

## **EL SEGUIMIENTO A LA SALUD DE NIÑOS EN SITUACIÓN DE POBREZA: ENTRE LA RUTINA Y LA EVENTUALIDAD DE CUIDADOS COTIDIANOS**

Débora Falleiros de Mello<sup>1</sup>  
Regina Aparecida Garcia de Lima<sup>1</sup>  
Carmen Gracinda Silvan Scochi<sup>2</sup>

*El objetivo de este estudio es identificar el modo como la atención en puericultura a niños menores de dos años de edad es realizada en el cotidiano. Basado en aproximación cualitativa, el estudio trata del sitio de la atención en puericultura en el cuidado en salud, utilizando entrevistas no estructuradas con madres y profesionales de dos unidades de salud de Ribeirão Preto-SP-Brasil. Los resultados apuntan aspectos sobre el modo como los profesionales ven a los sujetos, el modo como la salud del niño es acompañada, la rutina y la eventualidad de los cuidados. En el seguimiento del niño, es importante la adhesión al acompañamiento de la salud, la longitudinalidad de los cuidados y, sobre todo, la preocupación con valores de las madres y familias. El cuidado del niño en la atención primaria a la salud tiene carácter contingencial, debe lidiar con la eventualidad, incertidumbre y con acontecimientos vinculados a las experiencias, integrando saberes prácticos y saberes técnicos.*

**DESCRIPTORES:** niño; cuidado del niño; estudios de seguimiento; atención primaria de salud

## **HEALTH FOLLOW-UP OF CHILDREN IN POVERTY SITUATION: BETWEEN THE ROUTINE AND EVENTUALITY OF DAILY CARE**

*This study aimed to identify how child care is delivered to children under two in their daily routine. Based on a qualitative approach, the study addresses the care site in the child care, through non-structured interviews with mothers and professionals from two health units in peripheral areas of Ribeirão Preto, SP, Brazil. Results point aspects of how professionals view the mothers and their families, how the child's health, the routine and eventuality of care are followed. Adherence is important in the child's follow up, the longitudinality of care and, mainly, the concern with the mothers' and families' values. Child care in primary health care has a contingency character; it must deal with eventuality, uncertainty and events linked to experiences, integrating practical and technical knowledge.*

**DESCRIPTORS:** child; infant care; follow-up, primary health care

## **A SAÚDE DE CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE POBREZA: ENTRE A ROTINA E A EVENTUALIDADE DE CUIDADOS COTIDIANOS**

*Este estudo tem por objetivo identificar o modo como a assistência em puericultura destinada às crianças menores de dois anos de idade é realizada no cotidiano. Baseado em abordagem qualitativa, o estudo tematiza o lugar da assistência em puericultura no cuidado em saúde, utilizando entrevistas não estruturadas com mães e profissionais de duas unidades de saúde de áreas periféricas de Ribeirão Preto-SP-Brasil. Os resultados apontam aspectos do modo como os profissionais vêem as mães e famílias, o modo como a saúde da criança é acompanhada, a rotina e a eventualidade dos cuidados. No seguimento da criança é importante a adesão ao acompanhamento da saúde, a longitudinalidade dos cuidados e, sobretudo, a preocupação com valores das mães e famílias. O cuidado da criança na atenção primária à saúde tem um caráter contingencial, deve lidar com a eventualidade, incerteza e acontecimentos vinculados às experiências, integrando saberes práticos e saberes técnicos.*

**DESCRITORES:** criança; cuidado do lactente; seguimentos; atenção primária à saúde

<sup>1</sup> Profesor Asociado, e-mail: defmello@eerp.usp.br, limare@eerp.usp.br; <sup>2</sup> Profesor Titular, e-mail: cscochi@eerp.usp.br. Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, de la Universidad de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el desarrollo de la investigación en enfermería, Brasil

## INTRODUCCIÓN

**E**n la salud infantil, a pesar de los grandes avances con relación a la reducción de la mortalidad infantil y la ampliación en la cobertura de los servicios de salud, tenemos dos importantes retos, los cuales son: cómo mejorar la calidad de las intervenciones de salud y cómo atender a los niños más desfavorecidos en América Latina y el Caribe<sup>(1)</sup>.

Los programas y directrices políticas dirigidas a la salud de los niños tuvieron como meta principal la reducción de la mortalidad materna, considerada un gran indicador de desarrollo social y económico de un país o región. Mundialmente, los documentos actuales muestran, que anualmente, ocurren casi 11 millones de muertes de niños menores de cinco años, de los cuales aproximadamente 4 millones se producen dentro del primer mes de vida, situación que en su mayoría podría ser evitada, si todos los niños tuvieran cobertura de atención, pero que en muchos países no se encuentran al alcance de la mayoría de niños, por lo que se destaca la importancia de la equidad, tanto entre países como dentro de un mismo país<sup>(1)</sup>.

Es enfatizado por órganos públicos que no basta la supervivencia de los niños, sino también es necesario ofrecer condiciones para que el niño viva con calidad, permitiendo el desarrollo de su potencial y su capacidad para disfrutar de los bienes que la sociedad produce<sup>(2)</sup>.

En el Brasil, la salud del niño se estructura prioritariamente en base a la asistencia en puericultura, con enfoque en el control de crecimiento y desarrollo, incentivando para la lactancia materna, la orientación nutricional, las inmunizaciones, prevención de accidentes y atención a las enfermedades prevalentes en la infancia<sup>(2-3)</sup>. Estas prácticas de salud constituyen elementos esenciales para proporcionar buenas condiciones de salud en la infancia<sup>(4)</sup>. En situación de pobreza es de extrema importancia la relación establecida por los programas planificados en base a la asistencia integral a la salud del niño<sup>(5)</sup>.

En el cuidado a la salud se resalta considerar el encuentro y la interacción entre los sujetos, las particularidades y los elementos culturales de las familias, los modos de relaciones con los otros y la forma de organizar la asistencia buscando contribuir con la reconstrucción de las prácticas de salud.

El presente estudio tuvo por objetivo identificar el modo como la asistencia en puericultura

destinada a los niños menores de dos años de edad es realizada en su cotidiano, a partir de los testimonios de madres y profesionales de dos unidades de la red básica de salud de Ribeirao Preto-SP-Brasil, buscando el aprendizaje de fundamentos básicos y relaciones con la atención brindada en los servicios de salud.

## METODOLOGÍA

Este estudio está centrado en el enfoque cualitativo de la perspectiva hermenéutica<sup>(6)</sup>, identificando temas sobre cual es el lugar de la asistencia en puericultura en el cuidado a la salud del niño, considerado bajo la perspectiva de integralidad.

La investigación fue desarrollada en el municipio de Ribeirao Preto-SP-Brasil, en una unidad de salud de la familia (USF) y en una unidad básica de salud (UBS), localizadas en los alrededores del municipio. Estas unidades atienden una población que varía de 3800 personas (USF) a 12000 personas (UBS), población predominantemente joven, se resalta que en el área de cobertura de la USF existía un pueblo joven. Las madres que participaron del estudio tenían edades entre 18 y 29 años y el número de hijos varió de 1 a 8.

Entrevistas no estructuradas fueron grabadas y realizadas en los domicilios de cobertura de la UBS y la USF, durante el periodo de marzo a julio de 2006. Fue utilizada la pregunta guía Cuénteme como ha sido cuidar de su hijo, pregunta para las madres, y Cuento como ha sido la asistencia a los niños menores de dos años de edad en su cotidiano, pregunta para los profesionales de salud.

Participaron del estudio 17 madres y 22 profesionales de la salud (4 enfermeros, 4 médicos, 9 auxiliares de enfermería y 5 agentes comunitarios de salud), los cuales fueron identificados por apodos.

La investigación obtuvo la aprobación de los Comités de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto-USP y del Centro de Salud Escuela de la Facultad de Medicina de Ribeirao Preto-USP, siguiendo las normas y recomendaciones para la investigación involucrando seres humanos.

En el análisis de datos, posterior a la transcripción de las entrevistas, fueron realizadas lecturas y nuevas lecturas, ordenación y lectura fluctuante<sup>(7)</sup>, organizando y estructurando las partes y relacionándolas para la identificación de ideas

resaltantes. Los datos fueron discutidos para comprenderlos, como parte de un todo y este todo compuesto por estas partes, formando así un ir y venir entre parte-todo-parte que compone el significado de las experiencias <sup>(6)</sup>. Los datos fueron agrupados alrededor de tres temas: el modo como vemos los sujetos; el modo como realizar seguimiento de la salud del niño; la rutina y la eventualidad en la salud del niño.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### El modo como vemos a los sujetos

Inicialmente presentamos algunos testimonios en la visión de los profesionales de salud con respecto a la población que abarcan las unidades de salud, en especial con relación a las madres:

Noté, que cada vez mas la madres están desinteresadas en los cuidados con sus hijos, ellas traen a los niños como si fuesen un paquete, para ver que uno puede hacer, esta situación es similar inclusive en aquellas madres que están en casa con sus hijos. No sabe informar, trae al niño del jardín y lo trae aquí, parece que cada vez mas ellas están dejando de lado su capacidad de madres, ellas delegan esta función para el profesional(Lola, médica UBS)

*En esta comunidad, muchas madres tienen que trabajar temprano, dejan al niño en el jardín, ahí hay muchos virus en el ambiente, el niño con poco resistencia aún, acaba adquiriendo, por eso lo trae constantemente, pero no siempre ella, pues lo mas importante es el empleo (Zeca, auxiliar de enfermería UBS)*

*Hay familias que tienen menos cuidado que otras, hasta por la propia cultura. Mi área es un pueblo joven, tiene ambiente propio y es contaminado, tiene muchas casas que son precarias en higiene y otras son, vamos a decir, regulares. Muchas madres dejan de dar lactancia exclusiva hasta los seis meses y a pesar de estar viniendo al Núcleo de Salud, creen que es tontería, pero cuando llega los cuatro meses, inclusive los tres y medio, comienzan a dar otros alimentos para el niño, inclusive a veces el mismo alimento familiar. Esta situación es cultural, los valores que las familias han y fueron aprendiendo o aquellos que también perdieron (Tina, agente comunitario de salud USF).*

Estos profesionales tienen una visión sobre las madres sea por el desinterés en el cuidado con el niño, o por valores que fueron perdidos, levantando aspectos sobre la postura de las madres en venir al servicio de salud trayendo al niño, relacionados con el trabajo materno fuera de casa, los aspectos

culturales propios de aquella población y la facilidad de acceder al servicio de salud. Algunos profesionales se refieren a las madres jóvenes y al primer hijo como las más preocupadas y que siguen las recomendaciones dadas durante la asistencia de puericultura. Otros relacionan a la pobreza con la dificultad de traer regularmente al niño a los servicios de salud.

La regularidad de retorno del niño, considera que es una madre cuidadosa y preocupada, como se muestra en el testimonio a seguir.

*En esta área la población es muy carente, vive en pueblo joven, con condiciones socioeconómicas malas, siendo deficiente la atención. Creo que hay dos partes responsables por esta situación, la familia y el servicio de salud. Con respecto a la familia, debido a algunos aspectos o dificultades de la familia para traer al niño para su seguimiento, otras madres dejan al niño en la cuna todo el día para trabajar y no pueden salir de trabajo, entonces ellas terminan no trayéndolo. Normalmente el niño solo viene cuando está con algún problema. En especial aquellos que ya tuvieron hijos, y es el tercero o cuarto, tienen una noción cuando el niño esta bien o no, a que edad hablan, cuando comienza a caminar, por eso ellas se sienten mas seguras que las otras madres. Creo que este es uno de los factores para ser regular o no en puericultura, es decir, la seguridad por parte de la madre (Dudu, médico USF).*

*Es necesario ver al niño en este contexto. Ellas crían estos hijos como ellas fueron criadas y estas madres tienen pocas perspectivas, eso me parece, entonces dicen "no es necesario preocuparme por mi hijo, va a caminar a su tiempo, si está engordando es el momento adecuado, las cosas son así, y la vida es así". Es una forma de enfrentar, totalmente diferente al resto de madres, hasta de nosotros (Carol, enfermera UFS)*

*Muchas familias se preocupan con los niños, con relación a la consulta en sí, que esta ya marcada y tienen que estar todo el mes trayendo al niño, para pesarlo, medirlo, viendo si el niño perdió peso, estas madres se preocupan y siguen muy bien las indicaciones, este tipo es la madre protectora, que se mantiene informada, sin embargo también tenemos aquellas madres que solo lo trae enfermo, estos son los dos tipos de madres que tenemos (Néia, agente comunitario de salud USF)*

Los testimonios indican aspectos socioculturales de los usuarios, sea el contexto en donde viven y su historia de vida, que repercute en dificultades para el control en la salud del niño, aspectos vinculados a las relaciones familiares y a las condiciones precarias de vida.

Es necesario comprender el proceso de crecimiento y desarrollo del niño y sus experiencias de enfermedad y salud, es decir en el orden y

desorden simultaneo. En la salud infantil existe una correlación entre la salud del niño y ciertos indicadores socioeconómicos, sin embargo existen consideraciones sobre otras variables relevantes para el niño, pues el niño se encuentra muy vinculado con la madre y depende de ella para sobrevivir. El campo mas amplio en las condiciones generales de vida, como la alimentación, vivienda, saneamiento, acceso a la asistencia de salud, el nivel de escolaridad, el estilo de vida de la madre son características de una serie de aspectos parte del comportamiento en la naturaleza sociocultural<sup>(8)</sup>.

Compartir los mismos valores, creencias y nociones que las personas tienen sobre lo que es "buena salud" para el niño, implica compartir la cultura, para que este aspecto no quede sin explorar o con una fuerte tendencia para ver y asumir el modo en el que vivimos con lo mejor que tenemos, un estándar contra el cual los otros deben ser juzgados<sup>(9)</sup>.

El desarrollo de los niños debe ser entendido en su contexto histórico, cultural e interpersonal<sup>(9)</sup>, siendo importante considerar la complejidad de las interrelaciones entre los sujetos en desarrollo y los contextos en los cuales ellos se sitúan.

El modo como hacer el seguimiento a la salud del niño

El seguimiento a la salud del niño en las dos unidades de salud se resalta en los testimonios como los ejemplos a seguir.

*Durante los primeros seis meses es bien continuado, vienen para la vacuna, la vacuna aquí es algo bien eficiente, el niño ya viene y pasa a colocarse la BCG, uno ve a la mama, conversa con respecto al test de pie, luego ella ya viene a una primera consulta. En los primeros seis, ella tiene una preocupación mayor con respecto a la ganancia de peso, estatura, si esta mamando o si la leche está disminuyendo. A partir de los seis meses, es momento de comenzar con la papilla, sopas y otras cosas mas, entonces la madre se comienza a alejar un poco. En general son familias que tienen muchos hijos o que trabajan fuera (Deia, enfermera UBS)*

*Creo que de una forma general ya evolucionó mucho, el hecho de los padres preocuparse, principalmente en aquellas madres jóvenes, pues ella muchas veces no sabe enfrentar ciertas situaciones durante los primeros meses, están muy angustiadas, preocupándose exageradamente, que es algo natural y que uno ya pasó y vivió. Muchas veces ellas vienen mas para tener un apoyo psicológico, para tener aquella confianza de que esta todo bien, de que realmente las cosas son de aquella forma, de repente reciben*

*un bebe tan indefenso y ellas se sienten inseguras, creo que el trabajo de uno percibir, que esta siendo maltratado físicamente o que no esta siendo cuidado con higiene, pues muchas veces esto es desde el comienzo, la adaptación de la madre con el bebe, para limpiarlo, el lloro la incomoda, todo aquel proceso al cual ella no está acostumbrada, deja a muchas en pánico, con miedo, y a veces tienen una persona más anciana que les da algunas recomendaciones que ellas quedan medias confusas y perdidas. (Lu, auxiliar de enfermería UBS)*

*Veo con mucha riqueza lo que uno consiguió hacer aquí, los niños nacen y uno comienza a seguir a los niños, están más próximos. Desde el nacimiento uno va y trabaja con la madre, en la lactancia, con relación a la vacuna, durante el primer año de vida ellas son mas tranquilas, uno las vigila mas de cerca, sigue todo mas de cerca y muchas veces la madre viene aquí. Crea un vínculo muy importante, parece como si yo estuviera presente en el momento que ellas necesitan, siempre me asocian, tienen una referencia a partir del vínculo que fue creado, entonces es así, por un lado a veces son distantes y por otro algunas madres recuerdan como fue importante la asistencia (Carol, enfermera USF)*

*Creo que nuestro trabajo tiene éxito. Uno muestra en las visitas la importancia de la puericultura, o el porque no faltar a ninguna consulta de puericultura y ellas lo llevan muy enserio, no es rígido, pues uno es flexible. A veces ellas faltan, o a veces tienen algún problema en casa y ellas son obligadas a faltar, no porque ellas quieran (Luli, agente comunitaria de salud USF)*

El inicio de los controles son considerados precoces y próximos, considerando a la lactancia como un eje de aproximación de la madre con el servicio de salud y apoyo profesional brindado frente a esta situación. A partir del primer año de vida, el seguimiento es visto como un periodo en el cual el niño tiene otras necesidades y características, no siendo dependiente, haciendo que las madres se desprendan un poco mas del servicio de salud. Existen también consideraciones con respecto al éxito de la asistencia, expresado a través del seguimiento en puericultura.

Para el caso de la puericultura, el control sistemático de crecimiento y desarrollo del niño, que involucran acciones básicas, determinan el éxito técnico. En la asistencia en puericultura, además del alcance para el control, existe la necesidad de preocuparse con los valores de las madres y de las familias, para establecer un vínculo y co-responsabilidad entre los sujetos.

Las madres que asisten con regularidad a la asistencia en puericultura son indicadas en los testimonios como madres mas preocupadas con el niño. Enfatizan que ellas no busca la unidad de salud

solo cuando el niño esta enfermo, sino que busca orientaciones sobre lactancia, como educar al niño, saber como esta la ganancia de peso, aspectos de alimentación y desarrollo. Otros profesionales mencionan que estas madres vienen buscando refuerzo positivo para el cuidado que esta siendo realizado en casa, pues quieren adquirir confianza en lo que están haciendo.

En los testimonios también mencionan sobre la organización en el control del niño en las unidades de salud, en la perspectiva de promoción de la salud y en la prevención de enfermedades, conforme se muestra en los testimonios que siguen.

*Cuando yo llegue a casa, al día siguiente el personal del núcleo de salud vino aquí. Luego de 15 días yo lleve a mi hijo a la consulta y estaba todo bien. Luego fue controlado y luego cada mes en la consulta para ver si la salud de él estaba bien, es decir su crecimiento, el peso. Ellos nos enseñan a hacer las papillas para alimentarlos, ayudan en el seguimiento del crecimiento y la lactancia, enseñan muchas cosas. Uno tiene que prestar mucha atención si quiere mamar o solo lamer, es bueno porque si uno tiene alguna duda ya la resuelve, así va acompañando el crecimiento, por ejemplo mi hijo ya tiene seis meses y ya esta sentándose (Juju, 19 años-madre USF)*

*Aquí en el puesto de quince en quince días, luego ya fue espaciándose, ahora es de tres en tres meses, esta todo bien, esta todo en orden. Creo que es bueno porque previene si tuviera alguna cosa, se puede ver antes, por ejemplo, ella esta resfriada, si no mejora la llevo porque a veces un resfriado puede volverse una neumonía. Mis hijos nunca se hospitalizaron, nunca tuvieron neumonía, bronquitis, nunca tuvieron nada grave, entonces pienso que es eso uno va y ellos siempre lo controlan (Dedé, 21 años-madre UBS).*

Las madres mencionan que el control tiene un cronograma de retornos resaltando las siguientes acciones: monitorear el crecimiento y el desarrollo infantil; verificar el peso; evaluar el esquema de lactancia y alimentación; prevenir enfermedades; indicar el uso de medicamentos o verificar la necesidad de hacer seguimientos para los otros servicios de salud.

Algunas madres mencionaron la necesidad de llevarlo para la el control profesional como una forma de validar el cuidado brindado a su hijo, como parte del aprendizaje sobre el mismo, como se menciona en los ejemplos a seguir.

*No veía la hora de llegar el mes y pasar para ver como el estaba desarrollando, para ver si yo estoy cuidando bien de él y si estaba todo al día. Cuando llegue al puesto comenzaban y ahí me decía que estaba todo bien, que él esta desarrollando engordando.*

*Para mi era una felicidad que este desarrollando, o si estaba perdiendo peso o no, hay madres que piensan que no necesitan orientación: yo inclusive voy a cuidar de mi hijo de la forma que yo sé, no de la forma como fui criada. Entonces se vuelve algo nuevo, una orientación nueva y cada vez mas se aprende (Duda, 21 años-madre USF).*

*Uno va siguiendo lo que sucede como es el desarrollo del niño, si esta comiendo o no. Es muy bueno. Ayuda porque cada vez uno descubre una cosa, cada vez uno aprende mas de niño, no resuelve que la madre o el padre diga que es así o esa, el médico sabe lo que es aquello y lo que puede suceder, cual es el desarrollo, si el esta dentro de los parámetros normales, entonces es muy importante todo el mes, por lo menos una vez llevarlo para su control (Tete, 23 años-madre UBS)*

Algunas madres sienten interés en aprender con el servicio y con las atenciones del niño. El control del niño es caracterizado por idas al servicio y retornos para casa. El volver a casa es volver para si, pero la madre desea volver a casa amparada por la palabra.

El profesional de salud alimenta el seguimiento del niño con conversaciones con la madre, a través del cual estará brindando un cuidado más amplio. La madre cuando va al servicio de salud para control del niño busca fortalecer la interacción con los profesionales. La conversación es un eje de mucha importancia, pues colabora para estructurar el espacio potencial para ir construyendo la confianza, la seguridad, la identidad materna y en consecuencia ir fortaleciendo los fenómenos de transición entre madre e hijo.

El desarrollo físico y emocional del bebe va siendo construido amparado por la madres. Para que el desarrollo se de en el sentido de seguridad, es necesario edificar junto con la madre, la creencia en algo que no solo sea bueno sino que sea confiable y duradero. En este sentido tiene énfasis el rol de los enfermeros y médicos para la construcción de la seguridad materna<sup>(10)</sup>.

Las madres también mencionan situaciones como observar al niño y conductas adoptadas en el domicilio como los ejemplos a seguir.

*Si tiene fiebre y no pasa, por ejemplo yo le doy su medicamento si vuelve nuevamente yo le doy nuevamente si vuelve por una tercera vez y mas intensa, entonces lo llevo. Si fuera una fiebre alto arriba de treinta y ocho ya me preocupó. Ahora si es fiebre que esta un poco caliente, es por causa del resfriado o por los dientes que están saliendo, entonces en estos casos no voy ni incomodo, pues se que hay mucha gente que necesita y no voy (Tati, 22 años-madre UBS)*

*El es un niño muy experto, tiene mucha salud. Entonces durante el día veo que ella esta extraña, ya se que esta con algún*



*problema, cuando el niño esta llorando o abusa de ello que no nos deja hacer nada, sabemos que solo es maña, pero cuando esta diferente voy a ver si esta todo bien y a veces es el diente o con algún dolor, le doy dipirona y mejora. Cuando veo que no mejora, la llevo al núcleo de salud, es decir cuando es una cosa que no puedo resolver en casa. En casa le doy jarabe casero, le coloco vick en el pie, puejo, hortela hierba santa, hierba luisa y coloco todo en la licuadora y lo coloco al fuego con una cuchara de azúcar, dejo que se vuelva espeso y luego lo hago enfriar, lo coloco en un jarra pequeña, así les doy a mis hijos. Si no mejora voy y busco al médico, porque se que es un caso de urgencia, una neumonía, tos convulsiva, pues la neumonía da fiebre, tos seca, cansancio, es eso lo que yo considero grave. (Cica, 26 años-madre USF)*

Las madres cuentan lo que observan y lo que utilizan en la alimentación, durante síntomas respiratorios, diarrea, fiebre, problemas de piel, uso de medicamentos, mates entre otros. En este proceso de observar, de adoptar algunas conductas y decidir cuando llevar al servicio de salud se nota la preocupación e inquietud, significando responsabilidad por parte de las madres.

Inclusive en situación social económicamente precaria, existen madres que demuestran seguridad y responsabilidad con su hijo, pero ella va hasta cierto punto y luego necesita de apoyo, es decir de la relación con el servicio de salud. Ella necesita del otro para realizar cuidados, los cuales normalmente ella realiza, pero percibe que tiene un límite para hacerlos. En este proceso, la madre va viviendo los límites en la relación con su hijo y en algunos momentos esta búsqueda de suficiencia se da en los servicios de salud.

El tomar las decisiones para ir al servicio al centro de salud, es de resaltar pues consideran la responsabilidad en el cuidado a la salud del niño, es decir, la madre cuida buscando un sentido de responsabilidad como si fuera para ella, sentido de responsabilidad y de búsqueda de interacción<sup>(11)</sup>.

La demanda por el servicio de salud es motivada por una búsqueda de algo, de aquello que el individuo siente como una falta, una carencia que impide continuar viviendo según sus estándares de normalidad, puede ser un dolor físico, un sufrimiento no identificando físicamente o algo vivido como una falta, con una información que lo tranquilice<sup>(12)</sup>.

En los servicios de salud, se observa que en la relación madre-bebe-familia si existe por parte del profesional capacidad de escuchar sin juzgarlas, la madre puede hablar de sus dificultades, inclusive de aquello que no debería hacer, mostrando sus

contradicciones, dudas, quejas y pedidos de ayuda<sup>(13)</sup>.

La preocupación materna se traduce en la capacidad de inquietud, expresión utilizada para el tema de la responsabilidad, siendo que esta capacidad materna es considerada como una alternativa que permite el desarrollo del niño y la madre<sup>(10,14)</sup>.

La rutina y la eventualidad en la salud del niño

La rutina y la regularidad en oposición con la eventualidad en la asistencia de puericultura son indicadas en los testimonios como mencionan los profesionales de la salud.

*Aquella madre que trabaja, viene esporádicamente al médico y ella viene cuando el niño ya está enfermo. Vamos a suponer que ella viene de mañana, porque en la tarde ella va a trabajar, entonces la vida de ella es así, ella tiene que buscar una forma de arreglar el problema de ella me comprende? Ella tiene su rol, tiene que defender y buscar recursos como ella pueda. Existen aquellas que uno sabe que no van a trabajar que esta en casa. Parece que perdió el interés, si ella está de verdad enferma, cuando ella piensa que es algo muy serio, viene a cualquier hora le da un medicamento para resolver el problema, para ella volver a su vida normal (Beta, auxiliar de enfermería UBS)*

*Las madres de aquí por mas que uno les habla ellas no aprenden. La propia madre no sabe prevenir, pues ellas hablan así: "acaso yo tengo una bola de cristal, para saber que mi hijo va a estar enfermo y así poder marcar la consulta?"Uno ya marca consulta para prevenir, yo pienso así, el puesto de salud es prevención. Hay madres que vienen aquí y dicen "mi hijo está vomitando hace cuatro días". Pero el niño esta vomitando hace cuatro días, porque no lo trajo el primer día que estaba vomitando? Creo que es complicado, las madres piensa solo en el momento. Entonces, no se si esto es falta de preocupación, si son muchos hijos, no se, cuantos hijos ella tiene, si son muchas cosas en casa, si ella trabaja afuera (Vivi, auxiliar de enfermería UBS)*

Los profesionales mencionan sobre las madres que no frecuentan con regularidad la puericultura e indican como factores asociados, al trabajo fuera de casa, la falta de tiempo, el desinterés por el control del niño, la expectativa por una atención rápida centrada en la queja, el poco interés por la prevención de salud, polarizando entre prevenir enfermedades y marcar consulta en los servicios de salud.

Al referir que las madres perdieron el interés por el control del niño, este aspecto es de resaltar y de reflexión sobre el cuidado en salud brindado, así como sobre los espacios utilizados para control del niño, los cuales requieren de creatividad, interacción y de comprensión de la vida de las personas.

La protección de los niños, para crecer y desarrollarse, significa asegurar a las madres un ambiente en el cual ellas puedan desempeñar plenamente las funciones maternas a través de la alegría y del placer<sup>(15)</sup>.

En los testimonios a seguir, los profesionales refuerzan la noción de salud de las madres centrada en la asistencia curativa.

*La impresión es que ellas ven a la salud de forma diferente, pero el hecho de estar enfermo no significa que no tienen salud. Ellas no ven todos estos aspectos de promoción de salud, prevención es mas la parte curativa en sí. Entonces no realizan un seguimiento correcto, no se preocupan tanto con la vacuna, con la lactancia, muy diferente de aquellas que lo traen para su control constantemente (Dudu, médico USF)*

*Estas madres no tienen mucha rutina en la vida debido a que usan drogas y por el tipo de vida, considerando que son también los niños quien las necesita, algunas veces aparecen con dermatitis por falta de cuidado. Dejo que ellas vengan, aprovecho aquella consulta de la dermatitis para atender la parte de puericultura. Ellas aparecen y quieren ser atendidas rápido, no tienen paciencia. Es muy complicado enfrentar con estas madres (Carol, enfermera USF)*

*Creo que es algo norma, que una madre se preocupe por ejemplo cuando surge una fiebre que naturalmente no sabe explicar, entonces una fiebre es siempre una preocupación grande para las madres, por eso que ellas vienen cuando perciben sus primeras señales de fiebre, es preocupación normal, sobre todo si tienen un servicio cerca, el niño hace que los padres, la familia y la madre se preocupen y vengan a buscar ayuda (Tina, agente comunitario de salud USF)*

Los profesionales entienden que las madres ven a la salud con énfasis en la asistencia curativa y que la regularidad en la puericultura esta vinculada a los problemas sociales. La comprensión eventual es tomada para volver a pensar en la asistencia brindada a la población, colocando aspectos de la preocupación materna, el acceso a los servicios de salud, la disponibilidad de los servicios y la demanda generada por el propio servicio.

Es importante pensar en las bases de la asistencia en puericultura, en donde la vigilancia y la promoción de la salud contemplan el éxito técnico, así como valores, creencias, actitudes, decisiones y proyectos de las madres y las familias.

Construir estrategias educativas que permitan invertir en la transformación de las condiciones de vida, en donde las creencias, hábitos y comportamientos tienen sentido y reclaman por aprendizaje, comprensión y diálogo con los múltiples aspectos que conforman las

creencias, los hábitos y los comportamientos de los individuos y grupos con los cuales interactuamos<sup>(16)</sup>.

Las madres tiene un saber global, con base en el sentido común y vinculado a sus condiciones materiales de existencia, al mismo tiempo ellas valoran el saber científico y buscan conducir la crianza de sus hijos de acuerdo con las normas de puericultura, las cuales, muchas veces, ya fueron incorporadas por ellas<sup>(8)</sup>.

Las prácticas de salud y de enfermería durante el control del niño en el contexto familiar es un proceso amplio y continuo, con referencias técnicas que engloban actividades de promoción, prevención, terapéuticas y de interacción con el niño, la familia, la comunidad, los servicios de salud y otros sectores sociales<sup>(17-18)</sup>.

## CONSIDERACIONES FINALES

Las reflexiones sobre la asistencia en puericultura son importantes para revisar su enfoque, el cual está comúnmente fundamentado en un modelo ideal de crecimiento y desarrollo infantil.

En la salud infantil, no enfrentamos solo con un seguimiento lineal, existen obstáculos, enfermedades, valores y diversas experiencias en el cuidado del niño. Para proporcionar mas sentido a las prácticas de control a la salud del niño, es importante la organización de la asistencia teniendo en cuenta la frecuencia y periodos técnicamente establecidos, negociando con las madres, promoviendo encuentros más creativos, cuidando la singularidad de cada grupo de madre-niño y de cada familia, comprendiendo así, la amplitud del proceso de salud-enfermedad y el cuidado en realidades concretas.

Pensar como profesionales de salud que están cuidando e interactuando con las madres de una determinada comunidad implica repensar en las relaciones, acciones y compromisos. Para el seguimiento del niño es importante el alcance del seguimiento en la salud, el cuidado longitudinal y sobre todo la preocupación con los valores de madres y familias. En este proceso, se encuentran involucradas decisiones sobre cuales acciones pueden y deben ser realizadas, remitiéndose a una reconstrucción de saber y practicas para la innovación de la producción de cuidados en realidades contextualizadas.

El cuidado del niño en la atención primaria a la salud tiene carácter contingente y debe enfrentar con la eventualidad, la incertidumbre y los acontecimientos vinculados a las experiencias, integrando el saber práctico y técnico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Victora CG, Barros FC. Global child survival initiatives and their relevance to the Latin América and Caribbean Region. *Rev Panam Salud Publica* 2005; 18(3):197-205.
2. Ministério da Saúde (BR). Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília (DF): Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde; 2004.
3. Ricco RG, Del Ciampo LA, Almeida CAN. Puericultura - princípios e práticas: atenção integral à saúde da criança. São Paulo (SP): Editora Atheneu; 2000.
4. World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: WHO/Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood; 1996.
5. Monteiro CA. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. *Rev Estudos Avançados USP* 2003; 17(48):7-20.
6. Ayres JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciênc e Saúde Coletiva* 2005; 10(3):549-60.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo (SP): Hucitec; 2000.
8. Dytz JLG, Rocha SMM. O modo de vida da mãe e a saúde infantil. *Rev Bras Enfermagem* 2002; 55(2):151-6.
9. Tudge J. Estudando a criança e a família em seu contexto: para uma abordagem cultural da tolerância. In: Biasoli-Alves ZMM, Fishmann R, organizadoras. Crianças e adolescentes: construindo uma cultura da tolerância. São Paulo (SP): Edusp; 2001. p.65-77.
10. Winnicott DW. A família e o desenvolvimento individual. São Paulo (SP): Martins Fontes; 2005.
11. Ayres JRCM. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: Deslandes S, organizadora. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2006. p.49-83.
12. Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo (SP): Hucitec; 1996. p.29-47.
13. Franceschini TRC. Observação da relação mãe-bebê-família como ferramenta para o aprendizado da integralidade. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2005.
14. Abadi S. Transições: o modelo terapêutico de D.W. Winnicott. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo; 1998.
15. Oliveira H, Minayo MCS. Complexidade e mortalidade infantil. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadoras. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2002. p.49-82.
16. Meyer DE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRCM. Você aprende. A gente ensina? Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(6):1335-42.
17. Mello DF, Rocha SMM, Scochi CGS, Lima RAG. Brazilian mothers' experiences of home care for their low birth weight infants. *Neonatal Network* 2002; 21(1):30-4.
18. Figueiredo GLA, Mello DF. A prática de enfermagem na atenção à saúde da criança em unidade básica de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003 julho-agosto; 11(4):544-51.