

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

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.

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

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.

¹Enfermera. Doctora en Enfermería. Docente del Centro Universitario Adventista de São Paulo (UNASP) – Coordinó hasta 2013 el Proyecto de Desarrollo Infantil en la Atención Primaria; São Paulo-SP, Brasil. Estudiante de Especialización en Medicina del Estilo de Vida en Wildwood Lifestyle Center - GA, USA. ORCID: 0000-0003-2871-0488 Email: reginaniger@gmail.com

²Enfermera. Doctora en Ciencias. Docente del Programa de Maestría en Promoción de la Salud de la UNASP. ORCID: 0000-0001-6313-4637 Email: dyrcem@yahoo.com.br

³Enfermera. Doctora en Ciencias. Docente del Programa de Maestría en Promoción de la Salud de la UNASP. ORCID: 0000-0001-8015-0743 Email: ginabdala@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la primera infancia es un tema que ha despertado el interés de científicos y de la sociedad en general. Estudiosos de la Neurociencia afirman que los tres primeros años de vida influyen en el desarrollo infantil y quedan marcados para siempre, pues la arquitectura cerebral es afectada directamente por los estímulos y experiencias que los niños reciben y experimentan durante ese período. Además de eso, las bases de una vida equilibrada y productiva también son liberadas en ese período, y dependiendo de lo que compone a las experiencias de los niños, esta fase puede afectar, de forma positiva o negativa, toda la vida adulta^{1,2}.

Siendo así, actuar en la promoción del Desarrollo Infantil (DI) saludable es una de las maneras más efectivas de realizar la promoción de la salud, que es el foco de trabajo de los profesionales que actúan en la atención primaria. La promoción de la salud en el período de la primera infancia puede ayudar a reducir las cargas sociales y económicas causadas por las enfermedades, no solo en la infancia, sino también a lo largo de toda la vida adulta³⁻⁵.

En 2011, la Organización Social Santa Catarina (OS-Santa Catarina) y la Fundación Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV) se asociaron para implantar el "Proyecto de DI" en la región de Cidade Ademar (SP) en Unidades Primarias de Salud (UPS) en el modelo tradicional y en las Unidades Salud de la Familia (USF)⁶.

Se creía que el acompañamiento de los niños y familias a partir de la Visita Domiciliar (VD) realizada por los Agentes Comunitarios de Salud (ACS), que componen los equipos de la Estrategia Salud de la Familia (ESF), sería un factor facilitador del trabajo propuesto. Para compensar la falta de VDs y para hacer frente a la demanda de las UBS tradicionales, se propuso la inserción de Agentes de Desarrollo Infantil (ADIs), que son los profesionales responsables por las visitas domiciliarias a las familias con gestantes y niños de cero a tres años identificadas con riesgo de desarrollo infantil no-saludable.

Este artículo tiene como objetivo describir el trabajo de los Agentes de Desarrollo Infantil (ADIs), a partir de los informes de visita domiciliar, identificando resultados en el acompañamiento de gestantes y niños en unidades de Atención Primaria como proyecto de desarrollo infantil.

MÉTODO

Se trata de un relato de experiencia que tuvo como base empírica el análisis de los informes de visitas domiciliarias elaborados por los ADIs inscritos en el banco de datos del "Proyecto de DI de la OS-Santa Catarina". Los informes fueron seleccionados en la comunidad del área de integralidad de cada UPS. Cabe resaltar que los ADIs fueron capacitados para el conocimiento fundamental del desarrollo infantil y recibieron una guía de observación para gestantes y otro para niños de cero a tres años de edad que debería ser aplicado durante las VDs.

Fueron analizados 179 informes de los ADIs de dos UPS, destacándose las anotaciones que hacían referencia a las acciones realizadas por los ADIs, desde lo que fue observado a la conducta profesional adoptada y a la evaluación de los posibles resultados alcanzados durante el seguimiento.

Los datos de los informes fueron analizados a partir de las acciones implementadas por los ADIs y relacionadas a situaciones de las madres, durante el ciclo gravídico puerperal, que de alguna forma pudiesen impactar en el desarrollo del feto, y también las que estaban relacionadas a los niños de cero a tres años de edad considerando los indicadores de riesgo para un DI saludable.

RESULTADOS

Fueron analizados 179 informes de los ADIs de los cuales se consideraron los datos referentes al ciclo gravídico puerperal, que retrataban las condiciones socio-demográficas, psicosociales, historia de salud y enfermedad, reproductividad, así como los datos relacionados al desarrollo de los niños de cero a tres años de edad.

Se observó que la mayoría de las gestantes atendidas eran adolescentes, con promedio de edad entre 14 y 17 años, solteras o sin pareja fija.

Los informes apuntaron a situaciones de violencia relatadas por las gestantes como, por ejemplo, la que ocurrió durante una de las visitas en que fue mencionado un caso de violencia doméstica, "agresión física entre madre e hija", siendo que, tanto madre como hija eran gestantes. La hija era adolescente, menor de 16 años y tenía postura agresiva con la madre, generando frecuentes conflictos familiares.

La lectura de los informes posibilitó, además, el levantamiento de informaciones como: alteraciones emocionales, drogadicción y tabaquismo. Estos datos tornaron posible conocer el contexto de vida de la gestante y así, promover acciones que podrían favorecer la aparición de menos situaciones de riesgo, tanto para las gestantes, como para los niños.

Fueron también identificadas situaciones de aborto (5,6%), siendo que un aborto fue de gemelares. Los antecedentes obstétricos de esta puerpera apuntaban que ella había tenido seis abortos y tres hijos que nacieron vivos, siendo un recién-nacido con peso 3.665kg y 48 cm. En consulta en conjunto con los ADIs se observó que el niño había aumentado apenas 300g de peso después del primer mes de vida.

Los informes apuntaron, además, a factores de riesgo que interfieren en la salud física y emocional de la gestante y de su bebé, así como, intervenciones importantes de los ADIs, realizadas en conjunto con las gestantes en su contexto de vida.

En un relato, la madre decía no tener paciencia con el llanto del hijo, algunas veces llegó a colocar la mano en su boca para que el mismo pudiese parar de llorar. Esta madre habría confesado, además, que sentía deseos de lanzarlo a la pared, pero cuando paraba y pensaba, volvía a hacer cariño en su hijo nuevamente.

Se evidenció una ausencia de registros con informaciones más completas de situaciones observadas durante la VD, tales como: quejas referidas y, principalmente, las

observaciones relativas al vínculo familiar con la madre/cuidador del niño.

DISCUSIÓN

Se consideró importante la inclusión de datos relacionados a las condiciones socio-demográficas de la población y del ciclo gravídico puerperal, ya que, en la investigación de los determinantes sociales del acompañamiento pre-natal, los datos psicosociales han sido poco abordados y son considerados relevantes para orientar las intervenciones en salud⁷.

El uso de sustancias nocivas a la salud en el período gravídico-puerperal, sean estas drogas lícitas como cigarro y alcohol ilícitas, debe ser levantado y desestimulado, pues el uso y abuso de estas sustancias puede provocar consecuencias como el crecimiento fetal restringido, aborto, parto prematuro, deficiencias cognitivas en el bebé, y otras⁸.

El acompañamiento de la ganancia de peso del recién-nacido es considerado un indicador importante para el desarrollo saludable de los niños en los primeros años de vida y puede estar relacionado a las condiciones de salud de la madre durante el ciclo gravídico puerperal⁹.

Los programas de DI que utilizan la visita domiciliar, en su mayoría, tienen como objetivo alcanzar familias más susceptibles al pleno desarrollo, realizando derivaciones a los servicios de referencia y, principalmente, llevando informaciones a los padres y cuidadores para que refuercen la capacidad de proveer un ambiente familiar positivo para los niños¹⁰.

Considerando los aspectos descriptos arriba, registrados en las historias clínicas, se justifica la importancia de que los ADIs actúen durante el período de la gestación, pues con eso, los equipos de apoyo consiguen intervenir precozmente en los factores de riesgo de DI saludable en el ambiente domiciliar, reduciendo el riesgo de complicaciones futuras para los niños en todas las fases de su desarrollo y apoyando la madre/cuidador en la construcción de vínculos afectivos para un cuidado adecuado.

El Programa de Humanización del Parto Normal (PHPN) establece la consulta puerperal como un criterio importante en el conjunto de la asistencia¹¹. Entre los principios rectores para el cuidado integral a la salud del niño se destacan compromisos relacionados con la recepción y expedición adecuados para la resolución de los problemas que permean las fases de desarrollo del niño. Para un abordaje global de la asistencia al niño, los equipos no deben restringir se a las demandas, y sí proveer un acompañamiento cualificado y resolutivo de toda la trayectoria del niño con respecto a los parámetros de su desarrollo¹².

En el contexto de la ESF se preconiza que los ADIs deberían acompañar el desarrollo del niño de cero a tres años, identificando las competencias familiares y actuando sobre los problemas de salud encontrados, con el objetivo de apoyarlas familias en la superación de las dificultades. Sus intervenciones no se resumen a los cuidados prácticos de los recién-nacidos, sino que los ADIs están orientados y capacitados para observar los indicadores de desarrollo psicomotor del niño, registrando debidamente en sus informes.

La neurociencia apunta que niños que se desarrollan en ambientes saludables, permeados de afecto, atención y seguridad, al ser expuestos a situaciones de miedo, activan cantidades mínimas de hormonas que provocan el "Stress Tóxico". Al contrario, los niños que mantienen relaciones fragilizadas, al ser expuestos al mismo evento, presentan activación mayor y bastante considerable de esas hormonas, lo que es extremadamente perjudicial a su desarrollo³.

A partir del acogimiento de madres/cuidadores, fue posible analizar importantes reacciones de las madres, posibilitando la priorización de intervenciones y elaboración de estrategias educativas, preventivas y asistenciales.

Situaciones de riesgo emocional evidencian la importancia de la detección precoz tanto durante el pre-natal, como durante el puerperio ya lo largo del cuidado del niño, ya que tales situaciones pueden

generar "Stress Tóxico" y comprometer el desarrollo adecuado del niño¹³⁻¹⁵.

Según Shonkoff¹³, niños que viven en situaciones de pobreza extrema, abuso físico o emocional, negligencia crónica, depresión profunda de la madre, abuso de sustancias y violencia en la familias son expuestas al "Stress Tóxico". La identificación de situaciones que generan "Stress Tóxico" al niño, en la mayoría de las veces solo es posible en el contexto de vida de la misma, conociendo las relaciones familiares y las cuestiones que afectan su ambiente doméstico.

Así, el apoyo a las familias y la adecuada formación profesional de los proveedores de cuidados infantiles pueden mejorar los resultados de la promoción de la salud a lo largo de la vida, así como aumentar la calidad de vida actual de los niños pequeños y de los adultos que cuidan de ellos^{3,16,17}.

CONCLUSIÓN

La mayor contribución de este estudio fue evidenciar la importancia de la mirada de los ADIs, dirigido a las familias con niños pequeños, buscando identificar riesgos de inadecuado desarrollo infantil precoz, con el fin de promover intervenciones más efectivas.

La inclusión de un profesional en el equipo de las UBSs y/o USF con una especial atención a las gestantes y a niños de cero a tres años en su contexto de vida, mostró ser una herramienta potente de intervención precoz en el desarrollo adecuado durante la primera infancia. A pesar de que los ADIs están ocupados totalmente en un servicio de salud, se presume que ellos también podrán ser el eslabón articulador entre la red social de apoyo a la primera infancia en la comunidad, involucrando a los cuidadores de jardines maternas, escuelas infantiles y servicios de asistencia social en el soporte a las madres y familias en situación de riesgo.

Se propone como reflexión la necesidad de una mayor preparación de los visitantes domiciliarios, inclusive de los ACS, para las cuestiones que son fundamentales para el desarrollo adecuado del niño en esta fase tan vulnerable de la vida.

Como recomendación para nuevos estudios relacionados a esta temática, se sugiere que sea realizado un análisis comparativo de los informes de ACS y ADIs, teniendo como recorte describir el cuidado prestado a la madre y al niño de cero a seis años, con el objetivo de la validación de la premisa derivada de este estudio.

REFERENCIAS

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 en 05 feb 2016]. Disponible en: <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 en 08 mayo 2016]; 22(3): 1085-99. Disponible en: 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 en 06 mayo 2016]. Disponible en: <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 en 05 mayo 2016]; 8(2):961-80. Disponible en: <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 en 08 mayo 2016]. 271 p. *Cadernos da Atenção Básica*; n. 33. Disponible en: 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 (orgs). *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 en 04 mayo 2016]. 465 p. (*Cadernos Humaniza SUS*; v.4). Disponible en: 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 en 02 mayo 2016]. Disponible en: 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 feb 2016]. p. 9-12. Disponible en: <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 en 08 mayo 2016]. Disponible en: <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 en 08 mar 2016]. p.1-8. Disponible en: [http://www.encyclopedia-](http://www.encyclopedia-crianca.com/sites/default/files/textes-experts/pt-pt/2432/estresse-e-desenvolvimento-inicial-do-cerebro.pdf)

[crianca.com/sites/default/files/textes-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 en 03 mayo 2016]. Disponible en: <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.

CONTRIBUCIONES

Regina Lúcia Herculano Faustino, Maria Dyrce Dias Meira y Gina Andrade Abdala hicieron iguales contribuciones en la concepción, análisis e interpretación de los datos, revisión crítica y redacción del artículo.

Como citar este artículo (Vancouver)

Faustino RLH, Meira MDD, Abdala GA. Contribuciones de los agentes de desarrollo infantil en la atención primaria a la salud. REFACS [Internet]. 2017 [citado en: *agregar día, mes y año de acceso*]; 5(1):13-8. Disponible en: *link de acceso*. DOI:

Como citar este artículo (ABNT)

FAUSTINO, R.L.H.; MEIRA, M.D.D.; ABDALA, G.A. Contribuciones de los agentes de desarrollo infantil en la atención primaria a la salud. REFACS, Uberaba, MG, v. 5, n. 1, p. 13-18, 2017. Disponible en: *link de acceso*. Accedido en: *agregar día, mes y año de acceso*. DOI:

Como citar este artículo (APA)

Faustino R.L.H, Meira M.D.D & Abdala G.A.(2017).Contribuciones de los agentes de desarrollo infantil en la atención primaria a la salud. REFACS, 5(1), 13-18. Recuperado en: *agregar día, mes y año de acceso*.Agregar *link de acceso*. DOI: