

CONHECIMENTO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE ACERCA DO CARTÃO DA CRIANÇA

KNOWLEDGE OF AGENT COMMUNITY HEALTH CARD ABOUT CHILD

Cleudomar Ignacio da Mota¹
Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa²
Ocilma Barros de Quental³
Margarida Maria Lima Rolim de Oliveira⁴
Wilkslam Alves de Araújo⁵
Geane Silva Oliveira⁶

RESUMO: Objetivo: avaliar o conhecimento do Agente Comunitário de Saúde a cerca do cartão da criança, com ênfase no peso corporal. **Método:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória com abordagem qualitativa dos dados, discorrida durante o mês de abril de 2013. A população foi composta de 143 quais destes apenas 28 dos participantes se incluírem nos critérios de incluso deste estudo. Foi utilizado um questionário com 06 questões subjetivas e objetivas com análise dos dados a luz do Discurso do Sujeito Coletivo, considerando à resolução 466/12 que dispõe sob pesquisa envolvendo seres humanos. **Resultados:** Contudo os objetivos foram atingidos, concluindo-se que 100% dos participantes têm um conhecimento insatisfatório frente o preenchimento do Cartão da Criança e a respeito do calendário de vacinas proposto pelo PNI. **Conclusão:** Sendo assim, esperamos contribuir na melhoria do trabalho destes profissionais e enriquecer e qualificar a assistência prestada pelos mesmos.

Descritores: Agente Comunitário de Saúde. Conhecimento. Estratégia Saúde da Família.

¹ Enfermeiro pela FSM-PB.

² Enfermeira. Docente FSM-PB. Mestre em Enfermagem pela UFPB. Doutoranda em Ciências da Saúde pela FMABC-Paulista.

³ Enfermeira. Docente FSM-PB. Mestre em Ciências da Saúde pela FMABC-Paulista.

⁴ Enfermeira. Especialista em obstetrícia, Saúde coletiva e Saúde da Família. Professora supervisora FSM - PB.

⁵ Graduando de Bacharelado em Enfermagem na FSM-PB.

⁶ Enfermeira. Docente FSM-PB. Especialista em Unidade Terapia Intensiva.

Objective: To assess the knowledge of Community Health Agent about the child health card, with an emphasis on body weight. **Method:** This is a descriptive, exploratory qualitative research data, discorrída during the month of April 2013 the population was composed of 143 of which only 28 of these participants are included in the criteria for this study included. A questionnaire with 06 questions with subjective and objective data analysis the light of the Collective Subject Discourse, considering the resolution 196/96 provides that in research involving human subjects was used. **Results:** However the objectives were achieved, concluding that 100% of participants have a poor knowledge towards filling the card and the Child about the vaccine schedule proposed by PNI. **Conclusion:** Therefore, we hope to contribute in improving the work of these professionals and enrich and qualify the assistance provided by them.

Keywords: Community Health Agent. Knowledge. Family Health Strategy

INTRODUÇÃO

Em 1948 foi criado o dispositivo de amparo à infância e adolescência, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, no qual a criança começou a ter seus direitos. Em 1959 foi reconhecida a Declaração dos Direitos da Criança pela Organização das Nações Unidas (ONU). Sob esta nova óptica, surgiu algumas políticas de atenção a criança como o de Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância, e sobre tudo o serviço de puericultura que consiste no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança sadia de 0 a 5 anos de idade (OLIVEIRA, 2006).

Sabe-se que o serviço de puericultura efetiva-se pelo acompanhamento periódico e sistemático das crianças, para avaliação do crescimento e desenvolvimento, vacinação, orientações às mães sobre a prevenção de acidentes, aleitamento materno, higiene individual e ambiental e, também, pela identificação precoce dos agravos, com vista à intervenção efetiva e apropriada. Para isto, pressupõe a atuação de toda equipe de atenção à criança, de forma intercalada ou conjunta, possibilitando a ampliação na oferta dessa atenção, pela consulta de enfermagem, consulta médica e grupos educativos. Contudo, o serviço de puericultura deve ser realizado na atenção primária e composto por uma equipe multidisciplinar (CAMPOS *et al.*, 2010).

Com esta nova proposta de atenção vem-se a necessidade de criar um instrumento para o acompanhamento periódico e mensal, que é a Caderneta de Saúde da Criança (CSC), implantada pelo Ministério da Saúde no ano de 2005. Ela incorpora o registro dos mais significativos eventos para a saúde infantil, além do cartão de vacina, comporta o registro da história obstétrica e neonatal; indicadores de crescimento e desenvolvimento; aspectos importantes da alimentação, como aleitamento materno, uso de sulfato ferroso e vitamina A; dados sobre a saúde bucal, auditiva e visual - além de intercorrências clínicas e orientações para a promoção da saúde e para a prevenção de agravos, como acidentes e violência

doméstica (GOULARTL *et al.*, 2008).

No entanto, foi perceptível a fragilidade existente na articulação da equipe de saúde frente à atenção a saúde da criança. Durante a realização das minhas atividades laborais pude verificar que a puericultura se restringe apenas a realização das medidas antropométricas executadas pelos Agentes Comunitários da Saúde (ACS). Além disso, observando a caderneta da criança, foi notório o erro encontrado nos registros desenvolvidos por essa categoria profissional, bem como a dificuldade de alguns na hora da execução destas medidas.

Observando as fragilidades encontradas buscamos atender as seguintes questões: Qual o conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde frente ao preenchimento da Caderneta da Criança? Quais são as principais dificuldades encontradas por essa categoria profissional na execução dos seus registros na caderneta da criança e no decorrer da avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança?

Tal problemática teve seu contexto baseado na experiência vivenciada enquanto ACS ao decorrer de alguns anos, sendo possível diferenciar a assistência prestada com o que a política vigente preconiza. Portanto espera-se que esse estudo possa favorecer as equipes de saúde para que os mesmos repensem seu processo de trabalho individual e coletivo para que promovam uma assistência holística e integral a Saúde da Criança. Além disso, conscientizar os gestores, para que enfoquem a importância do desenvolvimento e crescimento da criança no município. Vale ressaltar que além da relevância social para a comunidade adstrita, ainda é possível que o presente estudo sirva como base de pesquisa para outros trabalhos de teor equiparado.

Sendo assim espera-se que este estudo possa vir sensibilizar a todos os profissionais ACS da atenção primária que desenvolvem seu trabalho no serviço de atenção à saúde da criança, visando melhorar o serviço de puericultura e atender suas necessidades promovendo a prevenção de doenças ou até mesmo identificando as que possivelmente já existam.

E ainda, sabendo que o processo de trabalho na área de saúde reúne um conjunto de atividades programadas e normatizadas, que se realizam à base de cooperação e, acima de tudo, em um cenário dinâmico e instável (LUNARDI *et al.*,

2010), o presente trabalho não se encerra por si só, servindo assim como subsídio temporário para benefício social pelo conhecimento de suas particularidades. Diante do exposto, o estudo tem como objetivo avaliar o conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o Cartão da Criança, com ênfase no peso corporal.

MÉTODO

Estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, realizado na Estratégia Saúde da Família do município de Cajazeiras - PB; sendo estas compostas por 03 USF na zona rural e 13 urbanas. É um município que encontra-se localizado no Alto Sertão da Paraíba. Nas Unidades de Saúde da Família funciona o programa de Agentes Comunitários de Saúde, que atua no acompanhamento da criança até o idoso. O município hoje conta com o número de 143 ACS que trabalham 40 horas semanais.

A população foi composta por todos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), deste Município, correspondente ao quantitativo de 143 componentes, abrangendo zona urbana e rural.

Para compor a amostra empregamos o percentil 100% da população acima descrito, bem como seguimos os critérios de inclusão e exclusão. Foram excluídos da amostra os que estavam de férias com um total de 15 pessoas, afastamento por motivo de saúde no valor de 05 profissionais, e os que não aceitaram participar da pesquisa e não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no total de 95. Nos critérios de inclusão levamos em consideração os que estavam de férias, afastados por motivo de saúde e os aceitaram participar da pesquisa. Sendo assim, a amostra fez um total de 28 participantes.

A coleta de dados aconteceu em abril de 2013, por meio de um questionário semi-estruturado com questões objetivas referentes aos dados de identificação dos participantes da pesquisa e questões subjetivas com informações relacionadas aos objetivos deste estudo.

Os dados de caracterização da amostra partiram organizados e apresentados em forma de tabelas. Já para os dados qualitativos referentes à temática, o material foi analisado à luz da técnica de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) segundo Lefèvre, Lefèvre (2005) é um discurso avaliado caso - síntese lavrado na primeira pessoa do singular e composto por: expressões chaves que são pedaços, trechos ou transições literais; é a idéia central que expõe e delinea da maneira mais sintética, concisa e autêntica possível, o sentido de cada discurso analisado e a ancoragem que é a manifestação lingüística explícita de uma teoria, ou ideologia ou crença que o autor do discurso professa, quando o pesquisador “emodula” a uma situação peculiar. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, nº 229.706.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Constatou-se que 93% da amostra analisada é do sexo feminino enquanto ACS deste município, desta forma, apenas 7% pertence ao sexo masculino. No que diz respeito ao quesito faixa etária dos entrevistados, predomina-se o público de meia idade, encontrando-se na faixa etária de 40 a 45 anos de idade, com predominância de 25%, e de 35 a 40 anos, ficando com 18% em seu percentil.

Quadro 01: Referente ao gráfico peso X idade de crianças de 0 a 2 anos de idade.

PESO/IDADE	SEQÜÊNCIA DAS CORES	%
01 peso ideal- verde	(1) verde	25
02 muito abaixo do peso ideal-vermelho	(4) amarelo	25
03 acima do peso ideal- laranja	(3) laranja	25
04 abaixo do peso ideal-amarelo	(2) vermelho	25

O quadro acima refere-se ao que o ACS sabe dentro dos seus conhecimentos a respeito onde devem ser anotados os pesos das crianças nas cores ofertadas no

cartão de saúde da criança e saber identificar quando esta estiver com o peso ideal, acima do peso ou abaixo do peso.

De acordo com a amostra, os participantes da pesquisa em 25% afirmaram que as crianças quando estão com o peso ideal à cor é verde; 25% pronunciam que o peso está abaixo do ideal é amarela; 25% da amostra asseguram que o peso está acima do ideal, anotando os valores averiguados na cor laranja, e os demais 25% garantem que quando a criança encontra-se muito abaixo do seu peso ideal é a cor vermelha.

Sabe-se que o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) tem como proposta, além da organização dos serviços, a organização de um processo de abordagem que envolve toda uma rede de instituições e serviços de forma a obter impacto epidemiológico sobre determinadas circunstâncias do processo de viver da criança. É uma proposta que exige que profissionais, equipe, instituição e unidades de saúde se organizem como um todo, implicando na atuação multi, inter e transdisciplinar. Trata-se, portanto, de um fazer/pensar integrado de todo o serviço e de toda a equipe e não da tarefa de um profissional ou de uma categoria isoladamente. O sentido da integralidade do cuidado é muito mais que um procedimento, uma ação, uma conduta terapêutica/assistencial realizada por um profissional de saúde (SOUSA; ERDMAM, 2012).

Sendo assim, a abordagem na saúde se constitui em espaço de intervenção de sujeitos que podem exercer o seu trabalho conforme seus modos de compreender e imputar sentidos ao seu fazer, ao seu agir, pois, em um sistema de saúde os profissionais produzem estilos diferentes de cuidado e de cuidar que também são percebidos de distintas maneiras por quem é cuidado. Portanto, os modos de cuidar e de produzir cuidados vão se delineando e sendo perceptível por quem produz e por quem os recebe.

Quadro 1.1: Idéia Central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à condutas do ACS quando a criança está com peso ideal para sua idade.

IC1	DSC1
Orientar e parabenizar	<i>Orientamos e parabenizamos pelo peso ideal e solicitamos que continuem com a alimentação saudável para o seu bebê, para que ele possa crescer e se desenvolver de forma saudável e o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, manter acompanhamento de peso e idade, cuidados com a higiene e nunca deixar que a vacinação se atrase. Quando a criança está dentro dos padrões do peso ideal isto é um bom sinal, então é feito um incentivo para que a mãe continue mantendo esse padrão dando uma alimentação saudável e adequada para sua criança.</i>

O quadro revela que os participantes do estudo estão coerentes naquilo que eles fazem no seu dia a dia junto a sua comunidade adjacente e a sua clientela infantil. Mesmo demonstrando que são desprovidos de muitos saberes científicos, apresenta um bom desempenho através das suas falas frente ao atendimento a criança. Sabendo disso afirmam a sentido da sua atuação enquanto parte da equipe de saúde, estimulando a sua freguesia quando parabeniza as mães quando estas conseguem manter os seus filhos com um peso ou altura ideal para a sua idade, como também, quando solicita das mesmas que continue cuidando dos seus filhos da forma como vem fazendo e que sempre busquem seguir os mesmos padrões, assegurando assim a saúde dos mesmos.

De acordo com as políticas de atenção a saúde da criança, podemos também citar a puericultura como forma de acompanhamento e identificação precoce para alguns agravos na infância. Para Ceará, (2002) a puericultura é uma área da pediatria que está voltada principalmente para a prevenção e promoção da saúde, no sentido de manter a criança saudável e garantindo o seu desenvolvimento de modo que atinja a vida adulta sem influências desfavoráveis e problemas provenientes da infância.

Vale salientar que a puericultura deve ser realizada e acompanhada por todos os profissionais das USF, no entanto, é um atendimento globalizado buscando ver todas as necessidades da criança, com o intuito de identificar precocemente os agravos de saúde.

É notória que a base deste programa está sendo interpretada erroneamente ou simplesmente desconhecida pela equipe de saúde que atua no serviço de puericultura, a criança não está sendo vista como um ser inteligente de uma família e comunidade. Para que seja realizada uma consulta eficaz à criança é necessário que desenvolva atividades voltadas para o acompanhamento e avaliação integral da criança, desenvolvendo as ações que são preconizadas pelo MS.

Quadro 1.2: Idéia Central e Discurso do Sujeito Coletivo referente a condutas do ACS quando a criança está muito abaixo do peso ideal para sua idade.

IC	DSC
Encaminhar e orientar	<i>Nesse caso, cabe a nós ACS orientar, encaminhar essa criança para a USF. Para consulta com o pediatra, nutricionista, orientar quanto à amamentação (se tiver nesta fase), participar da pastoral da criança, manter acompanhamento do gráfico peso X idade e crescimento e desenvolvimento mensal.</i>

Percebe-se através do DSC que os ACSs representados na amostra apresentam um consenso, quando falam na existência de uma intercorrência frente a assistência a criança, se apoderará do poder de convencimento para com a sua comunidade e orientar dentro das suas limitações e quando o problema é mais extenso encaminha para a sua USF onde lá é feita uma melhor avaliação da situação, posteriormente segue para a referencia ou para um especialista do assunto.

Conforme Marcondes *et al* (2003), explica que CD são fenômenos distintos em sua concepção fisiológica, paralelos em seu curso e integrados em seu significado; pode-se dizer que são dois fenômenos em um só. Crescimento significa divisão celular e conseqüentemente aumento de massa corpórea que pode ser identificado em “unidade de massa” ou em “tempo”. Já o desenvolvimento fundamenta-se no ganho de capacidade, não há “unidade de massa” envolvida, mas sim, de “tempo”.

De um modo geral, considera-se crescimento um processo dinâmico e contínuo que ocorre desde a concepção até o final da vida, expresso pelo aumento

do tamanho corporal. Constitui um dos melhores indicadores de saúde da criança, refletindo as suas condições de vida no passado e no presente.

Nesse sentido, torna-se indispensável para a adesão das famílias ao serviço de saúde, que os profissionais da equipe utilizem durante as orientações uma linguagem simples e compreensiva, detonado de respeito à cultura de cada um, expressando essencialmente por meio da linguagem cotidiana para que facilite o entendimento dos responsáveis pela criança sobre a melhor assistência prestada por eles seja na unidade de saúde ou intradomiciliar durante as visitas.

Sabe-se que é necessário o fortalecimento do vínculo do profissional de saúde com o indivíduo, família e comunidade, porque desta maneira faz com que a sua clientela participe mais assíduos na busca pelo os serviços de saúde disponíveis e mediante as suas necessidades vivenciadas. É de fundamental importância que a equipe de saúde cultive esta parceria da sua clientela visando melhorar a qualidade da sua assistência.

Quadro 1.3: Idéia Central e Discurso do Sujeito Coletivo referente a condutas do ACS quando a criança está acima do peso ideal para sua idade.

IC	DSC
Alimentação balanceada e saudável associada à atividade física	<i>Orientamos a mãe para dar a criança uma alimentação saudável, por conta da obesidade, que é comum nas crianças de hoje em dia, devido a alimentação tão calórica dos dias atuais e que ela procure o medico, nutricionista para tentar controlar o peso, já que 90 por cento dos casos de obesidade infantil é devido ao habito alimentar incorreto (muita fritura, conservas, chocolates, etc). Investigar as causas da obesidade se tiver idade ver atividade física, para que seu filho cresça livre de no futuro ter uma HA ou DIA e outros mais.</i>

Os sujeitos do estudo ressaltaram a importância de uma alimentação saudável e uma escuta qualificada na tentativa de identificar fatores que venha ampliar a probabilidade de problemas de saúde no futuro.

Segundo a OMS, o MS e a comunidade científica têm direcionado esforços para promover a alimentação saudável e adequada nos dois primeiros anos de vida, a exemplo da produção de guias alimentares para a criança com idade até 24 meses e da formulação da Estratégia Global para Lactentes e Crianças de Primeira

Infância, em 2005. Esses documentos reforçam a importância da amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida e a manutenção do aleitamento materno até os dois anos de idade, associado à introdução oportuna da alimentação complementar (PALMEIRA *et al*, 2011).

Segundo Schmitz (2005), a alimentação qualitativa e quantitativa da criança deve satisfazer as necessidades específicas ligada ao crescimento. Nos períodos de crescimento rápido, a falta de proteínas animais e a insuficiência de calorias são as carências mais prejudiciais para o organismo. Elas geram uma estagnação precoce da curva do peso. Mas a altura só é perturbada se a carência persiste.

Frente a esta problemática, muitos agravos de saúde pode estar vinculada aos hábitos alimentares ligadas a infância e que em virtude de um olhar holístico, buscando os mecanismos existentes, ou seja, enfatizando uma equipe multidisciplinar, é possível diminuir as chances dessas crianças desenvolverem algum tipo de intercorrência. Sabendo que o mais importantes é envolver o vínculo entre a o serviço de saúde e a comunidade.

Quadro 1.4: Idéia Central e Discurso do Sujeito Coletivo referente a condutas do ACS quando a criança está abaixo do peso ideal para sua idade.

IC	DSC
Orientações e Explicações	<i>Perguntar a mãe se a criança teve algum problema de saúde, chamar a atenção da mãe mostrando os indicadores do cartão, explicando as conseqüências acarretadas pelo baixo peso, faço orientações previstas na pastoral da criança e encaminhado ao nutricionista ou unidade de saúde.</i>

Diante do esboço acima mencionado, os partícipes do estudo coloca-se em sua fala que ao se deparar com uma criança abaixo do seu peso, pergunta a mãe/cuidador, quais intercorrências podem ter acontecido que proporcionou aquele evento, sendo que expõe a saúde infantil. Tal investigação é com o intuito de reverter aquele quadro.

Posteriormente explica a mãe ou cuidador o porquê da importância de manter o seu filho com o peso adequado diminuindo assim o risco de agravo infantil, como

também faz ressalva sobre quais agravos à mesma poderá apresentar-se se manter-se evoluindo de forma significativa.

O peso é um excelente indicador das condições de saúde e da nutrição da criança. Suas variáveis na infância são rápidas e importantes, pois as informações a partir de um percentil abaixo do normal é um indicativo de que algo está errado e que precisa ser corrigido (ANA *et al*, 2009).

O ACS por sua vez, desenvolve um papel fundamental dentro da equipe de saúde, realizando a busca dos mesmos e orientando e incentivando a buscarem os serviços de saúde o quanto antes, promovendo a prevenção e a promoção de saúde. Nesta conduta o mesmo faz vigilância da situação de desidratação e apreciação de sua gravidade, implementação de ações preventivas e educativas sanitárias buscando a participação dos pais e demonstrando a curva de peso, enfatizando a real situação de saúde da criança e as medidas a serem tomadas.

Nesta perspectiva o agente além de mobilizar a mãe/cuidador, ele aciona o serviço de saúde como também as parcerias existentes na sua comunidade ou município, como as pastorais que prestam serviço a atenção a criança com o intuito de prevenir a desnutrição ou o baixo peso.

Quadro 02: Idéias Centrais e Discurso do Sujeito Coletivo referente às dificuldades apontadas pelo ACS frente ao preenchimento do Cartão da Criança.

IC1	DSC1
Diversidade de cartões	<i>O que nos atrapalha é a variedade de modelos de cartão, alguns mais completos, outros só com os dados indispensáveis e outros totalmente incompletos. Além, disso, há limitações nos gráficos.</i>
IC2	DSC2
Dados inespecíficos	<i>A minha maior dificuldade é o preenchimento da altura X idade, no que se refere as cores, pois os cartões que utilizamos não apresenta as cores bem definidas entre as linhas.</i>
IC3	DSC3
Capacitação	<i>Falta de capacitação, pois temos algumas duvidas por conta de tanta vacina nova que surgem, o quadro de perímetro cefálico uma vez que nunca passamos por uma capacitação neste sentido.</i>

Mediante o quadro onde interroga os participantes da amostra sobre as dificuldades apontadas por eles sob o registro de anotações no cartão da criança, alguns mencionaram que existe hoje uma diversidade de caderneta de saúde da criança. Alguns oferecendo o mínimo de informações pertinentes a saúde e acompanhamento infantil, outros bem mais complexos capazes de deixá-los com dúvidas sem saber ao certo o que registrar e onde anotar.

Ressalta-se também a diversidade de cores que os mesmos possuem, uns com cores em destaques e outros que não dar nem para distinguir que cor é isso no que se refere ao quesito peso, perímetro cefálico e altura, despertando dúvidas entre a categoria. Lembra-se que isso acontece rotineiramente e os registros de anotações acabam sendo glosados em lugares inapropriados. Isso desperta a dificuldade de quem vai estar manuseando aquele instrumento de avaliação da criança.

Para melhor análise segundo o comentário de Bornstein; Stotz (2008), o trabalho do ACS que faz parte do conjunto de materiais de apoio ao processo de capacitação do ACS, o conceito de saúde trabalhado é amplo, incluindo questões relacionadas com alimentação, moradia, trabalho, educação, lazer, cultura, meio ambiente, terra, participação popular, solidariedade e outros fatores.

Posteriormente de acordo com outros autores, outro conceito que permeia o manual é o conceito de risco. Faz-se menção à conjuntura de risco, fatores de risco, áreas de risco, famílias em situação de risco. Embora o risco ser apresentado como uma situação dinâmica, no texto de apoio sobre diagnóstico comunitário fala-se de indivíduos e grupos de risco, e que estes poderão constituir-se no "alvo" prioritário das atividades e serviços de saúde. A identificação do risco é a primeira das ações sugeridas ao ACS e este é, portanto, um conceito-chave na capacitação dos ACS.

Sobre tudo, o profissional de saúde em geral, trabalha com a diversidade e estas vivem em constantes mudanças, sendo que é necessário viver atualizando-se constantemente, porque só assim poder acompanhar as inovações tecnológicas e poder atender melhor a sua clientela.

É sabido que as ações que o MS preconiza hoje, amanhã elas podem passar por mudanças tecnológicas visando aprimorar a qualidade da assistência que é

ofertada aos seus usuários. Sendo assim, é mais do importante manter-se atualizados para que desta forma o profissional saiba manusear os instrumentos que é exigido na sua jornada de trabalho e que é essencial para fazer o acompanhamento mensal ou diário da população assistida.

Quadro 6.1: Idéias Centrais e Discurso do Sujeito Coletivo referente à se o Sr. se sente capacitado para o acompanhamento do CD da criança.

IC1	DSC1
Educação continuada	<i>Em sua totalidade não, pois precisamos nos atualizar, principalmente no que se refere às vacinas que mudam constantemente. Às vezes tenho algumas dúvidas nos falta uma capacitação muito bem planejada. Faço o que posso, de acordo com os recursos que tenho ao meu dispor.</i>
IC2	DSC2
Registro de informações	<i>Sim, porque tive muitas capacitações como líder da Pastoral da Criança. Faço mensalmente, assim eu observo o crescimento e desenvolvimento destas crianças: registrando as informações, dados e procedimentos sobre a saúde da criança.</i>

Levando em consideração o quadro acima, os participantes do estudo comentam que foram submetidos a algum tipo de capacitação dentro da sua área de atuação, no entanto, explica que foi algo básico e que necessitam estar se atualizando devido às transformações e inovações tecnológicas que o vem ocorrendo rotineiramente no mundo atual. É notório que na saúde grandes mudanças vêm acontecendo ao longo dos anos sendo hoje verdade e amanhã essa verdade é desconstruída e há necessidade de acompanhar essas mudanças diariamente.

É sabido que o ACS desponta como o elo que possibilita a confiança e o vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade assistida. Contudo, sua "formação" para o desempenho dessas funções precisa ser revista, considerando a amplitude do seu papel. A profissionalização dos ACS deve ser concebida como um processo voltado para a realidade em que está inserido. Essa percepção do ambiente e da cultura local deve estar claramente presente no desempenho de suas funções. Esse olhar se fundamenta no fato de que a formação cultural influencia muitos aspectos da vida das pessoas, interferindo fortemente na saúde (MARZARI *et al*, 2011).

Certo grupo de ACS que compunham a amostra do estudo fez ou fazem parte de outros movimentos que possibilita que os mesmos tenham conhecimento a cerca do acompanhamento do CD da criança, sendo desta forma, capazes de realizar algum tipo de registro no cartão de saúde da criança. Alguns são integrantes de grupos religiosos como a pastoral da criança e os que não fazem parte vai sanando suas duvidas com os enfermeiros das unidades de saúde.

Esse conhecimento às vezes é sem caráter científico, aprende conforme a dificuldade ou problema vivenciado, por este motivo demonstram a necessidade de se manter atualizados, pois trabalham com uma comunidade bastante diversificada, as transformações estão ocorrendo e precisam de uma educação continuada para melhor atender as indigências da sua clientela.

CONCLUSÃO

O presente estudo teve o propósito de avaliar o conhecimento do Agente de Saúde à cerca do Cartão da Criança, com ênfase no peso corporal. Neste sentido buscou-se saber a compreensão do ACS no que se refere ao preenchimento do cartão da criança, como era desenvolvida essa atividade na ótica desses profissionais.

O estudo revelou que a maioria dos participantes da pesquisa era do sexo feminino adultos, jovens e meia idade, com ênfase a possuírem alguma capacitação na área de atuação, em sua totalidade é que sim, no entanto existe ainda um bom percentil que não dispunha de nenhuma habilitação neste sentido, revelando-se o anseio para tal.

Com relação ao objeto do estudo, os participantes da pesquisa demonstram adestre uma certa coerência a cerca da temática em suas falas, só que este saber é insuficiente para as praticas de saúde envolvendo o ser infantil, havendo assim a precariedade da assistência ofertada.

Para tanto O ACS como profissão que encontra-se envolvida diretamente com o cuidado humano e por possuir um papel importante na Atenção Básica, deve

prestar uma assistência qualificada a população infantil, concentrada nas necessidades de mãe e filho, não esquecendo de vê-los como seres constituintes de uma comunidade, demonstrando habilidade no processo de transmissão de informações necessárias.

Sendo assim, A maioria desses atendimentos encontra-se ineficaz, não sendo atingido o objetivo proposto pelo Ministério da Saúde. Desta maneira, é notório a necessidade de manter educação continuada para esta categoria, como também, para todos os profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANA *et al.*; Métodos de avaliação da composição corporal em crianças. São Paulo: **Rev. paul. pediatr.** vol.27, nº3; set. 2009. Disponível em: <<http://WWW.scielo.org>> Acesso em: 04 de junho de 2013.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E.: Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. Rio de Janeiro: **Rev. Ciênc. saúde coletiva**; Vol.13; nº1, Jan./Fev. 2008. Disponível em: <<http://WWW.scielo.org>> Acesso em: 01 de junho de 2013.

CAMPOS *et al.*; Consulta de Enfermagem em Puericultura: A vivencia do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família; São Paulo: **Rev; Associação Brasileira de Enfermagem**, 2010. Disponível em: <<http://WWW.scielo.org>> Acesso em: 16 de dezembro de 2012.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. **Manual de Normas para Saúde da Criança na Atenção Primária**. Módulo I: Puericultura. Fortaleza, 2002.

GOULARTL *et al.*; Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e recém-nascido: **Rev. Paulista de Pediatra**. vol. 26 no.2 São Paulo Junho; 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org>> Acesso em: 15 de dezembro de 2012.

LUNARDI, L; et. al. Processo de trabalho em enfermagem: saúde no Sistema Único de Saúde. **Enfermagem em foco**. n. 2, v. 1, p. 73-76, 2010.

MARCONDES *et al.* **Pediatria Básica Tomo I: Pediatra Geral e Neonatal; Bases da Assistência à Criança; Puericultura; Saúde e Meio Ambiente; Propedêutica: Sintomas e Sinais; Pediatra Neonatal; Aspectos Peculiares da Atenção ao Pré-Escolar e ao Escolar; Adolescência; Genética; Distúrbios do Crescimento; Distúrbios Psicológicos**. 9ª ed. São Paulo; Sarvier, 2003.

MARZARI: Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. Rio de Janeiro: **Rev. Ciênc. saúde coletiva**. vol.16 supl.1; 2011. Disponível em: <<http://WWW.scielo.org>> Acesso em: 01 de junho de 2013.

OLIVEIRA, E.F. **Manual de Pediatria para o técnico de Enfermagem**. 3ª ed. João Pessoa: Ed. Universitaria, 2006.

PALMEIRA *et al.*: Prática alimentar entre crianças menores de dois anos de idade residentes em municípios do semiárido do Estado da Paraíba, Brasil. Campinas: **Rev. Nutr.** vol.24; nº4, Jul/Ag.

2011. Disponível em: <<http://WWW.scielo.org>> Acesso em: 01 de junho de 2013.

SCHMITZ, E. M.; **A Enfermagem em Pediatria e Puericultura**. São Paulo: Atheneu, 2005.

SOUSA; ERDMANN.; Qualificando o cuidado à criança na Atenção Primária de Saúde: Brasília: **Rev. bras. enferm.** vol. 65; nº5, Set./Out 2012. Disponível em: <<http://WWW.scielo.org>> Acessado em: 01 de junho de 2013.