

Apoio institucional para agentes comunitários de saúde usando o programa de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância em Ruanda

Institutional support to community health workers using integrated management of childhood illness program in Rwanda

Joyce Kamanzi¹ , Solina Richter¹ 

RESUMO

O objetivo foi explorar o apoio e descrever a supervisão de agentes comunitários de saúde que implementam o programa de atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI). Um desenho não experimental, exploratório, descritivo e quantitativo foi adotado neste estudo. Os dados foram coletados entre 305 participantes (30% da população) por meio de um questionário estruturado. Dupla digitação foi utilizada e os dados foram limpos e analisados usando o *Statistics Package of Social Sciences* (SPSS) 19. Em Ruanda, o apoio e supervisão são fornecidos pela instituição base e supervisores. Os agentes comunitários de saúde (ACS) frequentemente enfrentam escassez de medicamentos e equipamentos (63,3%) e 87,5% ficaram sem equipamentos, medicamentos e consumíveis, o que criou barreiras para a assistência das crianças doentes. Para melhorar o apoio institucional dado aos agentes comunitários de saúde, supervisão de apoio contínua e regular, além do fornecimento de suprimentos, é essencial.

Descritores: Agentes Comunitários de Saúde; Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância; Ruanda.

ABSTRACT

The objective was to explore the support given to community health workers who use the integrated management of childhood illness (IMCI) approach and describe the supervision given to them. A non-experimental, exploratory, descriptive, quantitative design was used for this study. Data were collected using a structured questionnaire; 305 were interviewed (30% sample). The data were double entered, cleaned, and analyzed using *Statistics Package of Social Sciences* (SPSS) 19. Support and supervision in Rwanda are provided by the base institution and by supervisors. CHWs often had a shortage of drugs and equipment (63.3%) and 87.5% have experienced run out of equipment, medicines, and consumables. This created barriers to caring for sick children. To improve institutional support for community health workers, regular and continuous supportive supervision and supplies are essential.

Descriptors: Community Health Workers; Integrated Management of Childhood Illness; Rwanda.

¹ Department of Nursing, University of Alberta – Edmonton (AB), Canada. E-mails: kamanzi@ualberta.ca, solina.richter@ualberta.ca.

Como citar este artigo: Kamanzi J, Richter S. Apoio institucional para agentes comunitários de saúde usando o programa de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância em Ruanda. *Rev. Eletr. Enferm.* [Internet]. 2021 [acesso em: _____];23:61603. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v23.61603>.

Recebido em: 06/12/2019. Aprovado em: 13/08/2021. Publicado em: 14/12/2021

INTRODUÇÃO

A mortalidade de crianças abaixo de cinco anos continua sendo um dos desafios mais importantes de saúde pública em países em desenvolvimento⁽¹⁾. Mundialmente, 5.9 milhões de crianças morrem todos os anos, a maioria em países de baixa e média renda. As regiões da África Subsaariana (ASS) são responsáveis por 50% das mortes⁽²⁾. Estima-se que 16.000 crianças abaixo de cinco anos morrem todos os dias e mais de 60% das mortes em todo o mundo poderiam ser prevenidas com intervenções disponíveis e acessíveis⁽²⁾. Ruanda adotou a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) como padrão de atenção prestada para crianças doentes a ser implementada entre os agentes comunitários de saúde (ACS)⁽³⁾. No entanto, para que os ACS trabalhem com a AIDPI, supervisão e suporte são vitais para que desenvolvam competências para prestação de assistência em suas comunidades. O sucesso desses profissionais no cuidado prestado a crianças doentes depende do apoio, suprimentos e supervisão prestados pelos serviços físicos.

Os serviços de saúde em Ruanda são fornecidos pelo setor público, unidades de saúde assistidas pelo governo, unidades de saúde privadas, e curandeiros tradicionais. O serviço é descentralizado em seis níveis, a saber: Ministério de Saúde Central, hospitais de referência, hospitais das províncias, hospitais distritais, centros de saúde e agentes comunitários de saúde⁽⁴⁾. O nível da comunidade é o mais baixo do sistema de saúde em Ruanda e é operado por ACS selecionados na comunidade. Ruanda adotou a AIDPI como padrão de assistência a crianças através dos ACS e estes têm um papel fundamental na promoção da saúde, prevenção de doenças, cuidados curativos básicos e encaminhamentos, monitoramento dos indicadores de saúde, e no estabelecimento de vínculos vitais entre a comunidade e os sistemas de saúde formais⁽³⁾. Os ACS em Ruanda prestam atendimento clínico básico gratuito para crianças abaixo de cinco anos, na prevenção de doenças e promoção de saúde em todo o país^(3,5). Acredita-se que isso se deva ao acesso precário aos serviços de saúde e à falta de atendimento imediato quando a criança adoecer; atrasos na procura de tratamento nos centros de saúde; e escassez de profissionais de saúde^(3,6).

Ruanda adotou a estratégia AIDPI como padrão da atenção prestada a crianças doentes através dos ACS em 2000 e a mesma é implementada em quatro níveis. No primeiro nível, há comitês de saúde no nível administrativo distrital que supervisiona os centros de saúde. No segundo nível, ou seja, o nível dos centros de saúde, os comitês de saúde que constituem a parte principal da AIDPI planejam, monitoram e avaliam as atividades de saúde. Em seguida, o terceiro nível é o nível das células, onde há coordenação e compilação de dados das atividades de saúde comunitária das aldeias que são relatadas ao centro de saúde. Por último, o quarto nível é o nível da aldeia, onde os binômios de ACS (composto por

um homem e uma mulher) ficam responsáveis por cuidar de crianças abaixo de cinco anos, tratando de crianças com febre, diarreia, problemas respiratórios agudos ou desnutrição⁽³⁻⁴⁾.

A mortalidade infantil é um dos indicadores de saúde mais universalmente aceitos⁽⁷⁾ e as taxas de mortalidade infantil (TMI) são mais altas em países de baixa renda do que em países de alta renda⁽⁷⁾. Muitos bebês e crianças abaixo de cinco anos morrem com pouco ou nenhum contato com profissionais da saúde⁽¹⁾. Os fatores atribuídos a essas mortes incluem acesso precário aos serviços de saúde, recursos insuficientes da família, falta de conhecimento e prática entre os cuidadores, e a qualidade inadequada das unidades de saúde⁽⁸⁾. Estudos mostram que a malária, pneumonia, diarreia, desnutrição e sarampo são responsáveis por mais da metade (52%) dessas mortes^(1,9).

Ruanda adotou a AIDPI para os ACS implementarem no manejo de crianças doentes como uma estratégia para ajudar a reduzir doenças infantis e a taxa de mortalidade infantil⁽³⁾. A implementação da estratégia AIDPI através dos ACS para o manejo de crianças doentes pretende alcançar crianças ruandesas que estão longe dos centros de saúde num prazo de 24 horas após adoecerem. Os ACS também fornecem informação aos pais e outros cuidadores sobre sinais de perigo com o intuito de melhorar a procura por assistência à saúde.

Para que os ACS possam fornecer esse serviço, eles precisam ter conhecimento e a disponibilidade de suprimentos, medicamentos e equipamentos. Supervisão e apoio são essenciais para que os ACS mantenham seu desempenho após o treinamento baseado em competências⁽¹⁰⁾. A supervisão de apoio é definida como um processo em que os trabalhadores de saúde são orientados, apoiados e encorajados a melhorar seu desempenho para que possam atingir os padrões definidos por seu país⁽¹¹⁾. A supervisão é amplamente reconhecida como uma forma de melhorar o desempenho e motivação dos ACS e muitas vezes inclui observação da prática clínica, revisando registros e solucionando problemas⁽¹²⁾. Quando a supervisão é bem realizada em ambiente favorável, com expectativas objetivas, monitoramento de desempenho, auditoria de registros e interpretação de dados, o monitoramento e observação dos profissionais de saúde em sua prática clínica podem ser vistos com uma experiência positiva⁽¹³⁾. No entanto, o desempenho de muitos supervisores pode ser inadequado e ineficaz se os mesmos não fornecem um *feedback* construtivo ao pessoal sob supervisão. Um estudo conduzido no Malawi mostrou que os supervisores careciam de conhecimento e davam conselhos inconsistentes⁽¹⁴⁾, enquanto que outro estudo relatou que os supervisores apenas falavam com o seu pessoal ao invés de observá-los⁽¹⁵⁾.

A atitude e o comportamento de supervisores em relação aos ACS pode ser um fator que contribui para o nível de motivação desses trabalhadores⁽¹⁶⁾. Apesar dessas deficiências, constatou-se que a supervisão regular reduz a sensação de

isolamento entre os ACS, ajudando-os a aumentar seu nível de motivação e interesse no que trabalho que fazem⁽¹⁶⁾. Fatores como ter uma provisão regular de medicamentos e equipamentos, observar como os ACS avaliam e tratam as crianças doentes, respondendo perguntas, ensinando e ajudando resolver problemas, juntamente com a supervisão de apoio regular tem melhorado a eficácia dos trabalhadores de saúde. O não cumprimento dessas expectativas destrói não apenas a imagem dos ACS mas também mina o sucesso da AIDPI⁽¹⁶⁾.

Em 2020, a TMI em Ruanda foi de 26.5 mortes por 1.000 nascidos vivos enquanto que a taxa de mortalidade entre crianças abaixo de cinco anos foi de 29.8 mortes por 1,000 nascidos vivos⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. As doenças/condições mais prevalentes responsáveis pela morbidade e mortalidade infantil em menores de cinco anos em Ruanda incluem malária, pneumonia, diarreia e desnutrição⁽⁴⁾. Há uma falta de profissionais da saúde, considerando que há apenas um(a) médico(a) para cada 16.001 habitantes e um(a) enfermeiro(a) para cada 1.291 habitantes⁽⁵⁾. As unidades de saúde são inacessíveis e um quarto de todos os pacientes precisam andar mais de uma hora ou cinco quilômetros para chegar a unidade de saúde mais próxima⁽⁴⁾.

A mortalidade de crianças abaixo de cinco anos continua sendo um dos desafios mais importantes na saúde pública dos países de baixa renda, especialmente em Ruanda, onde a mortalidade entre crianças abaixo de cinco anos ainda é alta. Os ACS tem sido treinados para implementar a estratégia AIDPI no manejo de crianças doentes, a fim de identificar as crianças mais vulneráveis e fornecer tratamento em tempo hábil. No entanto, a prática dos ACS em áreas isoladas e de difícil acesso requer que estes profissionais sejam treinados de forma adequada para que possam implementar a estratégia AIDPI de forma apropriada. Além disso, os ACS devem ter apoio do Ministério da Saúde com o fornecimento de suprimentos, medicamentos, equipamentos, conhecimento e supervisão para que possam prestar assistência de boa qualidade. Sem este suporte, os ganhos obtidos inicialmente com a redução da TMI em Ruanda não se sustentam. Existe informação limitada relacionada ao suporte que os ACS necessitam para implementar a AIDPI no distrito de Huye em Ruanda.

Avaliações anteriores conduzidas pela Ministério da Saúde em 2014 sugerem que a maioria dos ACS tem menos de um ano de experiência e receberam treinamento por quatro dias e tiveram dois dias de prática no centro de saúde⁽¹⁹⁾. Falta supervisão, considerando apenas uma visita a cada três meses. Os ACS carecem de educação básica, e mais de 72% tem apenas o ensino fundamental.

Os resultados deste estudo contribuirão para melhorar a assistência de saúde prestada por ACS usando o manejo de casos para doenças infantis e também fornecerão evidência

que os prestadores de assistência a saúde e legisladores podem usar para desenvolver novas alternativas com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção e fornecer informações necessárias para os educadores de enfermagem durante o desenvolvimento e implementação de seus currículos. Na pesquisa em enfermagem, estes resultados contribuirão com novos conhecimentos que podem ser usados como dados de base e por futuras investigações abordando o assunto para fornecer novos insights sobre a saúde da comunidade.

O objetivo deste estudo foi explorar e descrever o apoio institucional dado aos ACS usando a estratégia AIDPI ao prestar assistência a crianças doentes no distrito de Huye, Ruanda.

Os objetivos deste estudo incluem:

- Explorar o apoio fornecido aos agentes de saúde comunitários que implementam o programa de atenção integrada às doenças prevalentes na infância no distrito de Huye em Ruanda.
- Descrever a supervisão dos ACS envolvidos na atenção integrada às doenças prevalentes na infância no distrito acima mencionado.
- Identificar as necessidades de treinamento dos ACS que implementam a atenção integrada às doenças prevalentes na infância no distrito de Huye.
- Avaliar a disponibilidade dos recursos fornecidos aos ACS que implementam a atenção integrada às doenças prevalentes na infância no distrito de Huye.

MÉTODO

Neste estudo foi utilizado um desenho descritivo, exploratório e não experimental para promover o entendimento do fenômeno em tela. Este desenho permitiu aos autores obter mais informações sobre as características do fenômeno^(6,19). Este estudo foi realizado no distrito de Huye, Ruanda. O distrito de Huye é um dos oito distritos na província do sul de Ruanda. Esta província predominantemente rural e com uma população de 290.677 habitantes tem 14 setores e cada setor tem um centro de saúde. Estes 14 setores têm aproximadamente 509 vilas, ou seja, são aproximadamente 36 vilas por setor. Cada vila tem quatro agentes comunitários de saúde, dois dos quais (em cada vila) são treinados na atenção integrada às doenças prevalentes na infância. Desta forma, há aproximadamente 72 ACS envolvidos nos programas AIDPI em cada setor. A população alvo deste estudo foram ACS que foram treinados pelo Ministério da Saúde para usar o algoritmo AIDPI ao atender e tratar crianças doentes na comunidade. De acordo com o relatório do Ministério da Saúde de Ruanda, existem 1.018 ACS usando a estratégia AIDPI no distrito de Huye e esses profissionais constituíram a população alvo deste estudo⁽⁴⁾. Os binômios de ACS foram selecionados. Um binômio é definido como um par de ACS

formado por uma mulher e um homem treinados para implementar a AIDPI e selecionados pela população para fornecer serviços de saúde em suas respectivas vilas⁽²⁰⁾.

Um método de amostragem probabilística ou aleatória foi usado neste estudo como técnica de amostragem. O método de amostragem probabilística refere-se a uma técnica em que cada membro (elemento) da população tem igual chance de seleção⁽⁶⁾. Por se tratar de um estudo descritivo, uma amostra aleatória de 30% dos binômios de ACS foi considerada adequada, permitindo uma taxa de recusa de 15%. Assumindo que pelo menos 85% destes ACS iriam concordar em participar do estudo, o objetivo era recrutar 305 binômios de ACS de uma população total de 1.018 binômios de ACS. O primeiro estágio da estratégia de amostragem consistiu na seleção aleatória de cinco dos 14 setores no distrito Huye em Ruanda, usando o método aquário (*Fishbowl*), descrito por Brink⁽²¹⁾. O segundo estágio da estratégia de amostragem consistiu num censo de todos os ACS dos setores selecionados que foram treinados para usar a AIDPI. A autora abordou os líderes dos setores selecionados para obter uma lista de todos os ACS e das vilas onde trabalhavam. Todos os ACS nos setores selecionados foram convidados para participar do estudo.

Apenas os ACS que atenderam os seguintes critérios foram incluídos no estudo:

- Os participantes tinham que ser ACS selecionados pela população para trabalhar no nível da comunidade.
- Eles também tinham que ter treinamento adicional na AIDPI e trabalhar no distrito de Huye como binômios de ACS.
- Os participantes tinham que trabalhar e residir na vila e usar a estratégia AIDPI para tratar as crianças doentes em suas vilas.

Para assegurar validade de conteúdo, o questionário foi desenvolvido levando em consideração os objetivos da pesquisa, a revisão da literatura, e o arcabouço conceitual. O Quadro 1 mostra como as perguntas da pesquisa estão correlacionadas ao arcabouço conceitual e ao questionário da entrevista. Uma vez que o questionário foi desenvolvido, um especialista em AIDPI revisou o questionário para garantir que todos os aspectos relevantes ao estudo fossem cobertos de forma adequada e abrangente.

Os dados foram coletados usando um questionário administrado em forma de entrevista. A entrevista estruturada foi escolhida porque muitos ACS não têm habilidade para preencher um questionário auto aplicável; a maioria dos ACS em Ruanda (72%) tem apenas o ensino primário. O questionário foi adaptado de uma ferramenta desenvolvida pelo Ministério da Saúde em Ruanda^(3,6). A autora conduziu um estudo piloto com 10 ACS em dois momentos diferentes com uma semana de intervalo, para verificar a estabilidade das respostas. Para evitar contaminação da amostra, 10 ACS

Quadro 1. Validade de conteúdo, Ruanda, 2018.

Objetivos	Arcabouço conceitual	Questões
Explorar o apoio dado aos ACS que implementam a estratégia AIDPI.	Estrutura de Donabedian: apoio institucional	Seção B: B1 - B2
Descrever a supervisão dos ACS envolvidos na estratégia AIDPI.	Estrutura de Donabedian: (Supervisão de apoio, Suprimento de medicamentos, treinamento contínuo)	Seção B: B3 - B17
Identificar as necessidades de treinamento dos ACS que implementam a estratégia AIDPI.	Estrutura de Donabedian: Recursos humanos (treinamento básico da AIDPI e curso de atualização)	Seção C: C1 - C8
Avaliar a disponibilidade de recursos aos ACS implementam a estratégia AIDPI.	Estrutura de Donabedian: Recursos físicos (Recursos materiais, equipamentos; remédios e consumíveis, etc.)	Seção D: D1 - D14

foram selecionados de forma aleatória de uma vila distante da amostra. O estudo piloto serviu dois propósitos: o primeiro foi ajudar a pesquisadora checar a redação e a tradução do questionário para evitar ambiguidades. Neste momento, três perguntas foram reformuladas para que ficassem mais claras. O segundo propósito foi avaliar a estabilidade do questionário (teste-reteste). Os resultados do estudo piloto mostrou que mais de 78% dos respondentes deram a mesma resposta para a mesma questão.

Mudanças foram realizadas neste ferramenta para responder aos objetivos da pesquisa, perguntas, e em resposta a revisão de literatura. Para assegurar validade de conteúdo, um especialista na AIDPI revisou o questionário para assegurar que todos os aspectos relevantes ao estudo fossem atendidos de forma adequada e abrangente. Questões abertas e fechadas foram incluídas no instrumento para dar aos respondentes uma chance de se explicarem de forma a enriquecer e complementar os dados. A autora conduziu as entrevistas na língua local (Kinyarwanda) e quatro enfermeiros(as) treinados(as) coletaram os dados. A seção A do questionário incluiu dez itens abordando informações demográficas dos respondentes e a mesma foi incluída especificamente para descrever a amostra. A Seção B do questionário abordou

todos os aspectos de apoio e supervisão, enquanto a Seção C identificou as necessidades de treinamento dos ACS e a seção D avaliou a disponibilidade dos recursos dos ACS que implementam a AIDPI. O resultado de cada pergunta é relatado individualmente. Viés de seleção foi evitado com a seleção aleatória de cinco dos 14 setores do distrito de Huye, seguido por um censo de todos os ACS treinados nesses setores.

Durante a análise dos dados, os questionários completos foram agrupados em grupos de 50 e numerados pela autora. Os dados foram agrupados pela autora e dupla digitação foi realizada. As duas bases de dados foram entregues a um estatístico que mesclou os bancos de dados para identificar eventuais erros. Os erros foram corrigidos e a base de dados foi validada com zero erros. A base de dados final foi checada, limpa e explorada usando um display gráfico, posteriormente analisada, interpretada e sumarizada. A análise dos dados foi realizada usando o programa *Statistics Package of Social Sciences (SPSS)*, Versão 19.

O estudo foi conduzido quando a autora fazia seu mestrado na Universidade de Kwazulu-Natal na África do Sul. Antes da coleta de dados, a autora obteve aprovação do comitê de ética na Universidade de Kwazulu-Natal (HSS/0282/011M). A autora também obteve autorização das autoridades do distrito de Huye em Ruanda para conduzir a pesquisa (Huye/3106/0204). A autonomia dos respondentes foi assegurada e o objetivo e importância do estudo foram explicados, de forma que eles assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Também foi enfatizado que a participação era livre e voluntária e que os mesmos podiam deixar o estudo em qualquer tempo sem acarretar em nenhuma consequência negativa. Além disso, os respondentes foram informados do benefício não monetário associado, ou seja, uma possível melhora na atenção prestada às crianças doentes de suas comunidades. Para atender o princípio da beneficência, a autora agiu com gentileza e foi além da obrigação estrita. Nenhum dos participantes potenciais foi obrigado a participar. A decisão de participação foi livre e voluntária, baseada no conhecimento de quaisquer consequências negativas. Neste estudo, a autora respeitou o princípio de justiça durante a seleção e recrutamento dos participantes e todos tiveram igual chance de ser selecionados.

Todos os participantes foram tratados da mesma forma e receberam os mesmos benefícios pela sua participação na pesquisa por meio de recomendações. A autora não ofereceu nenhum incentivo para os participantes de forma a evitar qualquer influência indevida na decisão de participar no estudo. O anonimato e confidencialidade da identidade dos participantes foi assegurada com o uso de códigos em vez de seus nomes, de forma que nenhuma informação possa ser conectada a respondentes específicos. Além disso, confidencialidade foi assegurada com o armazenamento dos

questionários preenchidos em local fechado e seguro, onde apenas a autora e orientador da pesquisa tinham acesso.

A autora e cinco enfermeiros(as) previamente treinados(as) coletaram os dados. Trinta dias foram necessários para abordar os 305 binômios de ACS que compuseram a amostra. A autora e os(as) enfermeiros(as) treinados(as) visitaram os ACS em suas vilas e os abordaram para preencher os questionários de entrevistas. Todos os questionários preenchidos foram coletados e agrupados pelo(a) líder do time de acordo com cada coletor(a) e submetidos a autora, que checkou cada um dos questionários e verificou se as perguntas tinham sido respondidas e preenchidas pelos(as) coletores(as). No dia seguinte os coletores(as) receberam *feedback* e possíveis confusões foram esclarecidas. Toda informação foi descrita de forma clara antes de começar a coleta de dados para melhorar a taxa de resposta.

RESULTADOS

Trezentos e quarenta e seis (346) questionários foram impressos, 305 dos quais retornaram preenchidos. O tamanho da amostra foi 305, o que representa 30% dos binômios de ACS no distrito de Huye de uma população alvo de 1.008 binômios de ACS. As características dos ACS que receberam treinamento na AIDPI são apresentadas na Tabela 1.

Conhecimento e habilidades

Dos binômios incluídos neste estudo, 55,5% (n=167) receberam cinco dias de treinamento, 40,2% (n=121) receberam menos que cinco dias de treinamento e 4,3% (n=13) receberam mais que cinco dias de treinamento (*1=dados perdidos). A maioria dos ACS (85,5%, n=257) acreditavam que a duração do curso era insuficiente e 98,3% (n=298) manifestou a necessidade de um curso de atualização.

Apoio e supervisão dos supervisores treinados

A Tabela 2 apresenta as visitas de supervisão recebidas pelos ACS depois do treinamento.

A maioria, 197 (64,6%), dos ACS com treinamento para implementar a AIDPI relatou que seus supervisores não os observavam quando examinavam as crianças doentes na última visita e 188 (62,3%) relataram que seus supervisores não lhes deram informação adicional durante a última visita. Os resultados mostram que o tempo gasto não era padrão como relatado por alguns respondentes (Tabela 3). Um total de 66,4% dos binômios de ACS relataram que não foram notificados das visitas de seus supervisores.

Apoio e supervisão das instituições

Os ACS mencionaram que eles receberam equipamentos (97%) e medicamentos (97%) mas 87,5% deles enfrentaram

Tabela 1. Características demográficas dos ACS treinados na AIDPI. Ruanda, 2018.

Características	
Variável	
Idade	
Idade máxima	62 anos
Idade mínima	23 anos
Idade mediana	38 anos
Gênero	
Masculino	154 (50,5%)
Feminino	151 (49,5%)
Educação	
Ensino Fundamental 1	67,20%
Ensino Fundamental 2	28,50%
Ensino médio	4,30%
Ensino superior	0%
Experiência na AIDPI	
Menos de 1 ano	6%
Entre 1-5 anos	74,40%
Mais de 5 anos	19,60%
Numero de residências pelas quais são responsáveis	
Mínimo	6 residências
Máximo	523 residências
Mediana	114 residências

Tabela 2. Calendário das visitas de supervisão após treinamento AIDPI. Ruanda, 2018.

Calendário das visitas de supervisão após o treinamento da AIDPI	Frequência	Porcentagem
Visita entre 0 - 3 meses	149	50,4
Visita entre 4 - 6 meses	47	15,9
Visita entre 7 - 9 meses	16	11,9
Visita entre 10 - 12 meses	1	0,3
Visita depois de 12 meses	2	0,6
Nunca recebeu visita	82	27,7

Tabela 3. Tempo gasto pelo supervisor na sua presença durante a última visita. Ruanda, 2018.

Tempo gasto / em minutos	Frequência	Porcentagem
0-30 minutos	129	43,6
31-60 minutos	118	39,9
Mais que 60 minutos	49	16,5

falta ocasional do suprimento de medicamentos e equipamentos. Perguntamos se os ACS enfrentaram escassez de medicamentos ou suprimentos que os impediu de prestar atendimento no último mês e 182 (59,7%) relataram que tiveram que esperar de quatro horas a seis dias pela reposição de suprimentos; 67 (22%) respondentes disseram que foram reabastecidos em menos de quatro horas após o término do estoque, e 56 (18,3%) respondentes esperaram sete dias ou mais para serem reabastecidos. Apesar dos ACS terem enfrentado falta de medicamentos e equipamentos, as crianças ainda precisaram ser tratadas e protegidas.

A maioria dos binômios de ACS (82,3%) notificaram seus supervisores quando ficaram sem suprimentos, mas seus supervisores não os reabasteceram durante as visitas. A Tabela 4 apresenta as várias maneiras pelas quais os ACS lidaram com a falta de suprimentos de medicamentos.

Tabela 4. "Como você tratou as crianças doentes quando ficou sem medicamentos?". Ruanda, 2018.

	Frequência	Porcentagem
Transferiu a criança doente para uma unidade de saúde	114	32,6
Pegou medicamentos emprestados de colegas para tratar as crianças doentes e os reembolsou quando os suprimentos chegam	112	32
Enviou as crianças doentes para os colegas	107	30,6
Enviou as crianças doentes para os coordenadores de célula	10	2,8
Foi até a unidade de saúde buscar os medicamentos que usou para tratar as crianças doentes	7	2

DISCUSSÃO

Com relação aos dados demográficos, a idade mediana dos respondentes era 38 anos e a moda era 32 anos. A maioria era casada com dependentes, e tinha baixos níveis de educação básica. Por terem apenas o nível de escolaridade básico, seria importante que recebessem um bom treinamento para saber e entregar o que é esperado deles. Estudos mostram que à medida que o nível educacional aumenta, aumenta também a facilidade de aprendizado^(20,22). Além disso, um bom

treinamento, cursos de atualização, visitas de seguimento, e supervisão de apoio podem melhorar o conhecimento dos ACS com baixo níveis educacionais⁽²¹⁾.

Muitos binômios de ACS no nosso estudo tinham experiência de pelo menos um ano e 79,6% deles tinha um grande número de filhos (três a cinco), enquanto mais de 44% dos respondentes tinha outros dependentes pelos quais eram responsáveis. Presume-se que depois de um ano trabalhando como ACS, os mesmos teriam ter experiência suficiente para lidar com o manejo de crianças doentes na comunidade. No entanto, essa suposição não é confirmada pelos nossos achados. A maioria dos ACS (74,4%) tinha sido eleita por um período entre um e cinco anos, mas 20% deles não foi capaz de identificar quaisquer sinais de perigo. Os sinais de perigo que 75,1% dos ACS falharam em identificar foi quando a criança não consegue beber ou mamar. A maioria dos ACS em Huye recebeu cinco dias ou menos de treinamento, o que, aliado ao baixo nível educacional (67,2% tinham o nível primário de educação), explica o pouco conhecimento dos ACS com relação a AIDPI. Os estudos realizados nos Estados Unidos, Inglaterra e no País de Gales sustentam que ACS experientes são produtivos e eficientes em sua prática profissional⁽²²⁾.

Apoio foi definido como um processo em que os ACS envolvidos com a AIDPI recebem assistência, proteção ou suprimentos⁽²²⁾. A falta de apoio fornecida aos ACS que usam a estratégia AIDPI, como por exemplo a falta de disponibilidade de equipamentos, medicamentos e suprimentos no nível da comunidade, impactam negativamente o moral dos ACS e sua prática⁽²²⁾. Os binômios de ACS envolvidos com a AIDPI no distrito de Huye sentiram-se apoiados por suas instituições. Os participantes indicaram que eles receberam equipamentos, medicamentos e suprimentos, enquanto a supervisão era insuficiente e ocasionalmente eles ficavam desabastecidos.

Neste estudo, usamos o modelo de Donabedian como o arcabouço conceitual. A estrutura/processo/modelo de resultados de Donabedian é o modelo mais referenciado de qualidade dos serviços de atenção e tem sido usado para desenvolver programas de gerenciamento de qualidade e conduzir estudos e pesquisa de melhoria⁽²³⁾. O primeiro aspecto do modelo de Donabedian consiste de medidas estruturais de qualidade e é definido como os recursos profissionais e organizacionais necessários para prestar assistência de qualidade. O segundo aspecto do modelo se refere a medidas de processo relacionadas as atividades desenvolvidas pelos profissionais para e pelo paciente durante o tratamento⁽²⁴⁾. Finalmente, as medidas de resultado são os efeitos desejados que resultam dos processos de cuidado e que podem incluir redução de morbidade, mortalidade e melhor qualidade de vida⁽²⁴⁾. Essas medidas também incluem satisfação do paciente com a assistência.

O aspecto estrutural do modelo de Donabedian, que lida com os recursos físicos, nem sempre estava disponível para que

os ACS alcançassem bom processos e resultados. Assegurar um suprimento constante de equipamento e medicamentos é apenas um dos aspectos do suporte.

Quando perguntados sobre o suporte que recebiam de suas instituições, muitos dos binômios de ACS relataram que recebiam suporte para resolver problemas, responder perguntas, e ensino. O apoio fornecido era frequente e regular, principalmente mensal e semestral. Um estudo realizado em Mali relata que o fornecimento regular de medicamentos e equipamentos, incluindo observação dos ACS quando avaliando e tratando de crianças doentes, respondendo perguntas, ensinando e dando apoio regular para a resolução de problemas, melhorou a eficácia dos profissionais de saúde. A falta de suporte impacta negativamente a imagem dos ACS e compromete o sucesso dos programas⁽¹⁶⁾.

No nosso estudo, 20% dos ACS admitiram que enfrentaram escassez de medicamentos no último mês antes do estudo e que o tempo de espera era de até seis dias em média para o reabastecimento. Os binômios de ACS desenvolveram estratégias para lidar com a escassez de suprimentos, mas a falta de medicamentos impactou negativamente o manejo de crianças doentes⁽²³⁾. Muitos estudos identificaram que o fornecimento irregular de consumíveis, medicamentos e equipamentos era um elo fraco na eficácia dos ACS^(23,25). O suprimento inadequado de medicamentos, falta repetida de medicamentos, e a longa espera para o abastecimento de medicamentos são vistos como fatores de desvalorização por todos os ACS do programa e impactam de forma negativa o moral dos ACS⁽²³⁾.

Supervisão é uma estrutura do modelo de Donabedian. Por definição, a supervisão é um processo que inspeciona e observa as atividades, para monitorar e checar desempenho clínico, auditar registros, interpretar dados, e elogiar e/ou corrigir para melhorar a prática⁽²⁴⁾. Falta de supervisão foi um problema no distrito de Huye relatado por alguns dos ACS. A supervisão de apoio fornecida por serviços de saúde formais é vital para o sucesso dos ACS⁽¹⁵⁾. A supervisão de apoio inclui não apenas monitorar os ACS e corrigi-los mas também dar oportunidades de aprendizado, disseminar novo conhecimento, discutir novas políticas, e atualizar com novos conhecimentos⁽¹³⁾.

Muitos ACS relataram não ter aprendido nenhum conhecimento novo durante as visitas dos supervisores. Um estudo em Benin relata que muitos supervisores são vistos como inadequados e ineficientes e não fornecem *feedback* construtivo sobre o desempenho dos ACS. Frequentemente os supervisores não têm as habilidades necessárias para supervisionar⁽¹⁵⁾. Além disso, uma supervisão fraca contribui para programas ineficazes de ACS. Recomenda-se que um programa aprimorado de supervisão de apoio seja acompanhado por treinamento específico sobre como fornecer supervisão de suporte, se necessário^(13,15).

Devido as limitações de tempo e custos, este estudo se limitou a um dos oitos distritos da província do sul de Ruanda. Portanto, estes resultados não podem ser generalizados para a província do sul. A autora usou a estrutura de Donabedian apenas para explorar o suporte institucional fornecido aos ACS que usam a estratégia AIDPI. Além disso, a autora adotou apenas a abordagem quantitativa, enquanto uma abordagem qualitativa ajudaria a explorar de forma mais profunda o apoio institucional fornecido aos ACS que implementam a AIDPI em Ruanda.

CONCLUSÃO

A AIDPI implementada por ACS é uma estratégia efetiva para abordar as questões relacionadas a morbidade e mortalidade infantil em países em desenvolvimento, especialmente em Ruanda. Os ACS tem um papel vital na promoção de saúde, prevenção de doenças, cuidados curativos básicos, encaminhamentos, monitoramento de indicadores de saúde, e a criação de vínculos essenciais entre a comunidade e o sistema de saúde formal. Os ACS gerenciam os casos de crianças doentes com infecções respiratórias agudas, diarreia, sarampo, malária e desnutrição. No entanto, suporte institucional é fundamental para que os ACS trabalhem com a abordagem da AIDPI. Todos os ACS que usam a AIDPI precisam de suporte, suprimentos e supervisão dos serviços físicos para que sejam bem sucedidos. Este estudo explorou o apoio institucional dado aos binômios de ACS em Huye e descobriu que há uma falta de supervisão de apoio, treinamento insuficiente, e conhecimento deficiente da AIDPI. Estes aspectos poderiam ser atendidos por meio de supervisão reforçada, treinamento, e abordando a questão da falta de suprimentos, medicamentos e equipamentos.

Os resultados deste estudo irão contribuir para melhorar a assistência de saúde por parte dos ACS utilizando a atenção integrada às doenças prevalentes na infância para reduzir a taxa de mortalidade. Estes resultados apresentam evidência que os profissionais de saúde e legisladores podem usar para desenvolver novas alternativas a fim de melhorar a qualidade da assistência e fornecer a informação necessária para educadores de enfermagem desenvolverem e implementarem seus currículos. Os resultados deste estudo contribuem com dados de base para dar suporte a novas investigações abordando este tópico para obter mais e novos *insights* relacionados a saúde na comunidade. A evidência documentada mostra que o suporte institucional deve focar nos agentes comunitários de saúde que implementam a estratégia AIDPI.

Recomendamos que supervisão de apoio seja fornecida aos ACS. Supervisores podem não ter um entendimento claro dos seus papéis, portanto, um estudo qualitativo é recomendado para explorar suas percepções sobre supervisão de apoio. Os supervisores precisam ser treinados para a supervisão de

apoio. É essencial que todos os supervisores tenham uma clara descrição de suas funções, assim como o desempenho desses profissionais deve ser avaliado continuamente. Todos os supervisores precisam ser responsabilizados pelo suporte de apoio que dão aos ACS. Também é recomendado que o apoio institucional seja reforçado através do fornecimento regular de medicamentos, suprimentos e equipamentos, assim como o desenvolvimento de estratégias para prevenir e/ou enfrentar a questão da falta de medicamentos, suprimentos e equipamentos.

Devido ao conhecimento deficiente da AIDPI entre os ACS no distrito de Huye, é essencial que mais treinamentos sejam implementados. Talvez seja necessário que todos os binômios de ACS atendam um curso de treinamento completo para garantir um nível básico de conhecimento e competências para implementar a AIDPI na assistência prestada a crianças doentes. Um curso de atualização precisa ser implementado regularmente e um dia por mês seria útil para manter os ACS atualizados na AIDPI. Além disso, treinamento adicional sobre malária seria benéfico especialmente porque esta é a causa de morte mais comum entre crianças abaixo de cinco anos em Ruanda. Isso deve incluir as técnicas de teste para a malária e a interpretação de resultados.

Este estudo foi conduzido num distrito de Ruanda. Por se tratar de um estudo descritivo, os resultados não podem ser generalizados. Por esta razão, recomendamos um estudo em nível nacional para determinar se as deficiências encontradas no treinamento e conhecimento dos ACS são generalizadas. Treinamentos de seguimento ou cursos de atualização são recomendados.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos J.L.M. Haskins, M. Tech, Centre for Rural Health, Universidade de Kwazulu-Natal, África do Sul por sua supervisão durante a coleta de dados e redação dos resultados.

REFERÊNCIAS

1. You D, Hug L, Ejdemyr S, Idele P, Hogan D, Mathers C, et al. Global, regional, and national levels and trends in under-5 mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. *Lancet* [Internet]. 2015 [acesso em: 02 dez. 2021];386(10010):2275-86. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00120-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00120-8).
2. Boschi-Pinto C, Dilip TR, Costello A. Association between community management of pneumonia and diarrhoea in high-burden countries and the decline in under-five mortality rates: an ecological analysis. *BMJ Open* [Internet]. 2017 [acesso em: 02 dez.

- 2021];7(2):e012639. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012639>.
3. Manzi A, Mugunga JC, Iyer HS, Magge H, Nkikabahizi F, Hirschhorn LR. Economic evaluation of a mentorship and enhanced supervision program to improve quality of integrated management of childhood illness care in rural Rwanda. PLoS ONE [Internet]; 2018 [acesso em: 02 dez. 2021];13(3): e0194187. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194187>.
 4. Ministry of Health, Republic of Rwanda. Fourth health sector strategic plan July 2018 – June 2024 [Internet]. Kigali: Ministry of Health (RW); 2018 [acesso em: 02 dez. 2021]. Disponível em: https://www.childrenandaids.org/sites/default/files/2018-05/Rwanda_Nat%20Health%20Sector%20Plan_2018-2024.pdf.
 5. Bigirimana JB. Timely access to maternal, neonatal and child healthcare for rural communities in Rwanda: the role of community health workers [dissertation]. Ontario (CA): University of Western Ontario Electronic; 2019 [acesso em: 02 dez. 2021]. Disponível em: <https://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=8792&context=etd>.
 6. Musabyimana A, Ruton H, Gaju E, Berthe A, Grépin KA, Ngenzi J, et al. Assessing the perspectives of users and beneficiaries of a community health worker mHealth tracking system for mothers and children in Rwanda. PLoS ONE [Internet]. 2018 [acesso em: 02 dez. 2021];13(6):e0198725. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198725>.
 7. Sartorius B, Sartorius K, Green R, Lutge E, Scheelbeek P, Tanser F, et al. Spatial-temporal trends and risk factors for undernutrition and obesity among and obesity among children (<5 years) in South Africa, 2008-2017: findings from a nationally representative longitudinal panel survey. BMJ Open [Internet]. 2020 [acesso em: 02 dez. 2021];10(4):e034476. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034476>.
 8. Amouzou A, Hazel E, Shaw B, Miller NP, Tafesse M, Mekonnen Y, et al. Effects of the integrated community case management of childhood illness strategy on child mortality in Ethiopia: a cluster randomized trial. Am J Trop Med Hyg [Internet]. 2016 [acesso em: 02 dez. 2021];94(3):596-604. Disponível em: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.15-0586>.
 9. Black RE, Taylor CE, Arole S, Bang A, Bhutta ZA, Chowdhury AMR, et al. Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 8. summary and recommendations of the Expert Panel. J Glob Health [Internet]. 2017 [acesso em: 02 dez. 2021];7(1):010908. Disponível em: <https://doi.org/10.7189/jogh.07.010908>.
 10. Oliphant NP, Manda S, Daniels K, Odendaal WA, Besada D, Kinney M, et al. Integrated community case management of childhood illness in low- and middle-income countries. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2021 [acesso em: 02 dez. 2021];2(2):CD012882. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012882.pub2>.
 11. Nass SS, Isah MB, Sani A. Effect of integrated supportive supervision on the quality of health-care service delivery in Katsina state, Northwest Nigeria. Health Serv Res Manag Epidemiol [Internet]. 2019 [acesso em: 02 dez. 2021];6: 2333392819878619. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2333392819878619>.
 12. Bosch-Capblanch X, Garner PA. Primary health care supervision in developing countries. Trop Med Int Health [Internet]. 2008 [acesso em: 02 dez. 2021];13(3):369-83. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2008.02012.x>.
 13. Hussein S, Farhood H. Assessment of knowledge and practical skills among integrated management of neonatal and childhood illness program healthcare personnel in primary healthcare centers. Medical Journal of Babylon [Internet]. 2019 [acesso em: 02 dez. 2021];16(4):351-6. Disponível em: https://doi.org/10.4103/mjbl.mjbl_50_19.
 14. Moridiyat OAA. The role of supportive supervision in enhancing and sustaining health education in home management and prevention of malaria among mothers of under-five children. International Journal of Nursing and Midwifery [Internet]. Academic Journals; 2017 May 30;9(5):53-7. Disponível em: <https://doi.org/10.5897/ijnm2017.0260>.
 15. Reñosa MD, Dalgligh S, Bärnighausen K, McMahan S. Key challenges of health care workers in implementing the integrated management of childhood illnesses (IMCI) program: a scoping review. Glob Health Action [Internet]. 2020 [acesso em: 02 dez. 2021];13(1):1732669. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1732669>.
 16. Olaniran A, Madaj B, Bar-Zev S, Broek NVD. The roles of community health workers who provide maternal and newborn health services: case studies from Africa and Asia BMJ Global Health 2019;4:e001388. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001388>.
 17. Knoema. Ruanda - Taxa de mortalidade infantil [Internet]. New York: Knoema Corporation; c2021 [acesso em: 02 dez. 2021]. Disponível em: <https://knoema.com/atlas/Rwanda/topics/Demographics/Mortality/Infant-mortality-rate>.
 18. National Institute of Statistics of Rwanda; Ministry of Finance and Economic Planning; Ministry of Health; The DHS Program, ICF International. Rwanda

- Demographic and Health Survey 2014-15 [Internet]. Kigali (RW): National Institute of Statistics of Rwanda; 2016 [acesso em: 02 dez. 2021]. Disponível em: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR316/FR316.pdf>.
19. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: conduct, critic and utilization. USA: Elsevier; 2005.
 20. Brink H. Fundamental of research methodology for health care professionals. Cape Town: Juta and Co; 2006.
 21. Boschi-Pinto C, Labadie G, Dilip TR, Oliphant N, Dalglish SL, Aboubaker S, et al. Global implementation survey of Integrated Management of Childhood Illness (AIMPI): 20 years on. *BMJ Open* [Internet]. 2018 [acesso em: 02 dez. 2021];8(7):e019079. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019079>.
 22. Scott K, Beckham SW, Gross M, Payiro G, Rao KD, Cometto G, et al. What do we know about community-based health worker programs? A systematic review of existing reviews on community health workers. *Hum Resour Health* [Internet]. 2018 [acesso em: 02 dez. 2021];16(1):39. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0304-x>.
 23. Ballard M, Montgomery P. Systematic review of interventions for improving the performance of community health workers in low income and middle-income countries. *BMJ Open* [Internet]. 2017 [acesso em: 02 dez. 2021];7(10):e014216. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014216>.
 24. Donabedian A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *JAMA* [Internet]. 1988 [acesso em: 02 dez. 2021];260(12):1743-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>.
 25. World Health Organization. WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [acesso em: 02 dez. 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275474/9789241550369-eng.pdf?ua=1>.

