



Español

Universidad Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Experiencia de las madres en el monitoreo del recién nacido: Un estudio fenomenológico

Carlos Henrique Beltrame¹, Francieli Ferreira de Andrade Batista¹, Sebastião Caldeira², Adriana Valongo Zani¹, Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli¹, Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari¹

¹ Universidad Estatal de Londrina
² Universidad Estatal de Paraná

RESUMEN

Objetivo: Conocer la experiencia de las madres con respecto al monitoreo de sus hijos por parte del servicio de atención primaria después del alta de la Hospital de Maternidad.

Métodos: Investigación cualitativa utilizando el referencial de Fenomenología Social de Alfred Schütz. Participaron 23 madres en una entrevista domiciliar en la *Regional de Saúde*, Paraná, Brasil, en 2018. **Resultados:** Del análisis de los testimonios de los participantes, surgieron cuatro categorías. Las "razones por las cuales" señalaron tres: Comprensión sobre la Red y el proceso de atención en el alta de la Maternidad; Primera semana posparto: Red de atención domiciliar para recién nacido; Periodo neonatal: monitoreo del niño en atención primaria. En cuanto a las "razones para", surgió una: Expectativas para el cuidado del niño en la Red. **Conclusión:** En los municipios estudiados, la Red no ofrece monitoreo sistemático de la salud del niño en el período neonatal, exponiéndolo a un riesgo más alto de desarrollar afecciones, debido a las acciones restringidas de promoción y prevención.

Descriptor: Recién nacido; Cuidado del Niño; Atención Primaria; Evaluación de Programas y Proyectos de Salud.

INTRODUCCIÓN

Para las políticas públicas mundiales sobre salud infantil, el período neonatal se identifica como uno de los más vulnerables y, aunque los objetivos de reducir la mortalidad entre los menores de cinco años se han logrado en los últimos años en Brasil, la mortalidad por afecciones perinatales y neonatales se mantiene en las tasas más altas⁽¹⁾.

Según un Informe del *World Health Organization* (WHO), 2,6 millones de recién nacidos en todo el mundo mueren anualmente, advirtiéndose que, aproximadamente el 80% de esas muertes, podrían prevenirse con atención básica incluso durante el embarazo. Entre 184 países, Brasil, que se posiciona en el grupo de ingresos medios altos, fue considerado el 28º peor, a la par de México, con 7,8 muertes neonatales por cada mil nacidos vivos. En relación con las tasas de mortalidad infantil, Brasil se ubica en la 108ª peor posición⁽¹⁾.

La mortalidad perinatal es un indicador de la insuficiencia de la atención obstétrica y neonatal. Después del parto y del alta de la maternidad, la supervivencia neonatal está directamente relacionada con la calidad de los servicios ofrecidos en la red de atención médica, desde la atención básica hasta la de mayor complejidad⁽²⁾. Para tal fin, involucra flujos eficientes, protocolos basados en evidencia científica y profesionales con capacitación adecuada para brindar una atención resolutoria, así como padres orientados a identificar señales de peligro y buscar, de forma urgente, atención en la Unidad de Salud⁽³⁾.

Cabe mencionar que la mayor supervivencia del niño también se relaciona con mejores

condiciones de vida y salud, con lo cual, las acciones para promover entornos saludables con un enfoque en la familia, la comunidad y la sociedad deben garantizarse en las agendas de políticas públicas, así como la reorganización del sistema de salud y una mayor inversión en el servicio de Atención Primaria de Salud a fin de mejorar la cualificación de la atención⁽²⁾. En este sentido, el sistema de salud comenzó a organizarse en una red para ofrecer asistencia continua, integral, eficiente, segura y equitativa, incluidas las responsabilidades sanitarias y económicas, con el fin de cumplir los objetivos y lo que se propone en los Objetivos de Desarrollo Sostenible para 2030, entre ellos, poner fin a las muertes prevenibles de recién nacidos y niños menores de 5 años^(4,5).

La organización de la atención materna e infantil en el país tuvo lugar en 2011, a través de la *Rede Cegonha* (Red Cigüeña) y, en el estado de Paraná, en 2012, la *Rede Mãe Paranaense* (Red Madre Paranaense), en cumplimiento de las directrices establecidas a nivel nacional que también acordaron la vinculación y la garantía de acceso a la atención ambulatoria especializada y atención hospitalaria^(6,7). La *Rede Mãe Paranaense*, objeto de esta investigación, consta de diferentes niveles de atención, desde la más baja hasta la más alta complejidad, constituyéndose como Centros de Referencia en la atención de riesgos habituales y de alto riesgo, respectivamente.

Para este propósito, después de cinco años de implementar esta Red en las Unidades Regionales de Salud en Paraná, el presente estudio buscó comprender la experiencia de las madres con respecto al monitoreo de

sus hijos por parte del servicio de atención primaria, después del alta del hospital de maternidad, para verificar, desde la perspectiva de las usuarias, si se cumplen las pautas con respecto al monitoreo del niño en el período neonatal.

Interpretar la asistencia desde la perspectiva de los usuarios permite identificar las potencialidades y las posibles debilidades de la Red, que pueden servir como herramientas, instrumento de gestión y toma de decisiones, tanto por parte de los profesionales como de los gerentes que la componen, y así satisfacer las necesidades materno-infantiles^(8,9,10).

MÉTODO

Para el presente estudio, el enfoque fue el cualitativo y tuvo como eje guía el marco teórico-metodológico de la Fenomenología Social de Alfred Schütz⁽¹¹⁾. La metodología de Schütz nos permite extraer los significados del mundo de la vida, así como las "razones por las cuales", las experiencias vividas y las "razones para", las expectativas reflejadas en la acción social de las madres que utilizan la Red de servicios de salud desde el ciclo del embarazo hasta el período puerperal, este último, contemplado por la diada madre-bebé.

Las participantes eran mujeres que vivían en cuatro municipios (M) de la 17ª Región Regional de Salud (RS), siendo M1, M2 y M3 (tamaño mediano) con un hospital de maternidad cada una para parto del Riesgo Habitual (RH), referencia para otros 11 municipios, y M4 (tamaño grande) con dos hospitales de maternidad, uno para RH referencia, ubicada en un municipio y un hospital de maternidad de Alto Riesgo (AR) que sirve a las 21 ciuda-

des de RS y estados vecinos, así como a las usuarias del servicio de atención primaria.

Para obtener los elementos centrales del fenómeno, se entrevistó a 23 madres con grabación de audio en el hogar y cita previa por teléfono⁽¹¹⁾. El período de recolección comprendió los meses de marzo a septiembre de 2018.

Se utilizó un guion con preguntas semiestructuradas extraídas de la matriz propuesta por la Red para responder a los siguientes interrogantes: las razones por las cuales: "¿Ha oído hablar del *Programa Rede Mãe Paranaense*? Dígame lo que sabe (¿Qué es para ud.?)"; "Al ser dada de alta del hospital, después del nacimiento de su hijo(a), ¿recibió alguna orientación sobre qué servicio de salud buscar para la continuidad del cuidado del niño? Comente"; "Recibió una visita del equipo de salud en la primera semana de vida de su hijo(a). Cuénteme sobre esa visita"; "Después de ser dada de alta del hospital de maternidad, cuénteme sobre el monitoreo que se le realizó a Ud. y al bebé en el servicio de salud en el primer mes después del parto". Las razones para: "¿Qué espera de los servicios, políticas públicas y programas destinados a cuidar a su bebé?"; "¿Qué espera de su municipio/región/estado (políticos) con respecto al cuidado de su bebé?"; "¿Le gustaría hablar sobre algo que no haya sido planteado en esta segunda etapa de la entrevista?".

El tiempo promedio de la entrevista fue de 50 minutos, considerando la interacción entre el investigador y la participante. Los testimonios finalizaron por la convergencia de "razones por las cuales" y "razones para", lo que permitió crear el tipo experimentado en

el cuidado infantil después de la implementación de la Red⁽¹¹⁾.

Para el análisis, el material fue transcrito en su totalidad y luego revisado y organizado por dos investigadores, siguiendo los seis pasos elaborados por los teóricos de la Fenomenología Social de Alfred Schütz: lectura atenta y cuidadosa de cada enunciado para identificar y comprender sentido global de acción social; relectura individual de los testimonios para identificar aspectos comunes que expresen los contenidos relacionados con "razones por las cuales" y "razones para"; clasificación de las convergencias de testimonios para extraer las categorías concretas; análisis de categorías concretas para comprender la acción social; a partir del conjunto de "razones por las cuales" y "razones para", se constituyó el tipo de vida expresado en las categorías concretas y discutido a la luz de la Fenomenología Social y otras referencias relevantes al objeto de estudio⁽¹²⁾.

La identificación de los participantes se estableció mediante la letra M (Madre) seguida de un número arábigo (nº) en el orden de los testimonios, clasificación de riesgo (RH y AR) y tamaño del municipio (M1, M2 y M3 - Tamaño mediano; y M4 - Tamaño Grande), indicando, por ejemplo: Mnº RH- M1 o M2 o M3 o M4 o Mnº AR - M4.

La investigación fue autorizada por el Departamento de Salud del Estado de Paraná, la Junta Regional de Salud y las Juntas de Maternidad de cada municipio, y fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación Humana de la Universidad Estatal de Londrina, CAAE: 67574517.1.1001.5231.

RESULTADOS

Las madres entrevistadas que utilizan la red de atención médica desde el monitoreo prenatal, el parto y el acompañamiento del niño en el período posparto fueron: 23 mujeres, de las cuales 14 están clasificadas como de Alto Riesgo y 9 de Riesgo Habitual.

El rango de edad varió entre 15 y 37 años, y más de la mitad asistió a la escuela secundaria, la mayoría vivía con una pareja, trece eran primíparas y diez multíparas. En cuanto al tipo de parto, 12 se sometieron a parto normal y 11 cesáreas.

La tipificación de las madres entrevistadas permitió organizar y analizar los significados de los discursos al extraerse cuatro categorías que expresan la vivencia en el alta de la maternidad y el monitoreo del recién nacido por parte del servicio de Atención Primaria de Salud. De las "razones por las cuales" surgieron tres categorías: Comprensión sobre la Red y el proceso de atención al alta de la maternidad; Primera semana posparto: Red de atención domiciliar para recién nacido; Periodo neonatal: monitoreo del niño en atención primaria. En cuanto a las "razones para qué", surgió una categoría: Expectativas para el cuidado del niño en la Red.

I. Comprensión sobre la Red y el proceso de cuidado en el alta de la Maternidad

Esta categoría señala la comprensión de las madres de la *Rede Mãe Paranaense*, así como la contrarreferencia hecha por los profesionales de las maternidades, tanto de Riesgo Habitual como de Alto Riesgo, para el monitoreo del recién nacido en el servicio de atención primaria de salud. También versa

sobre las orientaciones que brindan estos profesionales a las madres con respecto a la continuidad de la atención de sus hijos.

De los discursos, se advierte que han sido escasas las orientaciones en los servicios de salud sobre la Red. Se perciben dos situaciones: una, de madres que nunca han escuchado sobre el programa y otra, de aquellas que han escuchado, pero que saben poco sobre el tema, puesto que asocian la red a los embarazos de alto riesgo y monitoreo infantil.

[...] Entonces, a mí, lo que me dijeron fue que solo las madres que tuvieran embarazo de alto riesgo serían derivadas. Si no fuera por el alto riesgo de embarazo, no estaría encuadrada en el perfil de la Red Mãe Paranaense [...] Es así, el ginecólogo te evalúa [...] entonces, por ejemplo, si tienes algo de alto riesgo, como diabetes, presión arterial alta, alguna enfermedad durante el embarazo, te derivan a Mãe Paranaense, si no, no [...] (M1 AR-M3).

[...] ya había visto un cartel en un Centro de Salud, incluso en los carnets de vacunación [...] Se trata del monitoreo de las madres [...] desde prenatal [...] hasta cierta edad del niño [...] (M7 RH-M3).

[...] Me enteré de eso en el hospital [...] y dijeron que es para que nosotras conozcamos más sobre los niños [...] cómo se los cuida [...]. Eso es todo lo que sé [...] (M10 AR-M4).

[...] No, nunca escuché sobre eso [...] (M18 RH-M4).

De los discursos de las mujeres, se pudo observar que todos los profesionales, en los dos tipos Maternidad (RH y AR), hacen la contrarreferencia al servicio de atención primaria. Sin embargo, existen diferencias en la forma de transmisión de orientaciones para el alta con respecto a la continuidad del cuidado del niño en la Unidad de Salud.

Las formas de orientación de los profesionales en los hospitales de maternidad de AR fueron a través de la comunicación oral y escrita. En el caso de los hospitales de maternidad de RH, solo se brindó orientación a través de una comunicación escrita para que la madre pudiera leer el documento proveído en el alta.

[...] me dijeron que lo llevara al Centro de Salud más cercano a mi casa [...] y luego dijeron así: cualquier duda, lea el papel, está todo dicho allí, solo tiene que leerlo [...] había muchos papeles [...] (M6 AR-M3).

[...] la mujer me dio un cuadernito y dijo que era para los próximos exámenes y citas [...] que fuera al Centro de Salud que todo estaba apuntado [...] (M3 RH-M3).

[...] Recibí orientaciones, no recuerdo cuáles, eran muchas, solo me acuerdo de que tuve que [...] llevarla a la unidad básica de salud. (M22-AR-M2).

En cuanto a las orientaciones brindadas por los profesionales de las maternidades a las madres, los discursos revelan que fueron aquellas relacionadas con la programación de la cita con un médico o enfermero y la vacunación, especialmente la vacuna BCG.

[...] Dijo que ella tendrá un monitoreo hasta el sexto mes, que sería la puericultura, y que generalmente quien lo hace es el médico [...] o la enfermera [...] ellos piden que tenga las vacunas al día [...] (M1 AR-M3).

Dijeron que para buscar el Centro de Salud donde había realizado el prenatal [...] tendría que irme allí para hacer la puericultura y la primera vacuna, la BCG [...] (M8 AR-M3).

[...] Me orientaron diciendo que las vacunas y las consultas se llevaban a cabo en la unidad básica de salud (M13 RH-M4).

En los discursos de las madres que realizaron el parto en una maternidad de AR, las orientaciones sobre las pruebas neonatales se produjeron tanto en el alta como al regreso del bebé a la maternidad, después del alta. Sin embargo, en las maternidades de RH, ellas se retiraban con la programación de algunas pruebas de cribado neonatal y cita con un pediatra. En cuanto al cribado neonatal auditivo con alteración, fueron remitidas a la misma Maternidad para el control y, más tarde, se las derivó para el monitoreo en atención primaria.

Sí, me orientaron a realizar la prueba del corazoncito y la cita al mes después del nacimiento (M23 AR-M1).

[...] Ella hizo todas las pruebas, entonces la prueba del cribado neonatal auditivo resultó alterada, tuve que volver para hacerla nuevamente después de tres días, luego me dijeron que tenía que llevar todos los papeles

al Centro de Salud, para hacer su carnet [...] (M17 RH-M4).

La lactancia materna, al momento del alta, es guiada por profesionales de maternidad de RH y AR, tanto en el aspecto general como en la imposibilidad de amamantar al bebé.

[...] Como ella no tenía ningún síntoma, ni siquiera de ictericia, [...] ellos hablaron mucho sobre la lactancia materna, nos lo explicaron todo [...] Llamaron para preguntar cómo fue la adaptación (M16 RH-M4).

[...] Enseñaron la maniobra de desatragantamiento, intentaron nuevamente forzar la lactancia materna, pero no funcionó, luego aplicaron el protocolo [...] y me orientaron a llevar al bebé directamente al Centro de Salud [...] (M20 AR-M2).

II. Primera semana posparto: Red de atención domiciliaria para recién nacidos

En esta categoría, fue posible constatar cómo el equipo de Unidades Básicas de Salud de los municipios brindó la atención al recién nacido en la primera semana de vida, así como las visitas domiciliarias en el 5º día de vida y el abordaje de los profesionales.

La visita domiciliaria se llevó a cabo en los municipios medianos y grandes por el equipo de salud en la primera semana de vida del recién nacido y, según los discursos maternos, los profesionales realizaron una consulta completa para identificar el entorno, examinaron al bebé, orientaron los cuidados de higiene y lactancia materna y señales de peligro, revisaron el Carnet del

Niño, y programaron las próximas citas en la unidad.

La agente comunitaria de salud y la enfermera vinieron. Entonces, ellas vinieron aquí, miraron la habitación del bebé, miraron las condiciones de higiene de la casa. La enfermera dijo: [...] mantén la casa limpia [...] me enseñaron a bañarlo, y luego me pidieron que lo bañara delante de ellas [...] también me pidieron que les mostrara cómo lo estaba amamantando, así que les mostré [...] miraron el carnet del bebé. [...] De hecho, ni siquiera salí de casa para pedir un turno médico, ellas mismas ya concertaron una cita [...] con el pediatra, la primera cita [...] (M1 AR-M3).

El día que me dieron de alta llegué a casa, y ellos ya vinieron [...] miraron el carnet, y ya concertaron una cita con el pediatra [...] y me preguntaron sobre el parto [...] me aconsejaron que si necesitara ayuda para amamantar, había un centro para esto y me dieron un papelito [...] (M4 RH-M3).

En los discursos de madres de una ciudad de tamaño grande, que a continuación se transcriben, parece que la visita domiciliaria se realizó, sin embargo, la cita no se llevó a cabo, solo una evaluación general. Además, las madres recibieron instrucciones de asistir a la Unidad de Salud para realizar la puericultura.

[...] vinieron tres chicas, la enfermera "jefe" y dos enfermeras más [...] Ella vino a ver si todo estaba bien con el

bebé y me dijo que fuera al Centro de Salud para darle una inyección [...] (M12 AR-M4).

Llegué a casa en un día, luego dos, tres días después, [...] la enfermera del Centro de Salud vino [...] a pedirme el carnet [...] me orientó a que lo llevara a hacer la puericultura porque como él nació bajo peso, se clasificó como de alto riesgo [...] dijo que a cada 15 a 20 días, debía llevarlo al Centro de Salud, porque nació muy prematuro [...] dijeron que le diera baño de sol [...] (M10 AR-M4).

Además, en los discursos maternos de municipios medianos y grandes, se observa en el caso de las madres que recibieron visitas domiciliarias, esas visitas se instrumentaron mediante ACS, a fin de convocarlas a llevar a su hijo a vacunarse o a buscar atención en la Unidad de Salud. Asimismo, aunque algunas mujeres hayan sido clasificadas como embarazadas de alto riesgo y, en consecuencia, sus hijos deberían haber sido evaluados como tales, en ningún momento recibieron visitas domiciliarias de profesionales en las Unidades Básicas.

[...] No, aún no. Yo solo recibí una llamada hace un tiempo ya, creo que mi hija debería tener unos tres meses [...] (M3 RH-M3).

Ninguna [...] Mi hija tiene siete meses y nunca [...] nadie del Centro de Salud ha estado aquí y ni siquiera ha llamado [...] (M2 AR-M3).

No, solo vinieron aquí una vez [...] por su vacuna y porque no lo estaba

llevando a la puericultura [...] me pidieron que llevara al bebé al Centro de Salud [...] Él ya tenía tres meses más o menos [...] (M6 AR-M3).

muy bueno [...] no pesa, no mide, hay que estar preguntándole, es complicado, incluso lo estoy llevando a la clínica privada (M15 AR-M4).

III. Periodo neonatal: monitoreo del niño en atención primaria

Esta categoría se refiere al cuidado del recién nacido por parte de profesionales de las unidades de salud y se corroboró que no hay uniformidad en el monitoreo del niño considerando la clasificación de riesgo.

Los testimonios de las madres también señalan que la primera cita del bebé, que realiza el pediatra en la Unidad Básica de Salud fue completa tanto en términos de examen físico como de las orientaciones. También hubo un informe sobre el cuidado del bebé en el Hospital, que, en este caso, la madre describió como mejor en comparación con la UBS. Aunque la clasificación fue de alto riesgo, se extrajo que el niño fue atendido solo una vez y no existieron citas posteriores para el monitoreo de su crecimiento y desarrollo, pero la madre utilizó el servicio para mantener actualizado el calendario de vacunación.

En el Centro de Salud [...] tuvo una cita con el pediatra, luego no tuvo más, [...] simplemente lo llevaba allí para las vacunas y para pesarlo [...] en la primera cita, el pediatra examinó todo [...] luego preguntó si yo lo estaba amamantando y dijo que el peso estaba bien [...] (M9 AR-M4).

[...] En el primer mes la atención fue buena, midieron todo correctamente, pero en el hospital fue mejor, porque él también pasó por allí; pero en el Centro de Salud, el pediatra no es

En otras unidades de salud, la consulta se intercaló entre el médico y enfermero, tanto en casos de alto riesgo como de riesgo habitual, totalizando dos citas en el primer mes de vida del bebé. También se detectó la programación de citas médicas subsiguientes.

Ella pasó por la cita con el pediatra. La examinó, hizo un examen completo y dijo que todo estaba bien; luego dijo que tendría que comenzar el monitoreo en la puericultura, me orientó sobre la vacuna, preguntó si la estaba amamantando [...] El pediatra y las enfermeras también hablaron sobre el tema del baño de sol. Me preguntó si estaba teniendo dificultades para amamantar y le dije que no, que estaba tranquila [...] (M2 AR-M3).

Creo que ella tuvo dos citas, una puericultura y una solo con la enfermera [...] creo que la pesaron, vieron si estaba creciendo bien [...] ya dejé el Centro de Salud con la próxima cita programada (M4 RH-M3).

La cita realizada por la enfermera fue señalada por las madres como completa, tanto en lo que se refiere al examen físico como a las orientaciones y la asistencia del nutricionista.

Una vez fui al Centro de Salud y fue el enfermero quien me asistió. Él era muy bueno [...] examinó para ver si él estaba un poco amarillo [...] lo

pesó [...] dijo que todo estaba bien [...] pero nunca me derivó al médico [...] (M6 AR-M3).

[...] vio si todo estaba bien [...] la midió, la pesó sin ropa para saber si tenía el peso ideal, luego la nutricionista aclaró dudas sobre alimentación a las que tenían el bebé más pequeño, cómo amamantar [...] es más para aclarar dudas, le preguntamos y ella responde (M19 RH-M4).

IV. Expectativas maternas para el cuidado del niño en la red

La categoría se refiere a las "razones para" y revela lo que las mujeres esperan en el cuidado del bebé. En los discursos, nos dimos cuenta de que su expectativa es el aumento del número de pediatras en las unidades de salud para el monitoreo del recién nacido.

[...] más pediatras, que a menudo vamos a lugares y no hay pediatra (M17 RH-M4).

[...] espero que [...] haya más monitoreo por parte del pediatra, que es muy poco, [...] es más por la enfermera [...] quien tiene que acompañar más es el pediatra y no el enfermero [...] (M10 AR-M4).

[...] tiene que haber más pediatras, porque solo hay una, así que no hay forma de concertar bien la cita (M14 AR-M4).

[...] Aquí en el Centro de Salud, tenía que haber más pediatras, porque solo hay una, entonces no hay forma de concertar una cita directamente y es eso[...] (M20 AR-M4).

Otro punto considerado importante por las madres es que los profesionales de las unidades de salud realicen visitas domiciliarias, hagan una búsqueda activa, brinden orientación sobre el cuidado con el bebé, especialmente para las mujeres que experimentan su primera maternidad.

[...] necesita más atención, más conversación [...] principalmente con madres primerizas [...] (M5 RH-M3).

[...] más atención, comunicación y conversación [...] que los profesionales vayan a las casas para preguntar qué está pasando [...] (M6 AR-M3).

[...] que siempre oriente tanto como sea posible, especialmente si es una madre primeriza que no sabe mucho y probablemente tiene una tía, abuela, vecina que le dará mucha información y, a veces, no es la correcta (M8 AR-M3)

[...] Ah, como madre primeriza, deberían venir más a casa a visitarnos [...] Espero que haya más profesionales [...] y que puedan hablar mejor con las madres [...] (M21 AR-M2).

La expectativa de las participantes es que los servicios también brinden un nutricionista y actividades grupales para abordar la lactancia materna.

[...] que haya más monitoreo nutricional [...] monitoreo para ver si los padres están vacunando a sus hijos [...] que ellas nos busquen de verdad [...] porque hay algunas madres que no se preocupan (M19 RH-M4).

[...] que haya grupos para explicar la lactancia materna (M2 AR-M3)

DISCUSIÓN

Las mujeres no sabían sobre el *Programa Rede Mãe Paranaense*, que lleva a creer que los profesionales de atención primaria en municipios medianos y grandes no han estado trabajando en el tema con mujeres embarazadas durante su atención prenatal. Estos datos están relacionados con otra investigación que encontró que las mujeres embarazadas desconocían la Red⁽¹³⁾. Este hecho muestra que las madres no tienen acceso a la información sobre sus derechos según lo recomendado por las directrices de la Red. Según la Guía del *Programa Rede Mãe Paranaense*, los hospitales son responsables de guiar y dirigir a la mujer puerperal y al neonato a la atención primaria de salud después del alta, es decir, a la "Primera Semana de Salud Integral", asegurando la continuidad de la atención. Este proceso es extremadamente importante, ya que ayuda en el monitoreo del niño⁽¹⁴⁾ y, por lo tanto, contribuye a detectar y reducir las afecciones en el período neonatal. Investigadores constataron que las directrices no se llevaron a cabo en su totalidad en los hospitales públicos⁽¹⁵⁾. Lo contrario ocurrió en esta investigación, a través de la cual se puede ver que prácticamente todos los hospitales dirigieron a las mujeres a la APS, sin embargo, sin advirtieron las diferentes modalidades de orientación por parte de los profesionales entre los hospitales de Alto Riesgo y de Riesgo Habitual. Aun en los supuestos en que existe una contrarreferencia, queda claro que todavía hay una laguna que enfrentar en este pro-

ceso, porque, además de ser superficial, no hay uniformidad en las orientaciones que se transmiten. Esta laguna expresa las experiencias vividas por las mujeres desde la primera semana de vida del bebé, acción social reflejada en la intersubjetividad que solo puede entenderse a través de acciones externalizadas, que constituyen la base de la comunicación y la relación social^(11,16,17).

La directriz del PRMP establece la consulta o la visita domiciliaria hasta el quinto día posterior al nacimiento, con la intención de reducir las afecciones neonatales y puerperales⁽⁷⁾. Sin embargo, estudio identificó que tanto en las ciudades medianas como en las grandes esta acción se ha realizado de manera deficiente, lo que se corresponde con otro estudio que mostró que no todos los profesionales realizan la visita en el tiempo recomendado⁽¹⁸⁾. Se destaca que la visita proporciona un mayor contacto entre el equipo y el binomio madre-bebé para orientaciones dirigidas a las necesidades individuales y familiares, con el fin de incentivar y manejar la lactancia materna, actualizar el calendario de vacunación, programar citas y guiar el cuidado de la higiene. La primera cita del recién nacido debe realizarse preferentemente en la primera semana de vida, ya que se trata de un momento apropiado para estimular y ayudar a la familia en las dificultades de la lactancia materna exclusiva, guiar y realizar inmunizaciones, verificar el desempeño del cribado neonatal para establecer o reforzar la red de apoyo familiar⁽⁶⁾.

En el presente estudio, lo que se puede afirmar es que el monitoreo del niño en el primer mes de vida se lleva a cabo, pero no siempre en el período estipulado por las regulaciones

ministeriales y de la Red. También está claro que el enfoque principal de este monitoreo es el examen físico de los bebés, mientras que las orientaciones sobre la lactancia materna, la maniobra de *desatragantamiento*, el cuidado de la higiene y el muñón umbilical son insuficientes.

Una de las acciones fundamentales en la cita del niño es estimular la lactancia materna exclusiva, pero los testimonios mostraron pocas orientaciones, de manera diferente a lo que se evidenció en otra investigación⁽¹⁹⁾.

Las expectativas de las madres giran en torno a tener más médicos para acompañar a sus hijos en el servicio de atención primaria, pero también esperan de los profesionales de la Red una atención de calidad. Estas madres tienen intereses propios que las motivan y dirigen a buscar atención en los sectores de la salud^(11,17). Para eso, esperan que durante el ciclo neonatal y puerperal, los profesionales de salud brinden asistencia integral y equitativa en diferentes aspectos, incluso en relación con el concepto, en cumplimiento de los objetivos y directrices ministeriales de las redes/programas.

CONCLUSIÓN

Se detectó la forma en que las madres interactúan con la Red de atención para sus hijos y expresan experiencias que no coinciden con lo recomendado en las directrices programáticas. A pesar de que el cuidado del bebé haya mejorado, sus necesidades no han sido satisfechas por completo y, dado que sus hijos no reciben la atención adecuada de acuerdo con la Red, las expectativas de las madres giran en torno a la ampliación del

número de médicos como una posibilidad de recibir mejor atención.

REFERENCIAS

1. World Health Organization (WHO). World Health Statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO; 2018. 86p. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>
2. United Nations Children's Fund (UNICEF). 2018 elections: more promises, real commitments to childhood and adolescence in Brazil. [Internet]. [S.l.]: UNICEF. 2018 [cited Feb 10 2018]; 28p. Available from: https://www.unicef.org/brazil/media/3051/file/Mais_que_promessas.pdf
3. Brazil. Ministry of Health. Pan American Health Organization. United Nations Children's Fund. Manual of procedure tables: Child help: 2 months to 5 years. Brasilia: Ministry of Health [Internet]. 2017 [cited Feb 10 2018]; 74p. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_quadros_procedimentos_aidpi_crianca_2meses_5anos.pdf
4. Leal MC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F, et al. Reproductive, maternal, neonatal and child health in the 30 years since the creation of the Unified Health System (SUS). *Ciênc Saúde Col* [Internet]. 2018 [cited May 8 2020]; 23(6):1915-1928. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1915.pdf> doi:<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>
5. Costello A, Naimy Z. Maternal, newborn, child and adolescent health: challenges for the next decade. *Int Health* [Internet]. 2019 [cited May 8 2020]; 11(5):349-352. Available from: <https://academic.oup.com/inthealth/article/11/5/349/5558313> doi:<https://doi.org/10.1093/inthealth/ihz051>

6. Brazil. Ministry of Health. Health Care Secretariat. National Policy for Comprehensive Child Health Care: guidelines for implementation [Internet]. Brasília: Ministry of Health; 2018. [cited Feb 20, 2018]. 180p. Available from: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>
7. Paraná. State Department of Health. Guide Line - Rede Mãe Paranaense. [Internet]. Paraná: SESA-PR; 2018 [cited Feb 20 2018]. Available from: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guia_versao_final.pdf
8. Kessler M, Lima SBS, Weiller TH, Lopes LFD, Ferraz L, Eberhardt TD, et al. Longitudinality of Primary Health Care: an evaluation from the perspective of users. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2019 [cited May 9 2020]; 32(2):186-193. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000200186 doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900026>
9. Mocumbi S, Högberg U, Lampa E, Sacoor C, Valá A, Bergström A, et al. Mothers' satisfaction with care during facility-based childbirth: a cross-sectional survey in southern Mozambique. *BMC Preg Childbirth* [Internet]. 2019 [cited May 9 2020]; 19(1):303. Available from: <https://bmc-pregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2449-6> doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2449-6>
10. Topp SM, Abimbola S, Joshi R, Negin J. How to assess and prepare health systems in low- and middle-income countries for integration of services - a systematic review. *Health Policy Plan* [Internet]. 2018 [cited Jan 22 2018]; 33(2):298-312. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29272396> doi: <https://doi.org/10.1093/heapol/czx169>
11. Schütz A. Sobre fenomenologia e relações sociais. Petrópolis: Vozes; 2012.
12. Caldeira S, Luz MS, Tacla MTGM, Machineski GG, Silva RMM, PINTO MPV, et al. Nursing Care Actions in the Paranaense Mother Network program. *REME Rev Min Enferm* [Internet]. 2017 [cited Jan 22 2018]; 21(e-992):1-9. Available from: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1128> doi: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20170002>
13. Francisqueti V, Teston EF, Costa MAR. Ambulatorial Administration Under the Perspective of Pregnant Women. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2017 [cited Jan 18 2018]; 11(5):1875-81. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/78a1/1407b374af69f21db77a768dcb956d03219c.pdf> Doi: 10.5205/reuol.11077-98857-1-SM.1105201717
14. Rosolem LH, Contiero-Toninato AP, Sanguino GZ, Bonati PCR, Rezende VD, Mello DF, et al. Child health booklet: care coordination and access to health care. *Cogitare enferm* [Internet]. 2019 [cited May 9 2020]; 24(e61496):1-12. Available from: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/61496/pdf_en
15. Rêgo MGS, Vilela MBR, Oliveira CM, Bonfim CV. Perinatal deaths preventable by intervention of the Unified Health System of Brazil. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2018 [cited May 9 2020]; 39(e2017-0084):1-8. Available from: https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/en_1983-1447-rgenf-39-e2017-0084.pdf doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0084>
16. Braga FS, Olschowsky A, Botega MSX. Challenges in the work of the nurse in the Psychosocial Care Network: an exploratory-descriptive study. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2019 [cited 15 may 2020]; 17(2): Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6137> doi: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20186137>

17. Teixeira RA, Ferrari RAP, Caldeira S, Tacla MTGM, Zani AV. Pregnant-puerperal care in Network: the experience of nurses, doctors and administrators. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019 [cited May 12 2020]; 72(Suppl 1): 151-158. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30942357> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0558>.
18. Lucena DBA, Guedes ATA, Cruz TMAV, Santos NCCB, Collet N, Reichert APS. First week of integral health for the newborn: nursing actions of the Family Health Strategy. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2018 [cited Feb 7 2018]; 39(e2017-0068):1-8. Available from: https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/en_1983-1447-rgenf-39-e2017-0068.pdf doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0068>
19. Monteiro ATA, Ferrari RAP, Tacla MTGM, Souza ALDM. Pediatric nursing consultation after maternity discharge: follow-up in primary care. *Rev Soc Bras Enferm Ped* [Internet]. 2017 [cited Feb 7 2018]; 17(1):7-13. Available from: https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol17-n1/vol_17_n_1-artigo_original_1.pdf

Recibido: 30/08/2019

Revisado: 15/05/2020

Aprobado:15/05/2020

Copyright © 2020 Online
Brazilian Journal of Nursing



This article is under the terms of the Creative Commons Attribution License CC-BY-NC-ND, which only permits to download and share it as long the original work is properly cited.