

## **CONHECIMENTOS E AÇÕES DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE O PROGRAMA DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL NO MUNICÍPIO DE BORBA-AM**

Palavras-chave: atenção primeira a saúde, programa de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, agentes comunitários de saúde.

---

### **Introdução**

A redução da morbimortalidade infantil permanece um desafio para as autoridades brasileiras, em parte pelas diferenças geográficas e sociais. Na região norte, essa redução é influenciada pela desassistência ou assistência de baixa qualidade de grupos minoritários, como as crianças de comunidades rurais e ribeirinhas.

Segundo Brasil (2011), as crianças com idade entre 0-6 anos representam 10,75% da população do Amazonas e 30% das comunidades rurais e ribeirinhas. A maioria dessas comunidades tem acesso limitado aos serviços de saúde, sendo muitas vezes, o agente comunitário de saúde (ACS), o único profissional acessível. Os mesmos atenderem parcialmente as necessidades das crianças o que reflete nos elevados índices de agravamento e mortes evitáveis.

O conhecimento dos ACS acerca da conduta adequada a assistência às crianças na primeira infância, se faz extremamente importante, visto que as doenças comuns nessa fase, podem repercutir na vida adulta, para que o ACS seja capaz de implementar ações eficientes faz-se necessário instrumentaliza-los, sendo a educação permanente essencial.

### **Objetivos**

Investigar o conhecimento e a atuação dos ACS sobre o programa de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (PACDI) no município de Borba-AM.

### **Métodos**

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, com coleta de dados prospectiva. O estudo foi realizado no município de Borba no estado do Amazonas, que possui 6 unidades básicas de saúde onde serão coletados os dados. Os indivíduos alvo da pesquisa foram os 48 ACS cadastrados nas equipes de ESF e que atual no PACDI, que possuem período superior à 6 meses de exercício e que estiveram em campo nos 30 dias anteriores ao início da pesquisa, sendo excluídos da amostra os ACS que estavam afastados de suas atividades.

Foi realizada análise estatística descritiva não paramétricas, os dados coletados foram organizados em um banco utilizando o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

### **Resultados**

Os resultados apresentados correspondem à análise de 43 entrevistas realizados com os ACS que atuam em 6 unidades básicas de saúde, onde o total de profissional nessa região é de 48 indivíduos, havendo uma perda de 10,41% pois os mesmos se enquadravam no critério de exclusão.

No grupo de participantes, observou-se a predominância do sexo feminino (88,4%); sendo a maioria natural do próprio município que atuam (83,7%), em média os ACS possuíam 80 meses de atuação na profissão, variando entre 8 a 192 meses, em relação a escolaridade possuem de ensino médio completo 81,4%, e 9,3% referem ensino superior incompleto.

Em relação ao tipo de vínculo com o cargo, 93% relatam que tornaram-se ACS por indicação e 7,0% por concurso, 83,7% referem não terem realizado nenhuma capacitação na área da saúde antes de assumir o cargo e após assumir a função 79,1% realizaram capacitação, porém 20,9% afirmaram que não possuíam nenhum curso na área e 62,8% relatam que possuem capacitação com ênfase na saúde da criança.

A atuação de profissionais desqualificados no PACDI prejudica a qualidade da assistência, uma vez que, os ACS não conseguem identificar os fatores de risco, e não conseguem realizar ações efetivas para promoção e manutenção da saúde, elevando-se o índice de serviços para tratamento, aumentando assim a morbidade infantil, 20,9% relataram não conhecer o PACDI e 79,1% referiram conhecerem e atuarem no programa, porém, 50,8% não conhecem as ações do programa pois não foram esclarecidos sobre as mesmas e os demais acreditam que as ações do programa é apenas verificação de peso e estatura.

Após, esclarecimento sobre o programa e exposto algumas ações, ao serem questionados sobre realização de capacitação para atuação no programa e recebimento de material para trabalharem no mesmo, 51,2% relataram terem sido treinados e 48,8% relataram não terem recebido nenhum tipo de capacitação com relação ao PACDI.

Os ACS que não souberam justificar ou responder corretamente tentam transferir a falta de conhecimento para o órgão de saúde do município relatando que não há capacitação, porém, quatro meses antes da coleta de dados ocorreu palestras e oficinas onde todos os ACS inclusos na pesquisa participaram dessa educação permanente sobre o PACDI.

Na tabela 1 nota-se que 58,2% dos ACS recorrem somente ao enfermeiro para sanar dúvidas:

**TABELA 1.** Distribuição dos ACS de acordo com os profissionais que recorre para sanar dúvidas sobre o PACDI.

Profissionais	N	%
ACS antigos e enfermeiro	1	2,3
Enfermeiro	25	58,2
Enfermeiro e médico	8	18,6
Enfermeiro, médico e dentista	1	2,3
Enfermeiro, médico, nutricionista	1	2,3
Não recorre a nenhum profissional	4	9,3
Secretária de saúde e folhetos	2	4,7
Técnica de enfermagem	1	2,3
Total	43	100,0

Ao possuírem maior contato com a equipe de enfermagem o enfermeiro torna-se para o ACS O ponto de referência para os questionamentos que surgem durante o exercício da função, mas, devido as atribuições do enfermeiro na unidade nem sempre é possível disposição de tempo para sanar tais duvidas de imediato, fazendo-se importante ressaltar que, a supervisão da ações dos ACS pode ser realizada por qualquer profissional da equipe ESF que possua ensino superior (SILVA et al., 2014). Entretanto

37,2% afirmaram não receber supervisão de nenhum profissional e 68,8% recebem supervisão.

De acordo com Brasil (2014), as ações realizadas pelos ACS são extremamente importante para a identificação precoce de situações de risco, prevenção e manutenção da saúde da criança. Diante disto avaliamos a realização das ações preconizadas no PACDI, para identificar se são realizadas, através de questionamentos simples com respostas objetivas de sim e não.

A partir dos resultados apresentados na tabela 2, observa-se que diversas ações não são realizadas. A orientação sobre a necessidade de realização de teste de triagem neonatal é a menos executada.

**TABELA 2.** Ações realizadas pelos agentes comunitários de saúde durante visita domiciliar para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil em Borba-AM, 2016.

Ações		N	%
Orientações sobre necessidade de realização de teste de triagem neonatal	SIM	35	81,4
	NÃO	8	18,6
Orientações sobre cuidados com umbigo	SIM	40	93
	NÃO	3	7
Orientações e verificações das vacinas nas primeiras semanas de vida	SIM	43	100
	NÃO	0	0
Orientações e verificações das vacinas durante a vida da criança	SIM	43	100
	NÃO	0	0
Agendamento de consultas médicas e de enfermagem periódicas para as crianças acompanhadas	SIM	40	93
	NÃO	3	7
Acompanhamento de medidas e pesos de crianças acompanhadas	SIM	43	100
	NÃO	0	0
Orientações referente a saúde bucal do infante	SIM	41	95,3
	NÃO	2	4,7
Orientações referente a prevenção de acidentes na infância	SIM	40	93
	NÃO	3	7
Orientações sobre abordagem das doenças respiratórias e infecciosas na infância	SIM	38	88,4
	NÃO	5	11,6
Orientações sobre desnutrição, anemia e suplemento alimentar	SIM	42	97,7
	NÃO	1	2,3
Orientações sobre aleitamento exclusivo de 0-6 meses	SIM	43	100
	NÃO	0	0
Orientações sobre alimentos complementares de 6 meses à 2 anos de idade	SIM	43	100
	NÃO	0	0
Orientações sobre alimentos complementares a partir de 2 anos	SIM	37	86
	NÃO	6	14
Orientações sobre alimentação saudável	SIM	43	100
	NÃO	0	0
Realização de buscas ativas	SIM	43	100
	NÃO	0	0

Brasil (2014), reafirma a importância do cuidado durante o período neonatal uma vez que 68,6% das mortes de crianças acontecem no período neonatal e por causas evitáveis por ações dos serviços de saúde, desta forma a falha na atenção ao infante se torna visível.

Aos 2 anos ocorre a diminuição do ritmo do crescimento e a diminuição do apetite da criança, nessa fase observa-se uma variação do comportamento alimentar, onde as orientações sobre alimentos complementares é fundamental para evitar o surgimento de distúrbios alimentares, porém 14% dos ACS não realizam essa ação. O profissional de saúde também deve conseguir identificar sinais de maior gravidade de

doenças respiratórias e infecciosas, a prevenção dessas e o tratamento são essenciais para manutenção da saúde da criança e descarte de agravamentos, orientações sobre o manuseio de tal cuidado melhora a qualidade do tratamento e diminui a taxa de morbimortalidade infantil, em contra partida no presente estudo, 11,6% dos ACS não as realizam (Brasil, 2014).

Orientações com o coto do umbilical é necessário para que o mesmo caia durante as primeiras duas semanas de vida do recém-nascido, evitando assim a infecção local e agravos, 7% dos ACS não realizam essa orientação aumentando assim o risco de infecção (BRASIL, 2014).

A maioria da equipe acredita está apto para atuar no programa (72,1%), isso contrasta-se com a visível falta de conhecimento sobre o programa e a ações que não são realizadas. Dos que não se sentem seguros, 23,3% afirmam que sua insegurança se dá devido à falta de conhecimento do programa e 4,6% se sentem medo de passar informações incorretas sobre os cuidados com as crianças.

Dos ACS entrevistados 39,5% relatam possuírem dificuldades para execuções do serviço, sendo a principal dificuldade a adesão das famílias às visitas domiciliares que corresponde à 14%, seguido de falta de condições para realizações das visitas 11,6%.

O fácil acesso às residências e a aceitação da assistência prestada pelo ACS, facilita seu trabalho, porém, é necessário que o profissional passe confiança e estabeleça vínculo com as famílias a fim de favorecer a qualidade da assistência (OLIVEIRA; MARCON, 2007). Porém, a falta de adesão as visitas domiciliares pode estar relacionado ao medo do desconhecido, uma vez que usuários possam não conhecer os objetivos de tal ações realizadas, isso se dá devido à falta de elo entre família e ACS (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

## Conclusões

O presente estudo mostra que no município de Borba os ACS possuem um perfil socioeconômico padrão dos demais profissionais no Brasil com a particularidade da forma de ingresso no cargo que atualmente é realizado por concurso e no município observa-se um maior percentual por indicação. Isso reflete na qualificação dos profissionais que ingressam, uma vez que não passam por nenhum processo seletivo, sendo que a maioria não realizaram nenhum tipo de capacitação para assumirem a função.

Observa-se que a falta de conhecimento reflete na qualidade do serviço e que por não conhecerem o programa, seus objetivos e ações, os ACS deixam de executá-las, aumentando a situação de risco de algumas crianças uma vez que não é realizado o acompanhamento adequado, os mesmos reconhecem que a falta de qualificação e a insegurança nas ações realizadas prejudica o serviço prestado a comunidade e que talvez por demonstrarem isso algumas famílias acabam não aceitando as visitas domiciliares.

Portanto, se torna visível o despreparo nesse território para atuação no PACDI, o que reflete na morbimortalidade infantil do território. Para reverter essa situação é necessário reafirma a importância do trabalho exercido pelos ACS, capacita-los e recicla-los continuamente para que possam conhecer as ações do programa de modo a melhorar a assistência prestada ao infante e supervisionar suas ações de modo a aprimorar o serviço.

## Referências

1. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Amazonas - Caderno de Informações para a Gestão Estadual do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011.
2. SILVA, J. S.; FORTUNA, C. M.; PEREIRA, M. J. B.; MATUMOTO, S.; SANTANA F. R.; MARCIANO, F. M.; SILVA, J. B.; FERREIRA, M.; MISHIMA, S. M. Supervisão dos agentes comunitários de saúde na estratégia saúde da família: uma ótica do enfermeiro. Revista da escola de enfermagem da USP. São Paulo, SP, v. 48, n.5. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt\\_0080-6234-reeusp-48-05-899.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-899.pdf). Acesso em: 10 junho de 2016.
3. BRASIL. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Cadernos de Atenção Básica, n.33, série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
4. OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa saúde da família: a experiência da equipe multiprofissional. Revista de Saúde Pública, v. 40, n. 4, p. 723-733, 2006.
5. OLIVEIRA, R. G.; MARCON, S. S. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da família: a prática do enfermeiro em Maringá - PR. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 41, n. 1, p. 65-72, 2007.