

Maternal experience in child monitoring in Primary Care: A qualitative approach

Vivido materno no acompanhamento da criança na Atenção Primária: uma abordagem qualitativa

Experiencia materna sobre el cuidado del niño en la Atención Primaria: enfoque cualitativo

Patrícia Maria Januário Araújo¹

ORCID: 0000-0002-0099-2324

Rosana Claudia de Assunção¹

ORCID: 0000-0001-5175-5567

Rosângela Aparecida Pimenta
Ferrari²

ORCID: 0000-0003-0157-7461

Adriana Valongo Zani¹

ORCID: 0000-0002-6656-8155

1 State University of Londrina, PR,
Brazil

2 Federal Institute of Paraná, PR, Brazil

Editor: Paula Vanessa Peclat Flores

ORCID: 0000-0002-9726-5229

Submission: 09/25/2020

Approved: 12/01/2020

ABSTRACT

Objective: To grasp the maternal experience facing child monitoring by Primary Health Care up to the sixth month of life. **Method:** A study with a qualitative approach grounded on Schütz's Social Phenomenology and conducted from January to July 2018 in the homes of 19 mothers. **Results:** Two thematic units: "The experience of child monitoring by Primary Care in the first six months of life" and "Wishes and expectations regarding the child care received by Primary Care". **Discussion:** The follow-up of the child must take place in the first week of life, because the early neonatal period represents great vulnerability for the newborn. Primary Care is able to organize the monitoring actions through home visits and routine appointments in the Basic Health Unit. **Conclusion:** The mothers identified weaknesses in the monitoring of their children, such as absence of home visits and of some professionals, as well as long intervals between the appointments.

DESCRIPTORS: Children's Care; Governmental Programs; Primary Health Care; Pediatric Nursing; Childcare.

RESUMO

Objetivo: Apreender o vivido materno frente ao acompanhamento da criança até o sexto mês de vida pela Atenção Primária à Saúde. **Método:** Estudo com abordagem qualitativa fundamentado na Fenomenologia Social de Schütz, que ocorreu de janeiro a julho de 2018 no domicílio de 19 mães. **Resultados:** Duas unidades temáticas: "Vivenciado o acompanhamento do filho pela Atenção Primária nos primeiros seis meses de vida" e "Desejos e expectativas frente à assistência à criança recebida pela Atenção Primária". **Discussão:** O seguimento da criança deve acontecer na primeira semana de vida, pois o período neonatal precoce representa grande vulnerabilidade para o recém-nascido. A Atenção Primária é capaz de organizar as ações de acompanhamento por meio de visitas domiciliares e rotina de consultas na Unidade Básica de Saúde. **Conclusão:** As mães identificaram fragilidades no acompanhamento dos filhos, como ausência de visitas domiciliares e de alguns profissionais, e longos intervalos entre as consultas.

DESCRITORES: Cuidado da Criança; Programas Governamentais; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem Pediátrica; Puericultura.

RESUMEN

Objetivo: Comprender la experiencia materna del seguimiento del niño realizado por el servicio de Atención Primaria de la Salud hasta el sexto mes de vida. **Método:** Estudio con abordaje cualitativo basado en la Fenomenología Social Schütz, que se llevó a cabo de enero a julio de 2018 en el hogar de 19 madres. **Resultados:** Dos unidades temáticas: "Experiencia en el seguimiento del niño en la Atención Primaria en los primeros seis meses de vida" y "Deseos y expectativas sobre la asistencia que recibe el niño por parte de la Atención Primaria". **Discusión:** El seguimiento del niño debe realizarse en la primera semana de vida, ya que el período neonatal precoz representa una gran vulnerabilidad para el recién nacido. La Atención Primaria es capaz de organizar acciones de seguimiento a través de visitas domiciliarias y consultas de rutina en la Unidad Básica de Salud. **Conclusión:** Las madres identificaron deficiencias en el seguimiento de sus hijos, como la ausencia de visitas domiciliarias y de algunos profesionales, y largos intervalos entre las consultas.

DESCRIPTORES: Cuidado Infantil; Programas Gubernamentales; Atención Primaria de la Salud; Enfermería Pediátrica; Puericultura.

INTRODUCCIÓN

Brasil se destaca como responsable del acceso universal a la salud de la población, defendiendo un sistema integral, público y gratuito. El Sistema Único de Salud (SUS) ha proporcionado innumerables avances en las políticas públicas sociales en Brasil, especialmente para la salud infantil. Sin embargo, hay demandas de cualificación en esta área de atención, y por eso el país está tratando de innovar, tanto en los aspectos normativos como en la implementación de programas y acciones específicas. En este contexto, se adoptaron estrategias, como la reingeniería del sistema, para integrar el sistema público y buscar superar las deficiencias, considerando aspectos demográficos y epidemiológicos locales y regionales. En 2010, el Ministerio de Salud estableció redes de Atención de Salud con el fin de garantizar una atención integral. La *Rede Cegonha*, creada en 2011, es una de ellas, responsable del seguimiento materno-infantil⁽¹⁾.

La *Rede Cegonha* presenta una estructura estratégica para implementar una red de atención con el fin de asegurarle a las mujeres el derecho a la planificación reproductiva, atención humanizada del embarazo, parto, puerperio y a los niños el derecho a un parto seguro, crecimiento y desarrollo saludable⁽²⁾.

Para que el proceso ocurra de manera eficiente, eficaz y efectiva, la *Rede Cegonha* se organiza en base a cuatro componentes: atención prenatal; parto y nacimiento; puerperio y atención integral de la salud infantil; y sistema logístico. Por ende, es capaz de garantizar una asistencia continua de

las acciones de atención de la salud materno infantil para la población de un territorio determinado con la calidad adecuada, el costo correcto y responsabilizándose por los resultados sanitarios vinculados a esa población⁽³⁾.

Con base en los principios de la *Rede Cegonha*, se estableció en Paraná, en 2012, la *Rede Mãe Paranaense*, definida como un conjunto de acciones que involucran la captación temprana de gestantes, atención prenatal con consultas y exámenes, estratificación del riesgo de la gestante y del niño, asistencia en un ambulatorio especializado y garantía del parto a través de un sistema de conexión con el hospital de acuerdo al riesgo gestacional. Su misión es promover una atención segura y de calidad durante el embarazo, parto, puerperio, así como también para los niños menores de un año, buscando reducir la mortalidad materna e infantil⁽⁴⁾.

Considerando que la población materno infantil es una de las prioridades gubernamentales - con la implementación de políticas públicas para cualificar la atención desde el período gestacional, incluyendo el parto y el seguimiento de mujeres y niños después del alta de la maternidad - y la necesidad de evaluar los programas implementados, desde la perspectiva de las usuarias⁽⁵⁾, se ideó el presente estudio, de donde surgió la siguiente pregunta: ¿Cómo percibe la madre la asistencia que la Atención Primaria le brinda al niño en los primeros seis meses de vida? El objetivo de este estudio fue, por lo tanto, comprender la experiencia materna del seguimiento del niño realizado

por el servicio de Atención Primaria de la Salud hasta el sexto mes de vida, posterior al alta de la maternidad.

MÉTODO

Estudio descriptivo con abordaje cualitativo basado en la Fenomenología Social de Alfred Schütz, que se fundamenta en la comprensión e interpretación de la acción social de los fenómenos humanos relacionados, en el caso de la Enfermería, con el proceso salud-enfermedad y, principalmente, con situaciones vividas en diferentes entornos asistenciales y sanitarios. Estos elementos se obtienen a través de la entrevista con preguntas para extraer del entrevistado el contexto de experiencias pasadas y presentes ("motivos por los que"), orientadas a la acción futura ("motivos para"), como un acto anticipado, una proyección de la acción. En este sentido, la Fenomenología Social permite comprender la experiencia materna a partir de sus relaciones sociales⁽⁶⁾.

Este estudio forma parte del amplio proyecto de investigación multicéntrico titulado "*Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto, puerpério e da criança*" (Red Madre Paranaense: desde la perspectiva de la usuaria: el cuidado de la mujer en la atención prenatal, parto, puerperio y del niño), financiado por el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq), que se llevó a cabo en dos fases.

La selección de las madres que participaron en este estudio se llevó a cabo en la segunda fase de la recopilación de un estudio más amplio, que comprendía a madres atendidas

en una maternidad de referencia para embarazos de bajo riesgo en una ciudad de la región sur de Brasil. Los criterios de inclusión adoptados en esta etapa fueron: madres que dieron a luz en una maternidad de bajo riesgo y que recibieron la atención exclusiva del SUS; se excluyeron las madres que no utilizaron las unidades de Atención Primaria para el seguimiento del niño.

Las entrevistas se realizaron en los hogares de las madres luego de aclarar los objetivos de la investigación, de la aceptación de la madre con garantía de anonimato y de la firma del Formulario de Consentimiento Libre e Informado.

La recolección de datos se realizó de enero a julio de 2018, a través de entrevistas semiestructuradas. Las preguntas orientadoras fueron: 1) ¿Recibiste una visita del equipo de salud en la primera semana de vida de tu hijo/a? Háblame de esa visita. 2) Después del alta de la maternidad, ¿cómo fue tu seguimiento y el de tu bebé por parte del servicio de salud en el primer mes después del parto? 3) Hasta ahora (desde los primeros 30 días posparto hasta el sexto mes), cuéntame cómo se desarrolló el seguimiento del bebé por parte del servicio de salud. 4) Coméntame sobre el acceso a la Unidad Básica de Salud (UBS) para realizar el cuidado/evaluación de tu hijo/a. ¿Con qué frecuencia? ¿Quién fue el profesional?

La duración promedio de las entrevistas fue de 50 minutos, considerando la interacción inicial y la entrevista, todas grabadas en un dispositivo móvil Android. Al final, se le pidió a la madre que escuchara la grabación,

garantizándole el derecho a cambiar la información, si lo consideraba necesario.

Schütz propone una investigación social a través de la investigación cualitativa para evaluar el comportamiento de las personas en su mundo cotidiano. Esta percepción se ha convertido en un signo del cuidado de la salud, ya que la investigación cualitativa busca profundizar el objeto de estudio⁽⁷⁻⁸⁾. De esta forma, se procuró profundizar en los "motivos por los que" y los "motivos para".

Los "motivos por los que" están relacionados con hechos pasados, ya acabados, y que pueden influir en las acciones presentes. En base a este contexto, se logró el acceso a la vida cotidiana de las madres en los primeros seis meses de vida del niño con respecto a la asistencia recibida en la Atención Primaria. Los "motivos para" están relacionados con las expectativas sobre la asistencia que desearían haber recibido.

Para organizar y analizar el material cualitativo se realizaron los siguientes pasos: 1º - lectura atenta y sensata de cada testimonio en su totalidad para comprender el significado global de la experiencia vivida por las madres; 2º - relectura de cada testimonio para identificar aspectos comunes que expresen los contenidos relacionados con "motivos por los que" y "motivos para"; 3º - agrupación de aspectos comunes según la convergencia de los contenidos para la composición de categorías concretas; 4º - análisis de las categorías para comprender la experiencia de las madres; 5º - constitución del tipo experimentado a partir del conjunto de "motivos por los que" y "motivos para" expresados en el análisis de las categorías; 6º

- discusión del tipo experimentado según la Fenomenología Social⁽⁸⁾.

El estudio siguió los principios de la Resolución del Consejo Nacional de Salud 466/12, que regula la investigación con seres humanos. Los participantes firmaron el Formulario de Consentimiento Libre e Informado y la investigación se llevó a cabo previa aprobación del Comité de Ética en Investigación, Dictamen: 2.053.304 y CAAE: 67574517.1.1001.5231. Para preservar el anonimato de las madres, se utilizó la letra M de madre en las citas de los testimonios, seguida del número correspondiente al orden en que se realizaron las entrevistas.

RESULTADOS

Se seleccionaron 36 madres para participar en este estudio, agrupadas en cinco grupos según la región de residencia. De estas madres, 6 fueron excluidas por haberse mudado de la ciudad, 5 por indisponibilidad y 6 por no haber contestado cinco llamadas telefónicas y dos visitas domiciliarias. Por lo tanto, luego de este proceso, la muestra estuvo conformada por 19 madres, distribuidas en el municipio de la siguiente manera: región sur 4; norte 9; este 3; centro 1; y oeste 2.

En cuanto a la caracterización de las madres participantes, la edad promedio era entre 15 y 36 años. En cuanto a la raza, 9 (48%) se declararon negras y morenas. En cuanto a la educación, 6 (30%) tenían educación superior incompleta y 5 (29%) escuela secundaria completa. En cuanto al estado civil, 15 (81%) estaban casadas o en una relación estable. En

cuanto a la ocupación, 12 (67%) no realizaban actividades remuneradas.

Del análisis de los discursos de las participantes surgieron dos unidades temáticas, la primera referida a "motivos por los que": "Experiencia en el seguimiento del niño por parte de la Atención Primaria en los primeros seis meses de vida (Visita domiciliaria en la primera semana de vida ; Seguimiento del niño por parte de la Atención Primaria hasta el sexto mes de vida); el segundo se refería a "motivos para": Deseos y expectativas sobre la asistencia que se le brinda al niño en la Atención Primaria (Anhelo acercarse a los profesionales y a la unidad de salud).

Experiencia el seguimiento del niño por parte de la Atención Primaria en los primeros seis meses de vida ("motivos por los que")

Entre los "motivos por los que", se comprendió la experiencia concreta vivida por las madres con respecto a la atención recibida en la Atención Primaria.

Visita domiciliaria en la primera semana de vida

La visita domiciliaria realizada por los profesionales de la salud de la Atención Primaria debe realizarse en la primera semana de vida del recién nacido, apenas el binomio es dado de alta del hospital, especialmente en situaciones en las que el binomio no concurre a la UBS en la primera semana de vida del recién nacido. A partir de los relatos de las vivencias de las madres que tuvieron la experiencia de recibir una visita domiciliaria,

se pudo identificar que, en muchas ocasiones, esta visita no se produjo como recomendaba el Programa *Rede Mãe Paranaense* (PRMP), porque los profesionales evaluaron al niño o solo a la madre; en otras ocasiones, no hubo evaluación e identificación de factores de riesgo, como el riesgo de destete precoz y la necesidad de orientación sobre lactancia materna; en algunas situaciones, los profesionales solo preguntaron si todo estaba bien, pero profundizando poco en las orientaciones.

Sí, la recibí, de la enfermera y los asistentes que vinieron a visitarnos. [...] Me miraron los pechos para ver si había alguna grieta, vieron si el bebé estaba tomando el pecho, [...] también vieron el ombligo del bebé para ver si yo lo estaba higienizando, yo tuve toda esta orientación. (M 1)

Sí, recibí dos visitas. Llegaron, lo midieron, vieron exactamente cómo estaba higienizando al bebé. (M 3)

Sí, miraron al bebé, me dieron recomendaciones porque hacía calor, me dijeron que no le pusiera demasiada ropa y me explicaron otras cosas más sobre los cuidados. (M 5)

Vinieron las enfermeras. Miraron al bebé y me examinaron a mí también. [...] (M 16)

Recibí una visita en casa. Creo que fue una enfermera. Ella miró al bebé tomando el pecho, midió mi presión, escuchó el corazón del bebé. (M 17)

Llegó la agente comunitaria. Creo que una enfermera vino con ella [...] ella solo vino aquí para preguntarme si estaba bien. (M 19)

Algunas madres llevaron a sus hijos a la UBS antes de que el equipo llegara a su casa.

No, yo fui quien la llevó al centro de salud [...] porque quería concertar sus citas médicas, salí de la maternidad y ya quería ocuparme, así que no llegaron a ir a casa. (M 6)

[...] nadie del centro de salud vino en la primera semana, me dieron el alta el domingo y el lunes llevé a mi hijo al centro de salud, porque estaba "amarillo", entonces ya programaron sus citas médicas y por eso no vinieron a casa. [...] (M 8)

No vino nadie del centro de salud a casa. Tuve que llevar a mi hija de regreso a la maternidad para hacerle los exámenes de oído, de los pies, de los ojos, porque cuando me dieron de alta no estaban los médicos que hacen esos exámenes, y luego fui al centro de salud para coordinar una cita médica, pero nunca vino nadie a casa. (M 9)

No, nadie vino a casa [...] el personal del centro de salud se había ido el día anterior a que me dieran el alta, cuando todavía estaba en la sala de maternidad; entonces le dijeron a mi esposo cual era el día de la consulta para llevar a mi hijo al pediatra y ponerle las vacunas. (M11)

Sin embargo, algunas madres que participaron en este estudio informaron que esta visita no se llevó a cabo, como se puede apreciar en las declaraciones a continuación.

No recibí ninguna visita, ni yo ni mi hijo. Yo lo llevé al centro de salud (M 4)

[...] nadie vino a casa. Yo fui al centro de salud [...] (M 7)

No, nadie. Lo llevé al centro de salud, nadie vino a casa (M 10)

No recibí una visita en casa, pero me informaron en la maternidad que, en cuanto me dieran de alta, debía llevarlo (al bebé) al centro de salud. (M12)

No, a los diecisiete días fui al centro de salud, lo atendieron, le hicieron unos exámenes, fue al pediatra, le pusieron una vacuna. (M14)

No recibí la visita del personal del centro de salud en casa, porque mi hijo nació la semana de Navidad, entonces, claro, nadie iba a venir. (M18)

En lo que respecta al seguimiento que recibieron esos niños por parte de la Atención Primaria, las madres informaron que recibieron asesoramiento para el cuidado de sus hijos, pero algunas hicieron hincapié en que no había un profesional de pediatría en las consultas, que fue reemplazado por un médico general, como se muestra en los siguientes informes.

Seguimiento del niño por parte de la Atención Primaria hasta el sexto mes de vida

Algunos niños fueron monitoreados por equipos multidisciplinarios, a través de consultas compartidas con un médico general, intercaladas con enfermeros, manteniendo las recomendaciones del PRMP para las consultas mensuales.

[...] en este momento no tenemos un pediatra en el centro de salud, está viendo al médico general; un mes lo ve esa médica que no es pediatra, y otro mes la enfermera, y hay un grupo de madres en la iglesia (atención compartida). (M 1)

[...] en el centro de salud hay una pediatra; un mes la ve ella y otro mes la enfermera; también tiene consulta con el dentista. Pero ahora no están programando más citas médicas, porque va a cumplir seis meses, pero antes iba todos los meses. La pesaban, la medían y la revisaban para ver si estaba todo bien, pero ahora solo la tengo que llevar si tiene algo. (M 2)

[...] ella recibe seguimiento en el centro de salud todos los meses, ayer fue atendida por la enfermera. Un mes la atiende la enfermera y el siguiente el pediatra; también tiene las vacunas al día. (M 3)

[...] vamos al centro de salud una vez al mes para que la atiendan, la consulta con la doctora ahora es más espaciada; al principio era más frecuente, teníamos dificultad con el peso, luego controlamos el peso, por eso hoy la ven más las chicas (enfermeras); y la doctora un poco menos. (M 8)

Como ahora no hay más pediatra en el centro de salud, concertaron una cita con el médico general. Pero pediatra para los seguimientos no hay. [...] La enfermera (realiza el seguimiento de la atención). Lo realiza de forma conjunta (cuidado infantil compartido) un mes es conjunto, el siguiente mes es individual. [...] (M 10)

Otros niños recibieron atención, pero fuera del periodo recomendado, según los siguientes informes.

[...] programó la primera consulta cuando tenía alrededor de un mes; fue con la enfermera y se fue intercalando con el médico general, ya que no hay pediatra; como tenía un problema de peso, recibió mucho seguimiento hasta los cuatro meses, todos los meses [...] (M 4)

[...] creo que fui tres veces con mi hijo a consulta con la pediatra; en estos seis meses, con la enfermera fue sólo la primera consulta [...] (M 17)

[...] Entonces, lo llevé a ver al pediatra, un par de veces en estos seis meses, y solo lo vio una vez la enfermera y nunca más. [...] (M 18)

En cuanto a las reflexiones maternas sobre las expectativas del cuidado del niño en la Atención Primaria, se destacó el deseo de acercarse a los profesionales de la salud, con consultas más frecuentes y menor tiempo de espera para la atención.

Deseos y expectativas sobre la asistencia que recibe el niño por parte de la Atención Primaria ("motivos para")

Anhelan acercarse a los profesionales y a la unidad de salud

Algunas madres elogian el servicio de salud, como se puede ver.

[...] la salud no es mala, el servicio del centro de salud no es malo. (M 13)

[...] Quiero que ellos (profesionales) sean siempre así, sé que hay algunos que son buenos y otros que no, pero los que me atendieron, gracias a Dios, fueron muy atentos. [...] (M 11)

Reconocen, sin embargo, que existe una falta de profesionales para la asistencia brindada.

[...] Creo que se necesitan más médicos en los centros de salud, para brindar más atención, porque la demanda es grande, pero no hay profesionales. [...] (M 9)

[...] mucha gente usa el servicio y hay poca gente para brindarlo [...] es necesario que haya más profesionales y que estén

comprometidos a ayudarnos. (M 13)

[...] en el área de salud, a veces no hay tantas especialidades, cuando vamos a la UBS, hay mucha gente para los pocos médicos que atienden[...]. (M 14)

Algunas madres se quejan de la falta de atención periódica, además de las demoras para acceder a la atención.

[...] Sobre el parto no tengo nada de qué quejarme, ahora después del parto creo que debería haber más seguimiento de la madre y del niño también [...]. (M 2)

[...] más agilidad seguro, porque los profesionales son muy lentos y el servicio lleva mucho tiempo [...]. (M 19)

DISCUSIÓN

Ante la importancia del seguimiento del niño - que debe iniciarse en la primera semana después del alta hospitalaria, mediante visitas domiciliarias- y gracias a los informes maternos relacionados con dicha asistencia, fue posible comprender el mundo que experimentan estas madres a través de los "motivos por los qué".

La visita debe realizarse entre cinco y siete días después del alta de la maternidad, sin embargo, algunas madres no pudieron experimentar esa asistencia, indicando que el primer contacto con la atención primaria se produjo cuando acudieron a la UBS para concertar una cita médica.

El período neonatal precoz, correspondiente a la primera semana de vida, representa un período de gran vulnerabilidad para el recién nacido, por ende, la atención de la salud del niño debe estar enfocada en identificar y

abordar los principales problemas y las conductas preventivas, para garantizarle crecimiento y desarrollo adecuado⁽⁹⁾.

Por lo tanto, la atención integral y multidisciplinaria al recién nacido en la primera semana posparto tiene el propósito de identificar signos de riesgo que puedan comprometer su crecimiento y desarrollo saludable, su objetivo es orientar a las madres sobre el cuidado del recién nacido, incentivar la lactancia materna, brindar apoyo ante las dificultades que se presentan, para contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad infantil⁽⁹⁾.

El día del alta, la maternidad donde nació el bebé deberá entregar la Tarjeta (o Libreta) Sanitaria Infantil con los datos registrados sobre el estado de salud de la madre y del recién nacido e informárselos a la UBS de referencia. Basándose en ese informe, el equipo de salud, especialmente el enfermero, debe programar la visita domiciliaria⁽¹⁰⁾. La visita domiciliaria del enfermero tiene como objetivo observar, evaluar y orientar a la madre en el cuidado del niño, trabajando en los hábitos y relaciones familiares, y en el cuidado de la madre en el puerperio. Lo cual no coincide con los hallazgos de este estudio, ya que las madres consideraron que las acciones desarrolladas por los enfermeros durante las visitas domiciliarias eran positivas. Sin embargo, a pesar de los beneficios y la importancia de la visita inmediatamente después de la llegada del niño a casa, algunas madres no recibieron esa asistencia.

Según lo establecido por el PRMP, el equipo de salud de la Atención Primaria es el encargado de atender a los niños que residen en su área de cobertura, debiendo realizar una visita

domiciliaria temprana a las puérperas y los recién nacidos que fueron dados de alta hace no más de 5 días y programar una cita médica en la UBS⁽¹¹⁾.

En un estudio realizado en tres maternidades del norte de Francia -que participan en la Iniciativa de Hospitales Amigos del Niño (IHAN) y con pautas similares a las de Brasil en cuanto al seguimiento del niño después del alta de la maternidad-, se identificaron las mismas dificultades que se detectaron en este estudio con respecto a la asistencia que brindaron los profesionales en el domicilio y a la falta de realización de una visita domiciliaria: aun cuando se recomienda una visita domiciliaria entre el sexto y décimo día de vida, la misma no se lleva a cabo⁽¹²⁾.

Estos hallazgos corroboran los resultados de un estudio que tuvo como objetivo describir las acciones de los enfermeros de la Estrategia de Salud Familiar (ESF) para el cuidado del recién nacido en la primera semana. Se observó que las acciones identificadas en la primera visita al bebé se basaban tanto en orientar a las madres sobre los cuidados básicos del recién nacido, la lactancia materna, las pruebas de cribado neonatal, la inmunización y el cuidado del niño, como en la evaluación de la puérpera; sin embargo, en ocasiones se realizaron fuera del período recomendado y con guías incompletas y desactualizadas⁽⁹⁾.

Por otro lado, algunas madres se sintieron afortunadas por la presencia de los profesionales en sus hogares, mencionando que recibieron varias orientaciones, además de ser asistidas en su totalidad.

En cuanto al seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño, surgieron numerosas dificultades, como el incumplimiento de la frecuencia de seguimiento y la ausencia de profesionales especializados. Se han desarrollado estrategias en este sentido, como intercalar cuidados infantiles individualizados realizados por médicos generales y enfermeros asociados a cuidados infantiles compartidos, en los que suele participar un equipo multidisciplinario vinculado al Centro de Apoyo a la Salud de la Familia.

Es un cuadro similar al encontrado en un estudio que evaluó el seguimiento del crecimiento infantil en UBS en el municipio de Queimadas, Paraíba, el cual identificó que las acciones de seguimiento del crecimiento no están efectivamente consolidadas, ya que no siguen las recomendaciones de las políticas públicas de atención a la salud infantil, según el Ministerio de Salud, poniendo en evidencia problemas como la falta de profesionales y la falta de formación⁽¹³⁾.

Otro estudio, con el objetivo de analizar las acciones de cuidado que realizan los enfermeros durante las consultas de atención infantil, arrojó resultados que prácticamente corroboran que las acciones llevadas a cabo por los enfermeros en las consultas de puericultura están muy por debajo de lo establecido por las directrices de atención a la salud infantil⁽¹⁴⁾.

La Atención Primaria debe organizar acciones de seguimiento a través de la puericultura, que permite comprender la situación de salud del niño tomando como referencia el servicio más cercano a su domicilio, con el objetivo de detectar tempranamente factores de riesgo y

que el equipo de salud de esta unidad realice posibles derivaciones y/o seguimiento y monitoreos más frecuentes⁽¹⁵⁾.

El vínculo entre el equipo de Atención Primaria y la familia para el seguimiento del niño debe iniciarse preferentemente desde el período prenatal, para que se establezca una continuidad. El seguimiento del crecimiento y desarrollo forma parte de la atención integral de la salud infantil, con registro sistemático, en la Libreta Sanitaria Infantil, de curvas de peso, longitud, perímetro cefálico, índice de masa corporal, hitos del desarrollo neuropsicomotor, complicaciones, vacunación, pautas de atención (alimentación, higiene y prevención de accidentes) e identificación de violencia. En cuanto a la periodicidad, debe ser mensual, hasta el sexto mes de vida^(11,16).

La actuación del equipo multidisciplinario, especialmente las acciones de los enfermeros con las gestantes y puérperas, es fundamental para integrar al recién nacido a los servicios de salud, expandir las prácticas más allá de la UBS, empoderando a las madres para que compartan sus dudas y dificultades con respecto a las prácticas seguras del cuidado infantil⁽¹⁷⁾.

El contexto de experiencias vividas por la madre en cuanto al seguimiento del niño en los primeros seis días de vida por parte de la Atención Primaria posibilitó el surgimiento de expectativas ("motivos para").

Las madres creen que se necesitan más profesionales en el sistema de salud, con formación para trabajar en los servicios, comprometidos con la realización de las acciones necesarias para mejorar la calidad de la atención. También anhelan un mayor

acercamiento a los profesionales y agilidad en el tiempo de espera para la atención.

Las UBS necesitan, entre otras cosas, una fuerza laboral adecuada para lograr el objetivo de reducir las barreras en el acceso de la población a la Red de Atención de Salud. La disponibilidad de profesionales de la salud suficientemente calificados y con competencias relevantes, asignados donde sean necesarios, es fundamental para la gestión y prestación de servicios de salud en todo el territorio nacional. El desequilibrio en la fuerza laboral, así como la mala distribución geográfica y, en particular, la falta de recursos humanos calificados en las zonas rurales o carenciadas, es un problema social y político que afecta a casi todos los países. Asociado a la desigualdad socioeconómica, este desequilibrio reduce el acceso de la población a los servicios de salud⁽¹⁸⁾.

Por lo tanto, los retos fundamentales que se deben afrontar, a la hora de aspirar a alcanzar un nivel asistencial más eficiente, se pueden resumir en cuatro ejes: financiación, gestión, acceso y cualificación de los profesionales. Por ende, es necesario que haya políticas consistentes y continuas⁽¹⁹⁾.

En un estudio sobre la influencia de la ESF en el uso de los servicios de salud de niños brasileños menores de cinco años, se detectó que los niños que viven en hogares con cobertura de ESF tienen peores condiciones socioeconómicas, sanitarias y de salud, pero tenían estimaciones de consultas médicas y de ingresos hospitalarios cercanos a la de los niños que no cuentan con dicha atención, lo que sugiere que la ESF puede corregir las desigualdades individuales y contextuales que

impactan en la salud de los brasileños al favorecer el uso de los servicios de salud por parte de los niños incluso cuando tienen peores condiciones de vida y salud⁽²⁰⁾.

Esta investigación tuvo como limitación el intervalo de tiempo de recolección de datos referidos a la experiencia de estas madres con la visita domiciliaria en la primera semana, dado que, como la recolección se produjo cerca de los seis meses de vida del niño, algunos recuerdos no eran tan vívidos, lo que no favoreció la profundización de este tema.

CONCLUSIÓN

El desarrollo de este estudio permitió comprender cómo las madres viven el seguimiento del crecimiento y desarrollo de sus hijos desde la Atención Primaria. La implementación de PRMP en el cuidado infantil es importante para brindar una atención integral en el primer año de vida.

Sin embargo, se identificaron deficiencias en las acciones de los equipos en la atención de esta población, como el incumplimiento de la primera visita domiciliaria al niño hasta el quinto día de vida. Y cuando se realizó la visita, no se realizó de acuerdo con el PRMP, dado que las orientaciones fueron incompletas y fragmentadas.

En relación a las consultas de cuidado infantil, la mayoría de las madres experimentaron esta asistencia, pero se reportaron algunos problemas, como la ausencia de médicos pediatras, la frecuencia inadecuada de consultas. Por otro lado, destacaron el seguimiento por parte del enfermero.

A pesar de estos aspectos que deben ser discutidos, algunas madres evaluaron las

consultas de puericultura y la capacidad de los profesionales como excelentes, respondiendo a sus expectativas. Sin embargo, la mayoría anhela un mayor contacto con los profesionales que trabajan en el cuidado infantil en la Atención Primaria.

Es evidente que es necesario que exista una acción conjunta de educación permanente con los profesionales de la UBS y los gestores con el fin de contemplar los lineamientos recomendados, para brindarle a esta población una atención integral de la salud. También se necesitan estudios que aborden las percepciones de las madres y de los usuarios de los servicios de salud, con el fin de hacer más evidente esta estrategia de atención y así contribuir al seguimiento del niño.

REFERENCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 180 p. : il
2. Baggio MA, Pereira FC, Guimarães ATB, Caldeira S, Viera CS. Programa Rede Mãe-Paranaense: análise da atenção pré-natal em uma regional de saúde. *Cogitare Enferm.* [Internet] 2016 jul/set;21(3):1-10. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i3.45301>
3. Frank BRB, Toso BRGO, Viera CS, Guimarães ATB, Caldeira S. Avaliação da implementação da Rede Mãe Paranaense em três regionais de saúde do Paraná. *Saúde debate.* [Internet] 2016;40(109):163-74. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610913>
4. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Programa Rede Mãe

- Paranaense. Linha guia. SESA-PR: Curitiba-PR, 2012.
5. Genovesi FF, Canario MASS, Godoy CB, Maciel SM, Cardelli AAM, Ferrari RAP. Assistência à saúde materno-infantil: índice de adequação em serviços públicos de saúde. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2020 73(Supl 4): e20170757. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0757>.
 6. Caldeira S, Parecy SM, Maraschin MS, Ross C, Machineski GG, Ribeiro AS. Vivência de mulher idosa tabagista: um estudo na fenomenologia social de Alfred Schütz. REME Rev. Min. Enferm. [Internet] 2016;20:e953. Available from: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160022>
 7. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. Rev. Pesqui. Qual. [Internet]. 2017 [cited 2020 Sep 15];5(7):1-12. Available from: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod_resource/content/1/Minayosaturacao.pdf.
 8. Jesus MCP, Capalbo C, Merighi MAB, Oliveira DM, Tocantins FR, Rodrigues BMRD, Ciuffo LL. The social phenomenology of Alfred Schütz and its contribution for the nursing. Rev. esc. enferm. USP. [Internet] 2013;47(3):736-41. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000300030>
 9. Lucena DBA, Guedes ATA, Cruz TMAV, Santos NCCB, Collet N, Reichert APS. Primeira semana saúde integral do recém-nascido: ações de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2018;39:e2017-0068. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0068>
 10. Caldeira S, Luz MS, Tacla MTGM, Machineski GG, Silva RMM, Pinto MPV, Ferrari RAP. Ações de cuidado do enfermeiro no Programa Rede Mãe Paranaense. REME Rev. Min. Enferm. [Internet] 2017;21:e-992. Available from: <https://doi.org/10.5935/14152762.20170002>
 11. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Programa Rede Mãe Paranaense. Linha guia. 7ª ed. SESA-PR: Curitiba-PR, 2018.
 12. Roisé J, Delattre M, Rousseau S, Bourlet A, Charkaluk ML. Newborn follow-up after discharge from the maternity unit: compliance with national guidelines. Arch Pediatric. [Internet] 2018;25(2):95-9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2017.12.011>
 13. Rocha ACD, Pedraza DF. Acompanhamento do crescimento infantil em unidades básicas de saúde da família do município de Queimadas, Paraíba, Brasil. Texto contexto. [Internet] 2013;22(4):1169-78. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400036>
 14. Vieira DS, Santos NCCB, Nascimento JA, Collet N, Toso BRGO, Reichert APS. A prática do enfermeiro na consulta de puericultura na estratégia saúde da família. Texto contexto. [Internet] 2018;27(4):e4890017. Available from: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004890017>.
 15. Zanardo GM, Andrade U, Zanardo GM, Menezes LP. Atuação do enfermeiro na consulta de puericultura: uma revisão narrativa da literatura. Revista de Enfermagem [Internet]. 2017 [cited 2020 Sep 15];13(13):55-69. Available from: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistaenfermagem/article/view/2561>.
 16. Santos dos Santos G, Pieszak GM, Gomes GC, Biazus CB, Silva SO. Contributions of Better Childhood for growth and child development in family perception / Contribuições da Primeira Infância Melhor para o crescimento e desenvolvimento infantil na percepção das famílias. Rev Fun Care [Internet] 2019 jan/mar;11(1):67-73. Available from: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.67-73>
 17. Vasconcelos ML, Pessoa VLMP, Chaves EMC, Pitombeira MG, Moreira TMM, Cruz MR, Landim ALP. Cuidado à criança menor de seis meses no domicílio: experiência da mãe primípara. Esc. Anna Nery. [Internet] 2019;23(3):e-20180175. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0175>

18. Oliveira APC, Gabriel M, Dal Poz MR, Dussault G. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. Ciênc. saúde coletiva. [Internet] 2017;22(4):1165-80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.31382016>
19. Saldiva, PHiN, Veras, M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. Estudos Avançados. [Internet] 2018; 32(92), 47-61. Available from: <https://doi.org/10.5935/0103-4014.20180005>
20. Oliveira BLCA, Moreira JPL, Luiz RR. A influência da Estratégia Saúde da Família no uso de serviços de saúde por crianças no Brasil: análise com escore de propensão dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. Ciênc. saúde coletiva. [Internet] 2019;24(4):1495-505. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.05522017>