**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

MONICA LILIA VIGNA SILVA GRIPPO

**AVALIAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE PROMOÇÃO DO
CUIDADO DA CRIANÇA
A PARTIR DA PERCEPÇÃO DO CUIDADOR FAMILIAR**

**São Paulo
2007
Silva Grippo**

**AVALIAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE PROMOÇÃO DO
CUIDADO DA CRIANÇA
A PARTIR DA PERCEPÇÃO DO CUIDADOR FAMILIAR**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-graduação do
Departamento de Saúde Coletiva da
Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Lislaine
Aparecida Fracolli

São Paulo

2007

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO OU DIVULGAÇÃO TOTAL DESTES
TRABALHO POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU
ELETRÔNICO PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE
CITADA A FONTE.**

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Grippo, Mônica Lilia Vigna Silva.

Avaliação de um instrumento de promoção ao cuidado da criança a partir da percepção do cuidador familiar. / Mônica Lilia Vigna Silva Grippo. – São Paulo, 2007.

104 p.

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

Orientadora: Prof^a Dr^a Lislaine Aparecida Fracoli.

1. Promoção da saúde (instrumentos) 2. Educação em saúde
3. Cuidado da criança 4. Família. I. Título.

Folha de Aprovação

Monica Lilia Vigna Silva Grippo

Avaliação de um instrumento de promoção do cuidado da criança a partir da percepção do cuidador familiar

Dissertação apresentada a
Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo
para obtenção do título de
Mestre.

Área de Concentração:
Saúde Coletiva

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedicatória

*A Lilia Renné Vigna de Silva, in
memoriam, mãe amada que me ensinou o valor
do conhecimento e da sabedoria,*

e

*A José Luis Vigna Silva, in memoriam,
irmão querido que sempre seguiu o caminho do
saber, pelo exemplo de dedicação e trabalho.*

AGRADECIMENTOS

+

Agradecimentos

A Prof. Dra. Lislaine Aparecida Fracolli pelo apoio no processo de orientação, pela paciência e tranquilidade;

Aos participantes do Grupo de Pesquisa do Projeto “Nossas Crianças: Janelas de Oportunidade” pelo companheirismo e colaboração.

Ao Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo pela oportunidade de realização do Mestrado.

RESUMO

+

Resumo

GRIPPO, M.L.V.S. **Avaliação de um instrumento de Promoção ao Cuidado da Criança a partir da Percepção do Cuidador Familiar**, 2007, p.76. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

Segundo Organização Mundial da Saúde (OMS), a Família é o local onde se estabelecem, pela primeira vez, comportamentos e decisões relativas às questões da saúde e onde têm origem os valores, a cultura e as normas sociais dos indivíduos. Promover a educação em saúde ofertando informações, motivação e auxílio às famílias e comunidades, em busca de seu empowerment para que tenham a possibilidade de vir a adotar comportamentos favoráveis à saúde têm sido orientação de órgãos internacionais como a União Internacional de Promoção e Educação para a Saúde (UIPES) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Este trabalho teve como objetivo avaliar o instrumento de promoção ao cuidado infantil, a cartilha educativa “Toda Hora é Hora de Cuidar”, através da análise da percepção dos cuidadores sobre os temas por ela discutidos. Caracterizou-se como um estudo descritivo de natureza quantitativa e abordagens qualitativas, através de entrevista de 89 cuidadores usuários do Programa de Saúde da Família do município de São Paulo. A análise dos dados foi realizada com a utilização do programa Statistical Package for the Social Sciences - pacote estatístico para as ciências sociais (SPSS). Observou-se no resultado uma predominância de mulheres, mães, com ensino fundamental incompleto que relataram compreensão e interesse pelos conteúdos da cartilha. Para a análise foram construídas categorias acerca da percepção do cuidador em relação ao cuidado enquanto ação afetiva e ação de labor, e em relação à rede social a Unidade Básica de Saúde destaca-se como uma importante instituição de apoio e que a rede de ajuda das famílias é frágil e necessita ser fortalecida. Conclui-se que existem evidências de efetividade da cartilha enquanto instrumento promotor de habilidades e potenciais da comunidade, família e indivíduos, sendo importante a construção de um instrumento facilitador do processo de aprendizado com enfoque na promoção da saúde e do “empowerment” das comunidades assistidas e a sua incorporação pelos serviços de Saúde da Família, enquanto locais privilegiados para o desenvolvimento e orientação de novas práticas em Educação para a Promoção da Saúde e da Cidadania.

Palavras chaves: Promoção da saúde (Instrumentos), Educação em saúde, Cuidado da criança, Família.

ABSTRACT

+

Abstract

GRIPPO, M.L.V.S. **Evaluation of Instrument childcare's promotion from the perception family's carer**, 2007, p.76, Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

World Health Organization (WHO) states: "the family is where health behavior and decisions are first established, and where culture, values, and social norms are first molded"(WHO,2003). To promote health education offering information, motivation and help whit families and communities, searching for their **empowerment**, for the possibility of having positive health behavior has been orientation of International Organizations like The International Union for Health Promotion and Education (**UIPES**), The United Nations Children's Fund (UNICEF) and WHO. The objective of present study is the evaluation of instrument children's care promotion, the education booklet: "**Toda Hora é Hora de Cuidar**" through the analysis perception family's carer about their subjects. This is a descriptive study of quantitative nature and qualitative boarding, through 89 carer's interview, Programa de Saúde da Família' users, from São Paulo city. The date's analysis was realized with the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). The results observed a predominance of woman, mothers, with incomplete education basic who had told to understanding and interest for the contents of the booklet. For the analysis categories concerning the perception of the carer in relation had been constructed to the care while affective action and action of work, and in relation to the social net the Basic Unit of Health is distinguished as an important institution of support and that the net of aid of the families is fragile and needs to be fortified. One concludes that evidences of effectiveness of booklet exist while promotional instrument of abilities and potentials of the community, family and individuals, being important the construction of a helper instrument of the process of learning with approach in health promotion and "empowerment" of the attended communities and its incorporation for the services of Family Health, while privileged place for the new development and orientation of practical in Education for the health promotion and the citizenship.

Keywords: Health Promotion (Instruments); Health education, Childcare, Family.

SUMÁRIO

Sumário

1 INTRODUÇÃO	1
2 MARCO TEÓRICO E CONCEITUAL	6
2.1 OS BENEFÍCIOS DO INVESTIMENTO NA PRIMEIRA INFÂNCIA	6
2.2 IMPORTÂNCIA DA ESTIMULAÇÃO ATÉ OS TRÊS ANOS DE IDADE	9
2.3 O FOCO NA FAMÍLIA COMO PRINCIPAL PROVEDORA DE CUIDADOS ADEQUADOS	11
2.4 OBJETIVOS DO PROJETO: “NOSSAS CRIANÇAS: JANELAS DE OPORTUNIDADES”	14
2.5 INSTRUMENTOS PARA PROMOÇÃO EM SAÚDE	16
2.5.1 A Cartilha enquanto instrumento para o fortalecimento do cuidado familiar da criança	19
3 OBJETIVOS	23
4 QUADRO TEÓRICO: PROMOÇÃO À SAÚDE	24
5 METODOLOGIA	31
Cenário	31
Sujeitos de Estudo	35
Instrumento de Coleta	36
Captação de Dados	36
Procedimentos Éticos e Legais	37
Análise de Dados	37
6 RESULTADOS	
6.1 Identificação das famílias e Nível sócio econômico	
6.1.1 Composição familiar	38
6.1.2 Tempo de Moradia	39

6.1.3 Caracterização dos Cuidadores	40
6.2 Avaliação da Cartilha	41
6.2.1 Acesso e Assuntos discutidos	42
6.2.2 Formato e Conteúdos da Cartilha	43
6.2.3 Categorias descritivas	43
6.2.4 Sugestões	46
6.3 Assuntos específicos	48
6.3.1 Proteger e Cuidar	49
6.3.2 Outras pessoas e Instituições que ajudam a Família	50
6.3.3 Cuidados com o aprendizado das crianças, alimentação e higiene.	50 52
6.3.4 Cuidar da criança quando está doente e o que fazer para evitar que ela se machuque.	53
6.3.5 Direitos das crianças	59 64
7. CONCLUSÕES	67

Referências Bibliográficas

Anexos

+

Avaliação de um Instrumento de Promoção ao cuidado da criança a partir da percepção do cuidador familiar

1. Introdução

O processo de implementação do SUS vem acumulando experiências positivas no território nacional, sobretudo em relação à descentralização político-administrativa da rede de serviços; à garantia de acesso universal ao sistema público, com efetiva ampliação de cobertura da assistência à saúde, tanto na rede básica como nos serviços especializados; e ao fortalecimento dos mecanismos de legitimação da participação popular, através da criação de Conselhos de Saúde nas diferentes esferas de administração dos serviços.

Entretanto o modelo assistencial que tem predominado nos últimos anos no Brasil não contempla os princípios constitucionais de equidade e integralidade, voltando-se prioritariamente para ações curativas, utilizando-se de uma medicina de alto custo, verticalizada, excludente e de baixo impacto na melhoria da qualidade de vida, desconsiderando as dimensões sócio-econômicas e culturais envolvidas no processo saúde doença da população (SESAB,1996)

O que tem - se observado são inúmeras dificuldades na operacionalização destes princípios na assistência em saúde. Sua concretização requer, entre outros aspectos, a estruturação de um novo modelo assistencial, cujo foco da atenção não seja dirigido somente ao tratamento das doenças, mas contemple os determinantes das condições de saúde de uma dada população.

O Programa Saúde da Família (PSF), concebido pelo Ministério da Saúde em 1994, e de acordo com Franco, Merhy (1999), teve como objetivo

de implantação o de proceder “à reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência - orientado para a cura de doenças e centrado no hospital. No PSF a atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas”.

O PSF enquanto forma de organização do modelo de atenção foge da concepção usual dos programas tradicionais concebidos pelo Ministério da Saúde, os quais sempre propõem intervenções pontuais no tempo e no espaço, de forma vertical ou paralela às atividades rotineiras dos serviços de saúde. Seus objetivos apontam para a integração e a organização das atividades em um território definido, com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados, com vistas a mudanças radicais no sistema, de forma articulada e perene (Sousa, 1999).

Para tanto, o PSF não se constitui em uma proposta paralela na organização dos serviços de saúde e sim numa estratégia de substituição e reestruturação da atenção básica a partir de princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilização e priorização dos grupos sociais mais expostos aos processos desgastantes da vida e saúde.

O trabalho inter e multidisciplinar no PSF refere-se à ação de uma equipe de saúde, não se tratando apenas da ação do médico de família, existindo definição de competências e co-responsabilidades entre seus membros. As unidades de saúde às quais essas equipes se vinculam também passam por uma reestruturação administrativa para comportar esse novo processo de cuidar. Estes são os elementos diferenciadores para a construção de um novo modelo, onde indivíduos, famílias e comunidade são os focos da atenção em saúde.

A equipe de saúde da família é composta por Agentes Comunitários de Saúde, Médico, Enfermeiro e Auxiliares de Enfermagem que têm, neste

contexto, importantes compromissos tais como o de entender a família, e não somente o indivíduo, inserida em um espaço social enquanto núcleo principal de abordagem; o de prestar assistência integral, resolutiva, contínua, de boa qualidade, buscando intervir sobre fatores de risco e vulnerabilidades através de práticas de saúde que promovam ações intersetoriais e a democratização do conhecimento do processo saúde-doença, com responsabilização e vínculo entre a comunidade e profissionais da saúde, estimulando o entendimento da saúde como um direito, a participação dos usuários no controle social da gestão e organização dos serviços (Souza - 1999).

Desde o início de sua implantação pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Paulo, o PSF foi entendido como uma estratégia de estruturação da reorganização da atenção básica, na perspectiva de recolocar o município nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (Alves Sobrinho; Chiesa; Sousa, 2002).

Tal premissa implica na operacionalização dos princípios e diretrizes do SUS, contemplando a **universalidade** do acesso aos serviços da rede pública; a **eqüidade** na organização da atenção em saúde, sobretudo no reconhecimento dos grupos prioritários e prestação de atenção diferenciada voltada às reais necessidades de saúde; a **descentralização** política e administrativa das instâncias de planejamento e manutenção da rede de atenção à saúde e a **participação** da população na identificação das prioridades e no processo de tomada das decisões acerca dos encaminhamentos necessários (Alves Sobrinho; Chiesa; Sousa, 2002).

A implantação do PSF no Brasil computa mais de 17.000 equipes implantadas e é considerado um fenômeno irreversível no país, já que a atenção à saúde da família teve grande aceitação no território nacional. No entanto, existem ainda poucas experiências de implantação em grandes centros urbanos, como é o caso de São Paulo. No cenário paulistano, o PSF depara-se com o desafio de reformular o modelo de atenção junto a uma

rede de aproximadamente 400 unidades básicas de saúde, com um recente processo de municipalização da estrutura estadual para a gestão de SMS, além da necessária expansão de serviços para áreas até então descobertas de qualquer tipo de equipamento público.

O desafio de implantar o Programa Saúde da Família na cidade de São Paulo não se limita à contratação de equipes. Apesar de já se contar com 730 equipes e aproximadamente 4500 agentes comunitários da saúde atuando nos diferentes bairros do município, torna-se absolutamente necessário desenvolver tecnologias para fortalecer a nova atenção básica que vem sendo construída.

Um importante avanço que o PSF possibilita é o maior alcance em termos de aproximar as ações de saúde, tanto as curativas como as preventivas, para além dos muros da unidade básica de saúde, permitindo que haja um maior envolvimento das equipes com a população atendida. Com isso, amplia-se também o objeto de atuação da área da saúde, não se limitando mais somente à dimensão biológica, mas incluindo as dimensões sociais e humanas relacionadas à saúde (Chiesa, 2000; Chiesa, 2003).

A partir desta maior capilaridade junto ao território, o PSF tem a oportunidade de ampliar ações para fortalecer os potenciais de saúde da população, evidenciando a necessidade de desenvolvimento de novas tecnologias de atenção apropriadas para essa nova abordagem da atenção básica (Chiesa, Batista 2003).

Frente às necessidades de desenvolver tecnologias para o PSF, em 2001 a Coordenação do PSF da SMS de São Paulo firmou um convênio com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Associação Comunitária Monte Azul para produção de material que pudesse se constituir em tecnologias adequadas para atuar com as famílias e, principalmente, na perspectiva de fortalecer aspectos da promoção da saúde infantil.

Para a execução de tal proposta foi constituído um grupo técnico de trabalho envolvendo outras instituições, com experiências distintas e complementares. Tal parceria resultou no projeto **"Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades"** que produziu a Cartilha "Toda hora é hora de cuidar", (UNICEF, 2005) voltada para as famílias que contam com gestantes ou crianças de até seis anos de idade residentes nas áreas atendidas pelo PSF, assim como a "Ficha de Acompanhamento dos Cuidados para a Promoção da Saúde da Criança", instrumento a ser utilizado pelos profissionais das equipes do PSF para avaliação e acompanhamento do desenvolvimento destas crianças.

Tratou-se, portanto, do desenvolvimento de tecnologias com vistas a suprir as lacunas dos técnicos que assumem o desafio de atuar na promoção da saúde apenas com o instrumental da atuação curativa, problema relatado tanto em nível nacional como internacional. Esse é o caráter inovador dos instrumentos desenvolvidos e implantados que o presente projeto de pesquisa pretende avaliar, visando a sua adaptação e divulgação em âmbito nacional e internacional.

O trabalho abarca uma importante área da Promoção da Saúde que trata do processo de aquisição de conhecimentos e práticas que fortaleçam a autonomia dos sujeitos e grupos sociais no controle das condições prejudiciais à saúde.

Este processo é um desafio para a comunidade global e tem sido amplamente discutido pela Organização Mundial de Saúde: *Estabelecer compromissos e metas de ação para o fortalecimento das populações, com especial atenção às crianças e adolescentes, em busca do empoderamento dos grupos sociais para a promoção do crescimento saudável e do desenvolvimento pleno de seus potenciais rumo à construção de comunidades saudáveis* (WHO, 2003).

2. Marco teórico e conceitual do Projeto "Nossas Crianças Janelas de Oportunidades"

2.1. OS BENEFÍCIOS DO INVESTIMENTO NA PRIMERIA INFÂNCIA

A gestação, o parto e os cuidados maternos preparam o ser humano para a vida. O bom desenvolvimento físico, psíquico e social da criança depende em grande parte dos cuidados que recebe durante a primeira infância. A atenção de suas necessidades vitais como alimentação, estimulação, compreensão, afeto e cuidado, principalmente nos primeiros anos de vida, é a garantia de que a criança terá oportunidades para um desenvolvimento adequado, o que contribuirá para a formação de um sujeito com maior desenvolvimento de suas potencialidades e melhor estrutura para enfrentar as diversidades da vida.

Em um olhar mais ampliado, o desenvolvimento integral na infância é imprescindível ao desenvolvimento humano, necessário à perpetuação da espécie e pode ser percebido como um dos principais elementos para o rompimento do ciclo de perpetuação da pobreza e da inequidade social.

Entende-se que o desenvolvimento infantil é um processo que se inicia com a concepção e passa pelo crescimento físico e pela maturação dos sistemas nervoso, comportamental, cognitivo, social e afetivo da criança. A não satisfação desta gama de necessidades através dos devidos cuidados nos primeiros anos de vida geram conseqüências duradouras e que influem em sua capacidade de aprendizado, de relacionamento, de regulação das emoções e em sua adaptação ao meio em que vive.

Segundo o Modelo Ecológico de Determinantes do Desenvolvimento Integral da Infância (Molina et al, 2002), a criança vai-se desenvolvendo em

seu ciclo de vida sob a influência da interação dos fatores biológicos e o contexto em que vive, estando o meio determinante estruturado em fatores familiares (herança e cuidados), fatores da comunidade (acessibilidade e participação de redes sociais, de coesividade, dos serviços disponíveis e da cultura) e de fatores de organização da sociedade que seriam os valores, as políticas, a intersectorialidade e a distribuição de riqueza e da oferta de bens sociais pelo estado proporcionando Saúde, Educação, Trabalho, Ambiente, Justiça e Saneamento.

Muitos projetos e estudos têm sido realizados com o intuito de estimular e promover o desenvolvimento adequado de crianças nas primeiras fases da infância. Nos Estados Unidos, o **Perry Preschool Project** evidenciou na década de 60, através de experimentos controlados, que crianças em estado de pobreza que receberam investimentos elevados na primeira infância obtiveram melhor inserção social do que seus pares, com maior probabilidade de conclusão do segundo grau e menor risco de gestação na adolescência para as meninas aos 19 anos de idade e obtendo melhores salários aos 27 anos, tendo também uma redução significativa na probabilidade de cometer crimes entre os meninos participantes.(Ghiraldelli Jr, 2000)

O **North Carolina Abecedarian Project**, em 1972, identificou um grupo de crianças a partir de seu nascimento proporcionando cuidados em período integral até seu ingresso escolar. Os bebês em acompanhamento recebiam estímulos visuais e auditivos através de conversas, brinquedos e figuras apresentados por adultos. Com o intuito de diminuir o viés do determinante nutricional no desenvolvimento infantil, os grupos em estudo e os de controle recebiam suplementação alimentar. Aos 21 anos os integrantes do estudo possuíam um maior número de anos de escolaridade, maior proporção de universitários, maior qualificação profissional e menor probabilidade de uso de drogas ilícitas em relação aos integrantes do grupo controle.(Ghiraldelli Jr, 2000)

O Programa governamental de pré-escola norte americano **Head Start** teve seu início em 1965 enquanto política pública de combate à pobreza. Seus objetivos são desenvolver as habilidades cognitivas e sociais e melhorar o estado de saúde das crianças de até 5 anos de idade, oriundas de famílias de baixa renda. A finalidade é que os participantes obtenham condições de igualdade em relação às crianças mais favorecidas no momento do ingresso escolar. Em 2004 o projeto possuía 1400 programas locais, atendendo a 1/3 do público – alvo. Dos resultados da pesquisa norte-americana *National Longitudinal Survey's Child-Mother File* (NLCSM) vários trabalhos foram elaborados para avaliar as medidas de desenvolvimento cognitivo, sucesso escolar e uso de serviços de saúde pelas crianças inscritas. Estes observaram efeitos positivos sobre os diversos resultados do desenvolvimento das crianças mesmo que constatando diferenças em grupos étnicos e raciais.(Ghiraldelli Jr, 2000)

Na Índia, o **ICDS – Índia's Integrated Child Development Services** se constitui em um programa de desenvolvimento holístico para a primeira infância e voltado para as necessidades inter relacionadas de crianças, meninas e mulheres de comunidades carentes. É uma das maiores redes mundiais de apoio social que integra serviços como centros de atendimento infantil, centros de aprendizagem e brincadeiras, centros de saúde e locais de encontro de mulheres e mães. Criado em 1975 em parceria com a **Unicef** acompanha, em 2006, cerca de 4,8 milhões de gestantes e mulheres em tratamento ou acompanhamento médico e 22,9 milhões de crianças menores de 6 anos de idade. (UNICEF, 2001).

A **Unicef** enquanto entidade voltada para a assistência do desenvolvimento integral infantil também financia estudos que apontam para resultados benéficos nos investimentos na primeira infância. Na África do Sul um estudo demonstrou através de imagens de ressonância magnética a variação anatômica cerebral de 12 crianças de 14 e 15 meses em desnutrição. Após 90 dias de reabilitação nutricional as imagens demonstraram que houve uma recuperação anatômica com a maioria das

crianças confirmando a capacidade de recuperação da estrutura cerebral de crianças pequenas (UNICEF, 2001).

Todos estes estudos e iniciativas relativos ao investimento no desenvolvimento nos primeiros anos de vida confirmam que os cuidados como nutrição adequada, condições de saúde, água limpa e ambiente seguro, acrescidos da estimulação precoce causam um impacto significativo e duradouro no crescimento e desenvolvimento humano.

É possível e necessário atuar através de projetos para que o desenvolvimento infantil seja mais sadio, promovendo a saúde psíquica e garantindo uma melhor e maior produtividade dos cidadãos adultos, diminuindo as iniquidades extra-econômicas da pobreza através da ampliação de oportunidades para uma vida adulta mais digna.

2.2 IMPORTÂNCIA DA ESTIMULAÇÃO ATÉ OS TRÊS ANOS DE IDADE

Existem muitos fatores que contribuem para o desenvolvimento humano nos primeiros anos de vida amplamente estudados e existem outros tantos que ainda não estão totalmente esclarecidos. Ainda assim, à medida que os estudos progridem, tem sido cada vez mais confirmada a importância desse período para o ser humano.

De grande importância para o projeto Janelas são os estudos da neurociência nas últimas décadas que possibilitaram esclarecer alguns princípios em relação ao desenvolvimento infantil, que vêm contestar as concepções que se centravam na determinação genética do desenvolvimento. Hoje, sabemos que *“o impacto do ambiente é dramático e específico, não somente influenciando a direção geral do desenvolvimento,*

como realmente afetando a forma como o circuito intrincado do cérebro humano é montado" (Shore, 2000).

Vemos 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. Isso se dá porque 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 mais bem realizados. Tais períodos críticos e de sensibilidade, ou **janelas de oportunidades**¹, 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.

O conceito "janelas de oportunidades" originou-se na psicologia educacional e afirma que os primeiros seis anos de vida são fundamentais na vida de uma pessoa, sendo esta uma fase decisiva para a formação de novas conexões cerebrais que influenciarão em suas habilidades lógicas, motoras, musicais, emocionais e sociais e que a falta de estímulos ou estímulos inadequados podem significar a perda de oportunidades, atrasos no desenvolvimento e menor inteligência. (Sâmara, 2006)

Um estudo epidemiológico na área da psicologia relaciona o ambiente familiar ao desenvolvimento cognitivo de crianças menores de quatro anos e verifica que a estimulação sobre a cognição é mediada pela condição materna de trabalho e seu nível de escolaridade e confirma a importância da qualidade do estímulo doméstico para o desenvolvimento cognitivo infantil. (Andrade et al, 2005)

¹ Este conceito foi utilizado como título do projeto implementado para evidenciar a importância das ações no período em questão.

Podemos então afirmar que o cuidado é um dos determinantes do desenvolvimento infantil. Sem as brincadeiras, o toque e outros estímulos, o cérebro de um bebê pode desenvolver-se significativamente menos. Aos 6 anos de idade a criança já desenvolveu os amplos contornos de sua auto-estima, senso de moralidade, responsabilidade e empatia, sua capacidade de aprendizado e de relacionamento social, e outros aspectos de sua personalidade (Unicef, 2001).

O cuidado aqui referido a ser compreendido pelas famílias e por outros cuidadores, como educadoras de creches e pré-escolas, é definido em um nível qualitativo diferenciado onde a atenção e o amor geram a confiança e vínculos afetivos significativos entre criança e cuidador e essenciais ao desenvolvimento infantil saudável. Ou seja, a qualidade das experiências infantis como brincadeiras, interação e cuidados recebidos devem permitir que a criança desenvolva confiança em si mesma, sinta-se aceita, cuidada e amada, de maneira a favorecer a formação de sua identidade pessoal e social e a conquista de sua autonomia. (Veríssimo, 2001).

2.3. O FOCO NA FAMÍLIA COMO PRINCIPAL PROVEDORA DE CUIDADOS ADEQUADOS

Dentro dos diversos fatores determinantes do bom desenvolvimento infantil a Família também merece destaque nos primeiros anos de vida. Esta é considerada uma instituição social que vincula pessoas por nascimento, laços de parentesco ou por opção. É composta por um conjunto de pessoas ligadas por dependência doméstica ou normas de convivência e que residem na mesma unidade domiciliar.

Segundo apresentação da Organização Mundial de Saúde, “A família é o espaço onde, pela primeira vez, se estabelecem o comportamento e as

decisões em relação à saúde e o local onde os indivíduos desenvolvem a sua cultura, seus valores e normas sociais” (WHO,2003). É considerada a unidade básica da sociedade e local privilegiado para proporcionar cuidados, educação e segurança às crianças e também facilitador do desenvolvimento e realização pessoal de seus membros.

As normas culturais, as condições sócio-econômicas e a educação são os principais fatores que permeiam a saúde da família. Influenciada por esses fatores e pelos determinantes históricos a família busca atender as necessidades de seus componentes, priorizando aquelas de maior urgência. Em países em desenvolvimento o aumento da pobreza e da iniquidade social pode interferir negativamente no desenvolvimento saudável do núcleo familiar e conseqüentemente no desenvolvimento das crianças. Nesse contexto podemos afirmar que a unidade social familiar não é a única responsável pelo atendimento das necessidades da criança para prover as oportunidades de desenvolvimento.

Para que a família possa realizar seu papel de cuidadora e apoiadora do desenvolvimento da criança, faz-se necessário o apoio da sociedade, através de políticas sociais e da criação de redes de apoio social de cunho intersetorial. O papel das redes sociais é engajar as famílias em processos de aprendizado e aquisição de habilidades para cuidar das crianças em casa, de forma a melhorar o desenvolvimento infantil nas áreas física, emocional, social e cognitiva. Como elementos componentes dessa rede, cabe aos trabalhadores de saúde, educação, assistência social também ajudar as famílias a compreenderem o processo e as necessidades de desenvolvimento infantil, e a pensarem em alternativas para o atendimento da criança, além de realizar o acompanhamento do desenvolvimento e encaminhar crianças com problemas para atenção apropriada (UNICEF, 2001).

Em um enfoque mais individual e relacional podemos afirmar que toda pessoa pertence a um determinado micro contexto relacional que é a família,

que se constitui como primeiro lugar de pertença, onde a pessoa recebe um nome e vai construindo uma identidade, a partir da qual se relaciona com outras pessoas. Nos relacionamentos familiares a pessoa “entra com a totalidade de sua existência, de seu temperamento, de suas capacidades e limites, diferentemente do que acontece com quase todos os outros ambientes da vida, nos quais se estabelecem relações parciais, limitadas a capacidades específicas, correspondentes a funções determinadas”. (Petrini, & Alcântara, 2002).

A família é *“uma organização complexa de relações de parentesco, que tem uma história e cria uma história”* (Scabini, 1990, p.1). Essa afirmação implica considerar que a família tem sempre um passado, um presente e uma perspectiva de vida futura, ou seja, constrói sua particularidade, que é o elemento de diferenciação das demais organizações. Além disso, a partir de sua experiência vivida e de sua história, a família estabelece relacionamentos com o ambiente social, modificando-se e modificando-o em alguma medida.

A família constitui-se como o ponto central com relação às muitas necessidades que surgem, por ser o lugar da primeira socialização e por desempenhar funções socialmente importantes junto aos seus membros.

Nela ocorre o processo de humanização que enraíza a pessoa no tempo; como exemplo temos as experiências humanas básicas, tais como a paternidade, a maternidade, a filiação, a fraternidade e a relação entre as gerações. Nascer, amar, gerar, trabalhar, adoecer, envelhecer, morrer são ações ou processos ligados às relações de parentesco e quase sempre escapam ao controle da pessoa. Por causa disso, exigem um significado que ultrapasse os condicionamentos das circunstâncias dadas. Neste sentido, na família, além de ser transmitida a vida, transmite-se também seu significado, que é o conjunto de valores e critérios de orientação da conduta, que fazem perceber a existência como digna de ser vivida, ou não, em vista de uma participação positiva na realidade social (Petrini, & Alcântara, 2002).

Na família as pessoas aprendem a conviver com a diferença (sexual, geracional, de temperamento, entre outros) educando-se a viver relacionamentos interpessoais de colaboração, serviço recíproco, tolerância, indispensáveis para um equilibrado desenvolvimento da pessoa. Nesse ambiente, também estão presentes limites de diversas naturezas, sendo o maior deles a morte. A pessoa também aprende a ser responsável, isto é, a responder a alguém por seus atos e a valorizar gestos de gratuidade, ou seja, fazer algo sem esperar necessariamente um retorno (Petrini, & Alcântara, 2002).

A família constitui uma rede de solidariedade, quase sempre eficaz para oferecer os cuidados necessários a seus membros, especialmente quando apresentam incapacidade temporária ou permanente para prover autonomamente suas necessidades, como nos casos de crianças, idosos, enfermidades físicas (ou psíquicas) ou, ainda, desemprego (Sanicola, 1996).

2.4. OBJETIVOS DO PROJETO: NOSSAS CRIANÇAS: JANELAS DE OPORTUNIDADES

A abordagem em saúde do desenvolvimento infantil tradicionalmente tem se focado no acompanhamento das crianças em seu crescimento e desenvolvimento com o uso de escalas de Curva de Peso e Estatura e de Desenvolvimento Neuropsicomotor, estas voltadas ao desempenho da criança. Esta abordagem privilegia-se a identificação de problemas já instalados.

O Projeto Janelas tem como objetivo promover o desenvolvimento infantil. Para isso, entende-se necessária uma abordagem que vise ações integradas, em diferentes níveis, e que promovam a ampla gama de fatores relacionados ao desenvolvimento da criança.

Considerando o PSF enquanto política pública que propõem uma reorganização do modelo de atenção, visando a reavaliação dos enfoques tradicionais em saúde e, também, o âmbito de ação de suas equipes, identificamos a família como campo privilegiado de intervenções para promoção do cuidado diário e das oportunidades que a criança pode receber rotineiramente que favoreçam seu desenvolvimento integral.

Nesse sentido, os principais componentes do processo de desenvolvimento da criança são as oportunidades para exercitar suas habilidades e as relações com as outras pessoas. Quando os cuidadores entendem as características e necessidades próprias da infância, decorrentes de seu processo de desenvolvimento, e favorecem oportunidades seguras de atender tais necessidades, estão criando condições para seu desenvolvimento saudável.

Assim, o conteúdo do projeto visa às necessidades essenciais para o desenvolvimento infantil organizadas nas áreas de alimentação, higiene, prevenção de acidentes, amor e segurança, brincadeira, direitos e participação. Apóia-se no conceito de “Patrimônio” Familiar que representa um conjunto de recursos do qual as pessoas podem dispor para garantir a si mesma e a seus membros maior segurança e melhor padrão de vida. Tais recursos compõem-se de trabalho, saúde, moradia, habilidades pessoais e relacionais - tais como relacionamentos de vizinhança, de amizade, familiares, comunitários e institucionais.

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;
- 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.

Para isso, os instrumentos do Projeto abordam:

- a importância da participação da família no desenvolvimento da criança;
- a rotina como forma/elemento de estimulação da criança;
- as diferentes necessidades da criança em cada fase do seu desenvolvimento;
- as experiências e oportunidades que a família oferece e que facilitam as conquistas da criança.

Estruturar uma intervenção a partir do “patrimônio” da família e da comunidade significa considerar as potencialidades e os nexos que, na vida destas pessoas e destas comunidades, estabelecem-se como realidades historicamente construídas (Moser et al., 1996). A proposta de ação nesta perspectiva requer uma visão mais ampla da realidade, em busca da transcendência das dificuldades e da construção do novo através do incremento gradativo do patrimônio da pessoa em situação de pobreza.

O profissional com esta compreensão, dentro do projeto janelas, observa e estimula a pessoa, a família ou a comunidade a reconhecer a presença de seu patrimônio e a participar do seu uso e fortalecimento.

Um dos patrimônios mais importantes da família é a sua rede social constituída por um conjunto de relações inter pessoais a partir das quais a pessoa e/ou a família mantêm a própria identidade social. Esta identidade compreende os hábitos, costumes, crenças e valores de uma determinada rede social, que conferem à pessoa determinadas características. Da rede social a pessoa e/ou a família recebem sustento emotivo, ajuda material, serviços, informações, tornando possível o desenvolvimento de relações sociais.

As redes são compostas por relacionamentos entre pessoas, sejam parentes, amigos, vizinhos, colegas de trabalho. A rede também é constituída por instituições sociais e por organizações da sociedade civil.

A pessoa em situação de pobreza muitas vezes se sente isolada por ser excluída socialmente e não consegue perceber os vínculos que possui e que podem dar suporte e ajudá-la a superar suas dificuldades.

2.5. INSTRUMENTOS DE PROMOÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde pode ser definida como um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e promoção à saúde (Costa e López, 1996) e representa um recurso de socialização do conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, mediado por profissionais da saúde, com a intenção de melhorar processos desgastantes da qualidade de vida de uma comunidade e seus indivíduos e de promover hábitos e atitudes saudáveis em saúde. Vasconcelos (1989,1999) destaca o espaço da atenção básica como privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde em função de sua proximidade com o território e sua população.

Um grande desafio posto na atualidade para a saúde coletiva no Brasil e para os serviços de atenção básica é a construção de propostas e instrumentos de intervenção e educação em saúde, apropriando-se de tecnologias de alta complexidade, que envolvam conhecimento, habilidades e técnicas, para atuação junto ao núcleo familiar e que sejam culturalmente sensíveis às necessidades em saúde das populações principalmente quando destinados àquelas que vivem em situação de pobreza e de desigualdade social (Trad e Bastos, 1998).

Historicamente as propostas educativas em saúde têm se caracterizado enquanto “transferência de informações, de conhecimentos” com pouco impacto na realidade dos sujeitos. Definido que a família é um sujeito passível de intervenção, a construção de instrumentos que facilitem esse processo deve ser orientada para a promoção da cidadania, incentivo à co responsabilidade e à participação dos cuidadores, de forma que ultrapassem o âmbito de informação em saúde e que possam ser os facilitadores e construtores de novos conhecimentos que propiciem subsídios para a ação do cuidado às crianças.

A concepção de família enquanto sujeito capaz de se comportar estrategicamente, que realiza escolhas diante de um determinado conjunto de recursos ou diante da falta deles, com suas intencionalidades, interesses, racionalidades e necessidades, e que se encontra inserido em um determinado contexto sócio cultural, representa um desafio na construção e aplicação de instrumentos para a promoção da saúde e desenvolvimento infantil.

A avaliação dos instrumentos construídos e aplicados deve considerar a complexidade do sujeito-família reconhecendo-a como espaço de constituição, desenvolvimento e resolução dos problemas de saúde.

Um instrumento de promoção à saúde infantil que considere essa concepção e a sua complexidade precisa se basear em uma perspectiva metodológica participativa e de diálogo com a participação ativa da população e dos profissionais envolvidos em busca do “empowerment” do grupo social em questão, a família, com a intenção de modificar o ambiente e suas relações, impulsionando a elaboração de novas formas de comportamento, importantes para a obtenção de melhores resultados em cuidados e saúde.

O conceito de “empowerment” em saúde relaciona-se com as reais oportunidades que as pessoas têm a seu favor para a participação e crescimento individual, podendo ser definido como o meio de aquisição de

maior controle sobre as decisões que afetam as suas vidas ou como mudanças em direção a maior igualdade nas relações sociais de poder (Becker,2004).

Em busca de avaliações de iniciativas de educação ou promoção à saúde, Tondeur (1996) realizou uma análise de 200 estudos realizados e catalogados na UIPES (Union internationale de promotion et d'éducation pour la santé), constatando que essas iniciativas contribuíram para a progressão do conhecimento, conscientização sobre o enfoque de risco, e melhora do estado de saúde de certas populações, com diminuição da prevalência de certas patologias, e ao mesmo tempo ressalta a falta de estudos que demonstrem o impacto em longo prazo de ações educativas que procurem promover comportamento saudáveis na lógica do empowerment. Wallerstein (1992) enfatiza que os processos promotores do empowerment deveriam ser avaliados em todas as suas dimensões: individual e coletivo, em seu processo e resultados.

2.5.1 A Cartilha enquanto instrumento para o fortalecimento do cuidado familiar da criança

A cartilha “Toda Hora é Hora de cuidar” se constitui em um dos instrumentos operacionais construídos com o intuito de fornecer informações sobre o cuidado à criança, que deve ser utilizado pelas famílias e pelos Agentes Comunitário de Saúde (ACS).

Construída com a orientação teórica de promoção à saúde a cartilha apresenta temas relativos ao desenvolvimento infantil, à gestação e crescimento saudável que podem ser realizados pelas famílias no seu cotidiano. A cartilha chama a atenção para ações simples que muitas vezes são pouco valorizadas pelos pais ou cuidadores, mas que tem um impacto muito significativo no desenvolvimento da criança, além de abordar questões

tradicionais da saúde pública como a higiene infantil e a vacinação da criança.

Esta cartilha foi distribuída para as famílias atendidas pelo PSF, que possuíam gestantes e/ou crianças de zero até 6 (seis) anos de idade e moravam nas áreas eleitas para a implementação desse projeto

Pensada como um instrumento facilitador de ações de educação em saúde sua aplicação foi planejada para promover a discussão, entre profissionais de saúde e familiares responsáveis pelo cuidado infantil, de conceitos fundamentais à promoção do cuidado infantil.. Os ACS foram os profissionais eleitos para a promoção destas discussões, considerando que estes, dentro do PSF, são os profissionais que possuem maior contato com os cuidadores, sendo uma de suas funções cotidianas a visita às famílias em suas casas.

. A Cartilha inicia sua abordagem através do período gestacional e procura abranger temas relacionados aos cuidados das crianças em toda as fases de grande impacto no desenvolvimento infantil, aquelas de maior influência em sua formação biológica e psicológica. Aborda a necessidade da Proteção e Cuidado para a manutenção da vida e em especial a da vida humana.

Ao orientar os cuidadores acerca de suas necessidades em saúde e ao descrever a oferta de recursos disponíveis em uma unidade de saúde acaba despertando e/ou reforçando informações relativas ao direito fundamental de acesso aos serviços de atenção à saúde.

A Cartilha traz a reflexão a respeito da responsabilidade do cuidado, seja com a criança ou com a família. Nesta discussão a questão de gênero relativa ao cuidado é abordada de maneira que facilita a visualização da sobrecarga de atividades da mulher e aponta para possíveis alternativas da divisão desta responsabilidade seja com outros familiares e/ou com o uso de outros recursos da comunidade, procurando assim a diluição da idéia

cultural da responsabilidade unilateral feminina. Aponta para a possibilidade de construção coletiva de uma família saudável e enfatiza seu direito à felicidade.

Procura contribuir para o desenvolvimento das habilidades familiares acerca do ato de cuidar ofertando informações através da reflexão e enfocando as emoções nas relações familiares. A emotividade masculina também é um assunto apontado. A história do “Nó do Afeto” aborda o valor qualitativo das emoções dentro da família e exemplifica que os sentimentos também fazem parte do universo masculino.

Na seqüência, a Cartilha proporciona um enfoque bem específico nos cuidados com as crianças, comentando sobre igualdades e diferenças de necessidades entre elas e sobre a importância dos cuidados precoces na estimulação, alimentação e carinho. Discute também a maneira de desenvolvimento do processo de aprendizagem nos primeiros anos de vida, ou seja, como a criança experimenta o mundo e aprende através da exploração, de brincadeiras, imitando e se relacionando com outras pessoas.

Da mesma forma, continua trazendo para a reflexão assuntos como cuidados com a alimentação, destacando a possibilidade de uma nutrição balanceada, mesmo em situações de dificuldades econômicas, e da importância de hábitos na regularidade de horários, assim como enfoca o Aleitamento Materno como fonte de proteção, relação afetiva e de cuidado. Aponta para com a higiene como uma necessidade básica de manutenção da saúde e exercício da construção de hábitos saudáveis na perspectiva da valorização do auto cuidado e da auto - estima.

Ainda no enfoque de cuidados específicos aponta sobre sinais e sintomas das afecções mais comuns na infância, como febre, desidratação e pneumonias, assim como para os cuidados de prevenção de acidentes domésticos, atendendo ao perfil epidemiológico de morbi - mortalidade infantil brasileira.

A Cartilha é finalizada com uma abordagem dos direitos fundamentais relacionados no Estatuto da Criança e do Adolescente. Discute o direito à Educação, Saúde, Lazer, Registro Civil entre outros. Com uma linguagem acessível, tanto para os profissionais como para as famílias, e com uma apresentação gráfica singela, com desenhos estilizados, de cores suaves, relativos a cada assunto abordado, a Cartilha vai, com esta estrutura, convocando à reflexão acerca do temas apresentados, evocando sentimentos de solidariedade e compromisso com o cuidado infantil e familiar, procurando desta forma fortalecer as habilidades dos cuidadores nas questões do desenvolvimento integral da criança.

O Projeto “*Nossas crianças: Janelas de Oportunidades*” elaborou para utilização profissional outro instrumento que é a Ficha de Acompanhamento dos Cuidados para a Promoção da Saúde da Criança. Esta ficha foi desenvolvida para ser utilizada pelos médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família, nas consultas agendadas para as gestantes e/ou crianças de zero a 6 anos de idade, de forma a sistematizar a obtenção e registro dos dados sobre as oportunidades de desenvolvimento e os cuidados oferecidos pela família à criança, ampliando a visão biomédica das fichas tradicionais de acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil e reforçando as orientações feitas pela cartilha “Toda Hora é Hora de cuidar” .

Ao propor estes instrumentos (e a inovação na forma de cuidar) para o acompanhamento do desenvolvimento infantil, os coordenadores do projeto janelas entenderam a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para utilização dos mesmos (a cartilha e a ficha). Entendendo que as bases teóricas da promoção à saúde que dão suporte para esses instrumentos precisavam ser informadas e discutidos com os profissionais de saúde, uma vez que estas inovavam o processo de cuidar da criança, organizaram a capacitação dos profissionais das equipes de PSF envolvidos no projeto “*Nossas crianças: janelas de oportunidades*”. Cerca de 300 equipes de PSF foram treinadas para a utilização da cartilha, nas regiões leste, sul e centro-norte do município de São Paulo.

Após dois anos de execução do projeto janelas é possível questionar o quanto às tecnologias e os instrumentos propostos por esse projeto de assistência têm sido incorporadas ao trabalho dos profissionais de saúde e ao cuidado das famílias à suas crianças.

Assim a finalidade dessa pesquisa é contribuir para a avaliação do projeto janelas, no sentido de verificar a utilização da cartilha “Toda hora é hora de cuidar”, pelas famílias inscritas nesse projeto, buscando também evidências de efetividade na aplicação da Cartilha e sua metodologia, através do relato da percepção dos cuidadores familiares acerca do conteúdo e compreensão dos temas discutidos.

3. OBJETIVOS

Considerando que a cartilha foi elaborada para ser utilizada pelas famílias na promoção dos cuidados à gestante e à criança e que se constitui num instrumento de trabalho para o agente comunitário de saúde, este projeto tem como objetivo geral contribuir na avaliação da efetividade da Cartilha: “Toda hora é hora de Cuidar” através da análise da **percepção** dos cuidadores familiares sobre os temas discutidos pela cartilha.

A efetividade de uma intervenção de promoção da saúde é reconhecida através de seus resultados quando favoráveis, em condições de vida real com sustentabilidade e é entendida como a *“capacidade de uma iniciativa alcançar os objetivos propostos sob condições não controladas”* (Last, In Salazar, 2004). O debate internacional sobre a avaliação de intervenções em promoção a saúde tem acontecido em torno da construção de evidências, com a defesa por alguns autores da necessidade da demonstração científica de sua efetividade e, por outros autores, que

consideram a existência de realidades que respondem mais a um sistema de valores que podem ser cientificamente comprovados.

A ênfase neste trabalho é a busca de indícios de efetividade, compreendida aqui enquanto sistema de valores, utilizando-se da avaliação da percepção dos cuidadores familiares sobre os temas trabalhados pela cartilha enquanto instrumento de educação, o que se justifica pela necessidade implícita de avaliar esse recurso tecnológico inovador.

Para tanto, os objetivos específicos são:

1. Identificar a aceitação da cartilha pela população atendida.
2. Caracterizar a compreensão pelos cuidadores familiares sobre os conceitos que subjazem os temas da cartilha (Cuidado e Proteção, Família e Rede Social, Necessidades infantis para o crescimento e desenvolvimento, Direitos e Participação da criança).

4. Quadro Teórico – PROMOÇÃO DA SAÚDE

O conceito de promoção da saúde aparece na década de 40, de forma latente, como uma definição de tarefas essenciais da medicina; e vem novamente à tona na década de 60, com o conceito voltado para o incentivo à prevenção das doenças, através do estímulo de hábitos e comportamentos saudáveis, e com a preocupação de estar atuando nos fatores de risco, onde a Promoção da Saúde entra como parte da prevenção primária (Teixeira, 2002).

A promoção enquanto movimento mundial teve seu início no Canadá, com a divulgação do Informe Lalonde, em 1974, que definiu quatro grandes eixos do campo da saúde: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde (OPAS, 2001). A motivação central do

documento era o enfrentamento dos custos crescentes da assistência médica e o questionamento dos limites da abordagem exclusivamente médica para doenças crônicas, e no final da década de 70, com a crise econômica e da saúde, a promoção à saúde se tornaria a “espinha dorsal” da nova saúde pública.

Ainda no final dessa década, a OMS realizou a I Conferência Internacional de Saúde, em Alma-Ata onde a meta estabelecida é "Saúde para todos no ano 2000", reforçando a proposta da atenção primária em saúde. Essa conferência deliberou algumas recomendações, com a adoção de oito elementos essenciais para a saúde como: educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção e controle; promoção do suprimento de alimentos e nutrição adequada; abastecimento de água e saneamento básico; atenção materno-infantil; incluindo o planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento apropriado de doenças comuns e acidentes; e distribuição de medicamentos básicos (OPAS, Alma Ata, 2005).

A 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde teve como principal produto a Carta de Ottawa, 1986, que conceitua a promoção à saúde *"como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo". E acrescenta-se que "para atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente"*.

Este documento afirma que a saúde é um conceito positivo, enfatizando recursos sociais, pessoais e capacidades físicas, e um recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Atribui um papel de protagonista a homens e mulheres, considerados nas ações de promoção, como

potencialmente capazes de vir a controlar os fatores determinantes da sua saúde (OPAS, Ottawa, 2005). Constitui – se em um documento de referência básica e fundamental das idéias da promoção da saúde para quase todos os países do mundo e nela são propostas cinco estratégias centrais de ação:

- 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.

Esta Carta tornou-se uma referência das idéias da promoção à saúde para o mundo. Já na América Latina a Declaração de Bogotá, em 1992 tornou-se o termo de referência, colocando como destaque a relação entre saúde e o desenvolvimento social e econômico, demandando um compromisso de solidariedade e equidade na saúde. Enfocando a questão da violência e o seu impacto na saúde individual e coletiva, propõem a líderes e indivíduos o uso da vontade política para modificar as condições sociais, tornando inaceitáveis a iniquidade, a marginalidade, os maus tratos e a destruição ambiental. (OPAS, Bogotá, 2005).

Possui também cinco princípios fundamentais:

- Superação das dificuldades de tipos econômico, ambiental, social, político e cultural.
- Novas alternativas para combater simultaneamente as enfermidades causadas pelo atraso e a pobreza e aquelas derivadas da urbanização e industrialização.
- Democracia nas relações sociais
- Conquista da equidade
- Desenvolvimento dos seres humanos e sociedades.

No Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) discutiu o tema “Democracia e Saúde” e foi o marco do movimento de luta pela implantação

de políticas sociais voltadas para o cuidado da vida. Seguindo a orientação do relatório final da Conferência, em 1988 a Constituição Nacional foi aprovada e no Capítulo da Saúde foi aprovado o arcabouço legal do Sistema Único de Saúde. Um dos instrumentos fundamentais deste processo de reforma da saúde foi a regulamentação das leis 8.080 e 8.142 de 1990 e 1992, que tratam das normas gerais do funcionamento do SUS, especialmente das transferências inter governamentais de recursos financeiros para o setor.

A promoção da saúde no país tem sido incentivada pelo Ministério da Saúde através da expansão da atenção básica, principalmente no período pós 1995, concomitante ao avanço do processo de municipalização e de mudanças no financiamento, com o redirecionamento de investimentos para as ações do PSF.

Conceitualmente, a Promoção à Saúde e suas diversas definições disponíveis podem ser reunidas em dois grandes grupos.

1. O primeiro conceito afirma que a promoção contribui para o desenvolvimento de habilidades individuais e comunitárias a fim de alcançar seu potencial e responder positivamente aos desafios do meio ambiente.
2. O segundo amplia o primeiro, pois além de desenvolver as habilidades, intervém também no ambiente através de amplo conjunto de meios políticos, legislativos, fiscais e administrativos, que deveriam ser mais integrados e intersetoriais, focando assim, maior atenção à articulação da saúde com vários outros domínios fora do setor saúde.

O enfoque da Promoção à Saúde enquanto conjunto de ações que contribuem para o desenvolvimento das habilidades de indivíduos e da comunidade tem sido uma das principais diretrizes de discussões acerca das possíveis intervenções em saúde realizadas por diversas organizações internacionais. Dentro dessas possibilidades as práticas de educação em

saúde também têm merecido destaque nestas discussões. Em 1980 a OPAS reconhece a necessidade de aceitar novos enfoques e de propor novas estratégias de integração entre a educação e a participação comunitária nas atividades da assistência primária em saúde. (Rice, Candeias, 1989).

Acompanhando – se o desenvolvimento conceitual da Educação para a Saúde, segundo Carvalho e Carvalho (2005) observam – se três gerações de práticas educativas orientadas por modelos assistenciais. A primeira geração inspira –se no modelo médico de saúde e é orientada para prevenção e tratamento das doenças através de orientações. Denominada de Educação em Saúde “Informativa” e considera que os hábitos e comportamentos não saudáveis têm origem na falta de informações. A segunda geração tem por objetivo obter comportamentos saudáveis sendo a informação apenas um elo dentro deste processo e a saúde uma resultante do comportamento individual, o qual varia de acordo com os estímulos ambientais do meio onde o sujeito se insere. É denominada de Educação em Saúde “Centrada no Comportamento”. A terceira geração, designada de Educação para a Saúde “Crítica” é um produto das abordagens anteriores e da evolução conceitual do processo saúde – doença e propõe alternativas de mudanças sociais, relacionando a morbi-mortalidade à estrutura econômica, buscando reduzir desigualdades e potencializar os recursos comunitários com sua efetiva participação.

A proposta de Empowerment da Organização Mundial da Saúde se relaciona com esta visão crítica de Educação para a Saúde. Segundo Tones (1994 apud Pilon, 1997), a proposta procura diminuir as desigualdades e dar poder para que as pessoas passem a ser atores na promoção da saúde, tendo como base para essa construção de poder a presença de políticas públicas de saúde adequadas e eqüitativas que implicariam na promoção de um ambiente promotor da saúde, na reorientação dos serviços voltados para as necessidades dos usuários assim como, sendo a educação para a saúde uma ferramenta de capacitação para a vida através do desenvolvimento da consciência crítica e habilidades vitais e da capacitação para a tomada de

decisões, fortalecendo a capacidade de controle e possibilidade de escolhas dos indivíduos e da comunidade.(Pilon, 1997)

Portanto, os dois grandes grupos em que o conceito de promoção à saúde se desdobra devem orientar a aplicação prática de forma a mesclar suas ações, onde o desenvolvimento das habilidades individuais e da comunidade tenha enquanto suporte políticas públicas articuladas.

Para Campos et all (2004) a promoção da saúde pode ser entendida como uma estratégia de produção em saúde, constituída em um campo teórico-prático e político, onde o conjunto de ações e projetos em saúde deve permear todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, tanto no campo da gestão quanto no da atenção. Representa um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro e que pode contribuir na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde. Neste enfoque atuação e a escuta dos profissionais devem ser redirecionadas do objeto doente para a construção dos sujeitos com potencialidades para a autonomia e vida própria.

Segundo Buss (2000), as estratégias de promoção da saúde são viabilizadas através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde, bem como do reforço da capacidade dos indivíduos e comunidades. Ela parte de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes.

No SUS a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento em nosso país como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada, deteriorada; e potencializar formas mais amplas de intervir em saúde.(Ministério da Saúde, 2005)

A promoção da saúde trabalha através de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando melhoria das condições de saúde. O centro deste processo é o incremento do poder das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino. O desenvolvimento das comunidades é feito sobre os recursos humanos e matérias nelas existentes para intensificar a auto-ajuda e o apoio social, para desenvolver sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde. Isto requer um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, assim como apoio financeiro adequado.

Na última década ocorreu uma revolução na área da Promoção da Saúde ao introduzir novas idéias e novos conceitos sobre saúde. Ao introduzir os termos de “empowerment” e participação comunitária, superou-se a ênfase dada anteriormente aos estilos de vida e aprofundou-se a compreensão dos determinantes sociais que incidem sobre a saúde. A dimensão comunitária assume uma importância muito grande e é o aspecto que pode auxiliar na mudança de enfoque para a construção do novo modelo. Neste sentido a Promoção da Saúde se configura como o instrumento para capacitação dos indivíduos para aumentar o controle sobre os determinantes da saúde.

“Produzir saúde adotando como eixo o paradigma promocional significa comprometer-se com sujeitos e coletividades que expressem crescente autonomia, crescente capacidade para gerenciar satisfatoriamente os limites e os riscos impostos pela doença, pela constituição genética e pelo contexto sócio-político-econômico-cultural, enfim pela vida. Nesse sentido, uma das principais questões que a promoção da saúde focaliza são os modos como se faz a vida, os modos de viver”.(Ministério da Saúde, 2005)

5. METODOLOGIA

Este é um estudo descritivo de natureza quantitativa e abordagens qualitativas.

5.1 CENÁRIO

A cidade de São Paulo compõe com outros 38 municípios a Região Metropolitana de São Paulo, um aglomerado urbano de 19 milhões de habitantes, o quarto maior do mundo. Com área de 1.509 km², dividida em 31 Subprefeituras e 96 Distritos Municipais, a cidade apresenta, segundo projeções de estimativa dos dados censitários, uma população de 10.600.059 habitantes, com uma concentração de mais de 50% da população da Região Metropolitana de São Paulo e pouco mais de 6% da população do Brasil. (DATASUS, 2005).

Situada na Região Sudeste é a capital administrativa do estado com o mesmo nome e representa um pólo de desenvolvimento econômico, sendo o primeiro município no ranking daqueles que representam 25% do “PIB” - Produto Interno Bruto, nos anos de 1999 e 2002, contribuindo com 10,41% do PIB nacional. (IBGE, 2005). O município tem a indústria e a prestação de serviços em destaque dentro do cenário nacional de atividades produtivas.

Por ser um pólo de atração populacional durante boa parte do século XX apresentou acentuado crescimento em função da imigração, sendo que por volta de 1980, as altas taxas de crescimento populacional verificadas até então sofreram um arrefecimento, devido à diminuição dos fluxos migratórios internos e da redução das taxas de natalidade e mortalidade, sobretudo, a mortalidade infantil.

Apesar de deter o maior PIB brasileiro e uma alta concentração populacional urbana a cidade de São Paulo torna mais evidente a desigualdade econômica que caracteriza o quadro social brasileiro. Nela

residem as pessoas que detém 49% da riqueza nacional – 1 milhão de habitantes – dividindo o espaço geográfico com os 2 milhões de pessoas que residem em favelas.

A distribuição da população por sexo demonstra um processo de “*feminização*” que reproduz o padrão encontrado em grandes áreas urbanas, onde ao longo dos anos tem sido crescente a predominância de mulheres. Dados do censo de 1980 indicavam uma proporção de 96 homens para cada 100 mulheres residentes no município e em 2000, essa relação era de 91 para 100, sendo que a razão entre sexos é variável segundo a faixa etária, sendo ainda maior esse processo a partir dos 60 anos de idade, em razão da longevidade feminina, onde encontramos uma proporção de 6,8 homens para cada 10 mulheres.

O processo de envelhecimento também é observado através da evolução dos dados censitários a partir de 1980, o que se dá em função da redução das taxas de fecundidade, a evolução da medicina preventiva e curativa, a expansão da oferta e acesso aos serviços de saúde, entre outros fatores. Em 1980, a proporção de maiores de 60 anos representava 6% da população total, e a faixa etária de 0 a 14 anos de idade, 30% desta população. Em 2002, os maiores de 60 anos estavam na proporção de mais de 9% e os menores de 15 anos de idade apresentavam uma queda para 25% da população total.

Em 2000, 95,41% da população residente no Município de São Paulo, de 10 anos e mais de idade, era alfabetizada, taxa superior às do Estado de São Paulo (93,90%) e do Brasil (87,18%). O contingente de analfabetos, em números absolutos, era de 400.366 pessoas. O nível de escolaridade desta população se caracteriza por 54,23% com 8 anos ou mais de estudo e 7,51% com menos de um ano de estudo. (DATASUS, 2005).

Neste cenário, no ano de 2000, encontramos 893.482 crianças menores de 5 anos, o que representava 8,43% da população total. No ano de 2003, a taxa de natalidade bruta era de 16,81/1000 habitantes e a taxa de mortalidade infantil vem decrescendo. Em 1980, o índice era de 50,62 por mil nascidos vivos, sendo reduzida em 2005 para 15,19/1000, uma das

menores do quadro nacional. A mortalidade proporcional por doença diarreica aguda em menores de 5 anos de idade, no ano de 2001, era de 3,18%, e a mortalidade proporcional devido a infecções respiratórias, no mesmo período e população, estava no índice de 8,78%. (DATASUS, 2005)

Dentro dos diversos fatores que influenciaram no processo de melhoria dos indicadores de mortalidade infantil temos a expansão da assistência básica com expansão da rede pública e, desde 2001, a reestruturação do SUS, onde o município passou a ser efetivamente o responsável por este atendimento.

Em termos de oferta da rede hospitalar, observou-se na cidade uma queda na oferta de leitos, passando de 35.500 leitos/ 1000 habitantes em 2000, para 30.475 leitos, em 2005. A rede privada conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS) é a que responde pela maior disponibilidade de leitos. (SEMPLA, 2006).

Em função da extensão do município, da alta concentração populacional e das polaridades das condições sociais, a caracterização demográfica, de crescimento populacional, de distribuição espacial da população, de distribuição de renda e de acesso aos bens e serviços e qualidade de vida, aponta para um processo de *“periferização”*, onde o maior crescimento populacional, a maior proporção de crianças e adolescentes e as piores condições de vida, de renda e escolaridade são encontradas nas regiões periféricas do município, o que não exclui a coexistência dessas condições junto a regiões de extrema riqueza.

A partir desta caracterização selecionou-se o cenário deste Projeto de Pesquisa.

Abrangência do Projeto

Foram visitadas 27 Unidades de Saúde do Município de São Paulo, sendo as entrevistas distribuídas por Região Administrativa, Coordenadoria de Saúde e Unidade de Saúde, conforme o apresentado no quadro a seguir.

*Número de Entrevistas realizadas por Unidade e Coordenadoria de Saúde e
Região Administrativa – Município de São Paulo
2006*

Unidade de Saúde	Região	Coordenadoria	Entrevistas
Jardim Maia	Leste	São Miguel	5
Vera Cruz	Sul	M. Boi Mirim	5
Vila Brasilândia	Norte	Freguesia do Ó	4
Cidade Nova São Miguel	Leste	São Miguel	3
Jardim Gaivotas	Sul	Capela do Socorro	4
Horizonte Azul	Sul	M. Boi Mirim	2
Humaitá	Centro Oeste	Sé	3
Aracati	Sul	M. Boi Mirim	4
Jardim Guarujá	Sul	M. Boi Mirim	2
Jardim Paulistano	Norte	Freguesia do Ó	2
Jardim Três Corações	Sul	Capela do Socorro	6
Jordanópolis	Sul	Capela do Socorro	1
Thérso Ventura	Leste	São Miguel	4
Vila Aparecida	Sul	Cidade Ademar	4
Vila Penteado	Norte	Freguesia do Ó	2
Vila Terezinha	Norte	Freguesia do Ó	2
Zumbi do Palmares	Sul	M. Boi Mirim	3
Parque Figueira Grande	Sul	M. Boi Mirim	5
Chácara Santa Maria	Sul	M. Boi Mirim	3
Jardim Vila das Belezas	Sul	M. Boi Mirim	9
Jardim Sousa	Sul	M. Boi Mirim	7
Alcina Pimentel	Sul	Capela do Socorro	1
Chácara Santana	Sul	M. Boi Mirim	2
Jardim Thomas	Sul	M. Boi Mirim	1
Vila Ramos	Leste	Itaquera	2
Vila Santana	Leste	Itaquera	3
TOTAL			89

As regiões do município de São Paulo envolvidas na fase inicial da pesquisa são representadas pela divisão administrativa dos Distritos de Saúde da Secretaria Municipal na figura na seguir:

5.2 SUJEITOS DE ESTUDO

Os sujeitos desta pesquisa, a princípio, seriam os cuidadores de crianças de 1 a 3 anos de idade, sendo estes a mãe, pai ou outro responsável pelo cuidado. A idade das crianças havia sido definida entendendo-se que famílias com crianças menores de 1 ano não haviam tido tempo suficiente para utilizar a cartilha e famílias com crianças acima dessa idade poderiam ter deixado de utilizá-la. O cuidador seria indicado por um

ACS de cada equipe de PSF existente nas UBS das regiões de abrangência descritas no projeto, havendo uma previsão inicial de um total de 125 cuidadores.

Em avaliação posterior, em função da oferta das possibilidades e organização das Unidades de Saúde para o desenvolvimento das entrevistas obteve-se um total de 89 entrevistados cuidadores de crianças, estando estas na faixa de 0 a 59 meses de idade e pertencentes às famílias indicadas.

5.3 INSTRUMENTOS DE COLETA

Para a coleta de dados utilizou-se um formulário para entrevista semi-aberta (anexo 1) com abrangência nos seguintes aspectos: constituição familiar; uso da cartilha dentro da família ou outras formas de utilização; compreensão da família acerca dos conceitos que subjazem os temas da cartilha. As questões foram aplicadas, por pesquisadores previamente capacitados, mediante a técnica de entrevista com registros escritos no instrumento e com registro gravado dos diálogos para complementação dos dados necessários. As entrevistas são compostas por 32 questões cada, algumas com múltipla escolha e outras de caráter aberto.

5.4 CAPTAÇÃO DE DADOS

Foram agendados - via telefone e com os gerentes de cada UBS - encontros com os ACS das equipes PSF para localização das famílias que se encaixavam no perfil descrito para o estudo. Uma vez identificadas essas famílias foram realizadas visitas às mesmas para aplicação do questionário.

5.5 PROCEDIMENTOS ÉTICO-LEGAIS

O presente projeto passou por avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura do município de São Paulo. Após aprovado iniciou-se a coleta de dados em campo onde através do termo de consentimento os cuidadores familiares receberam todas as orientações pertinentes, tirando suas dúvidas e por livre e espontânea vontade, participaram ou não da pesquisa, sem que isso acarretasse qualquer tipo de prejuízo aos mesmos.

O Termo de Consentimento livre e esclarecido foi realizado em 2 vias, possuía linguagem acessível, abordando justificativa, objetivos e procedimentos, riscos possíveis e benefícios esperados, garantia de esclarecimentos antes e durante a pesquisa, forma de acompanhamento e assistência, liberdade para recusar participação ou retirar consentimento em qualquer fase da pesquisa sem prejuízo ou constrangimento, garantia de sigilo que assegure privacidade dos sujeitos, confidencialidade dos dados, nome do pesquisador responsável e contato (anexo 2), tendo sido as vias assinadas pelo entrevistado e entrevistador e entregue uma cópias para o entrevistado.

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

As respostas obtidas nos questionários foram inseridas no banco de dados do software analítico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences - pacote estatístico para as ciências sociais) após prévia elaboração de categorias de análise do discurso registrado dos cuidadores. Os dados foram analisados através do registro da frequência simples das informações obtidas e do cruzamento de dados importantes para o objetivo do estudo.

6. RESULTADOS

O instrumento de entrevista se estrutura em 3 grandes blocos. O bloco A identifica a família entrevistada, através de dados como composição familiar, endereço de residência, tempo de moradia e número de prontuário da sua unidade de PSF. As questões do Bloco B caracterizam o nível sócio econômico dessa família, identificando grau de escolaridade, de alfabetização e recursos básicos de saneamento e acesso a serviços como luz e meios de comunicação.

O bloco C concentra as questões de avaliação da Cartilha pelo cuidador e possui questões semi abertas e abertas que abordam a relação do cuidador com a Unidade de Saúde de sua utilização, a apresentação da Cartilha em seu formato, conteúdos, interesse e compreensão por parte do cuidador e, por fim, todos os assuntos discutidos pela Cartilha em termos de importância e descrição de ações cotidianas do cuidador com a criança específicas a cada tema abordado. Os resultados foram organizados seguindo a organização estrutural das entrevistas e foram consideradas em todas as questões apenas as respostas válidas.

Das 89 entrevistas realizadas, foi realizada uma análise prévia de 28 entrevistas para sistematização e criação de categorias de análise a partir do discurso dos cuidadores evidenciado no processo analítico. Observou-se que as respostas obtidas relativas às questões abertas sobre os temas da importância e ações desenvolvidas durante o cuidado se direcionavam basicamente para duas formas de cuidar, sendo a primeira enquanto o cuidado demonstrado através de ações concretas, com um gasto de energia por parte do cuidador, envolvendo trabalho físico como preparo de refeições, limpeza de casa, preparo e administração de cuidados de higiene. A segunda forma evidente de cuidado se relaciona com um cuidado mais sutil e tão importante quanto o cuidado laboral: é o cuidado relativo às questões

da afetividade, no campo das emoções como o amor, a preocupação, a valoração da importância da criança enquanto ser prioritário dentro da família.

A palavra *cuidado* apresenta várias derivações, mas sempre traz a idéia de sentir-se responsável, preocupar-se ou inquietar-se por alguém. Para melhor compreensão dessas duas categorias evidenciadas foi usada enquanto referência a compreensão a respeito do cuidado enquanto “*ato singular ou uma virtude ao lado das outras*”, sendo “*um modo de ser, isto é, a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros*” (Boff, 1999).

Para Boff (1999) o cuidado é parte da essência humana, uma vez que o homem nunca deixará de amar e de se preocupa com alguém. O cuidar possui duas significações básicas: uma de desvelo, atenção com o outro, e a outra se apresenta como preocupação. Estas estão interligadas, assim como o cuidador se relaciona com o sujeito do cuidado. Ao ser realizada uma intervenção através do “trabalho” pelo cuidador, este trabalho transforma a natureza, mas também suscita conteúdos da consciência, formas de sentir, de valorar e de se relacionar uns com os outros.

A partir deste entendimento sobre o cuidado é que as categorias de análise foram estruturadas.

6.1. IDENTIFICAÇÃO DAS FAMÍLIAS E NÍVEL SÓCIO ECONÔMICO

Os resultados aqui analisados derivam das respostas dos blocos A e B das entrevistas.(Anexo I).

6.1.1 Análise da Identificação das famílias – Composição familiar

Foram avaliadas 85 entrevistas com resposta (entrevistas válidas) das quais obteve-se um número médio de familiares é de 4,76 pessoas/família,

sendo a composição familiar em sua maioria, estruturada de forma nuclear, com a presença de pai, mãe e irmãos (37 famílias) e também com a presença de avós, tios e sobrinhos. O número máximo de familiares é de nove (9) componentes e o mínimo de dois (2). A maior frequência de famílias encontradas são as compostas por quatro (4) familiares, seguidas por famílias compostas por três (3) pessoas (quadro nº 1).

*Quadro 1: Frequência de composição familiar
Projeto Janelas, São Paulo, 2006.*

Composição Familiar	Frequência
Criança+mãe+pai+irmão	37
Criança+mãe+pai	15
Criança+mãe+irmão	8
Criança+mãe	6
Criança+mãe+avós+irmão	3
Criança+mãe+avós+tio+primo	3
Criança+mãe+irmão+tio+primo	2
Criança+mãe+pai+irmão+tio	2
Criança+mãe+pai+tio	2
Criança+mãe (gestante)+pai+irmão	1
Criança+mãe+avós	1
Criança+mãe+avós+tio	1
Criança+mãe+pai+avós+tio	1
Criança+mãe+pai+irmão+avós+tio	1
Criança+mãe+pai+irmão+avós+tio+primo	1
Criança+mãe+pai+irmão+tio+primo	1
Mãe (gestante)	1
Mãe (gestante)+pai	1
Total	87

6.1.2. Análise da Identificação das famílias - Tempo de Moradia

O tempo de moradia na residência varia de menos de um (1) ano até 36 anos, sendo que a média de tempo é bastante alta, por volta de 8,9 anos, e as maiores frequências de cinco (5) e de um (1) anos de residência no

local – 11 e 10 famílias respectivamente (tabela nº1). Um indicador de fixação no local de moradia é o índice de famílias com casa própria, que daquelas entrevistadas, totalizam 61 famílias.

***Tabela 1: Distribuição de famílias por períodos de tempo e anos de moradia
Projeto Janelas, São Paulo, 2006.***

Tempo de moradia Períodos e Anos	Distribuição
36	1
34	1
23 a 30	6
17 a 20	8
11 a 15	8
6 a 10	22
5	11
2 a 4	16
1	10
Menos de 1 ano	3
Total	86

Em relação a alguns indicadores de qualidade de vida e de acesso a alguns bens de consumo notamos nos dados descritos (quadro nº 2) de que mais da metade das famílias disponibilizam de condições sanitárias básicas e de produtos que proporcionam conforto à vida.

***Quadro 2: Quantidade de famílias por condição de saneamento básico,
moradia própria e bens de consumo básicos
Projeto Janelas, São Paulo, 2006***

Bens de consumo	Famílias
Água encanada	78
Casa própria	73
Sanitário com descarga	58
Rede de Esgoto	86
Energia elétrica	61
Rádio	73
Televisor	79

6.1.3. Caracterização dos Cuidadores

Os cuidadores entrevistados e que representam 97,6%, do universo de 84 entrevistas, foram as mães das crianças (82) e apenas um pai e uma tia. A idade desses cuidadores, computada em 69 entrevistas, varia entre 17 e 43 anos, sendo a idade média de 29 anos. A alfabetização e a escolaridade desses cuidadores são registradas na tabela nº 2:

***Tabela 2: Freqüência e percentual de grau de alfabetização dos cuidadores familiares
Projeto Janelas, São Paulo, 2006***

Alfabetização	Freqüência	% válido	% cumulativo
Sabe ler	81	94,2	94,2
Não sabe ler	05	5,8	100,0
Total	86	100,0	

As tabelas de nº 2 e 3 demonstram que apesar da baixa freqüência de pessoas que não sabem ler (5 em 86 entrevistados - 5,8%) o índice de escolaridade de 54,7% se concentra no ensino fundamental incompleto, demonstrando um padrão de escolaridade mínima

***Tabela 3: Freqüência e percentual de grau de escolaridade dos cuidadores familiares
Projeto Janelas, São Paulo, 2006***

Escolaridade	Freqüência	% válido	% cumulativo
Analfabeto	02	2,3	2,3
Ensino fundamental incompleto	47	54,7	57,0
Ensino fundamental completo	04	4,7	61,6
Ensino médio incompleto	14	16,3	77,9
Ensino médio completo	18	20,9	98,8
Superior incompleto	01	1,2	100,0
Total	86	100,0	

6.2 AVALIAÇÃO DA CARTILHA

6.2.1 Acesso e Assuntos discutidos

Constata-se no quadro nº 3 que as cartilhas distribuídas às famílias pelas Unidades de Saúde foram entregues pelos Agentes Comunitários de Saúde em Visita Domiciliar (70 cartilhas) e em atividade grupal (5 cartilhas), o que era previsto pelo Projeto inicial. Os Enfermeiros tiveram uma baixa participação neste processo, realizando a entrega da cartilha para os cuidadores em atividades dentro da Unidade de Saúde (quatro em atividade em grupo e 3 em consultas individuais).

***Quadro 3: Relação de distribuição de Cartilhas “Toda hora é hora de cuidar” por profissionais das equipes de PSF* e método de abordagem
Projeto Janelas, São Paulo, 2006***

Entregue por/ Abordagem	Quantidade
ACS** em VD	70
ACS em US	5
Enfermeiro em consulta	3
Enfermeiro em grupo	4

*PSF – Programa Saúde da Família

**ACS – Agente Comunitário de Saúde

Das famílias que receberam a cartilha, 66 delas ainda a possuem. A média de tempo decorrido entre a entrega até a entrevista foi de 16 meses, sendo que um dos cuidadores havia recebido a cartilha um dia antes da realização da pesquisa, o que pode indicar uma retomada do projeto pela equipe de saúde. O tempo máximo decorrido foi de 55 meses (4 anos e 7 meses). Do total dos entrevistados, vinte pessoas não possuem a cartilha por razões descritas no quadro a seguir (quadro nº4).

***Quadro 4: Motivo relatado por cuidadores familiares da não conservação da Cartilha
“Toda hora é hora de cuidar”
Projeto Janelas, São Paulo, 2006***

Motivo de não terem a Cartilha	nº
Não receberam em mãos, conteúdos trabalhados em grupo na UBS	5
Receberam e perderam	2
Não sabem onde guardaram	2
Receberam e criança rasgou	3
Vários motivos (lixo)	5
Não se justificaram	3

Segundo relato dos entrevistados a cartilha foi um elemento de aproximação com a equipe de saúde sendo que 60 afirmam terem aumentado as conversas com os profissionais após a entrega da cartilha, contra 22 pessoas que relatam não terem ocorrido mudanças. O maior contato foi estabelecido com os Agentes Comunitários de Saúde (33 relatos), seguido dos Enfermeiros (11 relatos). A seguir são registradas algumas colocações sobre os motivos para o não aumento da frequência de conversas com a equipe:

- Ainda não retornou a consulta
- Conhece o conteúdo de cor; tem experiência.
- Sempre cuidou bem dos filhos; sempre olhou em revistas.
- Houve problemas com as visitas dos ACS.
- Falta de interesse, não procurou, não se interessou.
- Irresponsabilidade
- Já sabia de tudo.
- Não é de conversar com os profissionais da área de saúde.
- Não é de fazer perguntas, fala pouco, mais escuta.
- Leu a cartilha

- Poucas oportunidades de consultas, não consegue passar as filhas em consultas.
- Recebeu a cartilha no dia da entrevista
- Tem convênio, esclarece as dúvidas com médico do convênio.

Os assuntos mais discutidos nas conversas realizadas foram organizados em 7 categorias de análise e são descritas no quadro nº 5 em ordem decrescente de número de citações.

***Quadro 5: Relação de Assuntos discutidos com profissionais do PSF
por número de citações
Projeto Janelas, São Paulo, 2006***

Assuntos	Citações
1. Desenvolvimento infantil	26
2. Saúde em geral	22
3. Vários assuntos	19
4. Pré-natal	6
5. Problemas infantis	4
6. Vacinação	4
7. Riscos de acidentes	3
Total	132

As categorias relatadas no quadro nº 5 foram construídas à partir de frases ou palavras relativas a cada assunto e são exemplificadas no quadro nº 6 , a seguir:

Quadro 6:
Relação Categorias – citações dos assuntos discutidos
Projeto Janelas, São Paulo, 2006

Categorias	Palavras / frases
1.Desenvolvimento Infantil	Peso e Altura da criança Como cuidar da criança Grupos de puericultura Amamentação Cuidados com o coto umbilical
2. Saúde em Geral	Necessidade de realizar laqueadura Maus tratos com a criança Dengue Necessidade de consultas e Saúde
3.Vários Assuntos	Ajuda quando preciso Violência e segurança, pela realidade em que vivemos.
Pré-natal	Alimentação materna na gravidez Sobre o parto e sobre o Pré Natal
Problemas infantis	Assaduras / Febre / Dermatites
Vacinação	Vacinas / Vacinação
Riscos de Acidentes	Risco de acidentes

6.2.2 Formato e Conteúdos da Cartilha

A cartilha foi avaliada em seu formato, no interesse e compreensão relatados pelos cuidadores, sendo que os discursos foram categorizados em Excelente, Bom, Regular e Ruim na avaliação de sua forma e, na avaliação de sua compreensão e interesse relatados, as categorias definidas foram classificadas como positivo e negativo. Nas tabelas a seguir (tabela nº 4 e tabela nº 5) o resultado de ambos:

Tabela 4:
Avaliação de Interesse e Compreensão - Cartilha “Toda hora é hora de cuidar” por categorias
Projeto Janelas, São Paulo, 2006

	Positivo	Negativo	NR/NS*	Total
Interesse	60	2	27	89
Compreensão	56	4	29	89

*Não respondeu/Não sabe

Tabela 5: Avaliação de Formato Cartilha “Toda hora é hora de Cuidar” por categorias
Projeto Janelas, São Paulo, 2006

Forma	Excelente	Bom	Regular	Ruim
Tamanho	12	58	11	2
Páginas	4	51	23	1
Ilustração	17	61	4	0
Letra	20	59	3	0
Total	53	229	41	3

Ao analisarmos o número de questões não respondidas ou aquelas em que o entrevistador não sabia responder obtemos em relação ao interesse uma porcentagem aproximada de 30% e em relação à compreensão esse percentual passa a ser de 32% do total de entrevistas (tabela nº 6)

Tabela 6: Relação Interesse/ Compreensão relatados Cartilha “Toda hora é hora de cuidar”
Projeto Janelas, São Paulo, 2006

	Interesse	Não Interesse	Total
Compreensão	52	1	53
Não Compreensão	3	1	4
Total	55	2	57

Das respostas obtidas e das categorias analisadas houve uma maior freqüência de citações relativas à boa qualidade da cartilha (bom e excelente). Em relação ao interesse e compreensão, de 89 entrevistas, 60 cuidadores relatam o interesse e 56 a compreensão dos assuntos apresentados na cartilha. Ao realizarmos o cruzamento das categorias compreensão e interesse, verifica-se que 52 entrevistados relatam compreender e se interessar pelos assuntos, em um universo de 57 entrevistas.

6.2.3 Categorias descritivas

Nos quadros a seguir se apresenta a categorização dos relatos dos cuidadores em relação ao Interesse (quadro nº 7), Compreensão (quadro nº 8) pelos assuntos discutidos na Cartilha e, no quadro nº 9, as categorias descritivas relativas à sua forma.

Quadro 7: Categorias – Interesse relatado pela Cartilha “Toda hora é hora de cuidar”

Projeto Janelas, São Paulo, 2006

Categorias Interesse nos assuntos	Palavras/ frases
Positivo	Interessante; Bem legal; Ótimo; Ensina muita coisa Importante; Ajudam na formação do filho; Muito importante; Gosto de ler; Eu me interessei; Ajuda com a gravidez Gostei, principalmente das vacinas e do afeto. Não falo ótimo porque não lembro Bom criar os filhos com o conhecimento da família A história do nó que eu gostei mais Trata de gravidez, nascimento, cuidados, relacionamento dos pais, levar ao posto; Incentiva a cuidar do bebê; Principalmente pela alimentação Dando conselhos de higiene
Negativo	Não lembro mais; Não tenho interesse Nada que chamasse a atenção.

Quadro 8: Categorias –Compreensão relatada pela Cartilha “Toda hora é hora de cuidar”

Projeto Janelas, São Paulo, 2006

Categorias Compreensão dos assuntos	Palavras/ frases
Positivo	Compreendi; Entendi bem; Entendi muito bem; Ensina bastante Simples Fácil compreensão; Assuntos fáceis de entender; Coisas que se lidam no dia a dia Bem explicado com palavras simples Deu para compreender; Dá para entender muito bem Explica Muito boa, está claro.
Negativo	Não sei, mais ou menos. Esqueci tudo Não compreendi bem.

Quadro 9: Categorias – Avaliação - formato da Cartilha “Toda hora é hora de cuidar”

Projeto Janelas, São Paulo, 2006

Categorias Forma da Cartilha	Palavras/ frases
Excelente	Excelente Maravilhosa Muito bom Bem explicativa Bem legível Gostei muito Se fosse melhor era exagero Lindas Adoro livro infantil; Os meninos adoraram Ilustrações incentivam o texto
Bom	Gostei; Legal; Bom; Interessantes; Coloridas; Explicativa; Legível; Bonitas Nem grande nem pequena Legal, tudo nos limites Legal, se fosse maior eu não tinha paciência Fácil de ler.
Regular	Suficiente; Razoável; Normal. Nem pouco, nem muito; Precisa mais conteúdo Bonitinho, mas poderia ser melhor; Precisava de mais páginas para entender melhor
Ruim	Não gostei Muito pouco Muitas páginas Poucas páginas Muito grande para ler

6.2.4 Sugestões

Do total dos entrevistados, trinta e cinco (39,32%) cuidadores familiares apresentaram diversas sugestões sobre: alterações na forma da cartilha (letras maiores, cartilha menor); no fluxo de entrega da mesma (discutida em grupos, discutida nas escolas, uma nova cartilha a cada 6 meses, entrega para outras pessoas) e para incremento dos assuntos discutidos (amamentação, introdução de alimentos para bebês, gestação e gestação na adolescência, primeiros socorros, meio ambiente, segurança). Vale a pena salientar que das 54 pessoas que não deram sugestões, 12 delas (22,22%) por avaliar a cartilha como muito boa na forma e conteúdos (quadro nº 10).

***Quadro 10: Sugestões dos cuidadores
Cartilha “Toda hora é hora de cuidar”
Projeto Janelas, São Paulo, 2006***

Assuntos	Sugestões
12 entrevistados	Não tem, está ótima; Não tem, explica tudo; Não tem, foi colocada toda a informação necessária; Não tem. Está ótimo Está perfeita, adorei o nó do afeto; filha leu a cartilha inteira.
42 entrevistados	Não tem sugestões
Conteúdos Adicionar assuntos	Trazer os cuidados até a adolescência; Cartilha para orientar os adolescentes; Cartilha sobre primeiro socorros; problemas de saúde; Amamentação do bebê, tempo de uma mamada para outra; Alimentação em relação à gestante, gestação na adolescência, cuidados e mudanças; Primeiros cuidados quando chega da maternidade, como o parto seria; ter mais assuntos; Ensinar mais as mães a cuidar dos filhos; cuidados com pré-natal, parto e cuidados em casa com a criança; Falar mais da educação; como educar; Falar sobre segurança; Colocar mais sobre higiene, limpeza de rua. Detalhar mais o assunto Ter mais histórias; Ter mais informações.
Formato Alterar forma	Diminuir a cartilha; Tamanho menor para colocar no bolso; Mais resumida; menor; Diminuir o número de folhas, capa mais dura, mais resistente, folhas mais duras como um livro Mais desenhos explicativos; Dando dicas e toques com ilustrações Aumentar número de páginas; As letras deveriam ser maiores Ter uma ajuda audiovisual
Fluxo e locais de distribuição	Maior divulgação Um novo estudo. Estudar em grupo Comentar sobre isso principalmente na escola. Tem mãe que precisa de mais informação A cartilha deveria ser distribuída, entregue para a gente; Encaminhar uma cartilha a cada seis meses Cartilha para meninas novas com filhos e sem experiência

6.3 AVALIAÇÃO DE ASSUNTOS ESPECÍFICOS

6.3.1. Proteger e Cuidar

Este assunto é entendido como muito importante por 72 cuidadores. Os discursos de como dispensam seus cuidados foram analisados e categorizados entendendo duas dimensões: O cuidado enquanto trabalho (quadro nº 11) com sua natureza técnica do fazer (Cuido da criança; Levo ao médico; Limpo a casa; Faço e dou alimentação). Constata - se que o Afeto no cuidado é citado por 30 entrevistados e o Cuidado entendido enquanto trabalho aparece em 15 entrevistas, de forma isolada. Ambas as categorias são encontradas em 26 respostas.

***Quadro 11: Categoria - Natureza técnica do cuidado
Cartilha “Toda hora é hora de cuidar”
Projeto Janelas, São Paulo, 2006***

Categorias	Palavras/ frases
Natureza técnica / trabalho de cuidar	Cuida da casa;
	Limpa a casa
	Lava roupas
	Cuidando para não machucar
	Trabalho para dar tudo para ele
	Dou banho, dou comida, levo ao médico, tudo isso.
	Não deixo eles andarem de chinelo por causa dos córregos
	Dou alimentação, brinco e passeio.
	Eu mantenho as crianças limpas
	Cuido quando estão doentes
	Deixando os filhos todos limpinhos e arrumadinhos
	Cuido da roupa e da alimentação.
	Casa limpa e arrumada, comida feita e boa alimentação.

O cuidado enquanto afeto aparece no quadro nº 12 e considera as relações afetivas e a valoração do cuidado aparente no discurso (Filho é tudo, é prioridade; Cuido com dedicação, respeito, carinho; Ensino o que é certo e o que é errado).

***Quadro 12: Categoria - Natureza afetiva do cuidado
Cartilha “Toda hora é hora de cuidar”
Projeto Janelas, São Paulo, 2006***

Categorias	Palavras/ frases
Natureza afetiva/ afeto no cuidado	Filho é tudo,
	É prioridade
	Dar o melhor para o filho
	Dar tudo para o filho
	Dedicação, amor, respeito, carinho, atenção, afeto,
	Ajudando, ensinando o certo e o errado.
	Temos que proteger e cuidar das pessoas que nós gostamos.
	Proteger as crianças é muito importante
	Temos que proteger e cuidar.
	Eu me dedico a eles.
	Respeitar a criança
	Não bater
	Livro para brincar, montar pecinhas.
	Esqueço de mim para cuidar deles
	Conversa com a filha, é preocupada com a educação.
	Oriento para ir à escola
	Prestar atenção ao que elas dizem
	Como demonstrar à criança

6.3.2. Outras pessoas e Instituições que ajudam a Família

A importância deste assunto foi relatada por 70 entrevistados e algumas justificativas dessa importância são relatadas a seguir:

- Porque tem família que não tem de onde tirar a renda e essas instituições ajudam
- Porque se a pessoa precisar de informação e ajuda ela pode recorrer

- Porque os pais que trabalham podem deixar na creche e usar o posto quando as pessoas precisam
- Porque o posto de saúde é importante quando estão com febre e a família também (cunhada)
- Porque informam sobre o que a criança tem (posto) e na igreja para fazer orações
- Porque existem pessoas que ajudam o próximo, saber que elas existem.
- Porque elas ajudam a comunidade
- Porque é importante ajudar quem está necessitado
- Para o desenvolvimento da criança e contribui para seu crescimento
- Muitas pessoas precisam de pessoas para ajudar, como a creche. A visita do ACS é importante

No quadro de nº 13 temos a quantificação da instituição ou apoio social onde os cuidadores buscam auxílio quando necessário:

***Quadro 13: Instituições e Apoio Social relatado
- Cartilha “Toda hora é hora de cuidar”
Projeto Janelas, São Paulo, 2006***

Instituição	Citações
Unidade de Saúde	26
Família	18
Vizinhos	8
Igreja	7
Ação comunitária	4
Amigos	3
Projeto comunitário	2
Hospital	1
Nunca buscou ajuda	10
Total	71

Os dados indicam que as famílias consideram a UBS como uma importante instituição de ajuda e que a rede social das mesmas é frágil e precisa ser fortalecida.

6.3.3. Cuidados com o aprendizado das crianças, alimentação e higiene.

Os três assuntos, aprendizado, alimentação e higiene são considerados muito importantes por 70 cuidadores, conforme quantificação apresentada na tabela de nº 7. Para análise desta questão todos os discursos foram categorizados pelos assuntos, Aprendizado, Alimentação e Higiene e estão relacionados nos quadros nº 15, 17 e 21.

*Tabela 7: Frequência, percentual de respostas positivas e percentual total
Importância dos Assuntos: Cuidados com o Aprendizado, Alimentação e
Higiene
Cartilha “Toda hora é hora de cuidar”
Projeto Janelas, São Paulo, 2006*

Importância dos assuntos	Frequência	Percentual Sim	Percentual Total
Sim	71	84,5	79,8
Não	5	-	5,6
Não respondeu	13	15,5	14,6
Total	89	100,0	100,0

Cuidados com o Aprendizado

Nos quadros de nº 14 temos a relação de número de citações relativas às categorias dos cuidados dispensados pelos cuidadores com o Aprendizado das crianças, e no quadro nº 16, a mesma informação por agrupamento das categorias.

Foi acrescentada, neste último quadro, uma citação relativa à relação recíproca entre quem ensina (cuidador) e quem aprende (filhos) durante o

processo de aprendizagem, que nunca é unilateral e que pressupõe que todos os envolvidos alcancem novos conhecimentos. (“Aprendo mais com os filhos”).

***Quadro 14: Categorias – Aprendizado – número de citações
Cartilha “Toda hora é hora de cuidar” Projeto Janelas, São Paulo, 2006***

Categorias	Citações
Conversa muito com a criança	57
Verifica como está na escola	32
Ensino sobre higiene	10
Afeto no cuidado	6
Não entenderam o assunto/ não sabem responder	3
Não responderam	11

***Quadro 15: Categorias – Aprendizado –
número de citações por agrupamento
Cartilha “Toda hora é hora de cuidar” Projeto Janelas, São Paulo, 2006***

Categorias	Citações
Afeto no cuidado	3
Conversa muito com a criança	25
Conversa muito com a criança; Afeto no cuidado.	3
Conversa muito com a criança; Afeto no cuidado; Verifica como está na escola.	6
Conversa muito com a criança; Ensino sobre higiene.	2
Conversa muito com a criança, Verifica como está na escola.	20
Ensino sobre higiene	1
Ensino sobre higiene; Verifica como está na escola.	2
Verifica como está na escola	4
Aprendo mais com os filhos	1

No quadro de nº 16 são apresentadas as categorias sobre os cuidados com o Aprendizado relatados pelos cuidadores.

Quadro 16: Categorias – Aprendizado Cartilha “Toda hora é hora de cuidar”
Projeto Janelas, São Paulo, 2006

Categorias	Palavras/ frases
Conversa muito com a criança	Explico tudo; Explico como as coisas acontecem; Ensino tudo; Ensino desde pequeno a brincar e conversar; Sou professora dele; Converso muito com ele; Dou livros ilustrados; dou canetinha; dou revista de colorir; Conto historinhas
Verifica como está na escola	Verifico cadernos; Fico de olho nos cadernos; Converso com a professora; Levo na escola; levo na creche.
Ensino sobre higiene	Ensino sobre higiene; Ensino a fazer “xixi no piniquinho”; Ensino a lavar as mãos; Ensino a jogar o lixo;
Afeto no cuidado	Cuido bem; cuido muito bem; Não brigo; Ensino com carinho; Ensino educação que começa em casa.

Cuidados com a Alimentação

Quadro 17: Categorias – Alimentação – número de citações Cartilha “Toda hora é hora de cuidar”

Projeto Janelas, São Paulo, 2006

Categorias	Citações
Afeto no cuidado	5
Higiene com os alimentos	6
Qualidade e oferta	13
Qualidade e oferta; afeto no cuidado.	44
Qualidade e oferta; higiene com os alimentos.	5
Não respondeu	10

Os discursos relativos às categorias citadas se encontram detalhados no quadro a seguir:

**Quadro 18: Categorias – Alimentação Cartilha “Toda hora é hora de cuidar”
Projeto Janelas, São Paulo, 2006**

Categorias	Palavras/ frases
Afeto no cuidado	Cuido bem; cuido muito bem; Alimentação é o mais importante; Brigo para comerem; brigo para comerem na hora; tem que dar na marra; De vez em quando comer o que eles gostam (batata frita e carne) Não dar nada obrigado
Higiene com os alimentos	Cuidado com a comida Lavando e cuidando na preparação do alimento O que eu dou para eles deve ser bem lavado Eu brigo para eles comerem feijão, sopa, verduras, salada; Alimentos lavados
Qualidade e oferta	Dou frutas, verduras e legumes; Alimentos que suprem a necessidade Coisas mais saudáveis Comida fresca evita doenças; Dar sempre comida e suco natural; Danone e água Sopinha Cozinho tudo e faço amassadinho Saber o que dar, não dar besteira; evito frituras, besteiras; Horário para comer; hora de comer é meio dia Dar na hora certa; dou na hora certa o almoço, lanchinho e jantar. Café e almoço

Cuidados com a Higiene

A seguir (quadro nº 19) apresenta-se o número total de citações sobre higiene relativas às categorias estabelecidas:

**Quadro 19: Categorias – Higiene – citações Cartilha “Toda hora é hora de cuidar”
Projeto Janelas, São Paulo, 2006**

Categorias	Citações
Higiene corporal	49
Higiene com casa e utensílios	11
Higiene com os alimentos	13
Afeto no cuidado	7

Relacionamos a seguir a frequência de citações das categorias em todas as respostas obtidas:

Quadro 20: Categorias – Higiene – citações totais Cartilha “Toda hora é hora de cuidar”

Projeto Janelas, São Paulo, 2006

Categorias	Citações
Afeto no cuidado	5
Higiene com casa e utensílios	2
Higiene corporal	29
Higiene corporal e Higiene com os alimentos	9
Higiene corporal e Higiene com casa e utensílios	8
Higiene corporal e Afeto no cuidado	2
Higiene corporal; Higiene com casa e utensílios e Higiene com os alimentos;	1
Higiene com os alimentos	33
Não responderam	27

As categorias relativas aos Cuidados com a Alimentação contemplam as colocações apontadas no quadro nº 21:

Quadro 21: Categorias – Higiene Cartilha “Toda hora é hora de cuidar”

Projeto Janelas, São Paulo, 2006

Categorias	Palavras/ frases
Afeto no cuidado	Cuido bem; cuido muito bem;
Higiene com os alimentos	Cuidado com a comida Lavando e cuidando na preparação do alimento O que eu dou para eles deve ser bem lavado Alimentos lavados
Higiene corporal	Olho a cabeça dele para ver se não tem piolhos Não deixo com xixi Troco de roupa quando ele golfa Escovando e olhando os dentes Cuidados com higiene Unhas; unhas cortadas; Limpo ouvidinho Dou banho; tomar banho; estar limpo;; tomar banho e não mexer com areia Lavo as mãos antes de comer; lavar as mãos quando pega o gato e após ir ao banheiro;
Higiene com casa e utensílios	Gosto de tudo limpinho; tudo tem que estar em ordem; manter a casa limpa; Lavo e separo as coisinhas dele; esterilizo as coisinhas dele; Cuido da roupa; roupas limpas; Deixando os filhos todos limpinhos, arrumadinhos.

6.3.4. Cuidar da criança quando está doente e o que fazer para evitar que ela se machuque.

Das 83 respostas obtidas na questão relativa à importância do assunto, 67 entrevistados afirmam que os assuntos acerca de como proceder quando a criança está doente e sobre os cuidados necessários para a prevenção de acidentes são bastante importantes, e este número de respostas representa 55,61% do total.

As categorias relativas aos Cuidados administrados à criança quando esta adoece foram obtidas a partir dos discursos relatados no quadro nº 22:

***Quadro 22: Categorias –Cuidados com a criança doente
Cartilha “Toda hora é hora de cuidar”
Projeto Janelas, São Paulo, 2006***

Categorias	Palavras/ frases
Afeto no cuidado	Fico preocupada; Cuido com mimo; Evito que adoeça Não vai a piscina com água gelada; brinca na água quente do chuveiro; Dou o que ele quer
Levar ao médico	Levo ao posto após medicação sem melhora; levo ao posto; Levo no hospital após medicação; levo ao hospital; Levo no médico; Levo regularmente no médico (prevenção) Procuro o Agente Comunitário de Saúde
Medicar com medicamentos	Dou remedinho; dou remédio; Dou tylenol; Dou dipirona
Medicar com remédios caseiros	Dou chá caseiro; sigo orientação do médico para o chá; Dou banho com álcool; dou banho morno; Dou soro na diarreia.
Não sei o que fazer	Não sei onde levar quando o posto está fechado; Não sei para quem pedir ajuda; Fico doidinha; agoniada; preocupada; Levo primeiro na minha cunhada, ela é que fala o que eu devo fazer.

Ao serem questionados acerca da conduta diante de uma doença como diarreia ou febre as respostas apontadas pelos cuidadores são apresentadas no quadro nº 23:

**Quadro 23: Categorias –Cuidados com a criança doente – citações Cartilha “Toda hora é hora de cuidar”
Projeto Janelas, São Paulo, 2006**

Categorias	Citações
Levar ao médico	66
Medicar com medicamentos	35
Medicar com remédios caseiros	10
Cuidado afetivo	12
Não saber o que fazer	5

Ao realizarmos o cruzamento de informações de cada categoria do cuidado com a criança doente e a escolaridade do cuidador foram obtidas as informações contidas nos quadros de nº 24, 25 e 26.

**Quadro 24: Relação Escolaridade – Categoria: Medica com medicamentos caseiros
Cartilha “Toda hora é hora de cuidar”
Projeto Janelas, São Paulo, 2006**

Escolaridade	Medica com medicamentos caseiros			
	Sim	Não	Total	Proporção Escolaridade/ Usuários
Analfabeto		2		0
Ensino Fundamental Incompleto	4	34	38	11,7%
Ensino Fundamental Completo	1	3	4	25%
Ensino Médio Incompleto	4	7	11	57%
Ensino Médio Completo	1	15	16	6%
Superior incompleto		1	1	0
Total	10	62	72	

Verifica-se no quadro nº 24 que o hábito de medicar com medicamentos caseiros é bastante pequeno na clientela em estudo, sendo

comum a 13,9 % dos cuidadores entrevistados. Ao se relacionar o grau de escolaridade com o consumo de medicamentos caseiros verifica-se que proporcionalmente o maior consumo ocorre entre os cuidadores com ensino médio incompleto (57%), seguidos pelos cuidadores com ensino fundamental completo.

***Quadro 25: Relação Escolaridade – Categoria: Medica com medicamentos
Cartilha “Toda hora é hora de cuidar”
Projeto Janelas, São Paulo, 2006***

Escolaridade	Medica com medicamentos			
	Sim	Não	Total	Proporção Escolaridade/ Usuários
Analfabeto	2		2	100%
Ensino Fundamental Incompleto	15	23	38	65,2%
Ensino Fundamental Completo	2	2	4	50%
Ensino Médio Incompleto	7	4	11	63,6%
Ensino Médio Completo	9	7	16	56,2%
Superior incompleto		1	1	0
Total	35	37	72	

No quadro de nº25 observa-se que a ação de medicar as crianças com medicamentos no caso de febre ou diarreia é um hábito 100% freqüente nos cuidadores com nenhum grau de instrução, sendo que nos outros níveis de escolaridade a medicalização gira em torno de 50 a 60%, sendo que o cuidador de nível superior incompleto não faz uso de medicação. Essa avaliação pode apontar para um possível acesso a maiores esclarecimentos na relação ao risco/benefício do uso de medicamentos.

Quadro 26: Relação Escolaridade – Categoria: Leva ao médico
Cartilha “Toda hora é hora de cuidar”
Projeto Janelas, São Paulo, 2006

Escolaridade	Leva ao médico			
	Sim	Não	Total	Proporção Escolaridade/ Usuários
Analfabeto	2		2	100%
Ensino Fundamental Incompleto	36	2	38	94,7%
Ensino Fundamental Completo	4		4	100%
Ensino Médio Incompleto	10	1	11	90,9%
Ensino Médio Completo	13	3	16	81,2%
Superior incompleto	1		1	100%
Total	66	6	72	

Observa-se no quadro de nº 26 que a diferença no grau de escolaridade do cuidador não influencia no ato de levar a criança ao médico. Todos demonstram grande preocupação em obter prontamente uma avaliação médica no caso de doença febril ou diarreia. Ao serem analisados em conjunto, os quadros de nº 24, 25 e 26, que relacionam o grau de escolaridade aos comportamentos relatados diante de uma doença febril ou diarreica, observa-se um certo grau de dependência do atendimento médico e do uso de recursos dos medicamentos alopáticos em detrimento do uso de recursos terapêuticos acessíveis e culturalmente aceitos como os medicamentos caseiros.

Em relação à prevenção de Acidentes foram obtidas as respostas listadas e organizadas em três categorias (quadro nº 27):

Quadro 27: Categorias –Prevenção de Acidentes- citações Cartilha “Toda hora é hora de cuidar”
Projeto Janelas, São Paulo, 2006

Categorias	Citações
Vigilância	57
Cuidados com os objetos	35
Cuidado afetivo	12

Na análise das categorias agrupadas obtemos nas respostas as frequências apontadas no quadro de nº 28.

Quadro 28: Categorias agrupadas –Prevenção de Acidentes – citações Cartilha “Toda hora é hora de cuidar”
Projeto Janelas, São Paulo, 2006

Categorias	Citações
Vigilância	31
Vigilância e Cuidados com os objetos	20
Cuidados com os objetos	9
Vigilância e Cuidado afetivo	6
Cuidado afetivo	3
Não responderam	14

As categorias apresentadas no quadro de quadro nº 29 foram criadas para organizar as seguintes colocações:

Quadro 29: Categorias – Prevenção de Acidentes
Cartilha “Toda hora é hora de cuidar”
Projeto Janelas, São Paulo, 2006

Categorias	Palavras/ frases
Vigilância	<p>Fico no pé; fico em cima dele; Sempre olhando; mantendo vigilância; Tem que ter o maior cuidado; fico por perto Não deixo ir no alto; cuidado com as escadas; não deixo sozinho nas escadas; cuidado com escadas Fico olhando quando ele sobe escadas e corre na rua; Olho quando está brincando na rua; Peço para descer; cuidados com a laje; Cuidado com o cachorro Não vou deixar ele soltar pipa; ficam dentro de casa vendo televisão; deixo ele dentro de casa Deixar a porta fechada para ela não correr riscos, não machucar; Não deixar sozinho na banheira; fico observando o banho.</p>

Quadro 29(cont): Categorias –Prevenção de Acidentes
Cartilha “Toda hora é hora de cuidar”
Projeto Janelas, São Paulo, 2006

Categorias	Palavras/ frases
Cuidados com os objetos	Evito sacolas plásticas; Coisas que machuquem no quintal; Coisas que machuquem na pia; Não deixar nada perigoso no baixo; Restringir produtos tóxicos; Tudo no alto, medicamentos, essas coisas, produtos de limpeza para que ele não mexer; Cuidado com o fogo, cuidado com o fogão; cuidado quando cozinha; Cuidado com a grade; Não correr e pular; Deixo o cabo da panela para dentro (aprendi com a cartilha) Cuidado com o ferro quente; Cuidado com acidentes domésticos, banheiro fechado; Testo água antes do banho; Protejo as tomadas

6.3.5. Direitos das crianças

As respostas obtidas na questão sobre a importância do assunto: Direitos das Crianças foram de 69 afirmativas em um universo de 72 questões respondidas (86,11%) conforme o encontrado na tabela nº 8.

Tabela 8: Importância do Assunto: Direitos das Crianças - Frequência -
Cartilha “Toda hora é hora de cuidar”
Projeto Janelas, São Paulo, 2006

Categorias	Frequência
Importante	69
Não sabe	3
Subtotal	72
Não responderam	17
Total	89

Os direitos das crianças apontados nas respostas obtidas foram categorizados e apresentam as frequências apresentadas no quadro de nº 30, a seguir:

***Quadro 30: Categorias – Direitos das crianças – citações Cartilha “Toda hora é hora de cuidar”
Projeto Janelas, São Paulo, 2006***

Categorias	Citações
Lazer	46
Educação	42
Amar e ser amado	27
Sem especificidade	22
Saúde	21
Registro	17
Alimentação	10

As categorias relativas aos Direitos criadas a partir dos discursos registrados são descritas no quadro de nº 31 o qual demonstra o entendimento dos cuidadores familiares a respeito dos direitos fundamentais das crianças:

***Quadro 31: Categorias – Direitos das crianças Cartilha “Toda hora é hora de cuidar”
Projeto Janelas, São Paulo, 2006***

Categorias	Palavras/ frases
Lazer	Lazer; Brincar; Andar de bicicleta; Se divertir; Esportes; Cultura.
Educação	Estudar; Educação.
Amar e ser amado	Direito à convivência; Ter uma família; estar junto da família; Respeito e liberdade; Ouvir o que ela tem a falar; Ter uma roupa; Ter direitos para ter a sua dignidade, ser uma pessoa honesta, ser um cidadão;

Quadro 31 (cont.): Categorias – Direitos das crianças - Cartilha “Toda hora é hora de cuidar” Projeto Janelas, São Paulo, 2006

Categorias	Palavras/ frases
Sem especificidade	Tem todos os direitos; tem direito a tudo; todos os direitos; De tudo um pouco; Todos, sem exceção. Outros direitos
Saúde	Saúde
Registro	Registro
Alimentação	Alimentar; Comer coisas boas

E por fim ao analisarmos o interesse pelos temas em conjunto obtemos os resultados dispostos na tabela de nº 9:

Tabela 9: Proporção da Importância dos Temas discutidos por total de questionários aplicados e de questionários respondidos. Cartilha “Toda hora é hora de cuidar” Projeto Janelas, São Paulo, 2006

Temas Discutidos	% questionários total	% respondidos
Proteger e Cuidar	80%	86,9%
Outras Instituições	78%	82,4 %
Aprendizado, Alimentação e Higiene	75%	84,5%
Criança doente e Prevenção de Acidentes	55,6%	80,7%
Direitos das Crianças	77%	86,1%

Observa-se nesta tabela uma menor valoração do tema “Criança doente e prevenção de acidentes”, sendo que na análise anterior relativa ao discurso dos cuidadores acerca deste tema, observou-se uma grande quantidade de citações relativas aos cuidados prestados pelas mães no caso de necessidade e na vigilância cotidiana. O assunto “Proteger e cuidar” foi o mais valorizado nas respostas obtidas.

7. Conclusões

Da caracterização dos cuidadores entrevistados pode-se afirmar que a análise destaca uma amostra da clientela assistida pelo Programa de Saúde da Família do município de São Paulo, composta majoritariamente de mães das crianças, com concentração geográfica nas regiões mais periféricas da Regional Sul e distribuídas também pelas Regionais Leste, Centro Oeste e Norte, em menor proporção.

São mulheres de famílias em sua maioria nucleadas, com composição tradicional de mãe, pai e filhos com parentes agregados vivendo no mesmo domicílio, condição bastante comum em bairros mais populares dos grandes centros urbanos, decorrente de processos migratórios, não tão intensos na atualidade como na década de 80, mas que no município de São Paulo ainda caracterizam um determinante do crescimento populacional (Cunha, 1997). A alta fixação em domicílio próprio foi constatada durante as entrevistas. As residências em sua maioria possuem estrutura sanitária mínima para proporcionar saúde e qualidade de vida, como água encanada e tratada, vaso sanitário com descarga na residência e sistema de coleta de esgoto. Bens de consumo e acesso à comunicação como rádio e televisão também estão presentes nas residências das famílias entrevistadas.

Mesmo com um bom índice de alfabetização (94,2%) entre as entrevistadas a sua escolaridade média se localiza no ensino fundamental incompleto (54,7%), o que pode refletir a condição de hiato de gênero, historicamente determinado no Brasil, que caracteriza uma menor escolaridade entre o sexo feminino por dificuldades de acesso tanto econômico quanto culturais aos outros níveis de escolaridade como o ensino médio e o superior (Beltrão, Alves, 2004).

Da análise relativa ao acesso à cartilha e seus conteúdos conforme proposta inicial do Projeto “Nossa Crianças: Janelas de Oportunidades” concluiu-se que 78% das famílias entrevistadas tiveram acesso às

informações da cartilha conforme proposto, através de entrega e discussão dos conteúdos pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em visita domiciliária, passando a ser o ACS desta forma o elemento de maior ligação com a Unidade de Saúde após a entrega e discussão do instrumento educativo. Do total, 74% dos cuidadores ainda possuem a cartilha e 67% deles afirmam que a cartilha serviu de oportunidade de estreitar relações com a equipe de saúde e de melhorar o interesse pelos assuntos trabalhados pela Cartilha.

Ao avaliarem a apresentação estética da Cartilha, os cuidadores afirmam em 282 citações que esta, em sua forma, se apresenta nas categorias de ótimo e bom, relativamente às ilustrações, ao tamanho da cartilha, formato e tamanho das letras e quantidade de páginas, o que demonstra uma aceitação positiva deste aspecto. Em relação ao interesse e entendimento dos assuntos discutidos de forma geral, 67% relatam interesse positivamente e, em relação ao entendimento a parcela de entrevistados com compreensão positiva diminui para 62%, mantendo uma boa proporção em relação ao total da amostra. Ao excluirmos a porcentagem de cuidadores que não responderam esta questão (30% para interesse e 32% para compreensão) obtemos uma proporção maior – 97,66% de interessados pelos assuntos e um entendimento dos temas de aproximadamente 94% dos cuidadores, o que aponta para uma avaliação positiva a respeito da aceitação da Cartilha e do atendimento de sua proposta, a de promover a discussão e o empowerment através do entendimento dos conteúdos trabalhados no processo educativo.

Já na análise por temas específicos apresentados na Cartilha e discutidos pelos ACS com os cuidadores entrevistados, as respostas obtidas também apontam para uma aceitação positiva deste instrumento. Quantitativamente, os cuidadores descrevem estes temas como importantes em uma variação de 55,6% a 80% em relação ao total da amostra de entrevistados, e em uma análise proporcional às respostas obtidas esta variação se situa nos percentuais de 84,5 a 86,9 dos relatos.

Assuntos como os temas Proteger e Cuidar e os Direitos das Crianças são apontados como os mais importantes pelos cuidadores. Na análise qualitativa dos discursos o ato de proteger e cuidar aparece tanto como ações concretas quanto a proteção afetiva da criança e a descrição dos direitos das crianças correspondem aos que foram apresentados e discutidos pela Cartilha, como exemplo o direito ao registro civil e a criança enquanto cidadã.

O tema sobre os cuidados com a criança doente e a prevenção de acidentes foi o menos freqüente numericamente em importância do assunto (55,6% e 80,7%), o que pode sugerir um conhecimento prévio, por parte dos cuidadores como justificado em algumas respostas negativas obtidas durante a entrevista, onde foram questionados sobre a aproximação com os profissionais proporcionada pela Cartilha (não estreitaram relações porque: conhece o conteúdo de cor; tem experiência; sempre cuidou bem dos filhos; sempre olhou em revistas; já sabia de tudo; esclarece dúvidas no convênio; sempre pergunta para a cunhada).

Ainda dentro deste tema o assunto relativo à prevenção de acidentes foi citado entre aqueles em que os cuidadores mais discutiram com os profissionais da equipe de PSF e foi solicitado como sugestão o desdobramento de seu conteúdo, como os temas dos primeiros socorros e outros problemas de saúde.

No discurso das respostas obtidas neste tema percebem-se atitudes relativas ao cuidado prático de intervenção nos problemas instalados (leva ao médico quando doente, medica com medicamentos e remédios caseiros) e ações de cuidados preventivos (leva ao médico regularmente, evita que adoença) e de caráter afetivo (cuida com mimo, fica preocupada), sendo que o aspecto do cuidado enquanto relação humana é destaque na cartilha através da história do “Nó do afeto”, a qual também foi citada enquanto foco de interesse e de satisfação por parte dos cuidadores.

Os outros temas também são apontados como relevantes e os discursos relativos a cada um deles demonstram uma preocupação e atuação com os cuidados básicos para o desenvolvimento saudável das crianças, assuntos tidos como de senso comum, mas reforçados e relembrados nas discussões realizadas e disponibilizados para a família em forma de instrumento educativo que utiliza uma abordagem pedagógica diferenciada do que tradicionalmente se pratica na Educação em Saúde, unilateral, onde o conhecimento pertence unicamente aos técnicos da saúde.

Ao se analisar o conjunto de relatos dos cuidadores sobre a importância do cuidar e as ações por eles desenvolvidas no cotidiano podemos inferir que a proposta de construção do conhecimento e empowerment da população através da oferta de um instrumento que aproxime profissionais previamente capacitados, tanto para os conhecimentos contidos na Cartilha quanto para o processo de relacionamento entre quem aprende e quem ensina, e que disponibilize informações essenciais e básicas que subsidiem as diversas formas de cuidar foi atingida de forma bastante positiva.

Os resultados aqui demonstrados apontam para a evidência de efetividade da iniciativa de intervenção da “Cartilha: Toda Hora é Hora de Cuidar”, enquanto instrumento de Promoção à Saúde da Criança, efetividade aqui considerada enquanto sistema de valores.

Como evidência de efetividade esta análise aponta para a Cartilha enquanto um instrumento promotor de acesso ao serviço de saúde através do estreitamento das relações entre cuidador e profissionais de saúde, o que pode vir a ser elemento desencadeador de fortalecimento da participação da população nos processos de reorganização dos serviços, uma das cinco estratégias apontadas pela Carta de Ottawa, pois a proximidade dos usuários, mais despertos para suas necessidades em saúde e mais atentos

aos seus direitos de cidadania, pode facilitar o reconhecimento dos potenciais de atuação dos profissionais e dos recursos da unidade de saúde.

Na perspectiva de instrumento promotor de habilidades e potenciais da comunidade, família e indivíduos, pode – se concluir que os indícios de efetividade aparecem no relato da maioria dos cuidadores ao demonstrarem interesse e compreensão sobre os diversos assuntos abordados. Questões sobre direitos fundamentais que fazem parte das diretrizes apontadas por diversos documentos que orientam a promoção e a educação em saúde. Assuntos como a violência e a construção de relações saudáveis no entorno da família e da comunidade, apontados nas respostas sob o discurso da segurança, aparecem como elemento de interesse, sendo que a Paz é um pressuposto fundamental para a saúde defendido pela OMS. Questões de afetividade e cuidado protetor são bem valorizadas pelos cuidadores entrevistados, sendo que este cuidado ao ser transposto para todos os seres vivos, constitui – se em base da teoria da necessidade de cuidados e princípios éticos, com minorias étnicas, com mulheres e meninas, com crianças e com o meio ambiente, enquanto única forma de manutenção da vida planetária proposta pela “*Carta da Terra*”, documento em fase de aprovação na Organização das Nações Unidas (ONU) enquanto diretriz de direitos fundamentais da vida e do meio ambiente.

A integração da comunidade na perspectiva de reforço da ação comunitária e da construção da rede social aparece enquanto evidência nas respostas que valorizam a importância das organizações e recursos disponíveis, onde a rede de ajuda aparece na relação com outros familiares, com instituições não governamentais, projetos comunitários, instituições religiosas e na solidariedade com pessoas de menor disponibilidade de recursos. A importância relatada da rede de instituições governamentais como creches, escolas e unidades de saúde evidenciam uma consciência sobre a importância da participação do governo com as políticas públicas sociais para a promoção da vida saudável.

Iniciativas de construção de um instrumento facilitador do processo de aprendizado que busque a promoção da saúde através do “empowerment” das comunidades assistidas, como as do Projeto “Nossa Crianças: Janelas de Oportunidades” devem ser incentivadas e incorporadas rotineiramente pelas equipes dos serviços de Atenção Básica. Unidades do Programa de Saúde da Família enquanto serviços de maior proximidade com a comunidade e que representam a possibilidade de reorientação do modelo de assistência devem ser considerados como locais privilegiados para o desenvolvimento e orientação de novas práticas em Educação para a Promoção da Saúde e da Cidadania.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

+

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves Sobrinho EJ, Chiesa AM, Sousa MF PSF: um sonho possível na cidade de São Paulo. In: Sousa MF, organizadora. Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: HUCITEC; 2002. p.37-44.

Andrade, AS , Santos, DN, Bastos, AC *et al.* Family environment and child's cognitive development: an epidemiological approach. *Rev. Saúde Pública.* 2005, vol.39, no.4, p.606-611

Becker, d at all. Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 9(3), 655-667, 2004.

Beltrão, KI; Alves, JED. *A Reversão do Hiato de Gênero na Educação Brasileira no Século XX* Trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Caxambú- MG – Brasil, Setembro de 2004.

Boff, L. Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra, p. 92. Rio de Janeiro: Vozes 1999.

Buss, PM, Promoção da saúde e qualidade de vida, *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), 163-173, 2000.

Campos, GW, Barros, RB; Castro, AM. Evaluation of national policy of health promotion. *Ciênc. saúde coletiva*, July/Sept. 2004, vol.9, no.3, p.745-749.

Carvalho, A., Carvalho, G.S. Eixos de valores em promoção da saúde e educação para a saúde Escola Superior de Enfermagem de Vila Real - UTAD; LIBEC-CIFPEC, UM, 2005. disponível em:

https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4647/1/Eixos+valores_Ed+%26+promocao+saude.pdf

Chiesa AM A Promoção da Saúde como eixo estruturante do Programa de Saúde da Família. In: I Seminário Estadual O Enfermeiro no Programa de Saúde da Família; 2000; São Paulo. Texto de apoio do Evento/Conferência. 2000. p. 1 - 7.

Chiesa AM, Westphal MF,.Kashiwagi NM. Geoprocessamento e a promoção da saúde: desigualdades sociais e ambientais em São Paulo. *Rev. Saúde Pública*, 2002; 36 (5): 559-67

Chiesa AM, Batista KBC. Desafios da implantação do Programa Saúde da Família em uma grande cidade: reflexões acerca da experiência de São Paulo. O mundo da Saúde, 2003

Chiesa AM. A Promoção da Saúde como eixo estruturante do trabalho de enfermagem no Programa Saúde da Família. Rev. Nursing 2003; 64(6): 40-6.

Costa, M, López, E. Educación para la salud, Madrid, Pirámide, 1996,p 25-58

Cunha, J. M. P. *A mobilidade intra-regional no contexto das mudanças no padrão migratório nacional: o caso da Região Metropolitana de São Paulo*. In: Anais do 7 Encontro Nacional da ANPUR, v.1, p. 21-41, 1997.

FrancoT, Merhy EE PSF : contradições e novos desafios. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns> (1999).

Ghiraldelli Jr, P. A teoria educacional no Ocidente: entre modernidade e pós-modernidade. São Paulo Perspectiva, abr./jun. 2000, vol.14, no.2, p.32-36.

IBGE – Produto Interno Bruto – 1999 – 2002 – Contas Nacionais 14, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro, 2005

Molina H.; Bedregal P. & Margozzini P. Revisión sistemática sobre eficacia de intervenciones para el desarrollo biosicosocial de la niñez. Santiago de Chile, Ediciones Terra Mía; 2002.

Moser C, Gatehouse M, Garcia H. Guía Metodológica para la investigación de la pobreza urbana. Módulo I: Encuesta de hogares de una comunidad urbana. Urban Management Programme. Washington D.C.1996.

Ministério da Saúde, Política Nacional de Promoção da Saúde, Documento Preliminar, Brasília,2005.

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde - Lalonde. 1974, Promoção à Saúde – Relatório da 128ª Reunião do Comitê Executivo. Washington D.C, E.U.A, 25 – 29 junho, 2001

OPAS – Declaração de Alma-Ata - *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978 Documentos que Norteiam a Promoção da Saúde. Disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm?idcarta=14>, 2005

OPAS – Carta de Ottawa – *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*, Ottawa, Canadá, novembro de 1986 - Documentos que Norteiam a Promoção da Saúde. Disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm?idcarta=15>, 2005

OPAS – Declaração de Santafé de Bogotá - *Conferência Internacional de Promoção da Saúde*, Santafé de Bogotá, Colômbia, 9-12 de novembro de 1992. Documentos que Norteiam a Promoção da Saúde. Disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm?idcarta=18>, 2005

Petrini J C, Alcântara M A. Família. Coleção Vencendo a Desnutrição, Abordagem Social. p26 -28, Editora Salus Paulista, SP, 2002, disponível em: [http://www.desnutricao.org.br/manuais/Social.pdf\(2006\)](http://www.desnutricao.org.br/manuais/Social.pdf(2006))

Pilon, A F., Notícias Literárias *Rev. Saúde Pública*, vol.31, no.1, p.105-106. , São Paulo, 1997

Rice, M; Candeias, N.M.F.. Padrões mínimos da prática da educação em saúde – Um projeto pioneiro. *Revista de Saúde Pública*, 23; 247-53, São Paulo, 1989.

Sâmara,H - As janelas de oportunidade e o papel da Educação Infantil no século XXI. <http://www.escolamobile.com.br/artigos/janelas.htm> (2006)

Sanicola. Redes Sociales y menores en riesgo. Buenos Aires: Lumen-Humanitas. 1996.

Salazar, L, Grajales, CD.. La evaluación-sistematización: una propuesta metodológica para la evaluación en promoción de la salud. Un estudio de caso en Cali, Colombia. *Ciência e saúde coletiva*, jul./set. vol.9, no.3, p.545-555. 2004

SEMPLA – Município em Dados – Secretaria Municipal de Planejamento – Prefeitura Municipal de São Paulo, 2006. Disponível em: http://www9.prefeitura.sp.gov.br/sempla/md/index.php?texto=introducao&ordem_te ma=3&ordem_subtema=7

SESAB (Secretaria de Saúde do Estado da Bahia), Atenção à Saúde da Família no Estado da Bahia. Salvador: Sesab: Grupo de Trabalho Modelo Assistencial (documento interno),1996.

Scabini E. Ciclo de Vida Familiar e ciclo de saúde familiar. In: A Família e o crescimento do Indivíduo: ciclo de vida e dimensão familiar. São Paulo. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. SALUS. AVSI; 1990.

Shore R. Repensando o cérebro: novas visões sobre o desenvolvimento inicial do cérebro. Trad. Iara Regina Brasil. Porto Alegre: Mercado Aberto; 2000.

Souza HM Programa de Saúde da Família no Contexto do Sistema Único de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção Básica. I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família. Brasília, 1999.

Teixeira, MB. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002. 105 p.

Tondeur, CFES, L'éducation pour la santé, une efficacité sous conditions, *Actualité et dossier en santé publique*, 16 ,p 26,1996

TONES, K. Health promotion, empowerment and action competence. In: Jensen, B.B. & Schnack, K. *Action and action competence as key concepts in critical pedagogy. Didaktiske studier*. Royal Danish School of Educational Studies, 1994. p. 163-83. (Studies in Educational Theory and Curriculum, vol. 12)

Trad, LAB, Bastos, ACS, O impacto sócio cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(2) 429-435, 1998.

UNICEF - Relatório da Situação Mundial da Infância 2001 – Destaques nº 7 .
Respeitando os direitos da criança Indiana. <http://www.unicef.org/brazil/sowc2001/>

UNICEF - Relatório da Situação Mundial da Infância 2001 – Destaques nº 1 .
Desenvolvimento cerebral na primeira infância: Uma explosão de criatividade.
<http://www.unicef.org/brazil/sowc2001/>

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

UNICEF. Anos 90, a década do cérebro. In: Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Saúde da Família. 2002. p. 13-9.

Vasconcelos, E. M. Educação popular nos serviços de saúde. São Paulo: HUCITEC, 1989.

Vasconcelos, E. M. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: HUCITEC, 1999.

Veríssimo MLOR. O desenvolvimento infantil e o cuidado da criança pela família. In: Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Saúde da Família. 2002. p. 31-6.

Wallerstein, N. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. Am J Health Promot 1992; 6:197-205.

WHO, Strategic Directions for Improving the Health and Development of Children and Adolescents Disponível em: <http://www.who.org> (2003)

ANEXOS

.ANEXO 1

**Pesquisa sobre a Cartilha *Toda hora é hora de cuidar* –
subprojeto 1 - avaliação pelas famílias atendidas**

Bloco A – Identificação da Família

Bloco B - Nível Sócio Econômico

Bloco C – Avaliação da Cartilha

BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA			
1. Número do questionário			
2. Município de São Paulo - Coordenadoria de Saúde de			
1. Número da área e da micro área			
4. Número do prontuário da família			
5. Endereço do domicílio			
6. Composição familiar			
Nome	Sexo	Idade	Relação de parentesco com o(a) entrevistado(a) / principal cuidador
	Masculino 1 Feminino 2	__ __ anos e __ __ meses	
	Masculino 1 Feminino 2	__ __ anos e __ __ meses	
	Masculino 1 Feminino 2	__ __ anos e __ __ meses	
	Masculino 1 Feminino 2	__ __ anos e __ __ meses	
	Masculino 1 Feminino 2	__ __ anos e __ __ meses	
	Masculino 1 Feminino 2	__ __ anos e __ __ meses	
	Masculino 1 Feminino 2	__ __ anos e __ __ meses	
	Masculino 1 Feminino 2	__ __ anos e __ __ meses	
	Masculino 1 Feminino 2	__ __ anos e __ __ meses	
	Masculino 1 Feminino 2	__ __ anos e __ __ meses	
	Masculino 1 Feminino 2	__ __ anos e __ __ meses	
7. Há quanto tempo vocês moram nesta casa?			
__ anos __ meses			

BLOCO B - NÍVEL SOCIOECONÔMICO					
8. Você sabe ler e escrever ?					
<div>Sim 1</div> <div>Não 2</div>					
9. Até que série você estudou na escola ?					
<div>___ não estudou</div> <div>___ série ___ grau</div>					
10. De onde vem a água da casa que é usada para beber?					
<div>SE FOR DA REDE PÚBLICA ➔ 12</div> <div> <div>Rede pública 1</div> <div>Chafariz 2</div> <div>Poço 3</div> <div>Outro _____</div> <div>Ignorado 9</div> </div>					
11. SE NÃO FOR DA REDE PÚBLICA: A água é fervida antes de beber ?					
<div>Sim 1</div> <div>Não 2</div> <div>Ignorado 9</div>					
12. Como é a privada da casa ?					
<div>Sanitário com descarga 1</div> <div>SE NÃO TEM SANITÁRIO ➔ 14</div> <div> <div>Sanitário sem descarga 2</div> <div>Casinha/ fossa negra 3</div> <div>Não tem 4</div> <div>Ignorado 9</div> </div>					
13. SE TEM SANITÁRIO: O esgoto da privada está ligado a:					
<div>Rede de esgoto 1</div> <div>Fossa séptica 2</div> <div>Fossa rudimentar 3</div> <div>Outro _____</div> <div>Ignorado 9</div>					
14. Na sua casa tem energia elétrica ?					
<div>Sim 1</div> <div>Não 2</div> <div>Ignorado 9</div>					
15. Sua casa/apartamento é:					
<div>Própria 1</div> <div>Alugada 2</div> <div>Cedida 3</div>					
16. Na sua casa tem:		Sim, funciona	Sim, não funciona	Não	IGN
Rádio		1	2	3	9
Televisão		1	2	3	9

BLOCO C – AVALIAÇÃO DA CARTILHA	
17. Você tem a cartilha <i>Toda hora é hora de cuidar?</i> <i>Sim 1</i>	<i>Não 2</i>
18. Há quanto tempo você tem a cartilha? SE NÃO TEM → 31	__ __ <i>meses</i>
19. De quem você recebeu a cartilha? <i>ACS em visita domiciliar1</i>	<i>Do</i> Do ACS na Unidade de Saúde 2 <i>Da(o) enfermeira(o) ou médico(a) em consulta 3</i> <i>Da(o) enfermeira(o) ou médico(a) em um grupo 4</i> <i>Outro _____</i>
20. Desde que você recebeu a cartilha, as oportunidades de conversa com os profissionais da Unidade sobre os cuidados da família com a saúde e o desenvolvimento da criança aumentaram?	Sim 1 <i>Não 2</i>
21. Se SIM: se essas conversas aumentaram, sobre quais assuntos você mais conversou? Com quem? E por que?	

22. Se NÃO: por que você acha que não aconteceram conversas sobre os cuidados da família com a saúde e o desenvolvimento da criança?

23. O que você achou da forma da cartilha?

- tamanho da cartilha:
- número de páginas:
- ilustrações:
- tamanho e tipo da letra:

24. O que você achou do conteúdo da cartilha?

- interesse pelos assuntos tratados:

- compreensão dos assuntos tratados:

25. Você tem alguma(s) sugestão(ões) para melhorar essa cartilha? Qual(is)?

Daqui para frente, você poderia avaliar cada um dos temas apresentados na cartilha?

26. Da página 4 a 9 a Cartilha discute os temas **Proteger e Cuidar**. Na sua opinião esse assunto é importante? Por que?

- Como você cuida da sua família

27. Da página 10 a 11 a Cartilha discute sobre **Outras pessoas e Instituições que ajudam a Família**. Na sua opinião esse assunto é importante? Por que?

- No seu caso onde você encontra/busca ajuda quando a Família precisa?

28. Da página 14 a 20 a Cartilha discute **Como devem ser os cuidados com o aprendizado das crianças bem com a alimentação e a higiene** para mantê-las saudáveis. Na sua opinião esse assunto é importante? Por que?

- Como você cuida do aprendizado da(s) criança(s)?
- Como você cuida da alimentação e da higiene da(s) criança(s)?

29. Da página 21 a 23 a Cartilha discute **Como cuidar da criança quando esta doente e o que fazer para evitar que ela se machuque**. Na sua opinião esses assuntos são importantes? Por que?

- Como você cuida da sua criança(s) quando ela fica doente (febre, diarreia, etc)?
- O que você faz para evitar com que a criança se machuque?

30. Da página 24 a 26 a Cartilha discute os **Direitos das crianças**. Na sua opinião esse assunto é importante? Por que?

- Quais os Direitos fundamentais das crianças você põe em prática?

31. Por que você não tem a cartilha?

Não recebeu 1

Recebeu mas perdeu 2

Recebeu mas não sabe onde guardou 3

Recebeu mas a criança rasgou 4

Outro _____

32. Mesmo sem a sua cartilha, você se sente em condições de responder às perguntas de número 23, 24 e 25? (apresentar os assuntos dessas questões e preenchê-las se for o caso)

Saiba que você nos ajudou muito, nesta tarefa de aperfeiçoar o nosso trabalho.

Muito obrigado!

Nome do(a) Entrevistador(a):

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

ANEXO 2

CONVITE - CONSENTIMENTO

Eu, Monica Lilia Vigna Silva Grippo, aluna de mestrado da Escola de Enfermagem da USP, estou desenvolvendo uma pesquisa sobre a utilização da cartilha *Toda hora é hora de cuidar*, sob orientação da Professora Dra. Lislaine Aparecida Fracoli. Este estudo vai se articular a outros que estão sendo realizadas com membros da equipe de saúde da família e com famílias envolvidas no projeto *Nossas crianças: janelas de oportunidades*.

Para esta pesquisa, sorteamos algumas famílias que receberam a cartilha e você foi uma das sorteados. 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.

Caso tenha alguma outra dúvida, também poderão entrar em contato.

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

Mônica Lilia Vigna Silva Grippo
tel: (19)32295937 (19)96313772
e-mail: nuitbry@yahoo.com.br