



OBNJ
Online Brazilian Journal of Nursing

Español

Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



Registros de puericultura en la atención básica: estudio descriptivo

Cynthia Lopes Barboza¹, Mayckel da Silva Barreto¹,
Sonia Silva Marcon¹

¹Universidad Estadual de Maringá

RESUMEN

Objetivo: Investigar en los registros de archivos como la puericultura es realizada por los equipos de Estrategia Salud de la Familia, activos en una Unidad Básica de Salud en el municipio de Maringá, Paraná. **Método:** Los datos fueron recogidos en enero de 2011, a partir de la consulta de los archivos de 181 niños nacidos entre julio de 2008 y enero de 2010, en los cuales fueron observados datos pertinentes sobre el acompañamiento infantil durante el primer año de vida. **Resultados:** El enfermero fue responsable por 51,9% de las consultas de puericultura. Se encontró que todavía el índice de archivos no llenados en diversos campos fue alto. **Discusión:** La cantidad de atendimientos de puericultura realizados por los enfermeros demuestra su importancia en el acompañamiento de la salud del niño. **Consideraciones finales:** Se cree que la implementación de una ficha estándar para el registro de consultas de puericultura debe minimizar el sub registro de las actividades de acompañamiento a los niños facilitando y sistematizando las anotaciones.

Palabras-clave: Cuidado del niño; Atención Primaria de la Salud; Salud de la Familia; Enfermería.

INTRODUCCIÓN

La Estrategia Salud de la Familia (ESF) es uno de los ejes fundamentales de la acción en el área de la salud. La característica básica de la propuesta es ofrecer la atención primaria a la asistencia, objetivando, primordialmente, la promoción de la salud y la disminución de los lesiones, aumentando, así, el acceso de la población a los servicios de salud⁽¹⁾.

Una de las actividades de la ESF es la puericultura, que tiene por objetivo hacer el acompañamiento sistemático del crecimiento y el desarrollo de los niños y adolescentes con el objetivo de elevar la calidad de vida, defendiendo y orientando conductas favorables y, principalmente, sensibilizando y concientizando los cuidadores de los niños⁽¹⁾.

Por más que los indicadores de salud demuestren que los índices de mortalidad infantil se han reducido en la última década, estos todavía son considerados altos, siendo que, en la mayoría de los casos, la muerte podría haber sido evitada. Así, la falla se encuentra en la falta de un esfuerzo concentrado para la organización del cuidado infantil y que ofrece el atendimento en las Unidades Básicas de Salud (UBS). Entonces la atención primaria y las acciones dirigidas para la vigilancia a la salud constituyen la base de la organización para la atención a la salud infantil⁽²⁾.

Las UBS deben ofrecer para el niño y su familia, y en especial a la madre, un atendimento humanizado y acogedor, siendo responsabilidad de la atención básica la selección neonatal; la garantía y el incentivo al amamantamiento materno; la vigilancia nutricional; la inmunización; el cuidado en el caso de las enfermedades frecuentes en la infancia; asistencia y prevención a las patologías orales; la promoción de la salud mental; y la prevención de accidentes, los malos tratos, violencia doméstica y trabajo infantil^(2,3).

Con esas responsabilidades, la asistencia en puericultura es fundamental para la prevención de diversas enfermedades durante los primeros años de vida. Para esto, el

inicio precoz, de preferencia en el primer mes de vida, y por lo menos ocho consultas durante el primer año, son indispensables⁽²⁾.

Los registros de estas actividades son elementos esenciales en el proceso de atención a la salud. La documentación de asistencia y de sus resultados, por medio de registros escritos, constituye un efectivo instrumento de comunicación para la (re) planificación, continuidad y evaluación de los servicios ofrecidos a los clientes. Además de eso, sirve de fuente de informaciones para cuestiones jurídicas, de pesquisas, de educación y otras actividades relacionadas ⁽⁴⁾. Así, el registro correcto y completo de las informaciones, además del diálogo con la familia sobre las anotaciones realizadas, son requisitos básicos para que el archivo cumpla su papel de instrumento de comunicación, vigilancia y promoción de la salud infantil⁽⁵⁾.

Delante de lo expuesto , se definió como objetivo del estudio: investigar, a partir de registros de archivo, como la puericultura es realizada por los equipos de la ESF activos en una UBS en el municipio de Maringá,Paraná, e identificar cuales actividades son realizadas rutinariamente por los profesionales en la puericultura.

METODOLOGÍA

Se trata de una pesquisa descriptiva, de naturaleza cuantitativa, realizada en una UBS de Maringá, que se localiza en la región noroeste del Estado de Paraná y posee una población de 349.860 habitantes. En el área de la salud, cuenta con quince hospitales, totalizando 1.161 camas, siendo 681 de ellas conveniadas al Sistema Único de Salud (SUS) Cuenta también con cuatro Puntos Atendimientos de urgencia, siendo dos públicos, 27 UBS y 68 equipos de ESF con cobertura de 89,2% de la población⁽⁶⁾.

La UBS en estudio posee siete equipos de la ESF, con 9.871 familias registradas y la población estimada del área de alcance es de 31.194 personas. El tamaño de la muestra a ser estudiada fue calculado con base en el número total de niños nacidos en el municipio, en el periodo de julio de 2008 a enero de 2010, y residentes en el área de los

equipos de ESF de la UBS. Fue considerado un error de estimativa de 5%, intervalo de confianza de 95% y más 10% para posibles pérdidas. De este modo, el total de participantes en el estudio fue de 181 niños. La recopilación de datos ocurrió en enero de 2011, cuando todos los niños incluidos en la pesquisa poseían, por lo menos, un año de vida completo.

La estratificación proporcional fue usada para definir el número de niños de cada equipo que deberían ser incluidas en el estudio. Esta operación fue realizada con el objetivo de dividir homogéneamente los participantes de la pesquisa. Después de eso, cada uno de los equipos fue invitado a proporcionar una lista con todos los niños registrados para que fuesen seleccionados al azar.

Los datos referentes al primer año de vida de los niños fueron recopilados directamente de sus archivos y registrados en una planilla construida específicamente para el estudio, teniendo como base las principales responsabilidades que deben ser ejecutadas por la ESF, según la Norma Operacional Básica de Asistencia a la Salud (NOAS 01)⁽²⁾.

En el archivo, las informaciones de interés se refieren básicamente a anamnesis y al examen físico del niño, que incluye la historia familiar y obstétrico materno; la evaluación del desarrollo y crecimiento infantil; el estado de vacunación ; el diagnóstico de enfermedades; las características del amamantamiento materno en el primer año de vida; y las orientaciones fornecidas a la madre. También fue un alto número y el tipo de atendimientos ofrecidos a los niños a lo largo del primer año de vida y la existencia o no del registro de su edad y datos antropométricos (peso, estatura e perímetros cefálicos, torácicos y abdominales) en cada atendimento del equipo de salud. Se registró el perfil familiar con el objetivo de verificar el medio social y familiar en el que el niño estaba colocado. Todas las informaciones recopiladas del archivo se refieren exclusivamente al primer año de vida del niño. Los atendimientos considerados en el estudio fueron de dos tipos: puericultura (realizada por el médico o enfermero) y consulta médica.

El desarrollo del estudio ocurrió en el cumplimiento con lo recomendado por la resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud y el proyecto fue aprobado por el

Comité Permanente de Ética en Pesquisa con Seres Humanos de la Universidad Estadual de Maringá (Parecer nº 545/2010). Por tratarse de pesquisa realizada a partir de la consulta de documentos, fue solicitada dispensa del Termo de Consentimiento Libre y claro.

RESULTADOS

La edad de los niños en estudio osciló entre 12 a 30 meses completos, con un ligero predominio del sexo femenino (50,2%). Se encontró deficiencia importante en los registros referentes a las variables de anamnesis, conforme observado en la tabla 01.

Tabla 01: Distribución de los registros de evaluación anamnesis en archivos de niños en Maringá-PR, de junio de 2008 a enero de 2010.

Datos de la anamnesis	Registro en archivos				Total	
	Sí		No		N	%
	N	%	N	%		
Realización de prenatal	49	27,1	132	72,9	181	100
Complicaciones en la gestación	18	9,9	163	90,1	181	100
Edad gestacional	44	24,4	137	75,6	181	100
DST materna	12	6,6	169	93,4	181	100
Tipo de parto	74	40,8	107	59,2	181	100
Parto en el hospital	15	8,3	166	91,7	181	100
Evaluación del recién nacido	17	9,3	164	90,7	181	100
Otros exámenes del niño	102	56,3	79	43,7	181	100
Presencia de anomalías	01	0,5	180	99,5	181	100

En relación a la inmunización del niño en el primer año de vida, se encontró que, de una forma general, apenas en poco más de la mitad de los archivos había registro de las dosis de vacuna que el niño había recibido. (Cuadro 01).

Vacuna	Dosis única		1ª Dosis		2ª Dosis		3ª Dosis	
	N	%	N	%	N	%	N	%
BCG	106	58,5	–	–	–	–	–	–
Hepatitis B	–	–	22	12,1	106	58,5	99	54,6
Tetraivalente	–	–	105	58,0	103	56,9	93	51,3
Poliomielitis oral	–	–	112	61,7	100	55,2	90	49,7
Rotavirus	–	–	96	53,0	91	50,2	–	–
Fiebre Amarilla	91	50,2	–	–	–	–	–	–
Tripli virica	82	45,3	–	–	–	–	–	–

Cuadro 01: Inmunización con vacunas, registrada en archivos, en el primer año de vida de niños acompañados por una UBS de Maringá, PR, de junio de 2008 a enero de 2010.

En lo que se refiere al atendimento del niño, se encontró que ocurrieron 112 consultas en el primer mes de vida. De estas, 94 (83,9%) fueron realizadas por el médico, siendo que 35 (37,3%) correspondieron a consulta médica buscada con un resultado de algún problema de salud y los demás (59 – 62,7%) correspondieron al atendimento de puericultura. Por su vez, el atendimento de puericultura, que es programado y con fecha, fue realizado en 77 (42,5%) niños en el primer mes de vida, siendo que 59 casos (76,6%) fueron vistos por el médico y apenas 18 niños (23,4%), por el enfermero. (Tabla 02).

Sin embargo, ocurrió inversión de la situación en los meses posteriores, pues el enfermero pasó a realizar número mayor de consultas de puericultura. Parece, todavía, que, principalmente después de los seis meses, hubo una disminución que sobresalió en el número de atendimientos de puericultura, volviendo cada vez más frecuentes los atendimientos del tipo consulta médica motivada por problemas de salud.

Tabla 02: Distribución de los registros de atendimientos realizados en el primer año de vida, según profesionales de salud responsables. Maringá-PR, de junio de 2008 a enero de 2010.

Periodo	Puericultura		Consulta Médica	Total de atendimientos
	Médico	Enfermero		

	N	%	N	%	N	%	N	%
1º mes	59	52,7	18	16,0	35	31,3	112	100
2º mes	19	27,5	18	26,1	32	46,4	69	100
3º mes	10	20,0	14	28,0	26	52,0	50	100
4º mes	12	26,1	15	32,6	19	41,3	46	100
5º mes	07	17,5	12	30,0	21	52,5	40	100
6º mes	07	17,5	10	25,0	23	57,5	40	100
9º mes	04	4,8	27	32,6	52	62,6	83	100
12º mes	03	3,6	17	20,2	64	76,2	84	100
Total	121	20,3	131	22,0	272	45,7	524	100

Considerando sólo el total de consultas de puericultura realizadas, se encontró que el enfermero fue responsable por 51,9% de los atendimientos. Sin embargo, según el total de registros en los archivos, fueron realizados solamente 252 atendimientos de puericultura para 181 niños. Esto significa que no llegaron a ser realizados ni dos atendimientos por niño durante el primer año de vida.

Se observó también un número reducido de anotación en los archivos en relación a la nutrición del niño durante los seis primeros meses de vida. De los datos disponibles, se percibe un predominio del amamantamiento materno exclusivo, en relación a los otros tipos de amamantamiento (Tabla 03).

Tabla 03 – Tipo de amamantamiento materno en los seis primeros meses de vida de los niños acompañados en la puericultura en una UBS de Maringá-PR, de junio de 2008 a enero de 2010.

Tipo de amamantamiento	1º mes		2º mes		3º mes		4º mes		5º mes		6º mes	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
AME*	53	29,3	28	15,5	11	6,1	16	8,9	08	4,4	01	0,5
AMP**	08	4,4	03	1,6	07	3,9	08	4,4	06	3,4	12	6,7
Sin AM***	05	2,7	03	1,6	03	1,6	03	1,6	03	1,6	01	0,5
Sin registro	115	63,6	147	81,3	160	88,4	154	85,1	164	90,6	167	92,3
Total	181	100	181	100	181	100	181	100	181	100	181	100

*Amamantamiento Materno Exclusivo; **Amamantamiento Materno Predominante;
***Amamantamiento Materno.

Informaciones referentes a la introducción de alimentos sólidos sólo fueron identificados en 46 (25,4%) archivos, en los cuales fue encontrado que en uno de los niños (0,5%) ocurrió la introducción de este tipo de alimento a los cuatro meses de vida; en siete, (3,8%) a los cinco meses de vida; y en otros 11 niños (6,0%), a los seis meses de vida.

En relación a la evaluación nutricional el primer año de vida, apenas 115 (63,5%) archivos presentaban registro de este parámetro. Los datos disponibles muestran una mayor proporción de niños con el peso adecuado para la edad, pues 98 niños (85,2%) estaban con sus porcentuales de normalidad de la curva de crecimiento. En once archivos fue encontrado registro de evaluación de riesgo nutricional, siendo que nueve niños (7,8%) presentaban bajo peso para la edad y dos, para sobrepeso. Los niños que presentaron bajo peso eran las prematuras o las que, a partir del sexto mes, tuvieron dificultades para adaptarse a la nueva alimentación.

Con respecto a las medidas antropométricas, se observó que en 100% de los archivos había registros de peso y estatura en el primer atendimento; todavía, hubo caída en los registros de los perímetros cefálicos, torácicos y circunferencia abdominal, con valores respectivos de 113 anotaciones (62,3%), 58 anotaciones (32,0%) y 44 anotaciones (24,3%).

Los datos antropométricos fueron registrados principalmente en los primeros seis meses de vida y, después este periodo, prevaleció el registro apenas del peso y de la estatura. La circunferencia abdominal presentó un registro todos los meses, siendo que ocurrieron índices decrecientes en niños próximos de un año cuando presentaban factores de riesgo de sobrepeso.

La evaluación del desarrollo psicomotor (DNPM) fue registrado en 87 archivos (48%), con predominio, en el primer mes de vida, en 42 archivos (23,2%), y el segundo, en 16 (8,8%).

Las informaciones relacionadas a las complicaciones de la salud durante el primer año de vida mostraron una mayor proporción para las Infecciones de las Vías Aéreas Superiores (IVAS), con 71 registros en archivos (39,2%), siendo que cuatro niños (5,6%) desarrollaron neumonía. Las demás complicaciones fueron bronquiolitis, con nueve casos (4,9%); soplo en el corazón y anemia, con cinco casos cada (2,7%); y reflujo gastroesofágico, cólicas abdominales y fimosis, con dos casos cada (2,2%). A pesar del alto número de complicaciones a la salud registradas, sólo había ocho archivos (4,4%) que contenían anotaciones sobre hospitalización, siendo el motivo de la hospitalización registrado solamente en un archivo (0,5%).

Otra búsqueda importante fue la ausencia de registro en los archivos sobre el perfil socio-demográfico de la familia como, por ejemplo, anotaciones sobre escolaridad materna, ingreso familiar o número de personas viviendo en el mismo domicilio.

DISCUSIÓN

El número de archivos con registros incompletos y hasta ausentes en relación a diversos factores puede ser considerado alto. En muchos casos, no había registro de informaciones substancial para la continuidad de la asistencia por otros profesionales del equipo de salud como, por ejemplo, intercorrencias en la gestación, presencia de enfermedad Sexualmente Transmisible (DST) en la madre y la presencia de anomalías congénitas en el niño. Algunos autores sugieren todavía que la asistencia prenatal debe ser registrada tanto en el archivo y en la tarjeta de la mujer embarazada, como en el archivo infantil, con el objetivo de permitir el acompañamiento sistemático de la mujer y de su hijo posteriormente, pues subsidia la actuación de los diferentes profesionales involucrados en la asistencia⁽⁷⁾.

Cabe señalar que la realización de la evaluación del recién nacido como la de la prueba de emisiones otacústicas y de la vista, que son recomendados por el Ministerio de la

Salud, debe ser anotada hasta en el caso de resultados normales, para que su realización quede confirmada.

Fueron pocos los registros en archivos del estado de vacunación de los niños en estudio, pero los datos sobre el estado de las vacunas en el país, en 2006, indican, con pocas excepciones en la región norte, un registro de vacunas excelente en todas las unidades federales, con frecuentes índices de 100% de vacunados⁽⁸⁾. En Maringá, en 2008, de acuerdo con el Cuaderno de Atención Básica, 98,1% de los niños estaban con el esquema de vacunas básico en día y, en 2009, ocurrió una leve caída, visto que 97,9% de los niños estaban con el esquema de vacuna en día⁽⁶⁾. El conocimiento preciso de cobertura de inmunización en menores de un año es uno de los dos elementos necesarios para el programa de vigilancia epidemiológica, en la medida en que permite visualizar el aumento del número de la población susceptible, así como acompañar hasta que punto la inmunidad en masa está constituyendo barreras efectivas para la interrupción de la transmisión de las enfermedades inmunoprevenibles⁽⁹⁾.

Por lo tanto, los resultados de este estudio denotan un sub registro de informaciones sobre el estado de las vacunas de los niños encuestados. Además de eso, los datos también sugieren que la supervisión de la inmunización está siendo realizada de forma parcial, una vez que, cuando realizan la puericultura los profesionales de la salud no están dando la debida importancia para la actualización del calendario básico de vacunas en el archivo de los niños. Esto, por su vez, constituye una reflexión de la fragmentación de la asistencia, pues el archivo debería reunir todas las informaciones referentes a la salud/enfermedad del niño, permitiendo así el acompañamiento integral del mismo.

La reducción de atendimento de puericultura (17,4%) es alarmante. Ese dato revela, de forma general, que no llegaron a ser realizados ni dos atendimientos por niños durante el primer año de vida, mientras que, documentos oficiales reiteran la necesidad de ser realizadas en este periodo, como mínimo, ocho consultas de puericultura⁽²⁾.

El número de consultas de puericultura realizadas para los 181 niños en estudio va en contra de la propuesta actual de la atención básica de promoción de la salud. Con la

diminución que sobresale el número de atendimientos de puericultura, principalmente después de los seis meses, se volvió cada vez más frecuentes los atendimientos por medio de la consulta médica, hecho este probablemente relacionado al término de la licencia de maternidad y vuelta de las madres a las actividades de trabajo. De ahí la importancia de los profesionales de salud, en especial el enfermero, para sensibilizar a la familia sobre la relevancia de la puericultura y establecer un enlace en los primeros meses de vida del niño, de forma que, en la imposibilidad de la madre llevar, otros miembros familiares sean encargados de esta función. La recepción y la formación del enlace constituyen competencias necesarias para el proceso de fortalecimiento del trabajo de la atención básica⁽¹⁰⁾, principalmente en la atención a la salud del niño.

En esta perspectiva, un estudio realizado en Juiz de Fora, MG, con el objetivo de entender la percepción del enfermero sobre la consulta de enfermería en la atención básica, se encontró que esta actividad es reconocida por el profesional como una forma de establecer aproximación con el usuario para reconocer sus necesidades en salud lo que, si se aplica en condiciones favorables, promueve la elaboración de intervenciones efectivas que atiendan a las necesidades de la población, respetando los principios del Sistema Único de Salud (SUS)⁽¹¹⁾.

Las orientaciones para las acciones de los profesionales que lidian con el niño en la atención primaria están disponibles en la *Agenda de Compromisos con la Salud Integral del niño y la Reducción de la Mortalidad Infantil*⁽²⁾, que recomienda un calendario mínimo de acompañamiento de la salud del niño, envolviendo un equipo multiprofesional compuesta por agentes comunitarios de salud, técnicos y auxiliares en enfermería, enfermeros, pediatras y médicos de familia, cuyas acciones pueden ser de carácter individual o colectivo. Por otro lado, como verificado en el presente estudio, apenas médicos y enfermeros realizaban el acompañamiento de puericultura.

Conforme demostrado en un estudio realizado en Belo Horizonte (MG)⁽⁵⁾, el acompañamiento del niño en UBS es realizado, en la mayoría de veces, por un único profesional: o por el médico pediatra clínico (61,0%), o por el enfermero (32,0%), una

vez que estos son los profesionales más capacitados, habilitados e instrumentalizados para ofrecer una asistencia integral a la salud del niño. Pero los otros profesionales de salud que integran el equipo deben ser insertados en este cuidado, en la perspectiva de atendimento multidisciplinar e integral a la salud, debiendo los profesionales de la ESF articular sus saberes con los aspectos singulares de los usuarios⁽¹⁰⁾.

En la enfermería, lo que dificulta la realización de registros completos y frecuentes, en la mayoría de los casos, es el bajo nivel socio educacional de algunos profesionales, especialmente los de nivel técnico; la complejidad del lenguaje; el número reducido de trabajadores en equipo; la alta demanda por servicios; la poca valorización de la profesión y las escasas inversiones en procesos de entrenamiento/educación⁽⁴⁾. A pesar de eso, se considera que el registro escrito es la prueba más concreta y permanente de la actuación profesional y de la calidad del cuidado, ella debe estar siempre en pauta en los asuntos discutidos en las instituciones de salud⁽⁴⁾.

Un estudio realizado en Belo Horizonte (MG) demostró también un bajo índice de registros en los archivos de niños que hacían acompañamiento de puericultura en UBS, sobretodo en relación a la forma de amamantamiento, con 58,0% de registros⁽⁵⁾ índice más alto que los 36,4% encontrados en esta pesquisa. El AME hasta los seis meses de edad fue registrado sólo en un (0,5%) archivo, resultó abajo de lo encontrado en un estudio realizado en la ciudad de Campo Mourão (PR)⁽¹²⁾, y otro en la ciudad de Pelotas (RS)⁽¹³⁾, en los cuales los registros revelaron una prevalencia de AME a los seis meses de 34,0% e 35,0%, respectivamente.

Por otro lado, el porcentaje de más de 60% de los archivos que contienen registros de evaluaciones nutricionales llama la atención. Esto se justifica por el hecho de que los niños están incluidos en el Programa de la Leche y el Programa Bolsa Familia y el registro de estas evaluaciones constituye una exigencia para recibir el beneficio.

La vigilancia alimentar y la evaluación nutricional constituye métodos de fácil aplicación y eficaz en el diagnóstico colectivo de las condiciones de nutrición de la población local, subsidiando, por lo tanto, las acciones de promoción de una alimentación saludable⁽²⁾.

Sin embargo, el hecho de esas personas estar incluidas en los programas gubernamentales lleva a la suposición de que se trata de un grupo de grande vulnerabilidad social, habiendo así la necesidad de monitorear la situación alimentar y nutricional con el fin de identificar precozmente el riesgo nutricional para la consecuente tomada de decisión⁽¹⁾. Esto también debe resultar una mayor preocupación con el acompañamiento de la condición general de salud de estos niños.

Un estudio realizado en Belo Horizonte (MG) reveló que el perímetro cefálico fue marcado en el gráfico solamente en 30,7% de los archivos⁽⁵⁾, demostrando, así como en el presente estudio, que el peso y la estatura son las medidas antropométricas que tienen prioridad de registro. Pero, es una tarea del enfermero siempre evaluar y registrar los datos antropométricos en la puericultura, pues su determinación en el examen físico posibilita la evaluación del crecimiento corporal del niño y de su estado nutricional (desnutrición, obesidad, eutrófico), así como el suministro de indicaciones clínicas que ayudan en el diagnóstico de determinadas patologías⁽¹⁾.

Se observó también un mayor cuidado en la evaluación del DNPM solamente en los dos primeros meses de vida. Es probable que esta evaluación sea realizada durante los atendimientos, pero no registrada en los archivos. Un estudio transversal realizado en Belo Horizonte con 355 niños acompañados por el SUS mostró que sólo 18,9% de las evaluaciones de DNPM eran registradas en archivos⁽⁵⁾. Otros autores han llamado la atención para la necesidad de valorizar más efectivamente la evaluación del DNPM. En Belém (PA), por ejemplo, un estudio con profesionales que actúan en la atención básica mostró que aproximadamente 70,0% de ellos realizaban evaluación rutinaria de DNPM, mas apenas 32,0% utilizaban algún instrumento para sistematizar el atendimento⁽¹⁴⁾. En Feira de Santana (BA), se observó que menos de 8% de 2.190 niños tenían los registros de DNPM completos en los archivos⁽¹⁵⁾. El enfermero debe atentar para que el equipo de salud registre correctamente la evaluación del DNPM en los archivos, con vistas al acompañamiento multidisciplinar en los niños.

En relación a las complicaciones que hicieron los niños en el primer año de vida, se encontró que las IVAS fueron las más frecuentes, siendo estas, en muchos lugares, las principales causas de enfermedad de niños y de demanda a los servicios de salud⁽¹⁶⁾. Sin embargo, las hospitalizaciones estaban sub registradas, pues, según los datos del Ministerio de la salud, en el periodo de enero a diciembre de 2010, hubo 1103 hospitalizaciones en menores de un año en la ciudad de Maringá, con un predominio de 26,0%⁽⁶⁾.

Esta realidad de registros incompletos también fue encontrada en una pesquisa sobre la cualidad de los registros de 130 archivos de un hospital universitario, habiendo sido identificado que los registros, a pesar de adecuados cuanto a la forma y la legibilidad, se demostraron incompletos y fragmentados en relación a los contenidos analizados⁽⁴⁾.

Entre los riesgos para la salud del niño, la baja escolaridad materna es un factor frecuentemente asociado⁽⁵⁾; sin embargo, en ningún archivo el perfil de la familia estaba registrado, lo que sería fundamental para un acompañamiento basado en la propuesta de la ESF, que busca incorporar el contexto social y cultural en el cual vive la persona.

El trabajo con niños impone algunas dificultades, siendo la familia una de ellas; pues no existe trabajo solo con el niño. El enfermero que actúa en la puericultura debe tener esa comprensión, buscando crear enlaces para un atendimento continuo y eficaz, realizando así la prevención y promoción de la salud. La Atención Primaria debe reconocer la grande variedad de necesidades relacionadas a la salud del paciente y disponibilidad de los recursos para abordarlos, haciendo hincapié en las intervenciones preventivas y de promoción de la salud.

Así, la puericultura surge como una herramienta oportuna en el acompañamiento integral del crecimiento y el desarrollo infantil, volviéndose para los aspectos de prevención y promoción de la salud con el fin de garantizar que el niño alcance su vida adulta sin influencias desfavorables en la infancia⁽¹⁾.

CONCLUSIÓN

La puericultura en la atención primaria debe ser realizada en todos los niños del área inscrito de la UBS, principalmente el acompañamiento en el primer año de vida, por todos los profesionales del equipo de salud, con el objetivo de diagnosticar precozmente patologías y así promover salud y prevenir lesiones. Sin embargo es verificado que sólo 17,4% de las consultas de puericultura que deberían ser realizadas en el primer año de vida fueron registradas en los archivos de los niños. Este hecho nos lleva a inferir que, la puericultura no está alcanzando a todos los niños del área de alcance de la UBS, o ella es realizada, pero no registrada, lo que dificulta la continuidad de la asistencia, bien como la captación de datos para subsidiar la planificación de acciones a ser desarrolladas junto a la población.

De todas los niños que fueron acompañados por la puericultura, se verificó que el enfermero fue responsable por más de la mitad de los atendimientos, demostrando la importancia de este profesional en el acompañamiento de atención básica a la salud de los niños, desde que se realice una asistencia sistematizada con calidad. Sin embargo, un aspecto preocupante fue el hecho de los registros, independiente del profesional que lo realizaron, se presentaron inadecuados por la desconexión, fragmentación o ausencia de informaciones. El equipo de salud necesita ser sensibilizada sobre la importancia del registro en archivo y, a partir de ahí, organizar la demanda y planear la asistencia, de modo que le permita llenar el mismo.

Se cree que la implementación de una ficha padrón para el registro de las consultas de puericultura pueda minimizar la sub notificación de las actividades desarrolladas en el acompañamiento del niño, por facilitar y sistematizar el registro.

Vale la pena señalar que el profesional enfermero puede optar por tener una actuación que niegue o refuerce el modelo biológico de asistencia a la salud al valorizar o no actividades y acciones dirigidas para la promoción de la salud y prevención de enfermedades, como es el caso de la puericultura. Es importante reiterar aun, que el niño se encuentra en una unidad familiar, por lo tanto atender a la familia y las

relaciones que la mueven se convierten imprescindibles como agente calificador de la asistencia.

CITAS

1. Silva MM, Rocha L, Silva SO. Enfermagem em puericultura: unindo metodologias assistenciais para promover a saúde nutricional da criança. *Rev Gaucha Enferm.* 2009; 30(1): 141-4.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Del Ciampo LA, Ricco RG, Daneluzzi JC, Del Ciampo IRL, Ferraz IS, Almeida CAN. O Programa Saúde da Família e a puericultura. *Cienc Saude Colet.* 2006; 11(3): 739-43.
4. Matsuda LM, Carvalho ARS, Évora YDM. Anotações/registros de enfermagem em um hospital escola. *Cienc Cuid Saude.* 2007; 6 Supplem 2: 337-46.
5. Alves CRL, Lasmar LMLBF, Goulart LMHF, Alvim CG, Maciel GVR, Viana MRA, et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. *Cad Saude Publica.* 2009; 25(3): 583-95.
6. Ministério da Saúde (BR). Cadernos de Informação de Saúde. Brasília: DATASUS; 2010 [cited 2011 june 05]. Available from <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>.
7. Araújo MAL, Silva DAMA, Silva RM, Gonçalves MLC. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame VDRL reagente. *Rev APS.* 2008; 11(1): 4-9.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
9. Moraes JC, Ribeiro MCSA. Desigualdades sociais e cobertura vacinal: uso de inquéritos domiciliares. *Rev bras epidemiol.* 2008; 11(1):113-124.
10. Witt RR, Almeida MCP, Araújo V. Nurses' competencies in primary health care: a Delphy technique study. *Online Braz J Nurs.* 2006 [cited 2011 aug 03]; 5(3). Available from <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/546/124>
11. Santos SMR, Jesus MCP, Amaral AMM, Costa DMN, Arcanjo RA. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(1):124-30
12. Almeida CC, Scochi MJ, Souza RKT, Carvalho WO. Prevalência de aleitamento materno antes e após a implantação de um programa de redução de morbimortalidade infantil, no município de Campo Mourão (PR). *Cienc Saude Colet.* 2010; 15(2): 575-83.
13. Faleiros JJ, Kalil G, Casarin DP, Junior PAL, Santos IS. Avaliação do impacto de um programa de puericultura na promoção da amamentação exclusiva. *Cad Saude Publica.* 2005; 21(2): 482-89.
14. Figueiras ACM, Puccini RF, Silva EMK, Pedromônico MRM. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. *Cad Saude Publica* 2003; 19:1691-9
15. Vieira GO, Vieira TO, Costa MC, Netto PV, Cabral VA. Uso do Cartão da Criança em Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Saude Matern Infant.* 2005; 5: 177-84.
16. Macedo SEC, Menezes AMB, Albernaz E, Post P, Knorst M. Fatores de risco para internação por doença respiratória aguda em crianças até um ano de idade. *Rev Saude Publica.* 2007; 41(3): 351-8.

Recibido:05/12/2011

Aprobado:19/07/2012

