribuir para melhorar a situação de saúde das crianças.

“Nos grupos que a gente fez, a gente sabe que metade acolhe e metade não acolhe, então é proveitoso para aquela metade que acolheu.”(Região Leste)

“...se fosse colocado em prática realmente, pouparia muito gasto, mito trabalho, muita preocupação com a saúde da criança, gasto com dinheiro, idas nas unidades de saúde...”(Região Centro-Norte)

“... mas que tem um resultado positivo isso com certeza tem...”(Região Centro-Norte)

“... tem algumas que realmente dão importância mas tem algumas que não dá a mínima importância, então é a assim como ela falou tem que ter boa vontade e jogo de cintura, se não...”(Região Sul)

Dificuldades no uso dos instrumentos

Foram várias citações de dificuldades encontradas pelos ACS no desenvolvimento do projeto Janelas, como dito anteriormente, a maioria relacionada ao PSF e não especificamente ao uso dos instrumentos do projeto. Estas dificuldades foram divididas em: Dificuldades para iniciar o projeto; Falta de material; Problemas relacionados com as famílias, Problemas relacionados ao processo de trabalho, Dificuldades no uso da ficha, Falta de capacitação, Não encontrou dificuldades, Consequências das dificuldades e Motivações.

Dificuldades para iniciar o projeto

Na região Centro-Norte, uma unidade referiu dificuldades para iniciar o projeto, uma vez que poucas famílias compareceram no grupo organizado para a apresentação do projeto à população, e com isso o projeto ficou parado; outra unidade refere que estava parado devido a mudanças na organização da unidade.

“... a gente tinha dado uma parada por causa desta mudança, montando mais equipes, dividindo as famílias, mas agora nós voltamos...” (Região Centro-Norte)

*“... a enfermeira pediu pra convocar as famílias, para explicar melhor os projeto e eles não foram, alguns não foram, e então está meio perdido.”
(Região Centro-Norte)*

“O projeto na nossa unidade está meio parado, por que a gente não conseguiu trazer as famílias que foram convocadas, que foram escolhidas...” (Região Centro-Norte)

Falta de material

A falta de material foi citada como uma das dificuldades encontradas na região Sul e na região Leste. As unidades referem que não receberam cartilhas suficientes para trabalhar com todas as famílias, algumas iniciaram o projeto e precisaram parar devido à falta de material e algumas unidades receberam material apenas para a capacitação.

“Mas é um trabalho que parou, porque não chegou mais cartilhas, não chegou mais fichas e eu acho que falha a questão de continuidade do trabalho, chegou para a gente a cartilha, a ficha e depois, depois parou, não teve continuidade....” (Região Leste)

“... na verdade eu acho que não teve material para todo mundo, dificuldade com o manual e com a cartilha a gente não teve, tirando as áreas que não receberam, a gente não teve...” (Região Leste)

“... neste ano não tem material, a gente passa o que a gente lê, mas material, para a gente este ano não veio não.” (Região Leste)

“... a gente não deu continuação, por que o material foi muito pouco material...” (Região Sul)

*“... a gente também tinha dado uma parada, veio pouco material agora que a gente está começando a retomar novamente(...) mas o projeto no todo assim, teve que ser aos poucos por causa da falta de material.”
(Região Sul)*

“A ficha também foi pouco, em geral o material foi tão pouco que não deu para dar continuação mesmo...” (Região Sul)

“... a nossa unidade só recebeu material para a capacitação”. (Região Sul)

Problemas com a família

Dentre as principais e mais recorrentes dificuldades referidas pelos ACS, estão as relacionadas às famílias, devido a inúmeros fatores como:

- ✓ Condições precárias de vida das famílias: a maioria das famílias vive em condições precárias, sem possibilidade de atender às próprias necessidades, o que é visto pelos ACS como impeditivo ao seu trabalho.

“... se a gente pensar na realidade o que diz a cartilha, a gente precisa mudar a infra-estrutura todinha de uma família que não tem condições de comer nem arroz com feijão...” (Região Centro-Norte)

“... a cartilha é muito boa mesmo, ela é linda, gostaríamos todos nós agentes de saúde de conseguir mesmo mobilizar as famílias mais carentes para aderir tudo aquilo que está na cartilha, só que para aderir aquilo precisa ter condições financeiras....” (Região Centro-Norte)

“... se a gente vai ver aquela cartilha tem muita cobrança, por que têm muitas coisas que eles não têm acesso, e então, estas coisas a gente tem que saber como chegar e abordar com eles, por que vai ter cobrança...” (Região Sul)

“... tem famílias que você chega tudo bem, mais tem umas que você chega, muitos problemas.” (Região Sul)

“... a nossa comunidade é uma comunidade muito carente, você falava da questão do pai, a mãe e o crescimento contínuo da criança, na nossa micro, na nossa área muito difícil acontecer isso, por ser uma área muito carente, nós trabalhamos numa área muito carente, então os pais eles trabalham, geralmente a criança fica com outro cuidador...” (Região Leste)

“... a nossa população é uma população tão diferente, ela é bem mais carente, e então a gente lida, com favela mesmo...” (Região Leste)

- ✓ Resistência das famílias ao trabalho desenvolvido pelos ACS: as famílias muitas vezes não aceitam as orientações dos ACS, pois têm seus hábitos e valores próprios. Além disto, os trabalhadores consideram que há baixo interesse das famílias com questões referentes à saúde, pois há quem falte em consultas e não vacine os filhos.

“... voltando a cartilha, o ruim e o bom de trabalhar com a comunidade é que você tem que estar trabalhando sempre com princípios e valores de cada família, coisa que vem da bisá, da bisá, da bisá, costumes e costumes de cada um, com hábitos, é muito difícil mudar hábitos, é difícil demais, e é o que mais a cartilha pede é a mudança de hábito.” (Região Centro-Norte)

“... porque é muito difícil(...) vai depender muito de vocês da amizade com a família, todo aquele jogo de cintura, fácil não é.” (Região Sul)

“... não é a realidade de todo mundo, mas tenho que saber o que é que eu vou fazer para chamar a atenção dessa pessoa para ela valorizar a cartilha, valorizar aquilo que eu vou falar para ela.” (Região Sul)

“... em consulta normal de rotina, eles não vão na consulta.” (Região Centro-Norte)

“... em uma reunião de dentista que é uma triagem, elas reclamam. Tem umas que não vão.” (Região Leste)

“... a mãe não tem nem o trabalho de procurar a gente e falar olha não deu para eu ir na consulta....” (Região Centro-Norte)

“... tem que ficar no pé da mãe para dar vacina no filho.” (Região Centro-Norte)

- ✓ Desinteresse da família no projeto: houve grande discussão sobre este tema, em especial nas regiões Leste e Centro-Norte, com ampla participação dos presentes, sendo destacada a falta de interesse das mães pelo projeto. Para os ACS, a falta de interesse se manifesta na ausência ou não participação do projeto, com a desculpa de já conhecerem o conteúdo, ou alegando falta de tempo e não gostar de ler, bem como em deixar as crianças rabiscarem e rasgarem a cartilha.

“... [o ACS] tem a intenção de estar lendo com a família, mas nem todas estão disponíveis a estar escutando...” (Região Sul)

“... mas realmente elas [as mães] não estão aceitando, está difícil mesmo, a gente acabou falando sozinha, lendo sozinha...” (Região Centro-Norte)

“... o que está faltando é sentar com a família, praticar mesmo, e tem a falta de interesse da família e a falta de tempo...” (Região Centro-Norte)

“... o que elas dizem é perder tempo para ouvir, porque para elas é perda de tempo, então é complicado.” (Região Centro-Norte)

“... a gente fez a distribuição, apesar de que é difícil você mudar o hábito da pessoa principalmente com o hábito de leitura, nesta cartilha é uma leitura, a gente vê que nem todo mundo gosta de ler, então são poucas as pessoas que realmente demonstram interesse e lê a cartilha.” (Região Leste)

“... e a população não lê mesmo, não lê, não adianta (...) eles não lêem, alegam falta de tempo.” (Região Leste)

“... quando a gente não chega na casa e acha a cartilha rabiscada, rasgada, você fala que é um documento, para você aquilo é importante, mas aí a dificuldade da pessoa ver a mesma importância que a gente está vendo.” (Região Leste)

“... você entrega a cartilha, vira as costas, ainda mais quando tem muita criança, eles rabiscam, eles rasgam, às vezes nem chegam a ler.” (Região Leste)

“... algumas dão para os meninos rasgarem.” (Região Sul)

“... você vai orientar e a mãe diz que já tem mais três filhos e que estão todos vivos, (...) mas eu acho que é um trabalho difícil mesmo neste aspecto...” (Região Centro-Norte)

- ✓ As famílias não reconhecem benefício em aderir ao projeto Janelas: em todos os grupos houve citação de que a população é muito carente e espera algo concreto em troca de sua participação nos programas, o que não se evidencia no projeto Janelas. Para alguns ACS, a dificuldade ocorre porque os resultados deste projeto são de longo prazo.

“... quando a gente chega assim com a cartilha, quer dar algum tipo de orientação, uma atenção especial aquela criança, a família, a gente

percebe que eles querem alguma coisa, algum benefício, quer dizer que se tratando só do cuidado da atenção, de um cuidado mais especial com aquela criança, a gente observa que a família rejeita (...), a gente está tendo esta dificuldade, se fosse alguma coisa que tivesse benefício, a gente observa que a família até se dispõe, mas se tratando só de um atendimento, um cuidado, uma atenção, a família rejeita.” (Região Centro-Norte)

“... eles estão pensando só no benefício, eles acham que a gente vai lá mostrar a cartilha, fazer discussão sobre higiene, alimentação e a gente já vai estar levando uma cesta básica, porque eles não tem.”(Região Centro-Norte)

“... mudança essa que o paciente espera que seja a muito curto prazo e a cartilha não é para curto prazo e sim a longo prazo, é difícil...” (Região Centro-Norte)

“... a população quer algo em troca, ela quer remédio, ela quer consulta.” (Região Leste)

“... muitas vezes a gente vai falar sobre um projeto, ou alguma campanha que está tendo, eles não têm muito interesse mesmo, só quando eles estão precisando de uma consulta de um encaminhamento ou alguma coisa.” (Região Sul)

- ✓ Quem cuida da criança não participa do projeto: os ACS referem também como dificuldades para implementar o projeto o fato das mães trabalharem e as crianças serem cuidadas por outra pessoa, ou em creches e escolinhas, ou no caso das mães adolescentes terem a ajuda da avó. Assim, o projeto não tem muito efeito porque quem “cuida mesmo” não participa e faz diferente do que diz a cartilha.

“... às vezes elas [adolescentes] vão no grupo, ouvem, participam, acham ótimo, mas quando chega em casa quem cuida do filho é a avó, e então a avó acaba fazendo de tudo ao contrário daquilo que a mãe ouviu no grupo, ou a avó ou a creche.” (Região Centro-Norte)

“... os pais eles trabalham, geralmente a criança fica com outro cuidador...” (Região Leste)

Problemas relacionados ao processo de trabalho

Outro conjunto de dificuldades enfatizadas pelos ACS diz respeito aos problemas encontrados no dia a dia e relacionados a seu processo de trabalho no PSF e no projeto. Eles sentem o trabalho desvalorizado tanto pela família como pela própria equipe, queixam-se da sobrecarga de trabalho, de problemas estruturais e do fato de estarem desenvolvendo o projeto Janelas sozinhos sem a participação dos demais profissionais.

- ✓ Desvalorização do trabalho do ACS por parte das famílias: os ACS sentem seu trabalho desvalorizado pelas famílias, uma vez que estas não respeitam o seu trabalho, pois tendem a ser mais polidas com os outros profissionais da equipe, não os recebem nas visitas, e só os procuram quando precisam de alguma ajuda ou intervenção sua para conseguir atendimento no serviço.

“... a dificuldade da gente, é a família, assim, te dá valor ao seu trabalho, nós temos que ser persistente e querer mesmo fazer porque nem todas as famílias da tanto valor para este trabalho.”(Região Sul)

“... a unidade está implantado há quatro anos e até hoje, são poucos os que dão valor ao agente de saúde, quando eles não estão precisando de nada e eles vão e atende assim - olha estou com pressa, saindo.”(Região Sul)

“... fazem três anos que eu estou nesta unidade e três anos que eu trabalho e tem pessoas que não confiam em você, às vezes nem te atendem...” (Região Leste)

“... eu cheguei na casa dela e ela falou: - mas voce não me falou nada que vinha, agora eu estou almoçando e não vou poder te atender.”(Região Centro-Norte)

“... ou nem atende, a gente sabe que ele está lá, o som no último volume mas nem aparece...” (Região Sul)

“... tem hora em que é necessário a figura do profissional geralmente os branquinhos, quando tem os branquinho eles dão mais atenção, são mais educados também.”(Região Leste)

“... quando ela falou, que eles escutam mais o de branco, eu concordo com isso, não é desvalorizando nosso trabalho não, a gente faz a nossa parte muito melhor do que muitos profissionais de branco, porque a gente conhece a família, quando eu falo de outros profissionais, não me excluir claro o agente comunitário sabe chegar com jeito.” (Região Leste)

“... quando ela falou, que eles escutam mais o de branco, eu concordo com isso, não é desvalorizando nosso trabalho não, a gente faz a nossa parte muito melhor do que muitos profissionais de branco, porque a gente conhece a família , quando eu falo de outros profissionais, não me excluir claro o agente comunitário sabe chegar com jeito.” (Região Leste)

- ✓ Desvalorização do trabalho do ACS por parte da equipe e do serviço de saúde: na região Leste e na região Centro-Norte os ACS referem que seu trabalho não é valorizado, também, pela equipe de saúde nem pelo governo, que exigem muito dele e não reconhecem nem utilizam os resultados deste.

“... a mãe não dá importância para aquelas perguntas que eu fiz, os médicos e enfermeiros não dão importância para toda aquela anotação que você fez, então muitas vezes você se sente desmotivado, então na minha unidade mesmo eles dizem, para que eu vou fazer, isso não vai dar em nada mesmo, porque a gente desanima de tentar por uma coisa

para frente, quando você vê que aquilo no fim não dá em nada, você não vê resultado, você não tem apoio da direção do posto, você não vê resultado partir da família, partir da sua equipe...”(Região Centro-Norte)

“... a gente preenche, preenche, depois você vê que não tem tanta importância todo aquele trabalho que você fez...” (Região Centro-Norte)

“... eu acho que o que a gente faz muitas vezes a gente não é valorizado, como a gente conversava, as pessoas não reconhecem, a cobrança é muito grande...”(Região Leste)

“Uma coisa para não se perder ao longo do tempo, que nem acho que agora acabou ficando com tudo dentro dos prontuários, arquivado, porque parece que ninguém mexe naquilo, do jeito que a gente colocou ali dentro está lá dentro...” (Região Leste)

- ✓ Sobrecarga de trabalho: na região Leste e região Centro-Norte houve discussão sobre a sobrecarga de trabalho dos ACS, que impede o desenvolvimento do projeto.

“... a gente acaba ficando com atividades demais, com tarefas de mais, e muitas vezes acaba não fazendo com perfeição o trabalho...”(Região Centro-Norte)

“... nós aproveitamos os grupos de puericultura, pelo menos na minha equipe, para passar estas informações, talvez não 100% da cartilha com toda essa solicitação...” (Região Centro-Norte)

“... nós estamos sobrecarregados de serviço, às vezes estamos fazendo alguma coisa que não é tão interessante que nem este projeto....”(Região Centro-Norte)

“... a dificuldade que a gente tem é o excesso de informação que a gente recebe para estar passando, o excesso de coisa que a gente tem que ver e o número excessivo de famílias que a gente tem e que dificulta nosso trabalho (...) você vê que é um trabalho muito gostoso de fazer, mas o tempo não dá e o excesso de família e a cobrança é muito grande...(Região Leste)

“... e tem muita burocracia, é muito papel é muita coisa para preencher. Este trabalho está um pouco desestabilizado, tinha que por mais a batalha no campo de batalha por que para a gente é um trabalho a mais.” (Região Leste)

“... fica difícil então para a gente trabalhar com a cartilha por que a gente não tem tempo, e a verdade é essa aí, a gente não tem tempo para estar fazendo este trabalho...” (Região Leste)

- ✓ O ACS está sozinho no projeto: com maior ênfase na região Leste, os ACS referem que acabaram ficando sozinhos para desenvolver todas as ações do projeto, com pouco envolvimento dos demais profissionais.

“... tem cobrança, eles cobram a gente e a gente recorre a quem? Então tem que ter apoio de todos os lados por que a gente vai ficar sempre no

meio, vai ter a população e a gente vai ser cobrados dos dois lados.”(Região Sul)

“... eu acho que tinha que ser um trabalho não só feito pelos agentes comunitários, tinha que ter o empenho maior de outras categorias também...” (Região Leste)

“Todo o trabalho do Janelas ficou em cima do ACS.” (Região Leste)

“... capacitar os médicos e enfermeiro, na unidade ficou para o agente, a gente não tem assim um respaldo dos demais profissionais da equipe, ficou só para o agente comunitário fazer, tem os auxiliares também...” (Região Leste)

“.... se tivesse mais gente envolvida com o trabalho do janelas, sairia muito melhor se não fosse uma coisa feita só pelo agente comunitário, se fosse um trabalho feito pelo médico pelo enfermeiro, se tivesse mais profissionais envolvidos, dentro das unidades também, tivesse mais psicólogo, assistente social envolvido.” (Região Leste)

“... eu acho que se tiver um apoio maior, um trabalho melhor (...) não ficar só no agente comunitário acho que o trabalho seria mais desenvolvido e não estacionar de novo”.(Região Leste)

- ✓ Problemas estruturais: na região Centro-Norte foram citados problemas estruturais que influenciam o desenvolvimento do projeto, como a falta de espaço na unidade para desenvolver as atividades.

“... nem espaço para trabalhar a gente tem...”(Região Centro-Norte)

“...o que emperra é isso, é espaço para estar desenvolvendo cada vez mais as atividades...”(Região Centro-Norte)

Dificuldades no uso da Ficha

O preenchimento da ficha pelo ACS é referido como uma grande dificuldade do projeto, principalmente devido aos temas abordados nas questões.

“Em relação aquele, a folha que eles mandam junto com a cartilha, tem pergunta ali que a gente fica constrangido de perguntar.”(Região Sul)

“...eu acho que deveria ser melhor elaborada [a ficha], por que como ela disse a nossa população é uma população tão diferente, ela é bem mais carente(...) então assim é difícil, eu acho que tem que melhorar as questões do questionário.” (Região Leste)

“...aquela ficha lá eu acho que é muito grande, tem perguntas parecidas que tem o mesmo sentido, a gente pergunta eles não entende, tinha que ser simplificado.” (Região Leste)

Falta de capacitação

A falta de um programa permanente de capacitação foi apontada por uma parcela dos trabalhadores como uma dificuldade para implementar o projeto.

“... chegou para gente que o enfermeiro estaria estudando com a gente este manual, mas é o que não aconteceu, nunca tem tempo...”(Região Leste)

“... antes de ir pro posto do chácara eu estava no posto Guarujá e, então a Eurení fez a capacitação lá, com as agentes, só que lá para baixo não chegou ainda.” (Região Sul)

“... tem de capacitar, (...) quantas vezes bate na casa da pessoa e fica lá, vou tentar explicar uma coisa que realmente a gente não teve essa capacitação, principalmente a capacitação.”(Região Sul)

Não teve dificuldade

Nas regiões Leste e Sul, alguns ACS referiram não terem encontrado dificuldades para trabalhar com o projeto Janelas e alguns relacionaram isto ao fato de terem facilidade com as famílias.

“... eu não tenho mais dificuldade porque eu já acabei todas as minhas famílias...”(Região Sul)

“... depende da área né, por que na minha área não tem [dificuldade]...”(Região Sul)

“... na minha área, eu estou falando por mim e da Cida que também é perto, a gente não tem muitos problemas...” (Região Leste)

“... não é que tenha tido dificuldade, é igual ao que ela falou, é um serviço que a gente faz todo o dia é um trabalho para a gente....”(Região Leste).

“... dificuldade com o manual e com a cartilha a gente não teve...” (Região Leste)

Falta de Motivação do ACS para implementar o projeto

Com o desinteresse das famílias pelas ações do ACS e pelo Janelas, esses trabalhadores acabam sentindo-se desmotivados para desenvolverem o projeto. Eles referem que precisam de boa vontade para enfrentar estes problemas, isto é, depende muito de um esforço e investimento ativo deles próprios. Além disto, como as famílias não aceitam seu trabalho, eles não percebem diferença com o uso da cartilha.

“... então a gente fica assim meio sem graça de estar passando e a mãe brecando a gente...” (Região Centro-Norte)

“... você chegar lá não sabe nem onde é que tá a cartilha, tem que ter boa vontade mesmo.”(Região Sul)

*“... no serviço do dia-a-dia a gente não vê diferença, pelo menos na minha área não, a gente não vê diferença, por que elas acham que elas sabem cuidar dos filhos, e a gente não pode invadir muito a casa delas.”
(região Leste)*

Consequências das dificuldades

Quando se depara com todas estas dificuldades, o ACS conclui que não consegue implementar a proposta e contribuir para a melhoria da situação das crianças.

*“... no geral, mas no caso do janelas que teve todo aquele treinamento, tudo direitinho, a gente tem a dificuldade de estar passando isso para frente, não em relação ao trabalho mas a própria população está deixando a gente mais pressionada e não ter como se passar para eles.”
(Região Centro-Norte)*

“... o problema é que a gente não está conseguindo atingir o resultado que a gente quer...”(Região Centro-Norte)

5.2.3 Contribuições para a prática

Em todas as regiões foram citadas contribuições do projeto na prática diária do ACS, principalmente em relação ao uso da cartilha e do manual “Toda Hora é Hora de Cuidar”.

A maioria das contribuições da cartilha foi citada pelos trabalhadores da região Sul, seguida da região Centro-Norte e região Leste. Foi mencionado que a cartilha contribui porque é um ensinamento, traz explicações fáceis sobre vacina, crescimento e desenvolvimento; mostra aos pais a importância do relacionamento com os filhos; tem linguagem simples; traz um conhecimento novo, um apoio para o agente durante as visitas, ajuda a conscientizar as mães sobre os assuntos abordados e ensinou o ACS a ouvir mais os próprios filhos.

“A cartilha em si já é um ensinamento,(...) vai ensinando tudo desde o nascimento até...” (Região Centro-Norte)

“... é uma cartilha de fácil entendimento, linguagem bem acessível, sem termos técnicos.” (Região Centro-Norte)

“... esta cartilha ajuda muito nisso aí, na parte da higiene, ajuda muito em várias coisas.” (Região Sul)

“... o conteúdo da cartilha em si é muito bom.”(Região Sul)

*“... a cartilha eu acho muito boa, eu acho bacana, um apoio para a gente poder se especializar para poder passar para a população, então eu acho ela bem válida, eu acho material muito bom ajuda bastante na visita.”
(Região Centro-Norte)*

“... para nós não acrescentou muito em termo de conteúdo, porque aquilo a gente já fazia, o que mudou é que a gente tá com a cartilha ali lendo, mostrando para a família, orientando, seguindo.”(Região Centro-Norte)

“... o que vem dizer nesta cartilha muita coisa a gente já sabia, só complementou, aumentou nosso conhecimento...” (Região Leste)

“Eu acho que a cartilha ela traz um pensamento que a gente tem e não consegue expor para fora”.(Região Sul)

“... [a cartilha] mostra a importância da qualidade do relacionamento dos pais com filhos” (Região Sul)

“... eu mesmo acho que a cartilha é muito boa, por que eu já tenho meus filhos com 13, 17 e 18, e então ela tá passando coisas que eu não tive oportunidade de aprender, eu digo que se eu voltasse eu ia fazer tudo diferente”.(Região Sul)

“... para mim foi bom, por que eu consegui ter mais diálogo, me ensinou a ter mais diálogo com a família”.(Região Sul)

“... eu acho que para mim valeu por que eu aprendi a ouvir mais meus filhos, a dar mais atenção”.(Região Sul)

Todos os grupos citaram um conteúdo abordado na cartilha, o texto intitulado “O nó do afeto”, como facilitador para abordar o tema de relacionamento com os filhos. Também foi destacado o espaço em formato de janela que existe na cartilha para a família personalizar seu material, como algo positivo.

“... o nó do afeto é maravilhoso”.(Região Centro-Norte)

*“... o nó do afeto é o que acontece com muitas mães, (...) as mães dizem que não tem tempo para ler a cartilha, e a gente mostra a necessidade...”
(Região Leste)*

“... é legal aquela parte da janela para colocar a foto...” (Região Leste)

Nas regiões Leste e Sul foram citados exemplos concretos de contribuições da cartilha no dia a dia, que proporcionaram ao agente constituir-se numa referência para o usuário.

“.. na minha área mesmo teve uma casa com seis filhos, e um monte ficou internado, então valeu a pena, a linguagem, o dom da cartilha, porque é simples a linguagem, ela é fácil...”(Região Leste)

“... [mãe adolescente] já nos primeiros dias ela já falou para mim, já me procurou, foi fazer o exame, por causa desta cartilha também...” (Região Leste).

Em todos os grupos houve pouca citação sobre o manual, e não eram todos os ACS que possuíam um exemplar, mas em todos os grupos apareceram comentários sobre ele. Os ACS dizem que o Manual ensina a trabalhar a cartilha com as famílias, que é interessante, um complemento e tão bom quanto à cartilha.

“... tão bom quanto a cartilha.” (Região Centro-Norte)

“... é um complemento.” (Região Centro-Norte)

“... ele nos ensina como trabalhar, como abordar as famílias, e trabalhar com a cartilha.” (Região Sul)

5.2.4 Outros temas

Em todos os grupos houve discussão de assuntos do dia a dia do ACS, mas que não têm relação com o projeto Janelas. Como exemplo, na região Centro-Norte houve grande discussão sobre um fato que estava acontecendo em algumas UBS em que o ACS estava responsável pelo agendamento de consultas para a população e eles não concordavam com isso.

“... não foi a gente que aceitou, todas as equipes estão marcando consultas, eu particularmente eu sou contra, (...) estamos tirando uma responsabilidade deles, em vez de ajudar nós estamos complicando.” (Região Centro-Norte)

“... agora nós estamos marcando consulta também, lá todos os agentes estão marcando consulta para a população, então acho que fica muito cômodo a gente ir lá na casa, levar a consulta...” (Região Centro-Norte)

Na região Sul houve discussão sobre a dificuldade de realizar as visitas domiciliares dentro da casa e sobre os trabalhos que os ACS realizam com as famílias durante a semana da criança.

“... lá na nossa unidade a gente é obrigada estar fazendo visita dentro da casa, independente de ser prioridade tem que ser dentro, e a gente pede para eles estar assinando um relatório, já por esse desinteresse...” (Região Sul)

“... o importante é este negócio que ela falou que não tem que entrar na casa, na minha unidade não, não tem que entrar na casa tem que saber se a pessoa está bem entendeu.” (Região Sul)

“... na semana da criança nós fizemos lá, ficou bonito, e cada equipe elaborou um tema para passar para as crianças, para as mães...” (Região Sul)

“... foi uma semana só para criança mesmo, servia para os pais e a criança ao mesmo tempo, teve prevenção de acidentes, veio ate um senhor da Eletropaulo dar uma palestra lá sobre pipa...” (Região Sul)

5.3 Adequação da linguagem, formato e conteúdo dos instrumentos do projeto Janelas.

Os ACS foram questionados, através dos inquéritos, sobre a adequação da linguagem, formato e conteúdo da cartilha e do manual “Toda Hora é Hora de Cuidar”.

Quanto ao formato foi questionado se o número de páginas e o tamanho dos instrumentos são adequados e se o aspecto é atrativo e bem organizado. Em relação ao conteúdo foi perguntado se as informações do manual são importantes e apropriadas para o trabalho do ACS, se as informações da cartilha são importantes para as famílias e se faltou algum conteúdo importante nos instrumentos. Quanto à linguagem o ACS foi questionado se a linguagem da cartilha é compreensível e adequada para a família, se as ilustrações ajudam a compreender o texto e se a linguagem e as ilustrações do manual são adequadas para ele.

Conforme já descrito, os resultados das questões fechadas foram quantificados e as respostas abertas foram submetidas à análise temática.

5.3.1 Opiniões dos ACS quanto ao formato dos instrumentos.

O gráfico 04 ilustra as opiniões dos ACS relativas ao formato da cartilha e do manual, detalhadas em seguida. As tabelas 09 e 10 apresentam os dados de caracterização dos ACS relacionados às suas opiniões sobre o formato da cartilha e do manual.

Gráfico 04 - - Opinião dos ACS em relação ao número de páginas, tamanho e aspecto da cartilha e do manual “Toda Hora é Hora de Cuidar”.

Tabela09- Distribuição dos ACS segundo sua caracterização e opinião sobre o formato da cartilha. São Paulo, 2006.

Caracterização dos ACS	Opinião sobre a Cartilha														
	Nº páginas					Tamanho					Aspecto				
	Adequado		Não adequado		p-valor *	Adequado		Não adequado		p-valor *	Adequado		Não adequado		p-valor *
	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%	
Região															
Sul	38	35,5	03	33,3	0,210	40	35,4	02	66,7	0,418	41	37,3	-	-	0,032**
Leste	37	34,6	01	11,1		37	32,7	01	33,3		37	33,6	-	-	
Cento-Norte	32	29,9	05	55,6		36	31,9	-	-		32	29,1	03	100	
Tipo de equipe															
PSF	103	96,3	09	100	0,555	109	96,5	03	100	0,740	106	96,4	03	100	0,737
Pacs	04	3,7	-	-		04	3,5	-	-		04	3,6	-	-	
Sexo															
Feminino	98	91,6	07	77,8	0,174	104	92	02	66,7	0,122	99	90	03	100	0,564
Masculino	09	8,4	02	22,2		09	8,0	09	8,6		11	10	-	-	
Escolaridade															
Menos de 11 anos	22	20,8	04	44,4	0,103	24	21,4	02	66,7	0,065	25	22,9	01	33,3	0,674
11 anos ou mais	84	79,2	05	55,6		88	78,6	01	33,3		84	77,1	02	66,7	
Tempo de trabalho como ACS															
De 6 meses a 1 ano	03	2,8	-	-	0,724	03	2,7	-	-	0,089	03	2,8	-	-	0,756
De 1 ano a 3 anos	20	18,9	01	11,1		19	17	02	66,7		19	17,4	01	33,3	
Mais de 3 anos	83	78,3	08	88,9		90	80,4	01	33,3		87	79,8	02	66,7	
Treinamento															
Sim	101	96,2	09	100	0,551	107	96,4	02	66,7	0,013**	105	96,3	03	100	0,735
Não	04	3,8	-	-		04	3,6	01	33,3		04	3,7	-	-	
Uso da cartilha															
Nunca usou	06	5,7	-	-	0,741	07	6,3	-	-	0,539	05	4,6	-	-	0,715
Usou, mas atualmente não usa	86	81,1	08	88,9		91	81,3	02	66,7		89	81,7	03	100	
Usa regularmente	14	13,2	01	11,1		14	12,5	01	33,3		15	13,8	-	-	
Conhecimento do manual															
Conhece e tem um exemplar	81	81,8	07	77,8	0,618	87	82,9	01	33,3	0,027**	87	83,7	01	50	0,255
Conhece, mas não tem o exemplar	13	13,1	02	22,2		13	12,4	02	66,7		12	11,5	01	50	
Não conhece	05	5,1	-	-		05	4,8	-	-		05	4,8	-	-	
Leitura do manual															
Leu todo o manual	46	51,1	05	71,4	0,078	50	53,2	01	33,3	0,718	49	52,7	-	-	0,291
Leu alguns capítulos	42	46,7	01	14,3		41	43,6	02	66,7		41	44,1	02	100	
Não leu	02	2,4	01	14,3		03	3,2	-	-		03	3,2	-	-	

Nota: * χ^2 = qui-quadrado; ** estatisticamente significante.

Tabela10- Distribuição dos ACS segundo sua caracterização e opinião sobre o formato do manual. São Paulo, 2006.

Caracterização dos ACS	Opinião sobre o Manual														
	Nº páginas					Tamanho					Aspecto				
	Adequado		Não adequado		p-valor *	Adequado		Não adequado		p-valor *	Adequado		Não adequado		p-valor *
	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%	
Região															
Sul	31	31,3	04	40	0,811	35	34,7	01	11,1	0,063	35	33,7	01	25	0,818
Leste	36	36,4	03	30		32	31,7	07	77,8		36	34,6	02	50	
Cento-Norte	32	32,3	03	30		34	33,7	01	11,1		33	31,7	01	25	
Tipo de equipe															
PSF	95	96	10	100	0,593	97	96	09	100	0,062	101	97,1	04	100	0,730
Pacs	04	4,0	-	-		04	4,0	-	-		03	2,9	-	-	
Sexo															
Feminino	93	93,9	08	80	0,091	94	93,1	08	88,9	0,241	96	92,3	04	100	0,564
Masculino	06	6,1	02	20		07	6,9	01	11,1		08	7,7	-	-	
Escolaridade															
Menos de 11 anos	20	20,4	01	10	0,047	18	18	02	22,2	0,009**	20	19,4	01	25	0,783
11 anos ou mais	78	79,6	09	90		82	82	07	77,8		08	7,7	03	75	
Tempo de trabalho como ACS															
De 6 meses a 1 ano	03	3,1	-	-	0,130	03	3,0	-	-	0,120	03	2,9	-	-	0,602
De 1 ano a 3 anos	16	16,3	02	20		16	16	02	22,2		18	17,5	-	-	
Mais de 3 anos	79	80,6	08	80		81	81	07	77,8		82	79,6	04	100	
Treinamento															
Sim	95	97,9	10	100	0,000**	99	100	07	77,8	0,000**	100	98	04	100	0,777
Não	02	2,1	-	-		-	-	02	22,2		02	2,0	-	-	
Uso da cartilha															
Nunca usou	07	7,14	0	0,00	0,034**	07	7,0	-	-	0,310	07	6,8	-	-	0,602
Usou, mas atualmente não usa	82	83,67	06	60,00		79	79	09	100		82	79,6	04	100	
Usa regularmente	09	9,18	04	40,00		14	14	-	-		14	13,6	-	-	
Conhecimento do manual															
Conhece e tem um exemplar	81	87,1	06	75	0,000**	81	86,2	07	87,5	0,000**	85	87,6	02	66,7	0,288
Conhece, mas não tem o exemplar	12	12,9	02	25		13	13,8	01	12,5		12	12,4	01	33,3	
Não conhece	-	-	-	-		-	-	-	-		-	-	-	-	
Leitura do manual															
Leu todo o manual	48	55,8	05	62,5	0,000**	51	58	-	-	0,000**	01	11	-	-	0,942
Leu alguns capítulos	37	43	03	37,5		36	40,9	05	71,4		38	42,7	02	50	
Não leu	01	1,2	-	-		01	1,1	02	28,6		50	56,2	02	50	

Nota: * χ^2 = qui-quadrado; ** estatisticamente significante.

Número de páginas da cartilha

O número de páginas da cartilha foi considerado adequado para 107 ACS (85,6%). Estes justificam que, por ter poucas páginas e não abordar assuntos longos, atraem as famílias, já que muitas famílias declaram não ter tempo e não gostar de ler. Afirmam também que o conteúdo e a forma como é apresentado são apropriados, sendo a cartilha objetiva, esclarecedora, simples, didática, resumida, explicativa, compreensível pelas famílias e de fácil leitura. Além de abranger todos os assuntos cotidianos e necessários para orientação e mostrar a realidade.

Apesar da maioria dos ACS considerarem o número de páginas adequado, nove (7,2%) julgaram que o número de páginas da cartilha não é apropriado, por não ser abrangente e deixar de abordar assuntos importantes, e a consideram repetitiva, com muitas páginas, o que deixaria de ser atrativo às famílias.

Número de páginas do manual

Em relação ao número de páginas do manual, 99 (79,2%) ACS consideram-no adequado. As razões para isto são: seu pequeno volume exige pouco tempo para leitura, que não se torna cansativa e conquista o leitor; o conteúdo trata de temas cotidianos e necessários de forma abrangente e suficiente além de ser apresentado de forma simples, explicativa, esclarecedora, resumida, de fácil leitura e informativa, adequando-se ao desenvolvimento do trabalho dos ACS, pois aborda todos os temas necessários para orientar as famílias.

Há alguns que não consideram o número de páginas do manual adequado (10 ACS – 8%), por ser insuficiente, faltar informações, ou ser extenso.

Observou-se que o número de páginas do manual foi considerado adequado em maior número por aqueles que foram treinados, usaram a cartilha e conheciam e leram o manual (Tabela 10).

Tamanho da Cartilha

Em relação ao tamanho da cartilha, 113 ACS (90,4%) consideram-no adequado e apropriado ao desenvolvimento de seu trabalho, por não ser volumosa, não ocupar espaço, ser leve, fácil de manusear e cabe em qualquer lugar, o que

facilita o ACS em levá-la durante as visitas domiciliares, além de chamar a atenção e despertar a curiosidade das famílias por apresentar figuras e letras visíveis, ser bem montada e ter pequeno número de páginas, bem como porque o conteúdo é didático, de fácil leitura, simples, resumido, objetivo, não cansativo, apresenta orientações e informações interessantes às famílias e abrange todos os assuntos necessários que são abordados durante as visitas.

Do pequeno número de ACS (3-2,4,%) que declarou que o tamanho da cartilha não é adequado, apenas dois justificaram, dizendo que deveria ser mais alta e menos larga e que, devido à quantidade de papel que usam no dia a dia, o material estraga, pois amassa.

Os que receberam treinamento responderam mais positivamente em relação ao tamanho do manual quando comparados com aqueles que não receberam treinamento. Também houve diferença quanto ao conhecimento do manual e a opinião quanto ao tamanho da cartilha: aqueles que tinham o manual, apresentaram maior frequência de respostas positivas quanto à adequação do tamanho da cartilha (Tabela 09).

Tamanho do Manual

No que diz respeito ao tamanho do manual, 101 ACS (80,8%) consideram ser adequado porque seu pequeno volume o torna de fácil manuseio e facilita seu transporte para qualquer lugar. Ainda porque o conteúdo orienta de forma esclarecedora, traz informações interessantes e temas abrangentes para os agentes e ilustrações que chamam a atenção de adultos e crianças, despertando a curiosidade de todos.

Houve respostas, apesar de serem poucas (9 – 7,2%), que afirmam que o tamanho do manual não é adequado, pois deveria ser menor para facilitar o seu transporte e conseqüentemente o desenvolvimento do trabalho realizado pelos agentes, ou porque o conteúdo é complexo e extenso.

O tamanho do manual foi considerado adequado com maior frequência por aqueles com maior grau de escolaridade, que participaram do treinamento e que conheciam e leram o manual (Tabela 10).

Aspecto da cartilha

Cento e dez ACS (88,0 %) consideram o aspecto da cartilha atrativo e bem organizado, pois apresenta um assunto de cada vez, desperta a atenção das crianças devido ao seu colorido e aparência infantil, apresenta espaço adequado, ser feita de material de qualidade, trazer assuntos necessários e mostrar a realidade. Além do conteúdo apresentado, ser claro, objetivo, de linguagem simples, explicativo, educativo e ilustrativo.

Houve três ACS (2,4%) que não consideram o aspecto da cartilha atrativo e organizado, porém apenas um deles justificou dizendo que não interessa às crianças.

Aspecto do Manual

Em relação ao aspecto do manual, 104 ACS (83,2%) responderam de forma positiva à pergunta, dizendo ser bem organizado devido à estrutura apresentada pelos textos, pois trata cada assunto por vez, ser bem elaborada e contribuir para o desenvolvimento do trabalho com as famílias e para a formação dos agentes. Referem que o conteúdo é compreensível, simples, resumido, explicativo, educativo e agradável, e as ilustrações são coloridas e bem feitas, prendendo a atenção do leitor, assim como os assuntos que são abordados, pois tratam de situações concretas, cotidianas e incluem temas abrangentes que falam desde a gestação.

Há justificativas que descrevem que deve haver algumas mudanças no manual apesar dos ACS responderem “sim” em relação ao aspecto e apareceram respostas em que os ACS (4 – 3,2%) relatam que o aspecto do manual não é atrativo e organizado, pois deveria melhorar e ter menos páginas.

5.3.2 Opiniões dos ACS quanto ao conteúdo dos instrumentos

Para avaliar este indicador, os ACS foram questionados se as informações do manual são importantes e apropriadas para o seu trabalho, se as informações da cartilha são importantes para as famílias e se faltou algum conteúdo importante na cartilha e no manual.

Os gráficos 05 e 06 apresentam os resultados gerais em relação a cada região e as tabelas 11 e 12 apresentam os dados de caracterização dos ACS relacionados às suas opiniões sobre o conteúdo da cartilha e do manual.

Gráfico 05 - Opiniões dos ACS sobre as informações da cartilha e do manual “Toda Hora é Hora de Cuidar”.

Gráfico 06 - Opiniões dos ACS sobre a falta de conteúdo do manual e da cartilha.

Tabela 11. Distribuição dos ACS segundo sua caracterização e opinião sobre o conteúdo da cartilha São Paulo, 2006.

Caracterização dos ACS	Opinião sobre a Cartilha									
	Conteúdo importante para a família					Faltou conteúdo				
	Sim		Não		p-valor *	Sim		Não		p-valor *
	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%	
Região										
Sul	42	35,9	-	-		09	31	31	38,8	
Leste	38	32,5	-	-	0,652	10	34,5	28	35	0,652
Cento-Norte	37	31,5	01	100		10	34,5	21	26,3	
Tipo de equipe										
PSF	113	96,6	01	100	0,851	26	89,7	79	98,8	0,026**
Pacs	04	3,4	-	-		03	10,3	01	1,3	
Sexo										
Feminino	106	90,6	01	100	0,747	25	86,2	74	92,5	0,315
Masculino	11	9,4	-	-		04	13,8	06	7,5	
Escolaridade										
Menos de 11 anos	27	23,3	-	-	0,582	05	17,2	21	26,6	0,314
11 anos ou mais	89	76,7	01	100		24	82,8	58	73,4	
Tempo de trabalho como ACS										
De 6 meses a 1 ano	04	3,4	-	-		-	-	03	3,8	
De 1 ano a 3 anos	21	18,1	-	-	0,872	05	17,2	13	16,5	0,568
Mais de 3 anos	91	78,4	01	100		24	82,8	63	79,7	
Treinamento										
Sim	111	95,7	01	100	0,832	29	100	73	93,6	0,163
Não	05	4,3	-	-		-	-	05	6,4	
Uso da cartilha										
Nunca usou	07	6,0	-	-		-	-	06	7,5	
Usou, mas atualmente não usa	93	80,2	01	100	0,884	24	85,7	63	78,8	0,328
Usa regularmente	16	13,8	-	-		04	14,3	11	13,8	
Conhecer o manual										
Conhece e tem um exemplar	88	82,4	01	100		22	78,6	59	81,9	
Conhece, mas não tem o exemplar	14	13,1	-	-	0,898	05	17,9	10	13,9	0,879
Não conhece	05	4,7	-	-		01	3,6	03	4,2	
Leitura do manual										
Leu todo o manual	52	53,6	-	-		09	37,5	40	60,6	
Leu alguns capítulos	42	43,3	01	100	0,524	15	62,5	24	36,4	0,073
Não leu	03	3,1	-	-		-	-	02	2,0	

Nota: * χ^2 = qui-quadrado; ** estatisticamente significativa.

Tabela 12- Distribuição dos ACS segundo sua caracterização e opinião sobre o conteúdo do manual. São Paulo, 2006.

Caracterização dos ACS	Opinião sobre o Manual														
	Informações importantes					Informações apropriadas para o ACS					Faltou conteúdo				
	Sim		Não		p-valor *	Sim		Não		p-valor *	Sim		Não		p-valor *
	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%	
Região															
Sul	37	33,6	-	-	0,394	36	34,3	-	-	0,053	07	38,9	29	33	0,147
Leste	38	34,5	01	100		38	36,2	01	20		03	16,7	35	39,8	
Cento-Norte	35	31,8	-	-		31	29,5	04	80		08	44,4	24	27,3	
Tipo de equipe															
PSF	106	96,4	01	100	0,846	101	96,2	05	100	0,657	16	88,9	87	98,8	0,020**
Pacs	04	3,6	-	-		04	3,8	-	-		02	11,1	01	1,1	
Sexo															
Feminino	102	92,7	01	100	0,780	99	94,3	04	80	0,201	15	83,3	84	95,5	0,059
Masculino	08	7,3	-	-		06	5,7	01	20		03	16,7	04	4,5	
Escolaridade															
Menos de 11 anos	21	19,3	-	-	0,626	20	19,2	-	-	0,278	03	17,6	15	17	0,952
11 anos ou mais	88	80,7	01	100		84	80,8	05	100		14	82,4	73	83	
Tempo de trabalho como ACS															
De 6 meses a 1 ano	3	2,8	-	-	0,888	03	2,9	-	-	0,535	02	11,1	01	1,1	0,050
De 1 ano a 3 anos	18	16,5	-	-		18	17,3	-	-		04	22,2	14	16,1	
Mais de 3 anos	88	80,7	01	100		83	79,8	05	100		12	66,7	72	82,8	
Treinamento															
Sim	106	98,1	01	100	0,891	102	99	05	100	0,825	18	100	84	97,7	0,514
Não	02	1,9	-	-		01	1,0	-	-		-	-	02	2,31	
Uso da cartilha															
Nunca usou	07	6,4	-	-	0,888	06	5,8	01	20	0,337	-	-	07	8,0	0,249
Usou, mas atualmente não usa	88	80,7	-	-		84	80,8	04	80		14	77,8	71	80,7	
Usa regularmente	14	12,8	-	-		14	13,5	-	-		04	22,2	10	11,4	
Conhecer o manual															
Conhece e tem um exemplar	88	86,3	01	100	0,690	85	87,6	04	80	0,618	17	70,6	72	88,9	0,050
Conhece, mas não tem o exemplar	14	13,7	-	-		12	12,4	01	20		05	29,4	09	11,1	
Leitura do manual															
Leu todo o manual	53	55,8	01	100	0,675	52	57,8	02	40	0,698	08	50	33	42,9	0,800
Leu alguns capítulos	41	43,2	-	-		37	41,1	03	60		08	50	43	55,8	
Não leu	01	1,1	-	-		01	1,1	-	-		-	-	01	100	

Nota: * χ^2 = qui-quadrado; ** estatisticamente significante.

Importância das informações da cartilha para as famílias

No que diz respeito ao conteúdo abordado pela cartilha, 117 ACS (93,6%) disseram que as informações são importantes para as famílias, já que orientam, ajudam-nas no dia a dia, estimulam o cuidado e a reunião da família para ler a cartilha e mostram a elas as possibilidades de como cuidar dos filhos. Também relatam que as informações complementam e apóiam o trabalho dos agentes, trazem informações educativas, atualizadas, completas, esclarecedoras, falam da realidade e de assuntos que interessam às famílias.

Apenas um ACS (0,8%) não considera as informações apresentadas na cartilha importantes para as famílias, mas não foi feita nenhuma justificativa à resposta.

Importância das informações do manual para o ACS

Quanto à importância das informações do manual, 110 ACS (88,0%) responderam de forma positiva, justificando que trazem um conteúdo necessário, enriquecem seus conhecimentos, ajudam a orientar e esclarecer dúvidas das famílias, e contribuem de forma direta para o desenvolvimento do trabalho dos agentes. Citam também que são adequadas às famílias, orientando, ampliando, valorizando e aprimorando seus os conhecimentos.

Uma única resposta não considera as informações importantes (0,8%), mas não foi feita nenhuma justificativa à opinião.

Apropriação das informações do Manual para o trabalho do ACS

Cento e cinco ACS (84,0%) responderam que as informações do manual são apropriadas para o seu trabalho, por ajudarem no desenvolvimento do mesmo, melhorando seus conhecimentos com enfoque para educação e prevenção que é seu campo prioritário de ação. Além de orientarem e esclarecerem as dúvidas tanto dos agentes quanto das famílias e serem de fácil leitura e compreensão.

Declarações de que as informações não são adequadas ao trabalho dos ACS são minoria (5 – 4%), justificando que o tempo de que os agentes dispõem é muito

curto para implantar o manual em suas atividades cotidianas e que falta conteúdo no manual.

Falta de conteúdo na cartilha

Em relação ao conteúdo, 80 ACS (64%) acham que não faltou conteúdo na cartilha e 29 (23,2%) responderam que faltaram assuntos tais como: planejamento familiar, gestação, amamentação, educação, saúde, orientações para crianças e adolescentes, nutrição, primeiros socorros, amor, drogas, direitos e deveres e assistência à comunidade, bem como, assuntos mais atrativos que possam despertar o interesse das famílias.

Os ACS que responderam que não faltou conteúdo na cartilha, afirmam que o conteúdo é apropriado, suficiente e aborda todos os assuntos importante para as crianças.

Observando a tabela 11 nota-se que houve diferença entre o tipo de equipe e a opinião sobre a falta de conteúdo na cartilha, sendo que aqueles pertencentes às equipes de PSF responderam em maior número que não falta conteúdo na cartilha.

Falta de conteúdo no manual

Apesar de a maioria, 88 ACS (70,4%), relatarem que não faltou conteúdo no manual, 18 (14,4%) responderam que houve falta de conteúdo importante para orientação geral às famílias tais como: gestação, adolescência, amor e direitos e deveres dos cidadãos; além de conteúdos que proporcionem suporte aos ACS em situações constrangedoras e de conflito com as famílias.

Os ACS que disseram não faltar nenhum conteúdo referem que o instrumento é apropriado para o seu trabalho, é completo, abrange todos os assuntos necessários, aborda temas esclarecedores e que ajudam na orientação das famílias, melhorando as suas condições de cuidado às crianças.

Também houve diferença de opinião em relação ao tipo de equipe e a opinião quanto à falta de conteúdo do manual. Notamos que os ACS pertencentes à equipe de PSF responderam em maior número que não falta conteúdo no manual (Tabela 12).

5.3.3 Opiniões dos ACS quanto à linguagem dos instrumentos

Quanto à linguagem, os ACS foram questionados se é compreensível e adequada para os trabalhadores e para a família, e se as ilustrações ajudam a compreender o texto (gráfico 07). As tabelas 13 e 14 apresentam os dados de caracterização dos ACS relacionados às suas opiniões sobre a linguagem dos instrumentos.

Gráfico 12 – Opinião dos ACS quanto à linguagem dos instrumentos

Tabela13- Distribuição dos ACS segundo sua caracterização e opinião sobre a linguagem da cartilha. São Paulo, 2006.

Caracterização dos ACS	Opinião sobre a Cartilha									
	Linguagem					Ilustrações				
	Adequada		Não Adequada		p-valor *	Adequada		Não Adequada		p-valor *
	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%	
Região										
Sul	40	35,7	01	20	0,379	41	35,7	01	50	0,596
Leste	38	33,9	01	20		39	33,9	-	-	
Cento-Norte	34	30,4	03	60		35	30,4	01	50	
Tipo de equipe										
PSF	108	96,4	05	100	0,667	111	96,5	02	100	0,788
Pacs	04	3,6	-	-		04	3,5	-	-	
Sexo										
Feminino	101	90,2	05	100	0,462	105	91,3	02	100	0,663
Masculino	11	9,8	-	-		10	8,7	-	-	
Escolaridade										
Menos de 11 anos	28	25,2	-	-	0,197	27	23,7	-	-	0,432
11 anos ou mais	83	74,8	05	100		87	76,3	02	100	
Tempo de trabalho como ACS										
De 6 meses a 1 ano	03	2,7	-	-	0,506	03	2,6	-	-	0,767
De 1 ano a 3 anos	21	18,9	-	-		21	18,4	-	-	
Mais de 3 anos	87	78,4	05	100		90	78,9	02	100	
Treinamento										
Sim	105	95,5	05	100	0,626	108	95,6	02	100	0,761
Não	05	4,5	-	-		05	4,4	-	-	
Uso da cartilha										
Nunca usou	07	6,3	-	-	0,543	07	6,1	-	-	0,788
Usou, mas atualmente não usa	89	80,2	05	100		92	80,7	02	100	
Usa regularmente	15	13,5	-	-		15	13,2	-	-	
Conhecer o manual										
Conhece e tem um exemplar	85	82,5	03	60	0,211	88	82,2	01	50	0,319
Conhece, mas não tem o exemplar	13	12,6	02	40		14	13,1	01	50	
Não conhece	05	4,9	-	-		05	4,7	01	50	
Leitura do manual										
Leu todo o manual	52	54,7	-	-	0,138	52	53,6	-	-	0,524
Leu alguns capítulos	40	42,1	03	100		42	43,3	01	100	
Não leu	03	3,2	-	-		03	3,1	-	-	

Nota: * χ^2 = qui-quadrado.

Tabela 14- Distribuição dos ACS segundo sua caracterização e opinião sobre a linguagem do Manual. São Paulo, 2006.

Caracterização dos ACS	Opinião sobre o Manual									
	Linguagem					Ilustrações				
	Adequada		Não Adequada		p-valor *	Adequada		Não Adequada		p-valor *
	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%	
Região										
Sul	35	33,3	-	-	0,371	35	33,3	02	40	0,863
Leste	37	35,2	02	50		37	35,2	02	40	
Cento-Norte	33	31,4	02	50		33	31,4	01	20	
Tipo de equipe										
PSF	101	96,2	04	100	0,691	101	96,2	05	100	0,657
Pacs	04	3,8	-	-		04	3,8	-	-	
Sexo										
Feminino	97	92,4	04	100	0,566	97	92,4	05	100	0,522
Masculino	08	7,6	-	-		08	7,6	-	-	
Escolaridade										
Menos de 11 anos	21	20,2	-	-	0,317	21	20,2	-	-	0,203
11 anos ou mais	83	79,8	04	100		83	79,8	05	100	
Tempo de trabalho como ACS										
De 6 meses a 1 ano	03	2,9	-	-	0,145	03	2,9	-	-	0,535
De 1 ano a 3 anos	18	17,2	-	-		18	17,2	-	-	
Mais de 3 anos	83	79,8	04	100		83	79,8	05	100	
Treinamento										
Sim	101	98,1	04	100	0,000**	101	98,1	05	100	0,000**
Não	02	1,9	-	-		02	1,9	-	-	
Uso da cartilha										
Nunca usou	07	6,7	-	-	0,624	07	6,7	-	-	0,761
Usou, mas atualmente não usa	84	80,8	04	100		84	80,8	04	80	
Usa regularmente	13	12,5	-	-		13	12,5	01	20	
Conhecer o manual										
Conhece e tem um exemplar	87	87,9	02	50	0,000**	86	86,9	03	100	0,502
Conhece, mas não tem o exemplar	12	12,1	02	50		13	13,1	0	0	
Não conhece	-	-	-	-		-	-	-	-	
Leitura do manual										
Leu todo o manual	51	56	01	33,3	0,711	52	57,1	02	50	0,932
Leu alguns capítulos	39	42,9	02	66,7		38	41,8	02	50	
Não leu	01	1,1	-	-		01	1,1	-	-	

Nota: * χ^2 = qui-quadrado; ** estatisticamente significativa.

Linguagem da cartilha

Em relação à linguagem utilizada na cartilha, 112 ACS (89,6%) afirmam que é compreensível e adequada às famílias, por ser simples, clara, popular e objetiva. Aumentam o interesse na leitura, mostram a realidade, e apóiam no cuidado às crianças. Porém, apesar de acharem a linguagem adequada alguns ACS acham que a cartilha traz termos que as famílias não entendem, apresenta pouco diálogo e não é objetiva.

Os ACS que não consideram a linguagem adequada e compreensível (5 – 4%), apontaram o fato de ter muitos termos técnicos e incompreensíveis às famílias.

Linguagem do Manual

Em relação à linguagem utilizada pelo manual, 105 ACS (84%) responderam que consideram a linguagem adequada para seus fins, por ser simples, objetiva, esclarecedora, explicativa, clara, popular, com letras legíveis, o que facilita o entendimento e a leitura para qualquer pessoa independente do nível de escolaridade. Referiram, também, que mostra a realidade, traz informações necessárias para o trabalho dos ACS e contribui no desenvolvimento das atividades de orientações realizadas pelas UBS.

Quatro ACS (3,2%) não consideram a linguagem do manual adequada, sendo que apenas um ACS justificou dizendo que não desperta o interesse das famílias.

A linguagem do manual foi considerada adequada com maior frequência por aqueles que receberam treinamento e disseram conhecer o manual (Tabela 14).

Ilustrações da cartilha

A maioria dos ACS, 115 (92,0%), acha que as ilustrações ajudam a compreender o texto, pois mostram o que este quer dizer, ajudam na sua interpretação e em seu entendimento, esclarecendo-o e relacionando-o com os objetivos propostos, o que contribui para o desenvolvimento do trabalho do ACS com as famílias, além de serem apresentadas de forma clara, simples, colorida, objetiva, serem bem elaboradas e mostrarem a realidade do dia a dia. Também referem que as ilustrações ajudam na compreensão do texto, pois contribuem para memorização dos assuntos, mexem com o imaginário e incentivam a leitura, contribuindo para o aprendizado das famílias, e tornam a cartilha mais interessante. Ainda apontam o fato de auxiliarem, as pessoas que tem dificuldades com a leitura ou não sabem ler, a compreenderem o texto.

Em algumas respostas positivas apareceram explicações contraditórias dizendo que as figuras não são totalmente reais e que faltam ilustrações.

Apenas dois ACS (1,6%) não consideram as ilustrações adequadas para a compreensão do texto, justificando que a cartilha precisa mostrar mais figuras para ajudar as famílias na compreensão e para ajudar quem não sabe ler.

Ilustrações do manual

Cento e cinco ACS (84%) acham que as ilustrações ajudam na compreensão do texto, enriquecem os assuntos tratados, facilitando seu entendimento, contribuem no desenvolvimento do trabalho dos ACS com as famílias, pois ajudam na explicação e memorização dos textos, além de serem representativas da realidade e do cotidiano das famílias e dos agentes. Justificam também que ajudam a compreender o texto por serem claras, explicativas, esclarecedoras, chamarem a atenção, estimularem a leitura e se associarem ao texto.

A minoria dos ACS (5 – 4%) considerou que as ilustrações não ajudam na compreensão, porque são insuficientes, ou porque o tornam cansativo.

As ilustrações foram consideradas adequadas com maior frequência por aqueles que foram treinados para o uso da cartilha (Tabela 13).

5.4 Sugestões e comentários

Nos questionários havia um espaço para os ACS escreverem suas sugestões e comentários e nos grupos focais também aparecem várias sugestões.

Algumas das sugestões enfatizam a necessidade de disponibilizar mais material, ter maior divulgação, ampliação para outras áreas, capacitação e acompanhamento das atividades. Apesar das dificuldades enfrentadas no dia a dia, os ACS enfatizaram a necessidade de insistir no projeto, de pensar em como aumentar a participação das famílias, a necessidade de parceria com os demais setores da saúde e educação e de maior apoio dos demais profissionais. Houve sugestão também de abordar temas diferentes de acordo com as características da região e de temas novos. As falas em que está identificada a região são referentes aos grupos focais e as não identificadas se referem aos inquéritos.

“O material deveria ser mais divulgado para a conscientização dos pais da importância que o conteúdo da cartilha traz para a prática de um melhor cuidado às crianças”.

“... eu acho que tinha que investir mais neste projeto...” (Região Centro-Norte)

“... nós precisamos arrumar outra forma de fazer com que as famílias participem mais com a gente...” (Região Centro-Norte)

“... talvez fosse interessante trabalhar com as crianças.” (Região Centro-Norte)

“... capacitar melhor os ACS para usar a cartilha”.

“Reciclar a capacitação”.

“Abordar mais assuntos”.

“Deveria haver outros profissionais ajudando a aplicar a cartilha”.

“O projeto deveria expandir para a área da educação, não somente ser desenvolvido na área da saúde”.

“... deveria ter uma maior sintonia entre os vários órgãos, especialmente os órgãos de saúde.” (Região Centro-Norte)

“... então eu acho que tinha que ser um trabalho não só feito pelos agentes comunitários, tinha que ter o empenho maior de outras categorias também...”(Região Leste)

“É um trabalho muito bonito, para a gente estar trabalhando desenvolvendo realmente este trabalho precisa capacitar melhor, é um trabalho bonito.”(Região Leste)

“Sugestão da capacitação dos agentes se desse para fazer, pegar o material, boa vontade e boa sorte.”(Região Sul)

“.. eu acho que deveria ser sempre assim, uma espécie de reciclagem, está tendo pesquisa para ver o que está bom que está ruim, para ver o que pode está melhorando, ajudando a gente e as famílias a está trabalhando neste projeto, isso eu acho que é muito importante.” (Região Sul)

“... e de agora em diante o acompanhamento seja melhor, a continuidade seja melhor de outra maneira...”(Região Leste)

“... só que precisa continuar, porque além da gente, ter as reuniões com vocês mesmos, para estar lendo, poder instruir as mães os pais.” (Região Leste)

“... ampliar, não exatamente só com a mãe, com o pai, com a criança...” (Região Centro-Norte)

“... talvez a gente precisasse pensar este trabalho um pouco mais amplo, não só para a família mas também para as instituições que cuidam e também.” (Região Centro-Norte)

“... se pudesse ser ampliado para as escolas, nas creches...”(Região Centro-Norte)

Também houve sugestões de que deveria levar “algo mais” para a população, além da conversa, de que a ficha fosse simplificada e preenchida pelo médico ou enfermeira.

“.... só a nossa conversa já é válido para eles mais se gente pudesse levar mais , eles agradeceriam.” (Região Leste)

“... seria interessante se tivesse um espaço para a criança na unidade(...), a gente podia estar trabalhando com estas crianças também enquanto a mãe estivesse em consulta mas na unidade não tem este espaço nem material para isso....” (Região Sul)

“... aquela ficha lá eu acho que é muito grande, tem perguntas parecidas que tem o mesmo sentido, a gente pergunta eles não entende, tinha que ser simplificado”.(Região Leste)

“... isso [preenchimento da ficha] deveria ser no consultório com a enfermeira ou com o médico...” (Região Leste)

Alguns comentários dos inqueritos estão relacionados às facilidades e dificuldades que os ACS encontram no desenvolvimento do trabalho e são equivalentes aos referidos nos grupos focais. Eles referem dificuldades devido ao desinteresse das famílias, a falta de hábito de leitura,

pouco envolvimento da equipe e sobrecarga do trabalho. Apontam facilidades no uso da cartilha com mães adolescentes e ressaltam a importância dos instrumentos.

“A cartilha pode contribuir para o enfrentamento das dificuldades com as famílias.”

“A cartilha trouxe mais assuntos para usarmos nos grupos.”

“O material é importante porque lembra da necessidade infantil de um bom cuidado.”

“O manual traz informações que completam a cartilha de forma didática contribuindo para o trabalho do ACS.”

“O manual trouxe informações importantes para a orientação das famílias.”

“A cartilha é ótima, porém as famílias não lêem e não seguem as orientações.”

“A cartilha é boa, mas as mães não se interessam em ler, ficando para as crianças brincarem.”

“As famílias não gostam de ouvir e nem de ler, e assim, dificulta o trabalho do ACS.”

“As famílias não demonstram interesse, por isso dificulta o trabalho do ACS.”

“É complicado aplicar o manual nas famílias por falta de interesse das mesmas.”

“As famílias sempre têm suas tarefas do dia a dia, por isso é difícil trabalhar com elas.”

“Apesar de o manual ser bom, as famílias não têm tempo, tornando impossível o desenvolvimento de um bom trabalho.”

“Algumas famílias não têm tempo ou não gostam de ler com o ACS (...).”

6.0 Discussão

Esta pesquisa visou contribuir para a avaliação da efetividade da cartilha e do manual “Toda Hora é Hora de Cuidar”, e para isso orientou-se pelos indicadores e parâmetros construídos no início do trabalho. No entanto, inicialmente, faz-se necessário discutir alguns pontos que interferiram na implantação do Projeto Janelas e no desenvolver da pesquisa.

Sabe-se que mudanças de ordem político-administrativa, em qualquer um dos níveis ou instâncias de poder das instituições, afetam de forma significativa a motivação e a eficiência das pessoas e das equipes. Segundo Hartz e Silva (2005, p.11):

“... a compreensão das diversas injunções de natureza técnica, ética ou política, relacionadas ao sucesso ou resistência organizacional, se tornam indispensáveis de serem mensuradas e analisadas no momento de se explicar ‘o porquê e o como’ da efetividade dessas ações”.

A implantação do Projeto Janelas iniciou-se nas Unidades com a capacitação das equipes de PSF e PACS pelos agentes multiplicadores, simultaneamente ao processo de descentralização político-administrativa da prefeitura, que redesenhava a cidade em 31 subprefeituras e suas respectivas coordenações de saúde. Ocorreram, também, neste período, muitas mudanças de gestores, secretário de saúde, coordenadores, supervisores e gerentes de unidade.

Em decorrência de tudo isso, o Projeto Janelas terminou sendo mais coordenado pelas instituições parceiras do que pelas equipes da Secretaria e ou Coordenações Regionais de Saúde. E, conseqüentemente, ele não foi, ainda, incorporado como política pública de promoção da saúde da criança, ficando sua implementação na dependência do interesse e do compromisso dos profissionais que vivenciaram a capacitação e aplicaram a proposta com as famílias.

As mesmas variáveis do cenário da implantação influenciam e determinam o cenário de avaliação do projeto Janelas. Esta se iniciou simultaneamente à nova gestão municipal que, por sua vez, trouxe novas mudanças de gestores e, especialmente, uma nova centralização da área da saúde através das 05 Coordenações Regionais (Sul, Leste, Oeste, Norte e Central). Os coordenadores anteriores receberam *status* de supervisores, perdendo com isso uma grande parte da autonomia que tinham. Isto se reflete, de imediato, em desorientação e morosidade dos processos administrativos e de atendimento à população usuária do SUS.

Mais uma vez, uma grande movimentação de pessoal pôde ser observada (demissões e ou transferências de pessoas-chave para o Projeto Janelas, de agentes comunitários de saúde, etc), o que dificultou muito a estruturação do trabalho de campo da pesquisa. Houve dificuldades para selecionar a amostra, identificar a pessoa responsável pelo projeto Janelas nas unidades, e para obter retorno das UBS de informações corretas em relação às solicitações.

Assim, os resultados encontrados devem ser compreendidos à luz desse cenário então desenhado.

Em relação à caracterização dos ACS, houve semelhança entre os que participaram dos grupos focais e aqueles que responderam aos inquéritos. A maioria tem escolaridade igual ou acima de 11 anos de estudos, é feminina, com média de idade em torno de 39 anos, e trabalha há mais de 3 anos no PSF. A região leste apresenta o maior número de ACS com mais tempo de trabalho e uso da cartilha.

Tais características são similares às encontradas em outros estudos no estado de São Paulo (Villa 2004, Lunardelo 2004, Silva e Dalmaso 2002, Ferraz e Aerts 2004), mas diferem de estudo nacional que identificou um grande número de ACS com menos de 30 anos de idade, e índice um pouco menor de escolaridade, atingindo 60% de pessoas com ensino médio (Ministério da Saúde 2005b).

Tais níveis de escolaridade são superiores ao exigido para a função. A escolaridade em nível fundamental só passou a ser um requisito após a lei 10.507 de 10/07/2002 que regulamentou a categoria profissional (Brasil 2002); antes disso, a exigência era “saber ler e escrever” (Brasil 1997).

A criação da função de ACS é recente no país. No município de São Paulo houve um aumento significativo destes profissionais somente a partir de 2001, com o programa da Secretaria Municipal de Saúde para a expansão do PSF (São Paulo 2001). O fato de não haver pré-requisitos técnicos específicos para a função, o número de vagas abertas ser expressivo, e por tratar-se de serviço público, que não restringe o acesso dos trabalhadores devido à idade, pode justificar a concentração de ACS em faixa etária alta. Nesse sentido, pode-se considerar que essa função profissional surgiu como uma nova oportunidade de emprego para um importante segmento da população. Silva e Dalmaso (2002) constataram que esses trabalhadores encontram nessa função uma oportunidade de reingresso no mercado de trabalho e, para alguns, uma etapa de profissionalização, um reconhecimento e remuneração de atividades antes voluntárias.

Observando-se os resultados de forma geral, percebe-se que os ACS consideram os instrumentos cartilha e manual como adequados e de boa qualidade, mas detêm-se nas

dificuldades de sua utilização, em grande parte explicadas pelas mudanças contínuas na organização dos serviços, conforme apontado anteriormente.

As mesmas razões podem explicar o fato de não terem sido capacitados 100% dos ACS, conforme esperado, e a diminuição no uso do material, lembrando que apenas 12,3% usa a cartilha no dia a dia. Entretanto, possivelmente o enfraquecimento das ações do projeto se deve à sua não incorporação ao cotidiano de trabalho nas unidades. Isto é evidenciado quando os agentes afirmam realizarem tais ações de forma solitária, sem retaguarda nem continuidade de formação para superação das dificuldades encontradas.

Chama a atenção o fato de haver ACS que utilizam a cartilha sem terem recebido o treinamento nem conhecer o manual, bem como ACS capacitados, mas que também não conheciam o manual. Considerando que a grande mudança do projeto não é o instrumento em si mesmo, mas as formas de utilizá-los com a população, abordadas no processo de capacitação, bem como no manual, isto leva a pensar o quanto esta nova tecnologia está sendo usada de forma adequada e trazendo benefícios para a população.

Nota-se que houve diferenças estatisticamente significantes quanto ao uso dos instrumentos entre aqueles que foram treinados e aqueles que não foram, sendo que os primeiros usam ou usaram mais a cartilha, conhecem e leram mais o manual. Os ACS treinados também responderam em maior número, de forma positiva, quanto a alguns itens da adequação do conteúdo, formato e linguagem dos instrumentos.

Da mesma forma, nota-se diferenças significativas entre aqueles que usam e usaram a cartilha, conhecem e leram o manual, tendo estes, também, respondido em maior número de forma positiva quanto à adequação do conteúdo, formato e linguagem dos instrumentos.

Isto evidencia a importância do treinamento, uma vez que este influenciou diretamente o uso e a avaliação dos instrumentos pelos ACS. O fato dos trabalhadores terem recebido orientação sistemática para a implantação do projeto possivelmente dotou a proposta de sentido e levou-os ao maior envolvimento com o Janelas. Ao mesmo tempo, a utilização mais frequente e fundamentada pela capacitação pode ter produzido a avaliação mais positiva dos instrumentos.

Quando os ACS apontam a falta de capacitação como uma dificuldade, sugerem o acompanhamento contínuo das atividades e ressaltam a necessidade de abordar temas mais complexos na capacitação e não somente os temas da cartilha como, por exemplo, como abordar as famílias, isto reflete sua preocupação em adquirir habilidades para desenvolver o projeto e o reconhecimento de que a capacitação e a educação continuada são necessárias. No estudo realizado por Lunardelo (2004) os ACS também apontam a necessidade de capacitação e de

educação continuada. Por outro lado, percebe-se que o agente não se manifesta como capaz de aprender por si, usando os recursos disponíveis, como a própria cartilha.

Nunes et al (2002,p.1640) afirmam que:

“o treinamento desses agentes deve muni-los de conhecimentos diversos em torno da questão do processo de saúde-doença, incorporando, além da perspectiva biomédica, outros saberes que o habilitem nesse processo de interação cotidiana com as famílias e no reconhecimento de suas necessidades.”

Em relação às formas de utilização do material, cada equipe de saúde buscou uma maneira de distribuir a cartilha às famílias de modo a facilitar a operacionalização do trabalho de acordo com a realidade local. Embora essa organização tenha sido prevista como de competência das equipes, não havendo no projeto uma regra para sua realização, o momento da entrega do material é fundamental para garantir a adesão das famílias, pois é o momento de sensibilizá-las sobre aquele assunto. Assim, atrelar a entrega da cartilha durante ações do programa bolsa família ou em grupos com outros objetivos que não a conversa sobre o cuidado infantil pode interferir na adesão e interesse das famílias ao Janelas, uma vez que pode levá-las a não entender seus objetivos, o que seria alvo de avaliação específica.

A falta de material para iniciar o projeto, que foi apontado por trabalhadores de algumas UBS, possivelmente se deveu à falta de organização das unidades, bem como às mudanças estruturais já descritas, uma vez que, naquele momento, havia material suficiente para todas as UBS iniciarem o projeto. Cabe ressaltar que os materiais eram enviados de acordo com os projetos das unidades para capacitação e implantação, uma vez que isso possibilitaria dispor da quantidade de material necessária, sem desperdício.

Quanto à utilização da cartilha na rotina de trabalho, em todos os grupos houve referência a seu uso como instrumento durante as visitas domiciliares e em grupos educativos realizados nas UBS. Em menor número, mencionou-se grupos realizados nas creches e até grupos com crianças maiores, o que demonstra que os ACS envolvidos com o projeto foram criativos na utilização dos instrumentos. Entretanto, na maioria dos depoimentos, notou-se a priorização de estratégias educativas verticais e tradicionais, como a seleção dos temas e a leitura do material pelo ACS, com poucos relatos de uso de estratégias que propiciassem maior participação das famílias.

Conforme Silva e Dalmaso (2002), embora o PSF tenha sido proposto como uma nova metodologia assistencial, as atividades educativas ainda são predominantemente impositivas, chegando às vezes ao autoritarismo, restringindo-se as possibilidades de conversa com exposição e confrontação de valores, como tradicionalmente ocorre na assistência biomédica.

O projeto Janelas foi elaborado com o objetivo de mudar este modo de trabalhar com a informação. Previa-se que a cartilha fosse um instrumento para a equipe de saúde iniciar a discussão de determinado assunto com a família e, a partir dos conhecimentos trazidos por esta família, trabalhar com ela os conceitos, as práticas de cuidado e formas de resolver situações cotidianas.

As Conferências Mundiais de Promoção da Saúde propõem a educação em saúde voltada a conscientizar as pessoas de forma a capacitá-las a reconhecerem suas necessidades de saúde e expressá-las, oferecendo oportunidades para que conquistem a autonomia necessária para a tomada de decisão sobre aspectos que afetam suas vidas (Pereira et al 2000). No entanto, este modo de propor a educação em saúde é relativamente recente, considerando que ele não se reduz à aplicação de técnicas pedagógicas, mas a uma nova compreensão do próprio conceito saúde e das relações entre profissionais e usuários, dentro da perspectiva da promoção da saúde, incluindo a participação e o controle social, a intersetorialidade e a atenção integral.

Assim, pode-se entender que a incorporação dessa nova visão por todos os profissionais não é algo que se dá naturalmente. O mais freqüente é encontrar trabalhadores que ainda agem baseados no modelo tradicional de educação, tal como referido no documento da Secretaria Municipal de Saúde (São Paulo 2001), que trata da expansão do PSF no município de São Paulo. Neste, a formação e conscientização dos profissionais para essa nova prática é apontada como uma das limitações do processo.

Ao identificar que os ACS também reproduzem esse modelo prescritivo no processo educativo, deve-se entender a necessidade de aprimorar seu processo formativo, bem como dos demais profissionais das equipes de saúde, que são os coordenadores de seu trabalho.

Embora a maioria dos ACS em São Paulo tenha escolaridade superior à exigida para ingresso na função, o fato de não terem capacitação específica, pode, muitas vezes, originar orientações ou formas de atuação inadequadas. Segundo Silva e Dalmaso (2002 p:180) “*para o seu desempenho, o agente lança mão tanto do saber emprestado dos demais membros da equipe, médico e enfermeiro, como do senso comum.*” Isto se evidenciou em suas demandas de maior capacitação para atuar no projeto, pois percebem-se limitados face às necessidades que identificam em sua atuação com as famílias.

Os agentes apontaram um maior número de dificuldades em relação a facilidades encontradas para desenvolver o projeto, sendo a grande maioria relacionada ao PSF de forma geral, e que interferem no desenvolvimento do projeto. Estas mesmas dificuldades são apontadas em outros estudos realizados com ACS (Villa, 2004; Martines 2005; Lunardelo 2004).

Aparecem dificuldades significativas para trabalhar a cartilha com as famílias, identificadas pelos agentes como devidas às suas condições precárias de vida, resistência às atividades desenvolvidas pelos ACS, desinteresse e não reconhecimento de potenciais benefícios do projeto, falta de acesso ao cuidador rotineiro das crianças, como as que ficam em creche.

Trabalhar com uma população com desigualdades sociais tão marcantes, mostra a dificuldade que o ACS encontra em desenvolver seu trabalho não só no projeto Janelas e sim no próprio PSF. Silva e Dalmaso (2002, p180) afirmam:

“...no trabalho do agente está incluída uma série de situações para a qual a área da saúde ainda não desenvolveu um saber sistematizado e instrumentos adequados de trabalho e gerência, desde a abordagem da família, o contato com situações de vida precária que determinam as condições de saúde, até o posicionamento frente à desigualdade social e a busca da cidadania.”

O difícil acesso ao cuidador rotineiro da criança, na maioria das vezes, ocorre pelo fato das mães trabalharem e deixarem as crianças na creche ou com outro cuidador. Atualmente, a cada ano aumenta o número de mulheres que trabalham, segundo dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Em 2006, 44,4% da população economicamente ativa na região metropolitana de São Paulo era composto por mulheres (Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão 2006).

Neste contexto, e acreditando que a promoção do desenvolvimento infantil é um compromisso da sociedade e não só da família, é necessário que o ACS e as equipes de saúde busquem novas estratégias para desenvolver o projeto com as mães e também com outros cuidadores. Algumas iniciativas nesse sentido foram realizadas nas regiões Leste e Sul, mediante grupos educativos nas creches com os “outros” cuidadores da criança, e também com utilização do espaço da creche para trabalhar com os pais durante os finais de semana.

Outra dificuldade apontada foi o fato da população não ter o hábito de leitura. Os ACS referem que a cartilha é uma leitura e as famílias não têm o hábito de ler, o que dificulta o seu trabalho. Mais uma vez está explícito o conceito que o ACS traz em relação à educação em saúde e a não incorporação do modelo de educação proposto pelo projeto Janelas. Um modo de envolver as famílias e despertar seu interesse no projeto seria os ACS acreditarem que a leitura é apenas um dos recursos disponíveis e não o único e mais importante, e com isso utilizassem outras estratégias, como a discussão, o diálogo sobre os temas da cartilha, as ilustrações como base para entenderem o texto, uma vez que muitas famílias não sabem ou não gostam de ler.

Retomando as respostas dos ACS que afirmaram não ter lido o manual, poder-se-ia fazer um paralelo para uma discussão mais aprofundada com eles a esse respeito. Isto não foi viável

durante a coleta de dados, mas seria uma forma interessante de trabalhar na educação permanente dos agentes. A questão da não leitura é apontada como um problema das famílias, mas não são só as famílias que a apresentam.

O mesmo pode ser considerado em relação às dificuldades dos ACS para trabalhar com os hábitos e valores da população, que em geral é percebida como um problema do outro, da família apenas.

Provavelmente esta dificuldade está relacionada também ao modo tradicional de trabalhar a educação em saúde, em que o profissional diz o que fazer e como fazer para a manutenção da saúde e pressupõe que com isso os usuários serão capazes de tomar decisões para prevenir doenças e assumir novos hábitos e condutas, não levando em conta os determinantes psicossociais e culturais dos comportamentos (Alves 2005). Em parte, isto é verificado nas falas dos ACS afirmando que a cartilha pede mudança de hábitos e nisso reside o bom e o ruim do instrumento: é bom porque as famílias precisam melhorar seus conhecimentos e práticas e é ruim porque é difícil conseguir isto.

A dificuldade dos ACS trabalharem com hábitos e valores também está implícita quando referem ter mais facilidade com as mães adolescentes e de primeiro filho, pois elas ainda estão formando seus conceitos e valores em relação à saúde da criança, oferecendo maior aceitação ao que é apresentado pelo agente.

No estudo realizado por Silva e Dalmaso (2002, p124), constatou-se que muitas vezes as orientações que os ACS fazem são diferentes da experiência das famílias, sendo que:

“para opiniões conflitantes, valores e experiências diferentes, o agente vê como estratégia, melhorar a forma de convencimento, colocando-se como portador do conhecimento verdadeiro. O reconhecimento do saber e da opção do outro, a troca de opiniões não se consideram alternativas”.

Lunardelo (2004, p.88) ressalta que o difícil trabalho de mobilização para mudanças pessoais no que diz respeito às orientações de saúde e mudanças de estilo de vida também causam sofrimento ao ACS, uma vez que *“a mudança desejada pelo ACS foge da sua competência, implicando uma grande mobilização, que não é apenas responsabilidade dele, é da família, do individuo e também da equipe.”*

Outro assunto que gerou grande discussão diz respeito ao processo de trabalho do ACS no PSF e no projeto. Os ACS sentem seu trabalho desvalorizado tanto pela família como pela própria equipe, queixam-se da sobrecarga de trabalho, de problemas estruturais e do fato de estarem desenvolvendo o projeto Janelas sozinhos sem a participação dos demais profissionais.

Em estudo realizado por Seabra (2006), concluiu-se que existe, no entender de alguns profissionais, um relacionamento hierárquico entre os membros da equipe de saúde e o ACS não é visto como membro desta. Isto tudo dificulta a integração, sendo o relacionamento interpessoal a principal fonte de conflitos entre os integrantes da equipe.

Lunardelo (2004, p90) verificou que o trabalho em equipe é apontado pelo ACS como enriquecedor, mas também gerador de dificuldades e sofrimentos, pois muitas vezes as equipes não têm correspondido às expectativas destes trabalhadores, sendo que “... *o trabalho em equipe para o ACS, tem sido a somatória de pessoas, de saberes e de fazeres, uma equipe agrupada e pouco integrada.*”

Em muitas falas, os ACS referem não sentir seu trabalho valorizado pela população que escuta mais os profissionais de “branco”, como também apontado em pesquisa de Silva e Dalmaso (2002) no município de São Paulo, em que os ACS atribuem as dificuldades de aderência às suas recomendações ao fato da população não valorizar a sua opinião devido à escolaridade e função, tendo o enfermeiro e o médico um poder de convencimento maior.

O uso da ficha foi apontado como dificuldade, o que era esperado quando isto começou a ser discutido nos grupos, uma vez que esse instrumento não foi elaborado para ser utilizado pelos ACS e sim por médicos e enfermeiros, que deveriam estar preparados para abordar e discutir os temas devido a sua formação.

Mesmo frente às dificuldades referidas em todas as regiões, os ACS manifestam a importância de insistir no projeto e sugerem ampliá-lo para creches e escolas, pois acreditam que a proposta é importante e poderia contribuir para melhorar a situação de saúde das crianças.

Em todas as regiões foram citadas contribuições do projeto na prática diária do ACS, referindo que a cartilha contribui no processo de trabalho, ajudando-o a trabalhar os conteúdos com as famílias, e os instrumentos foram avaliados de forma positiva quanto à linguagem, conteúdo e formato.

A avaliação positiva quanto à adequação do material e as dificuldades encontradas na prática subsidiam a discussão sobre eficácia e efetividade. Segundo Silva (2005) e Schramm e Escosteguy (2000), existe uma distinção entre eficácia e efetividade. A eficácia é o efeito de uma intervenção em situação experimental e a efetividade é o efeito da mesma em sistemas operacionais. Pode-se então afirmar que os instrumentos do projeto Janelas para os ACS são eficazes, mas não são efetivos, uma vez que são avaliados como adequados e importantes para a sua prática (eficaz), mas, quando aplicados na realidade, as dificuldades superam as facilidades (efetividade).

Por fim, o desuso do material e as dificuldades apontadas ocorreram por problemas organizacionais e intrínsecos do serviço de saúde, tais como mudanças políticas, falta de capacitação dos profissionais, falta de acompanhamento das ações, influências do modelo biomédico, que são questões que ainda são os desafios do SUS em todo o país (Ministério da Saúde 2003). Tais fatores se sobrepuseram e potencializaram as dificuldades que poderiam ser próprias do Projeto.

Considerando isto, juntamente com a avaliação positiva em relação à adequação do material e o relato de experiências positivas nos locais envolvidos com o projeto, pode-se afirmar que os instrumentos são adequados para instrumentalizar o ACS na promoção do desenvolvimento infantil. Para tal, faz-se necessário um maior envolvimento e interesse das equipes de saúde na proposta inovadora do projeto Janelas, sendo necessário um repensar do modelo de educação em saúde proposto para a promoção da saúde, e o investimento no processo de capacitação, e acompanhamento das atividades desenvolvidas.

7.0 Considerações finais

Com as discussões sobre o conceito de saúde no mundo moderno, a promoção da saúde passa a ocupar lugar de destaque nos sistemas de saúde. No Brasil o PSF vem ao encontro desta proposta, tendo como objetivo superar o modelo tradicional de assistência.

Nesse contexto, a elaboração de tecnologias para instrumentalizar as equipes de saúde passa a ser de fundamental importância. O Projeto “Nossas Crianças: janelas de oportunidades” foi desenhado para atender a este propósito, tendo como pilares de estruturação a promoção da saúde; a revisão crítica e a apropriação dos estudos que evidenciam a importância da infância no desenvolvimento cognitivo e emocional dos seres humanos, reforçando o papel dos serviços de saúde no monitoramento deste aspecto, através da saúde da criança; a importância do papel da família na oferta de cuidados adequados; a importância da rede social; e uma nova abordagem educacional.(Chiesa 2005)

No entanto, o projeto Janelas surge em um momento de importantes mudanças de ordem política e administrativa, no qual os desafios de implantação do PSF ainda não foram superados. Este desafio é ainda maior por se tratar de uma metrópole, com condições sociais, econômicas e culturais tão distintas em uma mesma área.

Torna-se fundamental, juntamente com este processo de reestruturação da atenção básica, políticas públicas voltadas para avaliar as ações neste âmbito, para que possam nortear decisões dos gestores sobre programas e tecnologias eficazes e efetivos na promoção da saúde.

Pode-se afirmar que a cartilha e o manual “Toda Hora é Hora de Cuidar” são tecnologias importantes para a equipe de saúde na promoção do desenvolvimento infantil, em especial para o ACS, por instrumentalizar e sistematizar as ações destes profissionais, que se sentem legitimados para tratarem desse tema com as famílias. No entanto, torna-se necessário que os profissionais reflitam sobre o conceito de promoção à saúde e entendam que a educação em saúde tem como objetivo transformar saberes existentes, através do desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade do individuo no cuidado à saúde, com o desenvolvimento da compreensão da situação de saúde. (Alves 2005)

O processo de avaliação proposto neste trabalho revela, também, a importância do papel do ACS como novo profissional da saúde e a necessidade de investir na capacitação e

acompanhamento deste, uma vez que muitas ações para a promoção da saúde da população são intermediadas por ele.

Finalizando, a avaliação do projeto Janelas, especificamente nos locais onde houve capacitação de todos os ACS e incorporação do projeto na rotina de trabalho, seria importante para concluir pela efetividade dos instrumentos, uma vez que houve diferenças de opiniões entre aqueles que foram capacitados para o uso dos instrumentos e aqueles que não foram.

Referências

Referências

Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface Comum Saúde Educ.* 2005;9(16):39-52.

Bardin L. *Análise de conteúdo*. Trad. LA Reto e A Pinheiro. Lisboa: Edições 70; 1977.

Benevides IA. Usando a cartilha “Toda hora é hora de cuidar” no trabalho com as famílias. In: *Toda hora é hora de cuidar: manual de apoio do Projeto “Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades”*. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; Programa Saúde da Família; 2003.p16-21.

Brasil. Lei n.8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (20 set 1990).

Brasil. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (11 jul 2002).

Brasil. Ministério da Saúde. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Portaria nº 1886/GM; 18 dez. 1997.

Brazelton TB, Greenspan SI. As necessidades essenciais das crianças: o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver. Porto Alegre: Artmed; 2002.

Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, editores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.15-38.

Caetano R, Vianna CMM. Avaliações econômicas como um instrumento no processo de incorporação tecnológica em saúde. Cad. Saúde Coletiva. 2005;13(3):747-766.

Carlini-Cotrim B. Potencialidade da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. Rev Saúde Pública 1996;30(3):285-93.

Chiesa AM, Ciampone MHT. Princípios gerais para a abordagem de variáveis qualitativas e o emprego da metodologia de grupos focais. In: ABEN. A classificação internacional das práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem; 1999. (Série didática: enfermagem no SUS).

Chiesa AM. Autonomia e resiliência: categorias para o fortalecimento da intervenção na atenção básica na perspectiva da Promoção da Saúde [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2005.

Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, editor. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997:29-47.

DallÁgnol CM, Ciampone MHT. Grupos Focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. Rev Gauch. Enferm. 1999;20(1):5-25.

Ferraz L, Aerts DRGC. Agente comunitário de saúde em Porto Alegre: “um vendedor de saúde”. Saúde Debate. 2004;28(66):68-74.

Foucault M. Microfísica do poder. Trad. R. Machado. Rio de janeiro: Graal; 1979.

FrancoT, Merhy EE. PSF: contradições e novos desafios. [online]. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>. (21 nov 2005).

Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra; 1985.

Gomes MES, Barbosa EF. A técnica de grupos focais para obtenção de dados qualitativos. Educativa 1999 [publicação interna]

Hartz ZMA, Silva LMV editores. Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: Fiocruz; 2005.

Lefevre F, Lefevre AMC. Promoção de saúde: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent; 2004

Lunardelo SR. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto – São Paulo [Dissertação]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2004

Martinês WRV. Compreendendo o processo de sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no programa Saúde da Família [Dissertação]. Escola de Enfermagem USP. São Paulo. 2005.

Minayo MCS editora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 23ª ed. Petrópolis: Vozes; 2004a.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª edição. São Paulo. Editora Hucitec; 2004b.

Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília; 2003.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2004.

Ministério da Saúde (BR). Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. [online] Brasília; 2005a. Disponível em: http://www.saude.gov.br/dab/caadab/documentos/avaliacao_ab_portugues.pdf. (17 jan 2007).

Ministério da Saúde (BR). Saúde da família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos. Série C. Projetos, programas e relatórios. Brasília; 2005b.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Básica. Departamento de atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde. Volume 4 [online]. Brasília; 2006. Disponível em: http://www.saude.gov.br/dab/documentos/pactos/documentos/pactos_vol4.pdf. (25 jan 2007).

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Mensal de Emprego. Dezembro de 2006. Região Metropolitana de São Paulo. [online] Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/pme122006_crsp.pdf. (07 fev 2007)

Nemes MIB. Avaliação em saúde: questões para os programas de DST/AIDS no Brasil. Coleção ABIA: Fundamentos de Avaliação 2001(1).

Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev Saúde Pública 2000;34(5):547-59.

Nunes M, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad Saúde Pública. 2002;18(6):1639-1646.

Organização Panamericana da Saúde. Documentos referenciais básicos. Documentos resultantes das Conferências da Promoção da Saúde. [online]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm>. (05 mar 2005).

Pereira IMTB, Penteado RZ, Marcelo VC. Promoção da saúde e educação em saúde: uma parceira saudável. Mundo Saúde. 2000; ano 24, 24(1).

Rea LM, Parker RA. Metodologia de pesquisa: do planejamento à execução. Trad. N Montingelli Jr. São Paulo: Pioneira; 2002.

São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal. Diretrizes gerais para a SMS- Doc 2 –Implantação do Programa Saúde da Família. Comunicado nº 4. Diário Oficial, 27 jun 2001. p.16

São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Saúde da Família. Implantando o PSF no município de São Paulo: balanço de um ano. São Paulo; 2002.

Schere MDA, Marino SRA, Ramos FRS. Ruptura e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias Kuhnianas. Interface comun saúde educ. 2005;9(16):53-66.

Schramm FR, Escosteguy CC. Bioética e avaliação tecnológica em saúde. Cad. Saúde Pública. 2000;16(4):951-961.

Seabra DC. O agente Comunitário de Saúde na visão da equipe multiprofissional [Dissertação]. 2006. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP.

Shore R. Rethinking the brain: new insights into early development. New York: Families and Work Institute; 1997.

Siegel S, Castellan Jr, NJ. Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences. 2^a ed. Boston: McGraw-Hill, 1988.

Silva JÁ, Dalmaso ASW. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Silva LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Silva LMV editores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: Fiocruz; 2005.

Souza HM. Programa de Saúde da Família no contexto do Sistema Único de Saúde. In: I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família. Brasília, Ministério da Saúde; 1999.p.23-33.

SPSS Incorporated. SPSS for Windows - version 13.0. Chicago IL: SPSS; 2003.

Tanaka OY, Melo C. Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente - um modo de fazer. São Paulo: Edusp, 2001. [online]. Disponível em: <http://www.adolec.br/bvs/adolec/P/textocompleto/adolescente/indice.htm>. (16 nov 2004)

UNICEF. Situação da infância brasileira 2001. Desenvolvimento infantil: os seis primeiros anos de vida. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância; 2001.

Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999.

Veríssimo MLÓR, Rezende MA. O cuidado da criança na creche e pré escola. In: Santos LES. Creche e pré-escola: uma abordagem de saúde. São Paulo: Artes Médicas; 2004. p. 71-8.

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.

Villa MEP. Perfil dos agentes comunitários de saúde do Programa de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto – SP [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2004.

Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Bol Oficina Sanit Panam 1996;120(6):472-82.

Witt A Metodologia de pesquisa: questionário e formulário. São Paulo: Resenha Tributária; 1973.

ANEXO 1

Ficha de Acompanhamentos dos Cuidados para a Promoção da Saúde da Criança

Período pré-natal

Nome da mãe _____

Nome do pai _____

Assinalar para cada item S (sim) ou N (não) ou NA (não se aplica)

Data				Síntese e condutas
Semanas de gestação				
Perguntar: Conte-me como está a gravidez (esclarecer conversando ou observando as situações abaixo)				
A gravidez foi planejada?				
O pai participa da gravidez?				
A gestante sente-se ajudada por sua família?				
A gestante está fazendo consultas de pré-natal?				
A gestante tem conseguido se alimentar, tomar vacinas e fazer tratamentos conforme as orientações da equipe de saúde?				
A gestante consegue, no seu trabalho, evitar esforços excessivos, quedas, acidentes ou contato com substâncias perigosas?				
A gestante reconhece sinais de perigo para a gravidez (perda de líquido ou sangramento vaginal, dor de cabeça forte, edema, parada dos movimentos do bebê)?				
A gestante evita tomar remédios sem receita médica, fazer raio X, fumar, tomar bebidas alcoólicas e usar drogas?				

Informações sobre o nascimento e período pós-natal

Nome da criança: _____

Responsável: _____

Como foi a chegada da criança na vida da família? _____

Quantas consultas fez no pré-natal? _____

Nasceu de 9 meses? () sim () não _____ semanas de gestação

Houve problemas no parto ou nos primeiros dias após o nascimento? () sim () não Quais? _____

Tem registro de nascimento? () sim () não Conduta: _____

Fez teste do pezinho? () sim () não Resultado (verificar) _____

A criança tem algum problema que precise de atenção especial? () não () sim Qual? _____

Quem percebeu ou falou sobre esse problema da criança: () profissional da saúde () família () conhecido

Principais acontecimentos na vida da criança (entrada na creche, internação, perda de alguém da família)

Mês/ano	Acontecimento

Nome da criança _____.

Data de nascimento _____. Registro/ matrícula _____.

Iniciar a conversa perguntando “ Vocês têm alguma preocupação especial com <nome da criança>?”					
A seguir, perguntar como é o dia-a-dia da criança, procurando esclarecer os tópicos abaixo				Assinalar para cada item S (sim) ou N (não) ou NA (não se aplica)	
Data					Síntese e condutas
Idade da criança					
Alimentação. Perguntar: Conte-me como é a alimentação de <nome da criança> (esclarecer conversando ou observando as situações abaixo)					
Nos primeiros 6 meses o bebê recebe somente leite do peito, pelo menos 8 vezes por dia?					
A família aproveita o momento da mamada para aconchegar, tocar, olhar e conversar com o bebê?					
Após os 6 meses, além do leite, a criança recebe suco ou papa de frutas e papa salgada, em horários regulares?					
A criança maior de 1 ano está recebendo diariamente duas refeições iguais a da família (almoço e jantar) num prato só para ela, leite 3 vezes ao dia e frutas nos horários de lanche?					
A família aproveita os momentos da refeição para incentivar a participação e independência da criança, tendo paciência com ela?					
A família procura fazer das refeições um momento agradável de contato e conversa?					
Higiene. Perguntar: Conte-me como vocês cuidam da higiene de <nome da criança> (esclarecer conversando ou observando as situações abaixo)					
A família procura manter hábitos de higiene pessoal (banho diário, lavagem das mãos, escovação de dentes, cuidados com cabelos e roupas)?					
A família cuida da higiene da criança, diariamente, incentivando sua participação até que consiga realizar essas atividades sozinha?					
A criança tem oportunidades para aprender a controlar as micções e as evacuações?					
Saúde. Perguntar: Conte-me como vocês cuidam da saúde de <nome da criança> (esclarecer conversando ou observando as situações abaixo)					
A família leva a criança para as consultas marcadas nos serviços de saúde?					
As vacinas da criança estão em dia? (verificar o cartão da criança)					
A família reconhece quando a criança precisa de tratamento (tem tosse ou dificuldade para respirar, diarreia, febre prolongada,) e a leva para os serviços de saúde?					
A família consegue garantir os tratamentos indicados pelo serviço de saúde?					
A família utiliza preparações caseiras para tratamento de problemas de saúde da criança?					

Brincadeira. Perguntar: Conte-me o que <nome da criança> faz durante o dia? (esclarecer conversando ou observando as situações abaixo)					
O bebê tem oportunidade de ficar em diferentes locais (colo, berço, chão) e posições (deitado, de bruços, sentado)?					
A família oferece diferentes objetos: coloridos, de pano, plástico, papel, borracha, madeira (que não ofereçam perigo) para o bebê?					
A família aproveita a hora da alimentação, do banho ou da troca de roupas da criança, como oportunidades para brincar e conversar com ela?					
A família passa algum tempo com a criança, diariamente, participando de suas brincadeiras, conversando, contando histórias ou cantando?					
A criança tem oportunidades de brincar com brinquedos, livros, revistas, papel e lápis, material de sucata, para ler, desenhar, pintar, brincar, inventar, montar?					
A família favorece que a criança conheça e brinque com outras crianças?					
A família favorece a participação da criança em atividades na comunidade (fora de casa) como jogos, esportes, festas, passeios, reuniões religiosas?					
Prevenção de acidentes. Perguntar: Conte-me como vocês evitam acidentes com <nome da criança> (esclarecer conversando ou observando as situações abaixo)					
O bebê dorme em lugar e posição sem perigo de sufocar-se (fios/ cordão de chupeta/ panos) ou de ter contato com insetos ou animais que possam feri-lo?					
A família deixa fora do alcance da criança coisas que possam queimar, envenenar ou machucar, como: panelas quentes, ferro de passar roupa, remédios, produtos de limpeza, faca, tesoura, copos de vidro, fios e tomadas?					
A criança tem lugares onde pode ficar e brincar, dentro e fora de casa, sem perigo de quedas, atropelamento, afogamento, violência?					
A família ensina para a criança formas seguras de usar tesoura (sem ponta)/ garfo / faca, brincar com animais domésticos, atravessar a rua?					
8 Amor e segurança. Perguntar: Conte-me como a família e <nome da criança> se relacionam no dia-a-dia 9 (esclarecer conversando ou observando as situações abaixo)					
A família mostra afeto pela criança conversando, aconchegando-a no colo, tocando-a com carinho, brincando com ela, mesmo quando ela não está chorando?					
O dia-a-dia da criança é organizado em relação aos horários e pessoas conhecidas para seu cuidado?					

A família dá limites à criança, conversando e explicando o que considera errado, sem precisar bater nem dar castigos violentos?						
A família procura saber o que a criança fez no dia, o que aprendeu de novo, se ela tem alguma preocupação ou precisa de ajuda?						
A família combina com a criança sua participação nas atividades domésticas, levando em conta sua idade e suas capacidades?						
A família evita que a criança entre em contato com situações de brigas, violência e uso de drogas ou álcool?						
Além da família e da casa, a criança tem outros lugares onde possa ficar e ser cuidada por pessoas de confiança, com atenção a sua saúde, higiene, alimentação e estimulação?						
Pergunta para o profissional de saúde: a família tem as condições necessárias para garantir os cuidados à criança?						
NOME DO PROFISSIONAL QUE FEZ A AVALIAÇÃO						

REGISTRO DAS VISITAS DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

[illegible]

ANEXO 2

Cartilha e Manual “Toda Hora é Hora de Cuidar”

Quando Começar a Proteger e Cuidar?

Para o bebê, o cuidado começa muito antes dele nascer...
O acompanhamento pré-natal é uma das primeiras atitudes de cuidado que precisamos ter.

Uma gestante cuida e protege o bebê quando ela...

- Procura o Serviço de Saúde assim que suspeita da gravidez, para consultas, exames e orientações.
- Procura conhecer as modificações que acontecem durante a gestação.
- Reforça os cuidados com a sua alimentação e com o seu corpo, especialmente com as suas mamas e os seus dentes.
- Realiza, no mínimo, seis consultas de pré-natal.
- Recebe vacinação adequada, se necessário.
- Recebe tratamento dentário, se necessário.
- Recebe vitaminas e suplementos, se necessário.
- Realiza tratamento oferecido pelo Serviço de Saúde, se ela for HIV positiva, para não transmitir o vírus para o bebê.
- Procura conhecer a maternidade ou o hospital da sua região antes do parto.
- Procura conhecer os cuidados que o bebê precisa receber logo após o nascimento.
- Conhece e faz valer os seus direitos.

6

As crianças aprendem imitando

Isso quer dizer que elas estão muito atentas a tudo que acontece no ambiente onde vivem. Sua linguagem, suas maneiras e suas idéias refletem os comportamentos das pessoas que estão à sua volta. Ler histórias para elas, além de estimular a imaginação, contribui para que elas gostem de ler mais tarde.

As crianças aprendem repetindo

Repetição traz segurança emocional, e é por isso que as crianças gostam de fazer as coisas sempre do mesmo jeito, de ouvir as mesmas histórias e de repetir sempre os mesmos jogos. Aos poucos elas vão introduzindo modificações nas brincadeiras, testando os resultados e ampliando seus conhecimentos.

As crianças aprendem se relacionando

O convívio com adultos e com outras crianças favorece seu desenvolvimento. Devemos procurar participar de suas brincadeiras sempre que possível. Dar limites também é importante. As crianças se sentem protegidas quando lhes damos limites de maneira firme e afetuosa.

Crianças que recebem atenção e amor aprendem a amar e confiar.

17

Protegendo e Cuidando quando elas ficam doentes...

Mesmo quando bem cuidadas, as crianças adoecem...
É muito importante reconhecer os sinais de perigo.

Febre

Febre não é uma doença! Ela é uma reação muito comum do organismo frente a várias situações: gripes, resfriados e outras infecções. É importante aprender a verificar a temperatura com termômetro. Acima de 38,5° a febre pode prejudicar a saúde da criança. Mesmo assim os pais não devem medicar sem a orientação de um profissional de saúde. Algumas medidas caseiras como chás e banhos podem solucionar a febre em muitos casos. Sinais de Alerta: a criança está com febre muito alta e apresentando movimentos descoordenados e estranhos? Está com febre há mais de dois dias? A criança está muito sonolenta, inconsciente? Neste caso, precisa ser avaliada por um profissional de saúde.

Diarréia, Vômitos e Desidratação

A diarreia e o vômito merecem muita atenção porque podem levar à desidratação, isto é, à perda de grande parte da água do organismo. Quando isso acontece, as crianças podem ficar com os olhos fundos, chorando sem lágrimas, com a boca bem seca e a pele enrugada. O melhor remédio é o soro caseiro ou o soro dado nos postos de saúde. Se você não sabe como usar, converse com a sua Equipe de Saúde da Família. Sinais de Alerta: a criança não consegue mamar ou vomita tudo o que ingere? Neste caso, precisa ser avaliada por um profissional de saúde.

Pneumonia

Após uma gripe forte, algumas crianças podem ter pneumonia, isto é, uma infecção nos pulmões. Quando isso acontece, elas perdem o apetite, ficam desanimadas e sem vontade de brincar, sentem dor e choram quando tosse. A respiração fica muito rápida. Elas parecem muito cansadas e sem fôlego. Sinais de Alerta: a criança está respirando muito rápido ou com sons estranhos? Quando respira aparece um degrau entre o peito e a barriga? Neste caso, precisa ser avaliada por um profissional de saúde.

21

Toda hora é hora de cuidar

Manual de apoio

çam muito cedo - por exemplo quando a criança leva tudo o que pega à boca ou joga os objetos no chão e fica olhando o que acontece - vão se tornando cada vez mais sofisticados à medida em que ela cresce.

Na verdade, essas características são normais no processo de desenvolvimento da criança: ela está aprimorando suas habilidades motoras, conhecendo suas próprias capacidades, e deseja autonomia, o que ela consegue fazendo coisas por si mesma e exercitando seu poder de escolha.

Mas, ao mesmo tempo, ela precisa de limites seguros para que não se machuque nem cause danos aos outros; isto é, precisa de um espaço seguro para suas atividades motoras e exploratórias bem como da aprovação dos adultos em relação ao que faz.

O grande desafio do cuidador é compreender essas necessidades infantis e equilibrar oportunidades e limites.

Uma forma de ajudar os cuidadores a lidarem com a criança é dialogar com eles a respeito de suas dificuldades, sobre quais comportamentos da criança eles consideram difíceis, sobre como se sentem em relação a esses comportamentos, e sobre que estratégias utilizam para resolver os problemas. É muito frequente encontrar o uso de castigos físicos nesse período, pois trata-se da estratégia mais conhecida pela maioria das pessoas que cuidam de crianças.

Conversando sobre como as Crianças Aprendem

Maria De La Ó Ramallo Veríssimo
Siomara Rolla Chen
Lucila Faleiros Neves

Tracema A. Beneditos

As crianças aprendem de maneira ativa, explorando, brincando, imitando, repetindo e se relacionando. O mundo é repleto de estímulos: sons, imagens, cheiros, sensações térmicas, sabores e movimentos, que precisam ser experimentados pelas crianças para que elas os conheçam.

As oportunidades para exercitar suas habilidades e as relações com as outras pessoas são os principais recursos da criança para aprender e desenvolver-se.

As crianças aprendem explorando o mundo

Muitas pessoas que cuidam de crianças consideram o segundo e o terceiro ano de vida como os mais difíceis de lidar, pois nessas idades parece que elas nunca se cansam de descobrir lugares para subir, coisas para mexer e buracos para preencher. São cheias de vontades, não gostam de ser contrariadas e manifestam-se, muitas vezes, de forma barulhenta através das conhecidas birras. Esses comportamentos exploratórios, que já come-

Entretanto, quando os cuidadores têm oportunidade de conhecer melhor as características e necessidades da criança, aprendendo sobre outras possibilidades de lidar com esses comportamentos, eles podem aumentar as oportunidades de favorecer o desenvolvimento infantil. Consequentemente, a própria criança será capaz de realizar muitas atividades sozinha, com segurança e autonomia, beneficiando-se ao mesmo tempo da participação do adulto quando ele permite e estimula o livre uso da imaginação, sem interferir no seu jeito de brincar.

O que trabalhar com a família?

- * Conversar sobre a necessidade das crianças de explorarem objetos e espaços, e sobre como organizar o ambiente de maneira segura e estimulante;
- * Conversar sobre como colocar limites à criança quando necessário, dando explicações simples e sem violência;
- * Conversar e ajudá-los a compreender e a lidar com os comportamentos e necessidades infantis, particularmente os mais "difíceis" tais como a birra e o negativismo, característicos do processo de desenvolvimento.

As crianças aprendem brincando

Muitos autores afirmam que a brincadeira é o trabalho da criança. Certamente não podemos entender que se trate do trabalho enquanto fonte de subsistência, tal como é para o adulto, mas sim do trabalho como realização, como forma de estar no mundo, de exercer funções e desenvolver competências.

Brincar inclui morder, cheirar, lambebr, manusear, chacoalhar, bater, jogar, ouvir, ver, pisar, chutar, vocalizar, imitar, dramatizar, inventar, fazer amigos. Consequentemente, brincar envolve o corpo, o pensamento e a emoção.

As brincadeiras infantis não são simples passatempos. Através das brincadeiras, as crianças aprendem sobre si mesmas, desenvolvem suas habilidades de movimento, de linguagem, de raciocínio e de interação com o mundo.

Ao brincarem de casinha, de médico, professora, mecânico, etc., elas aprendem sobre papéis sociais, expressam e refletem sentimentos, elaboram imagens mentais sobre as situações que vivem. Essas experiências

ANEXO 3

Carta convite ao ACS

CONVITE

Eu, Juliana Martins, aluna de mestrado da Escola de Enfermagem da USP, estou desenvolvendo uma pesquisa sobre a utilização da cartilha e do manual *Toda hora é hora de cuidar*, sob orientação da Professora Maria De La Ó Ramallo Veríssimo. Este estudo vai se articular a outros que estão sendo realizadas com demais membros da equipe de saúde da família e com famílias envolvidas no projeto *Nossas crianças: janelas de oportunidades*.

Para esta pesquisa, sorteamos um certo número de agentes comunitários que trabalham com o material e o seu nome foi um dos sorteados. Por isto, estamos convidando-o para participar de uma reunião na qual será conversado sobre a experiência dos agentes com o uso desse material.

O seu consentimento em participar da pesquisa deve considerar as seguintes informações:

- A pesquisa justifica-se pela necessidade de avaliar o projeto com vistas a sua continuidade e expansão, bem como produzir conhecimento para fortalecer as ações de Promoção da Saúde no âmbito da atenção básica dos serviços de saúde.
- O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. (contato: Rua General Jardim, 36 - 2º. Andar- tel: 3218-4043 ou e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br)
- A participação será voluntária, e os convidados poderão recusar-se ou desistir durante a coleta de dados, sem risco de qualquer prejuízo ou penalização.
- Será garantido o anonimato dos participantes no relatório e na divulgação do estudo.
- As reuniões serão gravadas a fim de registrar fielmente as falas dos participantes que subsidiarão a avaliação.
- No final do estudo, os resultados serão apresentados para os grupos participantes.

A reunião do grupo para a qual estamos convidando-o está agendada para o dia , das às horas, local: . Pedimos que todos entrem em contato conosco até o dia , para confirmar sua disponibilidade, a fim de podermos organizar a realização do encontro. Caso tenha alguma outra dúvida, também poderão entrar em contato.

Agradecemos a atenção e esperamos poder contar com sua valiosa contribuição.

Juliana Martins
tel: 9420-4600
e-mail ju310781@yahoo.com.br

Maria De La Ó Ramallo Veríssimo
tel: 3066-7602
e-mail mdlorver@usp.br

ANEXO 4

Carta para a gerente da UBS

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000

Tel.: (11) 3066-7602 - FAX (11) 3066-7615

Cx. Postal: 41633 CEP 05422-970

Ao gerente da UBS

Conforme combinado com a Coordenadoria, estamos encaminhando material referente à pesquisa de avaliação do Projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades* aos agentes comunitários dessa unidade de saúde que foram sorteados para participar.

Pedimos sua colaboração, encaminhando as correspondências aos ACS e possibilitando sua participação, caso ele(s) decida(m) fazê-lo.

Segue abaixo a carta enviada aos agentes, para seu conhecimento.

Atenciosamente, agradecemos e enviamos nossas saudações.

Juliana Martins

Maria De La Ó Ramallo Veríssimo

CONVITE

Eu, Juliana Martins, aluna de mestrado da Escola de Enfermagem da USP, estou desenvolvendo uma pesquisa sobre a utilização da cartilha e do manual *Toda hora é hora de cuidar*, sob orientação da Professora Maria De La Ó Ramallo Veríssimo. Este estudo vai se articular a outros que estão sendo realizadas com demais membros da equipe de saúde da família e com famílias envolvidas no projeto *Nossas crianças: janelas de oportunidades*.

Para esta pesquisa, sortecemos um certo número de agentes comunitários que trabalham com o material e o seu nome foi um dos sorteados. Por isto, estamos convidando-o para participar de uma reunião na qual será conversado sobre a experiência dos agentes com o uso desse material.

O seu consentimento em participar da pesquisa deve considerar as seguintes informações:

- A pesquisa justifica-se pela necessidade de avaliar o projeto com vistas a sua continuidade e expansão, bem como produzir conhecimento para fortalecer as ações de Promoção da Saúde no âmbito da atenção básica dos serviços de saúde.
- O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. (contato: Rua General Jardim, 36 - 2º. Andar- tel: 3218-4043 ou e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br)

- A participação será voluntária, e os convidados poderão recusar-se ou desistir durante a coleta de dados, sem risco de qualquer prejuízo ou penalização.
- Será garantido o anonimato dos participantes no relatório e na divulgação do estudo.
- As reuniões serão gravadas a fim de registrar fielmente as falas dos participantes que subsidiarão a avaliação.
- No final do estudo, os resultados serão apresentados para os grupos participantes.

A reunião do grupo para a qual estamos convidando-o está agendada para o dia , das às horas, local:

Pedimos que todos entrem em contato conosco até o dia , para confirmar sua disponibilidade, a fim de podermos organizar a realização do encontro. Caso tenha alguma outra dúvida, também poderão entrar em contato.

Agradecemos a atenção e esperamos poder contar com sua valiosa contribuição.

Juliana Martins

tel: 9420-4600

e-mail ju310781@yahoo.com.br

Maria De La Ó Ramallo Veríssimo

tel: 3066-7602

e-mail mdlorver@usp.br

ANEXO 5

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Juliana Martins. Sou enfermeira, aluna de mestrado da Escola de Enfermagem da USP, e estou realizando uma pesquisa que trata da avaliação da cartilha e do manual de apoio "Toda Hora é Hora de Cuidar" pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A Profa. Maria De La Ó Ramallo Veríssimo é minha orientadora nesse trabalho.

Esta pesquisa é parte do projeto: "**Avaliação da implantação de novos instrumentos para o fortalecimento das ações de promoção do desenvolvimento infantil, na área de atuação do Programa Saúde da Família do Município de São Paulo**", coordenado pela Profa. Anna Maria Chiesa.

Conforme descrevemos na carta convite, a coleta de dados será feita mediante discussão em grupos, sobre a experiência dos ACS na utilização desses instrumentos. As reuniões serão gravadas e depois transcritas e analisadas a fim de organizar os conteúdos que, posteriormente, servirão para orientar a reformulação e reprodução dos materiais. Na apresentação do relatório da pesquisa, serão seguidos passos para garantir o anonimato dos participantes. Cada um dos participantes tem total liberdade de recusar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem que isso implique em penalização.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Rua General Jardim, 36 - 2º. Andar- tel: 3218-4043, e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br

Caso sinta necessidade de contatar a pesquisadora responsável, em qualquer momento do trabalho, poderá fazê-lo pelo telefone (11) 3066-7652. No final do trabalho, está prevista uma reunião para apresentação e discussão dos resultados com o grupo participante.

Ciente destas informações, concorda em participar do estudo?

Concordo em participar como informante na coleta de dados para essa investigação.

Nome: _____

Assinatura: _____

Pesquisadoras: Juliana Martins _____

Maria De La Ó R. Veríssimo _____

São Paulo, de de 2005.

ANEXO 6

Ficha de caracterização dos ACS (grupo focal)

Avaliação dos instrumentos do Projeto “Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades”

Orientação: Por favor, assinale a resposta correspondente, sem preencher os quadrinhos ao lado das questões.

Nome: _____

1. UBS onde trabalha: _____

2. Tipo de Equipe em que trabalha: () PSF ()
 PACS

3. Idade: _____ anos

4. Sexo: () F () M

5. Escolaridade:
() Ensino Fundamental Incompleto
 () Ensino Fundamental Completo
 () Ensino Médio Completo
 () Ensino Médio Incompleto
 () Ensino Superior Incompleto Curso _____
 () Ensino Superior Completo Curso _____
 () outro Qual _____

6. Há quanto tempo trabalha como ACS?
() menos de 6 meses
() de 6 meses a 1 ano
() de 1 ano a 3 anos
() mais de 3 anos

7. Há quanto tempo você usa a cartilha do Projeto “Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades”?
() menos de 6 meses
() de 6 meses a 1 ano
() mais de 1 ano

8. Você foi treinado para usar a cartilha do Projeto “Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades”?
() Sim Se sim, há quanto tempo? _____
() Não

ANEXO 7

Roteiro do grupo focal

Questões norteadoras para a discussão em grupo

1. Conforme dissemos, visando a ampliação do projeto Janelas, é necessário avaliar seus instrumentos: a cartilha e o manual “Toda hora é hora de cuidar”. Considerando isto, como vocês têm utilizado esses materiais? Relatem a frequência e as atividades realizadas com esses recursos
2. O que vocês acham da cartilha? (após uma rodada de discussão, introduzir o tema do manual) E quanto ao manual?
3. Quais as principais facilidades e dificuldades que vocês encontram no uso da cartilha e do manual? (orientar a discussão de forma a tratar de um tema de cada vez)
4. Relatem uma situação que demonstre o uso da cartilha com as famílias. (introduzir esta questão caso não tenha sido tratada na questão 2)
5. Que contribuição/ões a cartilha e o manual trouxeram para sua prática profissional?
6. Quais sugestões vocês dariam para aprimorar a cartilha e o manual?
7. Na sua opinião, existem outros aspectos importantes para esta discussão?

Agradecemos a participação e colaboração de todos vocês!

ANEXO 8

Avaliação dos instrumentos do Projeto “Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades”

Instrumento de avaliação para os Agentes Comunitários de Saúde

Orientação: Por favor, assinale a resposta correspondente, e inclua qualquer comentário que você julgar importante para a avaliação do material.

Em relação à **CARTILHA** “Toda Hora é Hora de Cuidar” qual a sua opinião sobre:

1. O número de páginas é adequado?

() sim () não

Por que? _____

2. O tamanho do material é adequado?

() sim () não

Por que? _____

3. As informações são importantes para as famílias?

() sim () não

Por que? _____

4. Faltou algum conteúdo importante?

() sim () não

O que? _____

5. A linguagem é compreensível e adequada para as famílias?

() sim () não

Por que? _____

6. As ilustrações ajudam a compreender o texto?

() sim () não

Por que? _____

7. O aspecto da cartilha é atrativo e bem organizado?

() sim () não

Por que? _____

8. Outros comentários ou sugestões: _____

Avaliação dos instrumentos do Projeto “Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades”

Orientação: Por favor, assinale a resposta correspondente, e inclua qualquer comentário que você julgar importante para a avaliação do material. Caso você não conheça o manual, só responda a questão nº 1.

Em relação ao **MANUAL** “Toda Hora é Hora de Cuidar” :

1. Você conhece o manual:

☐ Conhece e tem um exemplar seu	☐ Leu alguns capítulos do manual
☐ Conhece, mas não tem um exemplar	☐ Leu todo o manual
☐ Não conhece	

Qual sua opinião sobre:

2. O número de páginas é adequado?

- ☐ sim ☐ não

Por que? _____

3. O tamanho do material é adequado?

- ☐ sim ☐ não

Por que? _____

4. As informações são importantes?

- ☐ Sim

☐ Não. Por que? _____

5. As informações apresentadas são apropriadas para o seu trabalho?

- ☐ sim ☐ não

Por que? _____

6. Faltou algum conteúdo importante?

- ☐ sim ☐ não

Por que? _____

7. A linguagem é compreensível e adequada?

- ☐ sim ☐ não

Por que? _____

8. As ilustrações ajudam a compreender o texto?

- ☐ sim ☐ não

Por que? _____

9. O aspecto do manual é atrativo e bem organizado?

- ☐ sim ☐ não

Por que? _____

10. Outros comentários e sugestões:

ANEXO 9

Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde

Orientação: Por favor, assinale a resposta correspondente, sem preencher os quadrinhos ao lado das questões.

1. UBS onde trabalha: _____

2. Tipo de Equipe em que trabalha: () PSF () PACS

3. Idade: _____ anos

4. Sexo: () F () M

5. Escolaridade:

() Ensino Fundamental Incompleto

() Ensino Fundamental Completo

() Ensino Médio Incompleto

() Ensino Médio Completo

() Ensino Superior Incompleto

() Ensino Superior Completo

() outro

Curso _____

Curso _____

Qual _____

6. Há quanto tempo você trabalha como ACS?

() menos de 6 meses

() de 6 meses a 1 ano

() de 1 ano a 3 anos

() mais de 3 anos

7. Você foi treinado para usar a cartilha do Projeto “Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades”?

() Sim () Não

8. (Se a resposta anterior foi **sim**). Qual a sua opinião sobre o treinamento do qual você participou?

ANEXO 10

Termo de consentimento livre e esclarecido

Prezada(o) senhora/senhor,

Meu nome é Juliana Martins. Sou enfermeira, aluna de mestrado da Escola de Enfermagem da USP, e estou realizando uma pesquisa que trata da avaliação da cartilha e do manual de apoio “Toda Hora é Hora de Cuidar” pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A Profa. Maria De La Ó Ramallo Veríssimo é minha orientadora nesse trabalho.

Esta pesquisa é parte do projeto: "**Avaliação da implantação de novos instrumentos para o fortalecimento das ações de promoção do desenvolvimento infantil, na área de atuação do Programa Saúde da Família do Município de São Paulo**", coordenado pela Profa. Anna Maria Chiesa.

Os Agentes Comunitários de Saúde que participarão desta pesquisa foram selecionados a partir de um levantamento feito com as UBS dos ACS que trabalham com a cartilha e o manual há pelo menos 6 meses. A coleta de dados será feita mediante preenchimento do questionário em anexo, que solicita dados de caracterização e apresenta questões sobre o manual e a cartilha. Pedimos que o formulário preenchido seja devolvido por correio, no envelope anexo, até o dia _____. Os resultados servirão para orientar a reformulação e reprodução dos materiais. Na apresentação do relatório da pesquisa, serão seguidos passos para garantir o anonimato dos participantes. Cada um dos participantes tem total liberdade de recusar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem que isso implique em penalização.

Declaro ter sido esclarecido a respeito do objetivo, da forma de participação e de utilização das informações e quanto à liberdade de recusar ou de interromper, sem prejuízo de qualquer espécie, minha colaboração durante a avaliação da cartilha e do manual de apoio “Toda Hora é Hora de Cuidar” utilizados pelo PSF, para a promoção do desenvolvimento infantil. **Concordo** em participar como informante na coleta de dados para essa investigação.

Nome: _____

Assinatura

Pesquisadoras

Juliana Martins _____ Maria De La Ó Ramallo Veríssimo _____

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar,
419. Fones: 3066-7601 / 3066-7652 Fax: 3066-7615

Comitê de Ética da Secretaria: (11) 3218-4043

ANEXO 11

Carta à coordenação das UBS

São Paulo, de de 2006

UBS:

Ao senhor(a):

Nós, Juliana Martins e Maria Agnes de Oliveira, alunas da Escola de Enfermagem da USP, estamos desenvolvendo uma pesquisa que trata da avaliação da cartilha e do manual “Toda hora é hora de cuidar”, sob orientação da Professora Maria De La Ó Ramallo Veríssimo. Este estudo vai complementar outros que estão sendo realizados com demais membros da equipe de saúde da família e com as famílias envolvidas no projeto “Nossas crianças: janelas de oportunidades”.

Para isto, no momento estamos coletando dados, através do preenchimento de um questionário pelos Agentes Comunitários de Saúde, com questões sobre a cartilha e o manual.

Vimos pedir sua colaboração, distribuindo estes questionários aos Agentes Comunitários de sua unidade, cujo nome consta no remetente do envelope. Estes envelopes já estão selados e com o endereço para retorno. Cada agente comunitário pode aceitar ou não participar da pesquisa, conforme orientações do termo de consentimento. Pedimos que todos os que aceitarem participar nos enviem as respostas o mais breve possível.

Para maior controle da pesquisa, solicitamos a gentileza de que cada Agente Comunitário, ao receber os questionários, assine esta lista em anexo. Isto possibilitará o cálculo da porcentagem de respondentes, dado importante para o relatório de investigação.

Caso tenha qualquer dúvida, pedimos que entre em contato conosco:

Juliana

Martins _____

—

Tel: 9420-4600 ou e-mail: ju310781@yahoo.com.br

Maria Agnes de

Oliveira. _____

Tel: 8319-5585 ou e-mail mariaagnesoliveira@yahoo.com.br

Maria De La Ó Ramallo

Veríssimo

Tel: 3066-7602 ou e-mail mdlorver@usp.br

ANEXO 12

ANEXO 13

Relação de inquéritos enviados e retornados

Região	10 Unida de Básica de Saúde	Inquéritos enviados	Inquéritos retornados	Inquéritos retornados completos	Inquéritos retornados incompletos
Sul	Parque Figueira	29	05	05	0
Sul	Jardim Thomas	07	05	05	0
Sul	Chácara Santa Maria	21	11	10	01
Sul	Vila das Belezas	26	03	03	0
Sul	Alcina Pimentel Piza	06	04	04	0
Sul	D. Luciano Bergamin	12	05	05	0
Sul	Zumbi dos Palmares	31	0	0	0
Sul	Jardim Kagohara	08	0	0	0
Sul	Jardim Guarujá	03	0	0	0
Sul	Chácara Santana	28	11	11	0
Leste	Jardim Maia	29	18	14	04
Leste	Cidade Pedro Nunes	15	02	01	01
Leste	Thércio Ventura	33	27	15	12
Leste	Nova São Miguel	16	08	08	0
Leste	Santa Inês	19	04	04	0
Leste	União Vila Nova	14	01	01	0
Leste	Nitroquímica	08	0	0	0
Centro-Norte	Vila Cruz das Almas	26	20	18	02
Centro-Norte	Humaitá	16	11	09	02
Centro-Norte	Vila Penteado	18	14	12	02
Centro-Norte	Brasilândia	07	0	0	0
Centro-Norte	Jardim Guarani	32	0	0	0
Centro-Norte	Jardim Paulistano	11	0	0	0
Centro-Norte	Vila Ramos	15	0	0	0
Centro-Norte	Dr. Augusto Leopoldo Galvão	17	0	0	0
Total		447	149	125	24