

Contribuições das agentes de desenvolvimento infantil na atenção primária à saúde**Contributions given by Child Development Agents to Primary Health Care****Contribuciones de los agentes de desarrollo infantil en la atención primaria a la salud****Recebido: 10/03/2016****Aprovado: 18/08/2016****Publicado: 01/01/2017****Regina Lúcia Herculano Faustino¹****Maria Dyrce Dias Meira²****Gina Andrade Abdala³**

Este artigo tem como objetivo descrever o trabalho das Agentes de Desenvolvimento Infantil (ADIs), a partir dos relatórios de visita domiciliar, identificando resultados no acompanhamento de gestantes e crianças em unidades da Atenção Básica como projeto de desenvolvimento infantil. Trata-se de um relato de experiência que utilizou também a análise documental dos registros feitos pelas ADIs. Foram analisados 179 relatórios de visita domiciliar que apontaram ações direcionadas às gestantes e às crianças de 0-3 anos. A análise apontou contribuições importantes relacionadas à identificação de riscos precoces em crianças e famílias, com direcionamento às equipes técnicas competentes para dar seguimento. As intervenções realizadas pelas ADIs foram consideradas efetivas para a promoção da saúde, uma vez que, as famílias e cuidadores das crianças poderão ser orientados sobre as bases do desenvolvimento adequado dos seus filhos.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Desenvolvimento infantil.

This article aims to describe the work of Child Development Agents (CDA) from domestic visit reports in order to identify results in the monitoring of pregnant women and children in Primary Care centers, as a child development project. This is an experience report using documental analysis of records made by the CDA. This study included 179 domestic visits that indicated actions to be directed at pregnant women and children of 0-3 years. The analysis pointed out important contributions related to the identification of risk factors in early childhood and in the families of the children, including referrals to competent technical staff as a follow up. The CDA interventions were considered effective for health promotion, since families and caregivers of children can be oriented regarding the bases of the proper development of their children.

Descriptors: Primary Health Care; Family Health Strategy; Child development.

Este artículo tiene como objetivo describir el trabajo de los Agentes del Desarrollo Infantil (ADIs), a partir de los informes de las visitas domiciliarias, identificando los resultados en el control de mujeres embarazadas y los niños en las unidades de Atención Primaria como proyecto de desarrollo infantil. Se trata de un relato de experiencia que también utilizó el análisis documental de los registros efectuados por los ADIs. Se analizaron 179 informes de visita domiciliar que apuntaban acciones dirigidas a mujeres embarazadas y niños de 0-3 años. El análisis señaló importantes contribuciones relacionadas con la identificación de riesgos precoces en niños y familias, apuntando a los equipos técnicos competentes para dar seguimiento. Las intervenciones de los ADIs fueron consideradas efectivas para la promoción de la salud, ya que las familias y cuidadores de niños podrán ser orientados sobre las bases del desarrollo adecuado de sus hijos.

Descritores: Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud Familiar; Desarrollo infantil.

¹Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP) – Coordenou até 2013 o Projeto de Desenvolvimento Infantil na Atenção Básica; São Paulo-SP, Brasil. Especializanda em Medicina do Estilo de Vida no Wildwood Lifestyle Center - GA, USA. ORCID: 0000-0003-2871-0488 Email: reginaniger@gmail.com

²Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde da UNASP. ORCID: 0000-0001-6313-4637 Email: dyrcecm@yahoo.com.br

³Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde do UNASP. ORCID: 0000-0001-8015-0743 Email: ginabdala@gmail.com

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da primeira infância é um tema que tem despertado o interesse de cientistas e da sociedade em geral. Estudiosos da Neurociência afirmam que os três primeiros anos de vida influenciam no desenvolvimento infantil e ficam marcados para sempre, pois a arquitetura cerebral é afetada diretamente pelos estímulos e experiências que as crianças recebem e experimentam durante esse período. Além disso, as bases de uma vida equilibrada e produtiva também são lançadas nesse período, e dependendo do que compõe as experiências das crianças, essa fase pode afetar, de forma positiva ou negativa, toda a vida adulta^{1,2}.

Sendo assim, atuar na promoção do Desenvolvimento Infantil (DI) saudável é uma das maneiras mais efetivas de realizar a promoção da saúde, que é o foco de trabalho dos profissionais que atuam na atenção primária. A promoção da saúde no período da primeira infância pode ajudar a reduzir os encargos sociais e econômicos causados pelas doenças, não apenas na infância, mas também ao longo de toda a vida adulta³⁻⁵.

Em 2011, a Organização Social Santa Catarina (OS-Santa Catarina) e a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV) firmaram parceria para implantar o "Projeto de DI" na região de Cidade Ademar (SP) em Unidades Básicas de Saúde (UBS) no modelo tradicional e nas Unidades Saúde da Família (USF)⁶.

Acreditava-se que o acompanhamento das crianças e famílias a partir da Visita Domiciliar (VD) realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que compõem as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), seria um fator facilitador do trabalho proposto. Para suprir a falta de VDs e para fazer frente à demanda das UBS tradicionais, propôs-se a inserção de Agentes de Desenvolvimento Infantil (ADIs), que são os profissionais responsáveis pelas visitas domiciliares às famílias com gestantes e crianças de zero a três anos identificadas com risco de desenvolvimento infantil não-saudável.

Este artigo tem como objetivo descrever o trabalho das Agentes de Desenvolvimento Infantil (ADIs), a partir dos relatórios de visita domiciliar, identificando resultados no acompanhamento de gestantes e crianças em unidades da Atenção Básica como projeto de desenvolvimento infantil.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência que teve como base empírica a análise dos relatórios de visitas domiciliares elaborados pelos ADIs inseridos no banco de dados do "Projeto de DI da OS-Santa Catarina". Os relatórios foram selecionados na comunidade da área de abrangência de cada UBS. Cabe ressaltar que os ADIs foram capacitados quanto ao conhecimento fundamental do desenvolvimento infantil e receberam um roteiro de observação para gestantes e outro para crianças de zero a três anos de idade que deveria ser aplicado durante as VDs.

Foram analisados 179 relatórios dos ADIs de duas UBS, destacando-se as anotações que faziam referência às ações realizadas pelos ADIs, desde o que foi observado à conduta profissional adotada e à avaliação dos possíveis resultados alcançados no decorrer do acompanhamento.

Os dados dos relatórios foram analisados a partir das ações implementadas pelas ADIs e relacionadas a situações das mães, durante o ciclo gravídico puerperal, que de alguma forma pudessem impactar no desenvolvimento do feto, e também as que estavam relacionadas às crianças de zero a três anos de idade considerando os indicadores de risco para um DI saudável.

RESULTADOS

Foram analisados 179 relatórios das ADIs dos quais se considerou os dados referentes ao ciclo gravídico puerperal, que tratavam as condições sócio-demográficas, psicossociais, história de saúde e doença, reprodutividade, bem como os dados relacionados ao desenvolvimento das crianças de zero a três anos de idade.

Observou-se que a maioria das gestantes atendidas era adolescente, com média de idade entre 14 e 17 anos, solteiras ou sem parceiro fixo.

Os relatórios apontaram para situações de violência relatadas pelas gestantes como, por exemplo, a que ocorreu durante uma das visitas em que foi mencionado um caso de violência doméstica, “agressão física entre mãe e filha”, sendo que, tanto mãe como filha estavam gestantes. A filha era adolescente, menor de 16 anos e tinha postura agressiva com a mãe, gerando frequentes conflitos familiares.

A leitura dos relatórios possibilitou, ainda, o levantamento de informações como: alterações emocionais, drogadição e tabagismo. Esses dados tornaram possível conhecer o contexto de vida da gestante e assim, promover ações que poderiam favorecer a ocorrência de menos situações de riscos, tanto para as gestantes, como para as crianças.

Foram também identificadas situações de aborto (5,6%), sendo que um aborto foi de gemelares. Os antecedentes obstétricos dessa puérpera apontavam que ela havia tido seis abortos e três filhos nascidos vivos, sendo um recém-nascido com peso 3.665kg e 48 cm. Em consulta conjunta com as ADIs observou-se que a criança havia ganhado apenas 300g de peso após o primeiro mês de vida.

Os relatórios apontaram, ainda, para fatores de risco que interferem na saúde física e emocional da gestante e de seu concepto, bem como, intervenções importantes dos ADIs, realizadas junto às gestantes no seu contexto de vida.

Em um relato, a mãe dizia não ter paciência com o choro do filho, algumas vezes chegou a colocar a mão na boca dele para que o mesmo pudesse parar de chorar. Esta mãe teria confessado, ainda, que sentia vontade de jogá-lo na parede, mas quando parava e pensava, começava a fazer carinho no filho novamente.

Evidenciou-se uma ausência de registros com informações mais completas de situações observadas durante a VD, tais como: queixas referidas e, principalmente, as observações relativas ao vínculo familiar com a mãe/cuidador da criança.

DISCUSSÃO

Considerou-se importante a inclusão de dados relacionados às condições sócio-demográficas da população e do ciclo gravídico puerperal, uma vez que, na investigação dos determinantes sociais do acompanhamento pré-natal, os dados psicossociais têm sido pouco abordados e são considerados relevantes para orientar as intervenções em saúde⁷.

O uso de substâncias nocivas à saúde no período gravídico-puerperal, sejam elas drogas lícitas como cigarro e álcool ou ilícitas, deve ser levantado e desestimulado, pois o uso e abuso destas substâncias pode provocar consequências como o crescimento fetal restrito, aborto, parto prematuro, deficiências cognitivas no concepto, e outras⁸.

O acompanhamento do ganho de peso do recém-nascido é considerado um indicador importante para o desenvolvimento saudável das crianças nos primeiros anos de vida e pode estar relacionado com as condições de saúde da mãe durante o ciclo gravídico puerperal⁹.

Os programas de DI que utilizam a visita domiciliar, em sua maioria, visam alcançar famílias mais suscetíveis a problemas no pleno desenvolvimento, realizando encaminhamentos para os serviços de referência e, principalmente, levando informações para pais e cuidadores reforçarem a capacidade de prover um ambiente familiar positivo para as crianças¹⁰.

Considerando os aspectos descritos acima, registrados nos prontuários, justifica-se a importância das ADIs atuarem durante o período da gestação, pois com isso, as equipes de apoio conseguem intervir precocemente nos fatores de risco de DI saudável no ambiente domiciliar, reduzindo o risco de complicações futuras para as crianças em todas as fases do seu desenvolvimento e apoiando a mãe/cuidador na construção de vínculos afetivos para um cuidado adequado.

O Programa de Humanização do Parto Normal (PHPN) estabelece a consulta puerperal como um critério importante no conjunto da assistência¹¹. Entre os princípios

norteadores para o cuidado integral à saúde da criança destacam-se compromissos relacionados ao acolhimento e encaminhamento adequado para resolução dos problemas que perpassam as fases de desenvolvimento da criança. Para uma abordagem global da assistência à criança, as equipes não devem se restringir às demandas, mas prover um acompanhamento qualificado e resolutivo de toda a trajetória da criança no que diz respeito aos parâmetros do seu desenvolvimento¹².

No contexto da ESF preconiza-se que os ADIs deveriam acompanhar o desenvolvimento da criança de zero a três anos, identificando as competências familiares e atuando sobre os problemas de saúde encontrados, com vistas a apoiar as famílias na superação das dificuldades. Suas intervenções não se resumem aos cuidados práticos dos recém-nascidos, mas os ADIs são orientados e capacitados para observar os indicadores de desenvolvimento psicomotor da criança, registrando devidamente em seus relatórios.

A neurociência aponta que crianças que se desenvolvem em ambientes saudáveis, permeados de afeto, atenção e segurança, ao serem expostas a situações de medo, ativam quantidades mínimas de hormônios que provocam o "Stress Tóxico". Ao contrário, as crianças que mantêm relações fragilizadas, ao serem expostas ao mesmo evento, apresentam ativação maior e bastante considerável desses hormônios, o que é extremamente prejudicial ao seu desenvolvimento³.

A partir do acolhimento de mães/cuidadores, foi possível analisar importantes reações das mães, possibilitando a priorização de intervenções e elaboração de estratégias educativas, preventivas e assistenciais.

Situações de risco emocional evidenciam a importância da detecção precoce tanto durante o pré-natal, como durante o puerpério e ao longo do cuidado da criança, uma vez que tais situações podem gerar "Stress Tóxico" e comprometer o desenvolvimento adequado da criança¹³⁻¹⁵.

Segundo Shonkoff¹³, crianças que vivem em situações de pobreza extrema, abuso físico ou emocional, negligência crônica, depressão profunda da mãe, abuso de substâncias e violência na família são expostas ao "Stress Tóxico". A identificação de situações que geram "Stress Tóxico" para a criança, na maioria das vezes só é possível no contexto de vida da mesma, conhecendo as relações familiares e as questões que afetam seu ambiente doméstico.

Assim, o apoio às famílias e a adequada formação profissional dos prestadores de cuidados infantis podem melhorar os resultados da promoção da saúde ao longo da vida, assim como aumentar a qualidade de vida atual das crianças pequenas e dos adultos que cuidam delas^{3,16,17}.

CONCLUSÃO

A maior contribuição deste estudo foi evidenciar a importância do olhar dos ADIs, direcionado para as famílias com crianças pequenas, buscando identificar riscos de inadequado desenvolvimento infantil precoce, a fim de promover intervenções mais efetivas.

A inclusão de um profissional na equipe das UBSs e/ou USF com olhar diferenciado para as gestantes e crianças de zero a três anos em seu contexto de vida, mostrou ser uma ferramenta potente de intervenção precoce no desenvolvimento adequado durante a primeira infância. Apesar das ADIs estarem lotadas em um serviço de saúde, presume-se que elas também poderão ser o elo articulador entre a rede social de apoio à primeira infância na comunidade, envolvendo os cuidadores de creches, escolas infantis e serviços de assistência social no suporte às mães e famílias em situação de risco.

Propõe-se como reflexão a necessidade de um maior preparo dos visitantes domiciliares, inclusive dos ACS, para as questões que são fundamentais para o desenvolvimento adequado da criança nesta fase tão vulnerável da vida.

Como recomendação para novos estudos relacionados a esta temática, sugere-

se que seja realizada análise comparativa dos relatórios de ACS e ADIs, tendo como recorte descrever o cuidado prestado à mãe e à criança de zero a seis anos, com vistas à validação da premissa derivada deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. National Scientific Council on the Developing Child. O período e a qualidade das experiências da primeira infância se combinam para moldar a arquitetura do cérebro: documento de Trabalho nº 5 [Internet]. Cambridge, MA: Harvard University; 2007 [citado em 05 fev 2016]. Disponível em: <http://www.fmcsv.org.br/pt-br/acervo-digital/Paginas/O-Periodo-e-a-Qualidade-das-Experiencias-da-Primeira-Infancia-se-Combinam-para-Moldar-a-Arquitetura-do-Cerebro.aspx>.
2. Van Eyken ED, Ribeiro CDM. Child development: its agents and the public policies of the city of Rio de Janeiro. *Physis* [Internet]. 2012 [citado em 08 maio 2016]; 22(3): 1085-99. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300013&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000300013>.
3. National Scientific Council on the Developing Child. The Foundations of lifelong health are built in early childhood [Internet]. Cambridge, MA: Harvard University; 2010 [citado em 06 maio 2016]. Disponível em: <http://46y5eh11fhgw3ve3ytpwxt9r.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2010/05/Foundations-of-Lifelong-Health.pdf>.
4. Remorini C. Crecer en movimiento. Abordaje etnográfico del desarrollo infantil en comunidades Mbya (Argentina). *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv.* [Internet]. 2010 [citado em 05 maio 2016]; 8(2):961-80. Disponível em: <http://revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/84/42>.
5. Giordani LG, Almeida CS, Pacheco AM. Assessment of opportunities for motor development in the family home of children between 18 and 42 months of age. *Motricidade.* 2013; 9(3):96-104.
6. Organização Social Santa Catarina. Projeto de desenvolvimento infantil na atenção básica: em foco o sistema local de saúde de cidade Ademar. São Paulo: OS-Santa Catarina; 2010.
7. Moraes CL, Arana FDN, Reichenheim, ME. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. *Rev Saúde Pública.* 2010; 44(4):667-76.
8. Freire K, Padilha PCE, Saunders C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009; 31(7):335-41.
9. Ministério da Saúde (Br). Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado em 08 maio 2016]. 271 p. Cadernos da Atenção Básica; n. 33. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf.
10. Nunes JA, Gryscek ALFPL, Faustino RLH. Programas de visita domiciliar na primeira infância: revisão de literatura. In: Nunes JA, Faustino RLH organizadores. *Desenvolvimento infantil: reflexões sobre a prática na atenção básica.* São Paulo: Os-Santa Catarina; 2013. p. 39-44.
11. Ministério da Saúde (Br). Humanização do parto e do nascimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [citado em 04 maio 2016]. 465 p. (Cadernos Humaniza SUS; v.4). Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf.
12. Ministério da Saúde (Br). Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004 [citado em 02 maio 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf.
13. Shonkoff JP. O Investimento em desenvolvimento na primeira infância cria os alicerces de uma sociedade próspera e sustentável. In: Enciclopédia sobre o

desenvolvimento na primeira infância [Internet]. [Montreal, QC: CEECD]; 2009 [citado 08 fev 2016]. p. 9-12. Disponível em: <http://www.encyclopedia-crianca.com/sites/default/files/dossiers-complets/pt-pt/importancia-do-desenvolvimento-infantil.pdf>.

14. Center on the Developing Child at Harvard University. Toxic stress. Cambridge, MA: CDC Harvard; 2013 [citado em 08 maio 2016]. Disponível em: <http://harvardcenter.wpengin.com/science/key-concepts/toxic-stress/>.

15. Gunnar MR, Herrera A, Hostinar CE. Estresse e desenvolvimento inicial do cérebro. In: Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância [Internet]. Montreal, QC: CEECD; 2009 [citado em 08 mar 2016]. p.1-8. Disponível em: [http://www.encyclopedia-crianca.com/sites/default/files/textes-](http://www.encyclopedia-crianca.com/sites/default/files/textes-experts/pt-pt/2432/estresse-e-desenvolvimento-inicial-do-cerebro.pdf)

[experts/pt-pt/2432/estresse-e-desenvolvimento-inicial-do-cerebro.pdf](http://www.encyclopedia-crianca.com/sites/default/files/textes-experts/pt-pt/2432/estresse-e-desenvolvimento-inicial-do-cerebro.pdf).

16. Center on the Developing Child at Harvard University. InBrief: Early childhood mental health. Cambridge, MA: CDC Harvard; 2013 [citado em 03 maio 2016]. Disponível em:

<http://46y5eh11fhgw3ve3ytpwxt9r.wpengin.e.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2015/05/InBrief-Early-Childhood-Mental-Health-1.pdf>.

17. Carvalhal LM, Anjos DS, Rozendo CA, Costa LMC. Agenda de compromissos para a saúde integral e redução da mortalidade infantil em um município de Alagoas. Rev Bras Promoc Saúde. 2013; 26(4):530-8.

CONTRIBUIÇÕES

Regina Lúcia Herculano Faustino, Maria Dyrce Dias Meira e Gina Andrade Abdal tiveram iguais contribuições na concepção, análise e interpretação dos dados, revisão crítica e redação do artigo.

Como citar este artigo (Vancouver)

Faustino RLH, Meira MDD, Abdala GA. Contribuições das agentes de desenvolvimento infantil na atenção primária à saúde. REFACS [Internet]. 2017 [citado em: *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 5(1):13-8. Disponível em: *link de acesso*. DOI:

Como citar este artigo (ABNT)

FAUSTINO, R.L.H.; MEIRA, M.D.D.; ABDALA, G.A. Contribuições das agentes de desenvolvimento infantil na atenção primária à saúde. REFACS, Uberaba, MG, v. 5, n. 1, p. 13-18, 2017. Disponível em: *link de acesso*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*. DOI:

Como citar este artigo (APA)

Faustino R.L.H, Meira M.D.D & Abdala G.A.(2017).Contribuições das agentes de desenvolvimento infantil na atenção primária à saúde. REFACS, 5(1), 13-18. Recuperado em: *inserir dia, mês e ano de acesso*. *Inserir link de acesso*. DOI: